



**ENTRAMADOS HISTÓRICOS DE LAS MEZCLAS VEGETALES Y
LA BIENESTARINA, UN ACERCAMIENTO A LAS
INTERVENCIONES TÉCNICO POLÍTICAS EN NUTRICIÓN
1950-1970**

LUISA FERNANDA ROJAS SANDOVAL

Trabajo presentado como requisito para optar por el título de:
Magíster en Salud Pública

Bogotá, 2020



**ENTRAMADOS HISTÓRICOS DE LAS MEZCLAS VEGETALES Y
LA BIENESTARINA, UN ACERCAMIENTO A LAS
INTERVENCIONES TÉCNICO POLÍTICAS EN NUTRICIÓN
1950-1970**

LUISA FERNANDA ROJAS SANDOVAL

Director:

Stefan Pohl Valero, PhD en Historia de la Ciencias

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Maestría en Salud Pública
Bogotá, 2020

*A mi familia, bastón inquebrantable
en cada paso de la vida y a Rosalba R,
mi inspiración.*

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos al profesor Stefan Pohl Valero, quien con su entusiasmo, guía e interminable paciencia me alentó a la construcción y escritura de esta investigación. También, a cada uno de los profesores que hacen parte de Grupo de Investigación en Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones de la Universidad del Rosario por brindarme las herramientas para revelar nuevos abordajes de la salud humana.

Al Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, por ofrecer las condiciones y la libertad para realizar esta tesis.

RESUMEN

Este trabajo busca analizar y explorar la configuración histórica de las mezclas vegetales y el nacimiento de la Bienestarina enmarcada en la concepción del problema de la desnutrición infantil, las estrategias de intervención nutricional y la puesta en marcha de políticas nutricionales y alimentarias entre finales de la década de 1950 y principios de la década de 1970. Para lograr dicho análisis, se sigue una metodología de corte cualitativo con enfoque histórico en el cual se expone como los alimentos mencionados aparecen por primera vez en la segunda ola de estrategias nutricionales las cuales fueron el resultado de transformaciones de contextos globales y locales, estos últimos abordados desde el poder, el discurso de desarrollo y la Salud Global. El contenido de esta investigación se encuentra dividido en dos capítulos, en el primero se revelan actores y contextos que van a determinar el surgimiento de las estrategias de salud basadas en la práctica de la nutrición de las cuales resulta la creación de las mezclas vegetales. En el segundo, desde una mirada institucional, se exponen fenómenos económicos y políticos en Colombia que, en línea con el primer capítulo, permiten establecer la llegada de dichas mezclas y el nacimiento de la Bienestarina como herramienta técnico-política en medio de tensiones alimentarias globales.

Palabras clave: Bienestarina, Mezclas vegetales, Estudios críticos sobre nutrición, Historia de los alimentos, Estudios sociales de la nutrición y los alimentos.

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Enfoque y punto de partida para el análisis histórico	6
1.3. Documentos: voces de esta historia	11
1.4. Metodología	14
2. CAPÍTULO UNO: LA CONFIGURACIÓN HISTÓRICA DEL PROBLEMA DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL Y SUS POSIBLES SOLUCIONES	17
2.1. Antecedentes: Salud Internacional, entre organizaciones, filantropía y agendas económicas	18
2.2. La malnutrición Colonial	26
2.3. La desnutrición y la proteína	34
2.4. La solución hecha alimento	40
2.4.1. <i>La brecha de proteínas</i>	48
2.5. INCAP y las Mezclas Vegetales	53
Conclusión del capítulo	60
3. CAPÍTULO DOS: ENTRE MEZCLAS VEGETALES Y LA BIENESTARINA, EL CASO DE COLOMBIA	63
3.1. Ayuda Alimentaria y otros acuerdos	65
3.2. Programas Nacionales y el arquetipo de la Bienestarina	76
3.3. La Institucionalidad en la Historia de la Bienestarina: finales de los años 60 y principio de los 70	87
3.3.1. <i>Los Problemas Nutricionales de Principios de la década de los Setenta</i>	90
3.3.2. <i>ICBF y los Programas Alimentarios</i>	93
3.3.3. <i>Educación y Otras Herramientas de Acondicionamiento Alimentario</i>	96
3.4. El producto y su nacimiento	99
Conclusión del capítulo	111
4. CIERRE Y LO PENDIENTE	114
5. REFERENCIAS	117

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La Bienestarina, un producto que se inscribe en la categoría de “complemento alimentario”, se ha distribuido de forma gratuita en Colombia desde 1976 con el objetivo de ofrecer una mayor cantidad de nutrientes esenciales a la población. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF, entidad estatal colombiana encargada de coordinar la formulación, producción y distribución de este producto a través de diferentes programas¹, realizó una modificación del mismo en su contenido nutricional en el año 2012. Lo anterior sustentando en que los niños y niñas de 1 a 5 años carecían de ciertos nutrientes indispensables para desarrollarse física y mentalmente. Por lo anterior, dicha institución inició un proceso de ajuste en la composición nutricional del producto e inició un estudio de análisis de impacto de esta nueva formulación (mejorada) para la población que la consumía (ICBF, 2014a).

Hacia el año 2013, el estudio de impacto de la Bienestarina mejorada y modificada realizado entre el ICBF, la Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia-ACAC y el Instituto Nacional de Salud-INS, mostró los efectos del producto en el estado nutricional de niños y niñas adscritos a programas del ICBF. Los resultados sostenían, entre otras cosas, que el producto no tenía efecto alguno en el estado de desnutrición proteico-calórica, anemia nutricional o deficiencia de zinc de la población estudiada, pero sí mostraba un efecto

¹ En el marco de estos programas la Bienestarina se entrega a niños y niñas mayores de seis meses de edad, mujeres gestantes, madres en período de lactancia, adultos mayores y personas con desnutrición. (ICBF, 2014a)

positivo en los depósitos de nutrientes como el hierro y de vitamina A en el organismo² (Forero et al., 2013) .

A pesar de los datos obtenidos, el estudio de impacto de la Bienestarina, que había sido mejorada, fue tomado como insumo por el Consejo Nacional de Política Económica y Social ³ el cual elaboró un documento identificado como Conpes 3843 para el 2015. Este documento argumentó que la distribución de la Bienestarina permite explicar los avances en la disminución de los índices de desnutrición en niños menores de cinco años⁴ como la mortalidad infantil en Colombia (CONPES 3843, 2015), aspecto que llama la atención dadas las escasas evaluaciones que se encuentran disponibles al público en general y de libre acceso sobre el impacto y los efectos del producto.

Así pues, bajo la norma colombiana el ICBF sería la encargada de administrar \$503.755 millones de pesos (equivalente a más de 183 millones de dólares) entre el 2015 y 2019 para producir y distribuir anualmente 22.000 toneladas de Bienestarina, las cuales serían consumidas aproximadamente por 5.615.417 personas por año. La delegación de esta responsabilidad a dicho instituto era justificable dado el conocimiento que tenía sobre Alimentos Complementarios Fortificados⁵ (ACF) y por sus labores misionales relacionadas

² Dichos resultados fueron obtenidos luego de medir una serie de variables antes y después del inicio del consumo de la Bienestarina con la aplicación del estimador de diferencias en diferencias. Según Abadie (2005), este estimador es una herramienta para la investigación aplicada en economía que mide los efectos de las intervenciones públicas en algunas variables de resultado y de otros tratamientos de interés en dos grupos de poblaciones con ciertas características.

³ Dentro del Departamento Nacional de Planeación colombiano, existe esta figura como la máxima autoridad en la planeación y asesoría gubernamental que estudia y aprueba documentos relacionados con el desarrollo de políticas vinculadas a los sectores económico y social (Departamento Nacional de Planeación, 2016).

⁴ El Documento Conpes, menciona específicamente la reducción de los índices de desnutrición Crónica y desnutrición global las cuales pueden ser interpretadas como talla baja para la edad y peso bajo para la edad respectivamente a partir de la normatividad acogida por Colombia mediante la Resolución 2121 de 2010 que se encontraba vigente para ese año.

⁵ Definido por la Unicef (2006) como cualquier alimento fortificado transicional de bajo costo (líquido o sólido) utilizado para complementar la lactancia materna y la alimentación del lactante y del niño pequeño (de 6 a 36

con garantizar condiciones nutricionales adecuadas y de seguridad alimentaria en las familias colombianas. De esta manera, la Bienestarina, rotulada a partir de este año como un Alimento de Alto Valor Nutricional-AAVN⁶, se convirtió en una estrategia central del Estado Colombiano que bajo el criterio de costo beneficio⁷, intentaría suplir las deficiencias nutricionales más comunes de la población (CONPES 3843, 2015).

En la actualidad, esta política nutricional y de asistencia alimentaria está destinada a la población beneficiaria de servicios del ICBF y en general a “familias en condiciones de riesgo y vulneración” (ICBF, 2014b, p. 18). Pero ¿qué significa población vulnerable o condiciones de vulnerabilidad y riesgo? Bajo el contexto institucional en el que se propone la distribución de la Bienestarina, se asume que este alimento llega a personas que tienen problemas para consumir y disponer de la cantidad de nutrientes que requieren, al mismo tiempo que sus canales de distribución se encuentran vinculados con algunos de los programas que el ICBF oferta.

Frente a este panorama, entendí que un producto alimenticio dotado de robustez económica estatal para su producción y con limitadas evaluaciones disponibles sobre su eficacia, debe encerrar ciertas explicaciones diferentes a las epidemiológicas que justificaran su producción y distribución desde la década de los años setenta. En este punto, mis

meses de edad). Se utiliza con propósitos sociales tales como el mejoramiento de la situación nutricional y/o la reducción de la pobreza.

⁶ Definido en el Conpes 3842 de 2015, como “aquel alimento que posee alto potencial nutritivo y cantidad de nutrientes que aporta al organismo. El valor nutricional de un alimento es mayor cuanto más se aproxima a su estado natural” (p. 28).

⁷ El costo-beneficio para el caso de la Bienestarina, hace referencia a la relación inversa entre el precio total que involucra la producción, empaque, transporte y distribución del ACF respecto a los nutrientes que contiene. Es otras palabras, el menor precio de este tipo de productos con la mejor calidad y contenido de nutrientes. En relación con otros ACF de América Latina y el Caribe, en el 2006 la Bienestarina era la de menor precio por 100 gramos y por ración diaria (UNICEF & Instituto de Salud de Unilever para América Latina, 2006).

inquietudes se relacionaron con su inicio y su invención: ¿Qué rodeó la creación la Bienestarina? ¿Qué significa este producto? Así pues, inicié indagando por su definición, que si bien es categorizada de varias maneras (complemento alimentario, AAVN o ACF) su concepto estatal es “(...) un alimento pre-cocido a base de una mezcla de cereales, leguminosas y leche entera en polvo, con vitaminas y minerales y ácidos grasos esenciales y de fácil preparación” (ICBF, 2020, párr. 2).⁸ Posteriormente, dicho alimento lo asocié con un grupo de productos llamados “mezclas vegetales” los cuales, a su vez, eran clasificados como fuentes de proteínas vegetales y recomendadas para la población colombiana dentro de un esquema de alimentación saludable (ICBF, 2015; Ministerio de Protección Social, 2004; Ministerio de Salud & ICBF, 1999). No obstante, las mezclas vegetales habían sido usadas desde la mitad del siglo XX y su creación, al igual que la Bienestarina, se encuentra permeada por una serie de hechos de tipo científicos, económicos, sociales y políticos mundiales que han tenido influencia en su producción y distribución en Colombia.

Con el propósito de develar el contexto que promovió el surgimiento de la Bienestarina en Colombia y su relación con las Mezclas Vegetales como antecedente, quiero sustentar que este producto nacional apareció adscrito por primera vez en la segunda ola de estrategias nutricionales que buscaban resolver, entre otras cuestiones, el problema de la desnutrición infantil y el déficit de nutrientes durante los años 70⁹. En el país, dichas estrategias se recogieron dentro del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN)

⁸ El ICBF (2020) menciona que los ingredientes que hacen parte de la formulación actual de la Bienestarina son: harina de trigo, harina de soya, fécula de maíz, leche entera en polvo, fosfato tricálcico, aceite en polvo de linaza, hierro aminoquelado, ácido ascórbico (vitamina C), zinc aminoquelado, maltodextrina, vitamina A, niacinamida (niacina), gluconato de cobre, vitamina D, vitamina B12, clorhidrato de piridoxina (vitamina 6), monohidrato de tiamina (vitamina B1), riboflavina (vitamina B2) y ácido Fólico.

⁹ En el escenario internacional, la primera ola de investigaciones y estrategias para combatir el problema nutricional que aquejaba a los países del Tercer Mundo inició en década de los años 30' (Carpenter, 1994).

sancionado en 1975, el cual describe la estructura de los programas que serían necesarios para incrementar la disponibilidad de alimentos y menciona a la Bienestarina como un tipo de intervención subsidiaria. Disponer de este producto buscaba reemplazar gran parte de programas de ayuda alimentaria externa, aunque su disposición fuera financiada inicialmente por instituciones como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional-USAID (U.S Agency for International Development) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-Unicef (United Nations International Children´s Emergency Fund) (Escobar, 2007; Machado Cartagena, 2003).

Ahora bien, en Colombia desde principio de la década de los años 60 existía una *mezcla vegetal* comercializada llamada Incaparina, la cual fue producida inicialmente en la ciudad de Cali por Quaker Company. La Incaparina había sido formulada años atrás por una de las instituciones más importantes de Alimentación y Nutrición en Latinonamerica: El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá- INCAP. Este instituto tuvo un vínculo importante con entidades como la Fundación Rockefeller, la Organización Panamericana de Salud-OPS y el Instituto Tecnológico de Massachusetts- MIT (Massachusetts Institute of Technology), instituciones decisivas que se articularon para resolver problemas como el “déficit de proteína” y la “desnutrición” en América Latina. Problemas que debían tener una respuesta contundente y atención por parte de los gobiernos (Bender, 1969; Pernet, 2014).

Bajo este panorama, quiero explorar posibles respuestas en la presente investigación a las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las condiciones que permiten la llegada y uso de las mezclas vegetales a Colombia? y ¿Existe relación entre lo anterior y el nacimiento de la Bienestarina? De acuerdo con estas preguntas, el objetivo principal de mi investigación será analizar la configuración histórica del uso de las Mezclas Vegetales como solución a un

problema nutricional y su influencia en la política estatal colombiana. Como objetivos específicos, pretendo exponer las posibles relaciones e influencias a nivel global y local que determinó la formulación, producción y distribución masiva de las mezclas vegetales. Así mismo, analizar los diferentes elementos históricos que desde finales de la década de los años cincuenta y hasta la primera mitad de los setenta se encuentra relacionados con la creación de la Bienestarina.

Las anteriores preguntas y objetivos, se inscriben en el campo de los estudios sociales de la salud, que entiende que el diseño e implementación de las políticas de salud son el resultado de complejos procesos biológicos, sociales, políticos y económicos que se desarrollan a lo largo de la historia (Cortés García, 2010). Estos procesos son necesarios de analizar en conjunto para contextualizar fenómenos y abordajes de aquello que rodea el proceso de salud-enfermedad, así como para reconocer las diferentes tensiones y negociaciones que influyen en la construcción y práctica, en este caso, del campo de la nutrición. (Pohl-Valero & Vargas, 2020; Smith & Phillips, 2001)

1.2. Enfoque y punto de partida para el análisis histórico

En el abordaje de esta investigación es fundamental partir de entender la alimentación y la nutrición como construcciones sociales atravesadas por intereses particulares. Los conceptos tanto de nutrición como alimentación, han sido diferenciados y entendidos dentro del campo de la salud de dos formas: la primera asociada a un asunto fisiológico, bioquímico e involuntario y la segunda como un fenómeno mucho más complejo enmarcado en la cultura, la historia y la sociedad, pero que recoge necesariamente procesos biológicos (Aguilar, 2014; Carcamo & Mena, 2006). En la presente investigación, asumo estos dos conceptos sin una diferenciación teórica, como un solo campo de análisis en el cual ubicaré las mezclas

vegetales y la Bienestarina, para que desde allí pueda explorarlas y analizarlas desde tres abordajes: la concepción de un problema nutricional, el diseño de estrategias de intervención nutricional en respuesta a dicho problema, y relacionado con lo anterior, la puesta en marcha de políticas y campañas de salud. Cada uno de estos abordajes, para este caso, implica una aproximación histórica que permita revelar sus significados, relaciones, tensiones y contextos. Bajo esta premisa, propongo a la Bienestarina y las mezclas vegetales como intervención nutricional y herramienta política de salud en Colombia, lo que, a su vez, responde a un problema particular de salud, pero su análisis histórico requiere asumir puntos de partida teóricos y conceptuales.

Las intervenciones y estrategias que impliquen el uso de la nutrición pueden abordarse desde los estudios sociales para entender e interpretar los contextos en los que nace, sus efectos y limitaciones. En este sentido, la historia y la antropología médica crítica brindan herramientas que permiten revelar relaciones causales diferentes a las generalizables y ahistóricas que suelen sustentarse bajo el análisis biomédico. Desde una aproximación interpretativa y crítica del proceso de la salud, enfermedad y atención, emergen categorías de análisis como el poder, el desarrollo y la Salud Global. Estos elementos, han sido acogidos y estudiados en su conjunto por autores como Paul Farmer (2013) a quien tomo como referente para abordar las fuentes documentales de mi investigación y desarrollar dichas categorías.

La primera categoría de análisis: poder, puede ser abordada desde dos miradas. La primera relacionada con la autoridad racional –legal la cual para este caso se vincula con el Estado y las instituciones. Esta forma de poder gobernante se despliega a través de normas y leyes e implica además normalizaciones, protocolos, jerga técnica, neologismos, simplificaciones y métodos científicos. Así mismo implica poder burocrático, que hace

alusión a una estructura jerárquica con responsabilidades y aptitudes específicas contenida en una o varias instituciones y requiere de una legitimización social. Un ejemplo de esta forma de poder, descrita por Bridget y Kleiman (2013), son las instituciones que rigen iniciativas internacionales en salud en el mundo como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), las cuales por su conformación multilateral y compleja estructura burocrática, determinan en algunos casos el éxito de sus intervenciones o la ineficiencia y a veces errores graves de las mismas.

La segunda mirada del poder se asocia al planteamiento que hace Foucault (1977) acerca de la utilización de la ciencia por instituciones para definir, contar, dividir y disciplinar a las poblaciones, conocida como el Biopoder. Este a su vez, es visto como una forma de gubernamentalidad que se articula en los procesos de capitalismo moderno y no siempre es visible a través de agentes específicos. En este punto es necesario mencionar que el biopoder puede manifestarse de dos maneras: en forma de regulación de los procesos biológicos en la población y en las tecnologías para la disciplina del individuo. Un ejemplo que puede citarse sobre esta mirada de poder, es el uso de la medición antropométrica del cráneo desde la antropología (craneometría) como una ciencia racial para construir una escalera evolutiva para comparar ciertas poblaciones o las divisiones estereotipadas de grupos étnicos como fuentes de violencia y conflicto (Bridget & Kleinman, 2013).

Respecto a la segunda categoría, el desarrollo, autores como (Farmer et al., 2013), lo articula con procesos de control y poder en relación con la economía y la tecnológica e implican una serie de dicotomías como, ricos y pobres, civilizados y salvajes o industrialización y producción primaria artesanal. No obstante, para efectos de esta

investigación, tomaré el desarrollo como discurso que se ha transformado conceptualmente desde el siglo XVIII, pero que después de la Segunda Guerra Mundial es asociado con el progreso y el bienestar siguiendo el modelo de los países industrializados. Así pues, el desarrollo en el contexto de la mitad del siglo XX y entendido como crecimiento económico, se propone en la práctica como la administración de todo aquello que lo impide (como la vagancia, la frugalidad, la ignorancia, la pobreza) a través de la intervención de la educación, la salud, la higiene y por supuesto, de la nutrición en las poblaciones carentes de posesiones materiales comparadas estadísticamente con naciones económicamente más ricas (Escobar, 2007).

Vale la pena agregar, que el desarrollo bajo el modelo de liberalismo económico es lo que explica la intervención del Estado para propiciar el incremento de la producción como único camino en el progreso social, que coincide con la *medicalización*¹⁰ de la política. Es decir, cuando “las clases populares comenzaron a ser percibidas no en términos raciales como antes, sino como masas de enfermos, malnutridos, incultos y fisiológicamente débiles, requiriendo con ello acción social sin precedentes” (Escobar, 2007, p. 62). En este punto, es importante mencionar dos aspectos a considerar sobre el desarrollo, el primero que las intervenciones en función de la producción implican también descubrir nuevas formas de interpretar situaciones cotidianas y que resultan de las transformaciones económicas que moldean dinámicas sociales en un momento dado (Vernon, 2011). Y el segundo, que para el logro rápido del desarrollo, se han construido un tipo de herramientas llamadas tecno-

¹⁰Forma en que “el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no eran considerados como entidades médicas y para los que la medicina no dispone de soluciones adecuadas ni eficaces. Quizás pueda ser más clara la definición que considera la medicalización como la conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre completamente normales y el pretender resolver mediante la medicina situaciones que no son médicas sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales”(Orueta Sánchez et al., 2011, p. 151).

políticas, las cuales promulgan y representan a través de resultados tangibles, objetivos políticos en caminados a resolver problemas del subdesarrollo de la mano de la ciencia y la tecnología (Cullather, 2016).

El último y no menos importante, la Salud Global es un elemento de análisis que es descrito como una provisión de intervenciones de salud que resalta el papel de las instituciones no estatales como las multilaterales, ONG internacionales o filántropos privados y reconoce que la salud de las poblaciones y los individuos está influenciada por fuerzas sociales estructurales complejas como la pobreza, la desigualdad y el deterioro ambiental (Farmer et al., 2013). Dicho elemento, durante el siglo XX ha variado en su forma de operar a luz de dos perspectivas que en ciertos momentos de la historia se han armonizado y luchado entre sí: la Biomedicina y la Medicina Social. La primera, glorificada por la fe en la superioridad del conocimiento occidental y las capacidades de las poblaciones, se enfoca en la aplicación de tecnologías biomédicas que previene o eliminan los problemas de salud uno en uno (por ejemplos la vacunación, redes con insecticidas, capsulas de vitamina A). La segunda, se vincula al impacto del desarrollo social y económico en la salud de la población- o determinantes sociales de la salud, los cuales son la principal forma de estimular el desarrollo económico. Ambas perspectivas, son concebidas e implementadas como mecanismos para intervenir la salud de las poblaciones y permanecen en la actualidad (Packard, 2016).

Con los tres elementos mencionados, busco en la interpretación de la historia escrita de las mezclas vegetales y la Bienestarina, debatir que este tipo de alimentos son una forma de respuesta a un problema nutricional que se ensamblan en formas de intervención de la

Salud Global, se enmarcan en el discurso del desarrollo del siglo XX y revelan ejercicios de poder biomédicos, económicos y políticos.

1.3. Documentos: voces de esta historia.

Los antecedentes que rodearon la invención de las mezclas vegetales y la Bienestarina entre la década de los años cincuenta y setenta han sido poco explorados. Hasta ahora sólo la investigación de Rozo (2000) agrupó dichos alimentos desde su análisis químico y apoyado en textos institucionales históricos técnicos. Otros documentos escritos por Farjado (1983), Machado (2003) o Escobar (2007) mencionan a la Bienestarina y algunas mezclas vegetales producidas en Colombia, pero no abordan o profundizan en sus antecedentes históricos globales y locales que llevaron a su producción y distribución. Por el contrario, trabajos como el de Pernet (2014) incorporan elementos críticos sobre la creación de la Incaparina, primera mezcla vegetal en Latinoamérica, no obstante, dicho trabajo está especialmente dirigido en problematizar la creación del INCAP y las actividades que ejecutó en sus inicios. En consecuencia, el presente trabajo busca llenar el vacío existente de una historia crítica sobre las condiciones previas a la llegada de las mezclas vegetales a Colombia y de la invención de la Bienestarina. Así mismo, mostrar y concatenar elementos usualmente invisibilizados que constituyen un contexto internacional y local, a la vez que condicionan y dan sentido al uso de este tipo de alimentos como intervención nutricional.

La historia expuesta en esta investigación es tejida por el diálogo constante entre diferentes tipos de textos escritos por actores de la época (médicos, académicos, salubristas, nutricionistas, organizaciones no gubernamentales e instituciones estatales) y por los historiadores y científicos sociales que han abordado temáticas relacionadas con la mía. Para aprovechar cada una de estas fuentes y conectarlos con el objeto de mi investigación, quise

dividirlos en cuatro grupos para que me permitieran aprovechar sus aportes en la comprensión de diferentes acontecimientos, procesos y perspectivas que responden a la configuración histórica de las mezclas vegetales y del nacimiento de la Bienestarina en Colombia.

El primer grupo de textos está relacionado con el marco histórico de la salud pública que abarca desde la salud internacional de principios del siglo XX escrita por autores como Paul Weindling (1995, 1997), Marcos Cueto (1997, 2008) o Emilio Quevedo (2000); hasta la salud global abordada por Randall Packard (2016). Este grupo de fuentes secundarias, que son leídas desde las prácticas de la nutrición y la alimentación, permiten evidenciar una serie actores y conflictos vinculados a esferas políticas, económicas y académicas que trascienden e influyen significativamente las intervenciones en salud en un contexto mundial.

El segundo grupo de textos consultados, son leídos en función de dos temas particulares que marcan la invención de las mezclas vegetales: la desnutrición infantil y el estudio del déficit de proteínas. En estos, se incluyen fuentes secundarias de autores estudiosos de la historia de la nutrición como Kenneth Carpenter (1997, 2007) y también Joshua Ruxin (1996); el primero preocupado por las contradicciones y ciclos a lo largo de la historia de la ciencia de la nutrición y su énfasis en el problema de la proteínas y las calorías y el segundo, interesado en el rol de las instituciones de las Naciones Unidas (OMS, FAO, Unicef), en las formas de abordar los problemas alimentarios y las agendas políticas y económicas relacionadas con estos procesos. Este grupo de textos, además de revelar elementos que determinan el posicionamiento de los problemas nutricionales en el mundo,

permiten visualizar las luchas y relaciones académicas con la economía desde la práctica de la nutrición.

Por otra parte, el tercer grupo de textos se encuentra mucho más concentrado en la historia del desarrollo de las mezclas vegetales en Centro América desde el INCAP y está constituido por dos grupos de fuentes. Las primeras, escritas Behár, MacNaughton, Hussey y el mismo INCAP (1966, 1969, 1975, 1999), tienen un enfoque técnico desde la práctica de la nutrición y la ingeniería de alimentos. Por el contrario, las fuentes secundarias escritas por C. Pernet y E. Nussio (2014) dan una mirada crítica a las estrategias de intervención alimentaria y nutricional (como el uso de mezclas vegetales) a la vez que contrastan elementos históricos de tipo político en América Latina que permiten conectarlos con los ejercicios de poder, desarrollo y la Salud Global.

El cuarto y último grupo de textos que considero en este trabajo y que se desarrollan en el contexto local, bajo miradas tecnológicas, políticas y económicas son aquellos escritos por Camilo Rozo (2000), Arturo Escobar (2007), Absalón Machado (2003), José Bengoa (2000), Luis Fajardo (2000) y C. Pernet y E. Nussio (2013). De igual manera incluyo información de historia política colombiana de autores como Jhon Florián (2013) y Cesar Torres del Río (2015). Con este grupo de textos, busco realizar una reinterpretación del surgimiento de la historia de la Bienestarina en la cual se descubran armonizaciones, desacuerdos y presiones nacionales e internacionales en esferas políticas, económicas y académicas que la atraviesan hasta antes de su inicio de distribución en 1976.

1.4. Metodología

De acuerdo con los objetivos planteados en esta investigación y una vez dispuestas las fuentes secundarias descritas en el apartado anterior, observo una serie de antecedentes que me permiten a través de la lectura crítica, rastrear las influencias académicas, políticas y económicas en la llegada de las mezclas vegetales a Colombia y la posterior formulación de la Bienestarina. En este ejercicio, encuentro la posibilidad de visibilizar las categorías de análisis planteadas (poder, desarrollo y Salud Global) para tejer un contexto global vinculado al campo de la alimentación y nutrición. No obstante, la escasa información disponible para establecer un contexto local (Colombia) hace dirigir mi interés por indagar sobre políticas públicas, programas y actividades gubernamentales relacionadas con alimentación, nutrición y el uso de mezclas vegetales. De esta forma, encamino la búsqueda y recolección de textos disponibles institucionales o vinculados con entidades públicas que entre final de la década de los años cincuenta y principios de los setenta, me permiten conectar las influencias globales identificadas y proponer algunas a nivel local.

Expuesto lo anterior, sigo una metodología de corte cualitativo con enfoque histórico, que se centra en la recolección y análisis de información de informes, ponencias, resúmenes, manuales educativos, artículos de revistas y documentos colombianos, escritos por organizaciones como la Unicef y entidades estatales el Instituto Nacional de Nutrición, ICBF, Instituto de Investigaciones Tecnológicas, Consejo Nacional de Alimentación Nutrición y el Departamento Administrativo de Planeación. Estos documentos más las fuentes secundarias consultadas, son relacionadas entre sí y abordados desde la crítica de la Salud Global, el discurso del desarrollo del siglo XX y los ejercicios de poder institucionales, biomédicos y tecnológicos.

La presente investigación está estructurada por dos capítulos principales, el primer capítulo se encuentra dividido en cinco apartados en los cuales me concentro en descubrir los actores y contextos que van a determinar el surgimiento de las estrategias de salud basadas en el estudio y la práctica de la nutrición. Adicionalmente, argumento como la historia de las mezclas vegetales en el mundo está soportada por el trabajo de las agencias internacionales permeadas por el discurso del desarrollo. También muestro como la investigación médica revela una enfermedad que posteriormente se prioriza y se pretende resolver dentro de una agenda mundial marcada por la preocupación económica, pero que a lo largo de los años se ve envuelta críticas y se transforma técnicamente permitiéndole mantenerse en Centro América y multiplicarse en países como Colombia.

En el segundo capítulo conectando con el anterior y apoyado especialmente en textos de instituciones públicas, describo en cuatro apartados como la relación económica y diplomática de Colombia con organizaciones internacionales y Estados Unidos permean las agendas políticas en alimentación y nutrición, a la vez que posicionan el problema de la desnutrición en la política. También como esta relación permite disponer de ayuda alimentaria extranjera la cual se convierte en un poderoso insumo de los programas de sociales y de salud que se establecieron como una inversión social necesaria por parte del Estado. Posteriormente vinculo a estos programas y dicha ayuda alimentaria con la llegada de las mezclas vegetales, para posteriormente mostrar como las modificaciones institucionales consentidas por el gobierno nacional, la educación alimentaria y nueva ola de iniciativas en alimentación en el mundo se filtra en el país como estrategia de desarrollo y se transforma en un producto como la Bienestarina.

Vale la pena mencionar que este trabajo examina a las mezclas vegetales y la Bienestarina como una herramienta, que promulga y representan objetivos políticos en caminados a resolver problemas del subdesarrollo o también llamada tecnopolíticas (Cullather, 2016). Este tipo de herramientas¹¹ en el siglo XX se construyeron con el objetivo de monitorear, administrar y/o redefinir los problemas nutricionales y alimentarios en el mundo. En este sentido, esta investigación permite contribuir en el campo de la salud pública mediante la identificación de mecanismos sociales en la historia que permiten la priorización de acciones y la formulación de políticas públicas en nutrición y alimentación, lo cual, a su vez lleva a reflexionar sobre aquellas que prevalecen en la actualidad y a problematizar su permanencia.

Finalmente, a lo largo del texto acojo los aportes de un conjunto de autores de distintas áreas para responder las preguntas de investigación aquí planteadas, pero reconozco que existen voces importantes por parte de la industria de alimentos, familias, personas, trabajadores estatales y académicos que vale la pena considerar en trabajos posteriores. Este escrito no pretende dar un solo matiz a la historia de la Bienestarina en Colombia, ni simplificarla; si no proponer un análisis de esta incorporando miradas diferentes a la nutricional que suelen rodear a este alimento. Así pues, deseo motivar e incentivar la realización de más investigaciones sobre la historia de la nutrición en Colombia con una mirada multidisciplinar y crítica, para conocer y reflexionar sobre ella, para buscar transformarla y mejorarla en la actualidad desde el quehacer del lector.

¹¹ Otros ejemplos de estas son: las encuestas poblacionales nutricionales, las hojas de balance de alimentos, las tablas de composición de alimentos, las recomendaciones nutricionales para la población, la fortificación, biofortificación y la suplementación con micronutrientes.

2. CAPÍTULO UNO: LA CONFIGURACIÓN HISTÓRICA DEL PROBLEMA DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL Y SUS POSIBLES SOLUCIONES

Desde el trabajo de un profesional en salud y en especial, de un nutricionista entusiasta de la salud pública, un alimento que es acogido como una fuente complementaria de nutrientes para la población, rara vez es visto como un resultado de años de tensiones y relaciones individuales y colectivas de sectores académicos, institucionales o estatales. El presente capítulo busca exponer una red de elementos históricos que me ayudarán a entender el surgimiento de las mezclas vegetales durante el siglo XX, además de analizar su uso desde el campo de la nutrición desde un punto de vista global.

Con este objetivo establecido, voy a analizar una serie de hechos, relaciones entre instituciones y procesos que permitieron configurar las mezclas vegetales como estrategia de salud e intervención nutricional. El primero de estos elementos es el trabajo de las agencias internacionales bajo una óptica de cooperación y la agenda de estas respecto a la política y la economía mundial en el marco del concepto del desarrollo durante el siglo XX. El segundo elemento, es la investigación y documentación de la desnutrición proteica como enfermedad, que para su tratamiento y posterior prevención incentivó la creación de diferentes alimentos. El tercero y último, no lejos del segundo elemento, es la concepción de la deficiencia de proteína como un problema de Salud Global urgente y su resolución como vía necesaria, para cerrar brechas entre países ricos y pobres que posteriormente dejaría de ser prioridad en las agendas políticas alimentarias y nutricionales en los años 70.

El desarrollo de este capítulo se encuentra estructurado en cinco apartados. En el primer apartado, describo los inicios de la salud internacional en el siglo XX y la salud global con sus diferentes miradas sociales y biológicas en una agenda capitalista. En el segundo,

relato como las colonias europeas en la primera mitad del siglo XX fueron el escenario para el estudio de enfermedades vinculadas a carencias nutricionales y para la puesta en marcha de intervenciones que buscaban su solución. Todo esto en el marco de la expansión colonial europea y su preocupación por asegurar una mano de obra barata y eficiente en los países colonizados que a su vez permitiera el flujo constante de capital a los países ricos. En los apartados tercero y cuarto, describo cómo emerge la desnutrición infantil como enfermedad y su relación con el problema de proteína que antecede a la consolidación de las mezclas vegetales como estrategia para tratarla y prevenirla. También expongo el proceso de invención de este alimento, el rol de las agencias internacionales y el posicionamiento de la importancia de la nutrición en la agenda global y su posterior relegación. En el quinto y último apartado de este capítulo, expongo el trabajo del INCAP en el marco de las mezclas vegetales y el problema nutricional en Latinoamérica, dando paso a la descripción de la llegada de las mezclas vegetales a Colombia.

2.1. Antecedentes: Salud Internacional, entre organizaciones, filantropía y agendas económicas.

La Salud Internacional, venía siendo antecedida desde finales del siglo XIX por un afán importante de los Estados Unidos y algunos países europeos por generar investigación y campañas de control de enfermedades tropicales de gran alcance, al mismo tiempo que estimulaban el próspero capitalismo en beneficio propio. En este sentido, algunas organizaciones como la Oficina Internacional de Higiene Pública (1907), Oficina Sanitaria Panamericana de Salud (1920) o la comisión internacional de la Cruz Roja (1863), fueron constituidas con el interés de atender y responder a las problemáticas de tipo político e ideológico que afectaban las intervenciones en la salud (Weindling, 1995).

Con la Primera Guerra Mundial, las organizaciones internacionales se consolidaron como una opción para remediar ciertas deficiencias locales de alimentación, refugio y mejorar la calidad de sistemas de atención en salud o crearlos. Sin embargo, dada la sensibilidad nacionalista de quienes las integraban, sus prioridades no siempre estaban encaminadas a proveer salud y bienestar o resolver dificultades sanitarias de las poblaciones (Weindling, 1995). Un ejemplo de ello fue la organización de La Liga de las Naciones-LNHO (creada en 1919 y predecesora de la ONU), la cual fue formada luego de la firma del Tratado de Versalles y con apoyo de Estado Unidos, quien desempeñó un papel importante en la construcción, financiación y su diseño. Este país impulsó, a través del aporte económico e investigativo en el periodo de pre y post Primera Guerra Mundial, una serie de proyectos de ayuda y desarrollo a gran escala en Europa. Lo cual le permitió, por un lado y con la LNHO, fortalecer las acciones en Salud Pública y la organización sanitaria como medio más efectivo y duradero para controlar la propagación de epidemias en varios países simultáneamente. Y por el otro, mantener sus influencias sobre las sociedades capitalistas a nivel industrial, comercial, político, económico y de salud (Balinska, 1995; Newsholme, 1919; Weindling, 1995).

La LNHO, en resumen, tuvo un papel preponderante en el auxilio a las grandes tragedias sanitarias de la posguerra, así como también se concentró en la epidemiología necesaria para el desarrollo de la medicina social, la internacionalización y la administración pública sobre la salud. Su labor en la elaboración de estándares de vitaminas, alimentos, hormonas y biológicos lo convirtió en un organismo referente en la primera mitad del siglo XX para la negociación médico-científica y fue referente como autoridad de los expertos sobre la puesta en marcha de las políticas sanitarias estatales, modelos de atención de salud

y estrategias de formación de profesionales en salud pública a nivel internacional (Borowy, 2009). Sin embargo, siempre fue escenario de presiones nacionalistas de la época, que, en ámbitos como la nutrición, lograron por momentos apartar las críticas políticas y biomédicas necesarias para incidir en ella, como lo mencionaré más adelante.

Otra de las organizaciones con gran peso en la salud internacional a principios del siglo XX fue la Comisión Sanitaria de la Fundación Rockefeller. Este organismo, consolidado posteriormente como fundación filantrópica estadounidense, nació por iniciativa de uno de los más ricos empresarios a finales del siglo XX John D. Rockefeller y su socio Frederick T. Gates, para estudiar y tratar de erradicar la anquilostomiasis; enfermedad que impedía el aumento de la productividad en los trabajadores agrícolas e industriales en Estados Unidos. En 1913, la fundación creó una comisión internacional de salud para extender el programa contra el anquilostoma, y posteriormente contra la fiebre amarilla y la malaria. Este proyecto internacional estaba basado en cuatro ejes: a) El control de los recursos y mercado de los Estados Unidos en los países no industrializados, el cual implicaba influencia en la economía y política por parte de este país. b) El desarrollo de países económicamente atrasados, es decir un aumento de la producción industrial para que así se lograra la explotación exitosa de sus recursos por parte de naciones capitalistas. c) El combate de las enfermedades tropicales, pues éstas significaba un obstáculo para que los países pobres recibieran los beneficios de la civilización y convertirse en territorios prósperos; y por último, d) Las ciencias biomédicas como base en programas de salud pública, las cuales aumentarían la salud y la capacidad de trabajo de los pueblos no civilizados, como también ayudaría a inducirlos a aceptar la cultura industrial occidental, la dominación política y la economía estadounidense (Brown, 1976).

La expansión internacional de la Fundación Rockefeller y sus programas de salud, estuvo asociada con una doble estrategia de intervención en el continente americano a través de una agenda invisible: por una parte pretendía modificar políticamente la imagen de Estados Unidos, y por otra, deseaba aumentar tanto la productividad como las actividades industriales en beneficio del crecimiento capital en dicho país. Es decir, establecer una forma de ayuda, pero enriqueciendo a los propietarios de plantaciones, minas y fábricas y, en última instancia, a los extranjeros con poderes imperialistas quienes asumían los intereses de las poblaciones nativas eran iguales a los intereses de las corporaciones estadounidenses. Sin embargo, la introducción de los servicios de salud pública en distintos lugares del mundo fomentados por la Fundación influyó en la organización de los sistemas de salud, en las reformas de la educación médica, y el adiestramiento de personal para los programas de salud locales de muchos países (Brown, 1976; Cueto, 1997; Quevedo, 2000).

Las organizaciones como la Fundación Rockefeller y la LNHO, ocuparon una importante posición en la transferencia de conocimiento para el desarrollo de la ciencia médica y la epidemiología en el mundo. Estas organizaciones y su asociación económica con la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y la Cruz Roja Americana permitieron consolidar grandes investigaciones sobre enfermedades como la fiebre amarilla, anquilostomiasis, sífilis, cólera y la malaria. A pesar de ello y como lo mencioné anteriormente, la asociación e integración de los organismos internacionales no siempre se estableció bajo un discurso conciliatorio, pues en algunas ocasiones las percepciones de neutralidad o no y el protagonismo de ciertas naciones generaron discrepancia y discernimientos en el accionar en salud (Weindling, 1997; Towers, 1995).

Ahora bien, respecto al rol de las agencias internacionales en los asuntos nutricionales, Ruxin (1996) menciona que la LNHO se interesó durante los años 20 en investigaciones que buscaban establecer requerimientos nutricionales necesarios para el cuerpo humano y los primeros pasos en el abordaje alimentario desde una perspectiva económica y de rentabilidad para cada país. Posterior a la depresión en 1929, la nutrición y su efecto en la salud en los países ricos impulsó el compromiso de la Liga en definir condiciones adecuadas para la vida saludable vinculados a aspectos socio-políticos de los sistemas de salud pública y en términos biológicos de una dieta estándar (Borowy, 2009; Packard, 2016).

En 1935 el ámbito de la nutrición hizo su primera aparición en la Asamblea de Liga de las Naciones, espacio en el que se permitió estimular estudios internacionales principalmente dirigidos por esta organización y otras interesadas en la investigación nutricional de Inglaterra¹² que volcarían su atención a problemas como la desnutrición en países fuera del continente europeo. La LNHO interesada en la nutrición, dejó plasmado su iniciativa en este campo dentro de algunos escritos¹³ en los cuales devela la relación entre la salud de las poblaciones, los desbalances en la disposición de alimentos y los mercados alimentarios (Ruxin, 1996).

Para 1937, en la Conferencia Intergubernamental de los Países del Lejano Oriente e Higiene Rural realizada en Bandung Indonesia, se exploró varios temas de gran importancia

¹² Para los años 30, Inglaterra era el mayor foco del movimiento académico nutricional representado principalmente con el Comité contra la Desnutrición y el Consejo Mínimo de Niños (Children's Minimum Council), los cuales defendían la pobreza como la causa fundamental de las dietas deficientes y la malnutrición. (Ruxin, 1996)

¹³ Burnet-Aykroyd en 1935 o el de la organización internacional para hacer frente al hambre en la población mundial de McDougall de ese mismo año o el comportamiento de las tasas de mortalidad en las colonias respecto al suministro de alimentos de Edward Mellanby en 1939 (Ruxin, 1996).

en la salud internacional entre los que se encontraban los servicios de salud y médicos, la ingeniería sanitaria, la reconstrucción rural, las medidas para combatir ciertas enfermedades de las áreas tropicales y por supuesto, la nutrición. Esta conferencia reveló y destacó los grandes problemas sociales y económicos de los territorios colonizados y países pobres. Sin embargo, cada recomendación que implicaba tener en cuenta las complejas estructuras sociales y económicas, esto es, una mirada política y social hacia los problemas de salud, no fue acogida por los participantes pues en su mayoría representaban a los gobiernos de las colonias europeas y tenían un papel dominante frente a instituciones como LNHO. Un ejemplo de esta situación que expone Packard (2016), es la discusión acerca de la nutrición la cual empezó con el reconocimiento de los miembros de la conferencia sobre las deficiencias existentes en las dietas en diferentes países de Asia y África comparadas con los estándares de la Comisión Técnica en Nutrición de la LNHO elaborados con base en la alimentación de países europeos. No obstante, el comité antes de analizar o criticar las condiciones económicas y sociales y las causas de dichas deficiencias o el impacto de las políticas económicas coloniales frente a la nutrición, se concentró en la elaboración de recomendaciones relacionadas con una mayor disposición de estudios que revelaran las condiciones nutricionales y alimentarias de las poblaciones, la creación de comités nacionales de nutrición, la definición de estándares dietéticos locales y la divulgación de esta información con otros países (Borowy, 2009).

En este sentido, la salud y la nutrición no eran sólo abordadas desde una mirada biomédica, sino que también trataban de abordarse desde la influencia económica y política en ellas. No obstante, en espacios de reuniones o comités internacionales se dejó de lado estas cuestiones y primó los intereses particulares de las potencias, que al mismo tiempo tenían

una importante influencia en estos organismos. Así, la actitud de la LNHO en un momento de la primera mitad del siglo XX fue la de acercarse a la salud con una combinación de elementos sociales, bio-médicos y políticos presentes en las poblaciones. Pero esta mirada más integradora a los problemas de salud sólo fue momentánea y trunca por la dinámica misma de la política y la economía mundial, pues las voluntades gubernamentales de los países clave que financiaban a la Liga de las Naciones no eran tan ambiciosas e integradoras en la forma de entender la salud como lo pretendían algunos de los miembros de este organismo. Por tanto y dadas las influencias de los inversores de dicha institución, el enfoque de los problemas nutricionales y alimentarios desde una óptica que le prestaba especial atención a las cuestiones de acceso y producción alimentaria, fue reenfocado fundamentalmente a una cuestión biomédica y técnica (Borowy, 2009).

Para el caso latinoamericano, es necesario mencionar que la salud internacional fue materializada desde la creación en las primeras décadas del siglo XX de la Organización Internacional Sanitaria de las Repúblicas Americanas¹⁴, así como con el trabajo de la Fundación Rockefeller en diversos países como Brasil, México y Cuba. Las actividades de estas organizaciones se fundamentaron en la protección del comercio agrícola y minero, además de la creación de universidades, departamentos militares y de medicina. Después de la Segunda Guerra Mundial el influjo de los Estados Unidos en el campo de la salud en los países latinoamericanos se intensificó bajo la propuesta de fomentar el desarrollo económico y elevar el estándar de vida través de la asistencia científica y tecnológica. También se intentó consolidar un mercado global en el que los países pobres aumentaran su capacidad de

¹⁴ En inglés, International Sanitary Organization of the American Republics (1902), renombrada como Oficina Sanitaria Panamericana para 1920 (Pan American sanitary Bureau-PASB) y en 1959 se convierte en la Organización Panamericana de salud- OPS como organismo subsidiario de la Organización Mundial de la Salud, creada a su vez después de la Segunda Guerra Mundial (Cueto, 2008).

producción de materias primas y de consumo de productos importados. Todo esto, además, enmarcado en los esfuerzos de Estados Unidos por evitar la expansión del comunismo en el hemisferio. Así en el contexto de la Guerra Fría, la intervención en los problemas de salud de los países latinoamericanos fue una prioridad de la agenda política y económica de los Estados Unidos. Por lo tanto y con el fin de fortalecer sus alcances en el hemisferio occidental, durante la década de los años 1950 el Departamento de los Estados Unidos organizó una Oficina de Asunto Internacionales con el fin de coordinar la participación norteamericana en la Organización de Naciones Unidas-ONU y sus agencias, como la Organización mundial de la salud-OMS (Cueto, 2008).

Vale la pena mencionar que, a finales de la década de 1940, también se evidenció algunos cambios en las agendas de las instituciones de salud internacional en Latinoamérica, así como el nacimiento de otras. Por ejemplo, la Fundación Rockefeller se concentró en el impulso de programas agrícolas dado su interés en la sobrepoblación y el hambre, al igual que en la alimentación y nutrición en relación con el control de enfermedades. Por otro lado, surgieron organizaciones como el Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Niñez en Emergencia (Unicef), la cual jugó un papel importante en la erradicación de enfermedades como el Píjan en países como Haití y trabajó complementariamente con la OPS respecto a la disposición de transporte, medicamentos y otros equipos en el continente.¹⁵ Otra organización por mencionar fue la Administración de Cooperación Internacional (ICA, por

¹⁵ En 1946 se crea la Unicef como respuesta a la situación de millones de niños que luego de la guerra no contaban con refugio, alimentos o ropa para su supervivencia. Unos años más tarde cuando se solventó la asistencia de las poblaciones afectadas por la guerra, el organismo se esforzó por tener un nicho permanente y a gran escala en la prevención de enfermedades que afectan a los niños. Para 1953, esta organización se volvió parte del sistema de la ONU y eliminó las palabras “internacional” y “emergencia”, convirtiéndose en el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia pero conservando sus siglas iniciales y expendiendo su atención a naciones empobrecidas sin perder de vista los niños en las crisis (guerra, sequía, conflictos o emergencia) (UNICEF, 1996).

sus siglas en inglés)¹⁶, la cual era una agencia que durante los años 50 se encargó de la asistencia extranjera relacionada con programas agrícolas, de transporte, salud y vivienda en países de América Latina. Posteriormente, esta institución se convertirá en la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), decisiva en el desarrollo de programas de salud durante las siguientes décadas (Cueto, 2008).

Teniendo en cuenta lo anterior, las organizaciones internacionales fueron promotoras de la salud internacional en el tiempo de guerra y posguerra en medio de una constante lucha de intereses políticos, económicos, sociales que se mantenían constantes desde inicios del siglo XX. Si bien dichas organizaciones forjaron y promovieron avances importantes en salud pública, se vieron inmersas en perspectivas biomédicas y de desarrollo para abordar las problemáticas en nutrición y salud de las poblaciones pobres, lo cual representó vínculos claros de influencias ideológicas, políticas y económicas en ellas. De esta forma, la salud y la nutrición se mostró como una herramienta técnica de poder que podría jugar un papel determinante en la promoción de la industrialización y sostenimiento del mercado mundial. A continuación, abordaremos con más detalle la preocupación nutricional en el contexto de cooperación de las organizaciones internacionales y el colonialismo en las naciones periferia bajo la concepción del desarrollo.

2.2. La malnutrición Colonial

Con las experiencias sobre salud rural y agricultura de LNHO en China y de la Junta Internacional de la Fundación Rockefeller (luego renombrada la División Internacional de Salud- IHD por sus siglas en inglés); investigadores británicos se interesaron en entender un

¹⁶ Formada como unidad de Departamento de Estado de los Estados Unidos.

singular y común problema: la “malnutrición” de los países colonizados. Si bien el Imperio británico durante la segunda mitad del siglo XIX había recorrido un importante camino de estudios y teorías sobre nutrición revelando sus nexos entre la salud, la economía y la productividad, sólo fue hasta los años 30 del siglo XX cuando los laboratorios nutricionales se convirtieron en parte integral de gobierno y de la industria alimentaria. En estos espacios, se podían por un lado explorar la capacidad tanto productiva como comercial de los alimentos, y por el otro, probar, establecer convenciones, procedimientos y métodos experimentales de las ciencias de la nutrición en relación con las leyes termodinámicas que regían el cuerpo y las propiedades químicas de la comida como combustible (Packard, 2016a; Vernon, 2011).

Los laboratorios nutricionales no sólo eran construidos en Londres, el Imperio Británico contaba con una gran cantidad de territorios en diferentes continentes donde podía investigar el campo nutricional con la población local, como lo describe a continuación Vernon (2011):

Los nutricionistas podían aprender mucho a partir de los experimentos con ratas y cerdos en los laboratorios ingleses, pero el Imperio presumía de una gran variedad de razas con una extensa gama de dietas “naturales” no contaminadas por los comercializados alimentos modernos. Esa heterogeneidad y pureza “primitiva” ofrecía un laboratorio natural en el que descubrir la clave de la eficacia nutricional y de la salud (p. 123).

En línea con lo anterior, los laboratorios nutricionales en las colonias británicas en otros continentes de principios del siglo XX, permitieron dar vía libre a una serie de estudios en nutrición entre los que se encuentra una investigación realizada por el biólogo Boyd Orr y el médico Jonh Gilks entre 1927 y 1931. Este estudio exploró el estado nutricional de dos

comunidades de Kenya (Kikuyu y Masai) y mostró el impacto de diferentes regímenes dietarios en la salud y el desarrollo en las dos comunidades, es decir, el impacto de la falta o no de alimentos de un pueblo respecto a su capacidad de trabajo y su supervivencia a otras enfermedades. Esto se tradujo en un gran reclamo frente a las prevalencias de malnutrición de las tribus nativas que no sólo se concentraban en ciertas zonas del África, sino también en Asia. Razón por la cual, la malnutrición se empezó a entender como un serio problema colonial con hondas implicaciones económicas para los países colonizadores (Packard, 2016).

Es importante mencionar que la nutrición adecuada, la cual incluía cereales y proteínas animales, se convirtió en la clave universal de la salud y de la productividad económica. Por lo tanto, el objetivo de los médicos y nutricionistas investigadores que se trasladaban de Gran Bretaña a las colonias era civilizar las dietas de los pueblos locales para “ (...) salvar cuerpos, no almas-o más concretamente, mejorar la forma física de los nativos para que su capacidad productiva aumentara-”(Vernon, 2011, p.127). Tanto fue el interés por establecer un mayor control sobre investigaciones nutricionales con las poblaciones de los territorios colonizados, que en 1936 se conformó el Comité sobre Nutrición en el Imperio Colonial (CNCE, por sus siglas en inglés), institución que soportó políticamente el discurso de la nutrición como vía necesaria para el desarrollo de los territorios.(Vernon, 2011)

Aunque la CNCE mencionaba que la malnutrición era un problema netamente económico, otros investigadores como Edward Mellanby, bioquímico británico y colega de Orr, sugirió en 1939 que los territorios coloniales podrían experimentar una disminución en las tasas de mortalidad y un mejor estado de salud si mejoraba el suministro de ciertos nutrientes. Este investigador, inquieto por la nutrición, asoció la mala nutrición como un

resultado de la escasez de sustancias esenciales en el cuerpo humano. De manera que su perspectiva se basó en que los problemas coloniales relacionados con la alimentación eran principalmente biológicos, dadas la carencia de esas sustancias esenciales en las poblaciones colonizadas y sólo la ciencia nutricional era la clave para resolverlos (Ruxin, 1996). Esto se interpreta como una reducida y limitada forma de explicar una condición nutricional de la población colonizada, que a su vez revela la práctica del poder ejercida por el experto en la cual induce el abordaje de dicha condición a través de temas netamente bioquímicos.

Otros estudios necesarios de ahondar sobre la malnutrición colonial fueron aquellos realizados en la India también por parte de científicos del imperio británico. Investigadores como, por ejemplo, Robert McCarrison¹⁷ a mediados de la década de los años 20 y Wallace R. Aykroyd¹⁸ a mediados de la década de los años 30, realizaron estudios sobre el Beri Beri¹⁹ y su relación con el consumo de arroz. Estos trabajos permitieron explorar de manera más amplia la relación entre la nutrición y la producción agrícola la cual incluyó un análisis de los contenidos nutricionales del arroz respecto a su procesamiento para el consumo humano.

Uno de estos informes, llamado *El problema del arroz en la India (The rice Problem in India)*

¹⁷ Sir Robert McCarrison (1878–1960) fue médico y oficial británico que realizó investigaciones iniciales sobre el efecto de la dieta en la salud y se propuso a estudiar formas extendidas y no tan visibles de desnutrición que disminuían la vitalidad y la resistencia a las enfermedades. En sus investigaciones, se incluyeron trabajos sobre las vitaminas y sobre los patrones epidemiológicos contrastantes especialmente en el territorio indio y demostró que la mayoría de las enfermedades incurridas por cada población eran el resultado de su dieta (Froggatt, 2019).

¹⁸ Wallace Ruddell Aykroyd (1899–1979), fue un médico inglés que investigó varias enfermedades de origen nutricional entre ellas el Beri Beri y la Pelagra en Europa y Asia en la mitad del siglo XX. Fue secretario de salud entre 1931 y 1935 de la Liga de las Naciones en el cual ejerció una cantidad de análisis entre la nutrición y la economía posterior a la Gran Depresión y durante la Segunda Guerra Mundial. Luego en 1935 fue nombrado director del Centro de investigación nutricional del gobierno de la India y entre 1946 a 1960 fue uno de los primeros convocados en participar en la recién creada Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO) (Carpenter, 2007).

¹⁹ Enfermedad de tipo nutricional que resulta de la deficiencia de tiamina, vitamina del complejo B, que juega un papel importante en el metabolismo de energía y la formación de tejidos, sus manifestaciones graves vinculan el sistema cardiovascular y nervioso, e incluyen síntomas como debilidad, irritabilidad, náuseas, vómitos, hormigueo o pérdida de sensibilidad en las manos y los pies (neuropatía periférica). Otros síntomas de alerta incluyen confusión mental y dificultades para hablar o caminar; los cuales son a menudo los síntomas precursores que conducen a coma y / o muerte. lo cual puede llevar a la muerte (Hubbart, 2017).

publicado en 1940, expuso un análisis de este alimento en términos del contenido de vitamina B según sus diferentes tipos. Pero, además incluyó un capítulo completo de aspectos económicos y sociales del consumo de arroz en la población del sur en dicho país, lo cual permitió que en las conclusiones de informe no se concentraran solamente en el contenido de vitaminas específicas del arroz, sino también en problemas como la pobreza, la falta de tierra, las deudas de los agricultores por la compra de las tierras y los cambios en el procesamiento y venta del arroz. A pesar de las recomendaciones realizadas dentro de las investigaciones británicas, los aspectos económicos y sociales como determinantes en la nutrición fueron marginalizados en la versión final del informe (Packard, 2016b). Según el historiador Packard (2016), estas cuestiones fueron en mayor medida opacadas por análisis técnicos concentrados en el consumo de nutrientes y de procesamiento de alimentos. Así, los reportes finales pusieron el énfasis en que las principales causas de los problemas nutricionales estudiados se debían a la ignorancia de los pueblos nativos: no sabían alimentarse correctamente. Entonces, la solución se centró en programas de educación y en el suministro de nutrientes a la población afectada, por encima de realizar transformaciones más estructurales de orden político, económico y social. Así, “La nutrición ahora se había transformado de ser conceptualizada como un problema estructural importante a ser vista como un problema técnico” (Packard, 2016a, p. 84).

En relación a lo anterior, Vernon (2011) menciona que durante la tercera y cuarta década del siglo XX, los laboratorios nutricionales revelaron discordia entre el posicionamiento de problemáticas biológicas y sociales que resultaban en ocasiones en una desestimación de la disposición alimentaria y las costumbres de las poblaciones colonizadas. Al respecto cuenta que los nutricionistas “(...) Insistían en que era la dieta, y no la cultura o

el entorno lo que importaba en las cuestiones de salud nutricional (...)” (p. 131). Por lo tanto, estos profesionales buscaron convencerse a sí mismos y los demás que “(...) para modernizar a los súbditos coloniales era necesario reformar las culturas alimentarias (...)” (p. 131) mediante el uso inexorable de la ciencia de la nutrición.

Seis años más tarde de publicarse *El problema del arroz en la India*, se realizó un encuentro científico británico sobre nutrición en los territorios coloniales el cual fue organizado por la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Allí se expuso una serie de conceptos y recomendaciones necesarias que probablemente recogían el camino recorrido de la malnutrición más de una década atrás sobre el problema de la nutrición de los territorios pobres y su salud. Dentro de las memorias del evento se evidencia la socialización de algunos estudios realizados por el profesor de nutrición humana, y que para aquel entonces era investigador dentro de la Medical Research Council, Benjamin S. Platt y del médico consultor especialista en enfermedades tropicales, en particular de la pelagra²⁰, H. S. Stannus (Elliot, 1946). Ambos aportaron importantes perspectivas para enlazar el problema nutricional de las colonias y el surgimiento de las mezclas vegetales.

Según Elliot (1946), Platt argumentó que dadas las condiciones particulares de cada territorio colonizado y sus vastas extensiones, era muy complejo establecer si existía un problema real de nutrición en cada población. Lo anterior, sustentado en cifras recogidas en diversas colonias, que revelaban a la malaria y la enfermedad respiratoria como las causas principales de la mortalidad en niños menores de tres años y no las enfermedades de origen

²⁰ La Pelagra es una enfermedad que causa problemas a nivel digestivo, neurológico y en la piel como resultado de un déficit de vitamina B3 (niacina). Esta enfermedad ha sido reportada desde los siglos XVIII y XIX en Europa, pero sólo hasta principios del siglo XX fue descubierta su causa (Ungvarsky, 2016).

nutricional (escorbuto, beriberí, pelagra, raquitismo, anemias macrocíticas). No obstante, llegó a asociar la mala nutrición en los primeros años de vida con la mortalidad materna y la presencia de enfermedades infecciosas. Esto llevó a Platt a exaltar la importancia de estudiar aún más las condiciones nutricionales de los individuos, a través de la mejora en las formas de recolección de datos de los alimentos consumidos en las comunidades, como también en el establecimiento de una aserie de signos y síntomas comunes que pudieran asociarse con la mala nutrición y así caracterizarla. En este sentido, Platt manifestó insistentemente sobre la importancia de unificar los procesos diagnósticos de eso que era llamado desnutrición, la cual según él era el resultado de una deficiencia de alimentos o de inanición. Igualmente, llamó la atención sobre el desarrollo y estandarización de encuestas dietéticas y la transferencia de conocimiento del personal de salud que trabajaba en las colonias como herramientas que permitirían evaluar a las poblaciones para establecer sus condiciones nutricionales. No obstante, advirtió crudamente que aún si llegasen a disponer de las herramientas de evaluación nutricional y el conocimiento técnico en los territorios, poco se lograría si las comunidades continuaran siendo, según el autor, primitivas sin el desarrollo de vías de transporte o comercio que garanticen los medios para mejorar su estado de nutrición (Elliot, 1946). Lo anterior, refleja que la concepción del problema de la mala nutrición además tener de un componente técnico, que en este caso se refería a las encuestas dietéticas y la nosología de las deficiencias nutricionales; también apelaba a uno económico. Este último, asociado a la falta de industrialización, a la baja participación del territorio o país en el mercado internacional y el bajo flujo de dinero con menor posibilidad de obtener los alimentos para nutrirse, por lo tanto, no sólo los esfuerzos en investigación sobre alimentos o el conocimiento *per se* sobre la importancia de los nutrientes garantizaba que las persona se alimentasen mejor.

Por otro lado, Stannus (1946), en su ponencia, permite evidenciar una línea conceptual de la desnutrición y los criterios para determinar su presencia en la población de las colonias británicas que respondía de cierta forma al llamado de Platt. Stannus, propone y describe la nutrición como un estado de equilibrio de metabolismo que permite satisfacer todas las demandas del cuerpo en un entorno, de manera que la desnutrición sería la carencia de una buena nutrición y lo que podría ser el reflejo de un suministro nulo de alimentos al cual nombra como *inanición* o una ingesta desproporcionada de uno o más nutrientes de la dieta (incluyendo agua, minerales, grasas, carbohidratos y proteína) llamada deficiencia (Stannus, 1946). Este concepto, se acogería por los investigadores británicos para establecer la forma en la cual se desarrolla la desnutrición y se convertiría en la base para formular propuestas de tratamiento.

Como se observó, el contexto colonial británico fue un escenario que permitió la exploración de la nutrición como herramienta necesaria para el mantenimiento de las economías y el flujo de capital para Europa. En los territorios colonizados se va modelando un posible impacto de la industrialización en los procesos sociales, culturales y por ende alimentarios que afectaban a los pueblos nativos. Si bien la preocupación por investigar enfermedades ocasionadas por la mala nutrición implicaba desacuerdos entre la academia, organizaciones internacionales y gobernantes desde abordajes técnicos y sociales, todos los esfuerzos eran encausados en disminuir el impacto de la mala nutrición en la economía y procurar una mejor producción en beneficio de los inversores. Aun así, los espacios académicos desempeñaron un papel audaz en la delimitación y posicionamiento de los problemas de nutrición y salud, los cuales llegarían a ser el punto de partida que permitió

surgir a las mezclas vegetales como medio de tratamiento y prevención de la desnutrición como lo veremos en el siguiente apartado.

2.3. La desnutrición y la proteína

Una de las enfermedades nutricionales que se identificaron en zonas de dominio británico y que sería un antecedente importante en el establecimiento de las mezclas vegetales, fue la desnutrición infantil. Esta enfermedad llamada inicialmente malnutrición y caracterizada por el déficit de ciertos nutrientes, fue mencionada por primera vez en un reporte académico inglés elaborado en 1933 el cual incluía una breve descripción de un padecimiento que sufrían ciertos niños en la Costa de Oro, entonces colonia británica y lo que hoy se conoce como Ghana. Este reporte, escrito por una médica jamaicana llamada Cicely Williams que realizó su Servicio Médico Colonial desde 1929 en Costa de Oro, describió que dicha enfermedad afectaba especialmente a niños entre 1 y 4 años, que habían sido tempranamente alejados de la lactancia materna y que se alimentaban de papillas de maíz. Mencionó, además, que los niños típicamente afectados sufrían de edema, manchas de piel y diarrea persistente que podía llevarlos rápidamente a la muerte. No obstante, algunos de los niños que sobrevivían mejoraban su estado sintomatológico al consumir aceite de hígado de bacalao y leche condensada en lata (Carpenter, 1994).

El reporte escrito por Williams y publicado en *The Archives of the Diseases of Childhood*, sólo tuvo una respuesta el año siguiente a su publicación por parte de H. S. Stannus. Este médico que para ese entonces gozaba de reconocida autoridad en el manejo de enfermedades tropicales, contradujo las observaciones hechas por Williams pues declaró que

los niños que habían sido seguidos bajo su investigación padecían de Pelagra y no otra enfermedad²¹ (Carpenter, 1994).

Dos años después de su primer reporte, Williams publicó en la revista *Lancet* una serie de nuevos casos de esta enfermedad, y señaló que se trataba de una entidad patológica específica diferente a la pelagra. Así propuso denominarla como Kwashorkor, asociada a una palabra nativa de Ghana que significa la enfermedad que los niños mayores adquieren cuando un siguiente niño nace (o tiene un hermano menor). Stannus, criticó duramente a Williams porque no estaba de acuerdo con la idea de que se tratara de una entidad patológica específica diferente a la pelagra infantil y por utilizar, desde una posición claramente eurocéntrica, un nombre local para llamar esta condición. Más allá de la confusión de la enfermedad de la pelagra infantil, la molestia de Stannus también radicaba en que no era posible que el Kwashiorkor, como una nueva enfermedad, fuera revelado por una médico mujer, que además no tenía experiencia en enfermedades tropicales. A pesar de esto, ese mismo año otros médicos en Costa de Oro y en Kenia reportaron casos similares al de Williams con algunas diferencias en los signos de la piel y el cabello, los cuales parecían causadas por un déficit de alimentación (Bender, 1969; Carpenter, 1994).

Hugo Trowell un personaje que también se vincula en la identificación de las enfermedades que aquejaban a las colonias, era un médico inglés que se encontraba en Kenia en los años 30 e inicialmente aceptó las consideraciones de Stannus. Sin embargo, al ser traslado en 1935 a Uganda fue testigo de varios casos de niños con ciertas características de

²¹ Posiblemente por las similitudes en los signos dermatológicos comunes en la Pelagra como también la presencia de diarrea, vómitos, falta de apetito y apatía. Es importante agregar, que el médico Joseph Goldberger, a principios del siglo XX, fue en encargado de establecer una conexión entre el consumo de maíz en la dieta y la aparición de la pelagra (Ungvarsky, 2016), quizás Stannus inicialmente vio varias coincidencias para determinar que era esta enfermedad.

Kwashiorkor pero las clasificó como sífilis congénita. Luego, para 1940 realizó una reseña de la pelagra infantil citando otros reportes en México, Costa Rica y Congo Belga en los cuales asoció la causa de la enfermedad con un déficit de proteína, puesto que en los registros de los casos logró concluir que el mejor tratamiento incluía, entre otras sustancias, una dieta con aportes altos en proteína. Luego, en 1945 después un intercambio conciliador de perspectivas médicas con Williams, Trowell utilizó el término de *malnutrición maligna* para describir esta enfermedad. Señaló una relación de este padecimiento en niños que eran alimentados con leche materna hasta los dos años acompañada generalmente de plátanos cocinados y papas dulces. En 1949, nuevamente Trowell volvió a examinar el tema de la malnutrición y propuso que para corregir este síndrome tan complejo, lo adecuado era suministrar leche en polvo varias veces al día (Carpenter, 1994).

Posterior a la Segunda Guerra Mundial, no sólo los británicos se interesaron en estudiar los problemas nutricionales, pues la recién creada Organización de las Naciones Unidas (ONU) y sus agencias anexas como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), no tardaron también en fijarse en la desnutrición, especialmente en el Kwashiorkor, la cual fue reconocida bajo este nombre en 1949. Esta atención, respondía al posicionamiento de indicadores estadísticos y socioeconómicos como disposición de calorías y alimentos en los países que desde la década de los 30 revelaban que “(...) los ricos eran abrumadoramente sanos y los pobres eran predominantemente desnutridos” (Ruxin, 1996,p.49) lo cual llevó a definir la nutrición y la alimentación como una cuestión económica (Carpenter, 1994).

Para finales de los años 40, el Kwashiorkor fue señalado como la segunda enfermedad más importante a nivel global, la cual parecía ser desencadenada por falta de alimentos de

origen animal. Por lo tanto, las agencias internacionales no dudaron en iniciar investigaciones para establecer los síntomas y los métodos utilizados para el tratamiento de esta enfermedad. Los médicos J.F. Brock y M. Autret en 1950 adscritos a la OMS y FAO, respectivamente, reportaron en sus investigaciones que la enfermedad era constante en niños lactantes en los países como Sudáfrica, Kenia, Uganda, Ruanda-Urundi, Congo belga y francés, África ecuatorial, Nigeria, Gold Coast, Liberia, Gambia y Senegal. En este reporte, también abordaron temas como el tratamiento del Kwashiorkor con leche desnatada e información sobre la disposición de alimentos como carne, pescado y leche por persona en cada uno de los territorios, lo cual llevó evidentemente a concluir que un consumo bajo en proteínas era la causa de la enfermedad. Así, este documento reveló oficialmente la crudeza de este padecimiento en los países tropicales y subtropicales, como también la relación sobre la baja disponibilidad per cápita de proteína animal con la pobreza y “la ignorancia de las madres” como posible causa del Kwashiorkor²² (Carpenter, 1994; Ruxin, 1996).

Respecto al uso de la leche desnatada y su eficacia en el tratamiento del Kwashiorkor, las organizaciones internacionales acogieron este alimento como vehículo para el suministro de proteína animal en países en desarrollo, el cual luego de la guerra, presentaba un excedente importante en su producción proveniente de Estados Unidos.²³ La Unicef, por ejemplo, abordó la desnutrición de forma similar a las enfermedades infecciosas al colocar

²² El marasmo, como otra enfermedad de tipo nutricional que se había asociado tradicionalmente con el déficit de consumo de calorías, empezó a distanciarse en su diagnóstico y sintomatología del Kwashiorkor. Sin embargo, fue este último el que motiva todo un proceso de estudio de consumo de proteínas en años posteriores como se podrá apreciar posteriormente.

²³ Gracias a los avances en la producción de lechera de este país, la leche descremada en polvo tenía una mayor vida útil y podía almacenarse de manera más práctica que la leche líquida. Para 1954, el Congreso de los Estados Unidos aprobó la Ley Pública 480, en la cual se ofrecía a organizaciones de ayuda los excedentes de productos agrícolas para su distribución gratuita. La Unicef fue un receptor importante de estos durante los años cincuenta. (UNICEF, 1996)

el énfasis en su solución a través de un producto o sustancia, en este caso el suministro de proteína. Así, promovió la distribución gratuita de leche descremada como fuente de proteína animal durante las primeras dos décadas de su trabajo. No obstante, para 1964 los excedentes de leche fueron disminuyendo por lo cual fue necesario formular otro tipo de alimentos altos en proteínas como tratamiento para Kwashiorkor (McLaren, 1974; UNICEF, 1996).

Respecto al suministro de leche animal, Carpenter (1994) menciona que no era lógico esperar que en países donde no era común y extensiva la producción pecuaria se lograra disponer rápidamente de este alimento y sus productos derivados. Por lo tanto, menciona que la estrategia escogida fue buscar sustitos de leche de origen vegetal que fueran aceptados y que de igual forma pudieran ser consumidos por los lactantes. A esta conclusión también llegaron los investigadores Brock y Autret, quienes tomaron la decisión de analizar el contenido de nutrientes en las dietas africanas comparando diversos alimentos como el pescado, la carne, la leche o los frijoles. Con los aportes de estos dos investigadores, las organizaciones internacionales como la FAO y OMS en 1951, recomendaron a los formuladores de política pública aumentar la disposición de alimentos, mayor inversión en investigación sobre la nutrición de las poblaciones y disponer de mayor información sobre combinaciones alimentarias que permitieran prevenir el Kwashiorkor. Lo anterior implicó que las intervenciones nutricionales de los Estados debían estar armonizadas con investigaciones que eran lideradas en su mayoría por instituciones transnacionales y debían partir de la cooperación entre estas y los gobiernos.

Tomando las recomendaciones establecidas por la FAO y la OMS en 1951, investigaciones en Centroamérica revelaron diferentes formas en las cuales se podía presentar el Kwashiorkor o el Síndrome pluricarencial de la infancia a través de los múltiples signos y

síntomas que lo constituía. Así mismo, se estableció en estas una serie de factores que se sumaban a los resultados de estudios realizados en el África y otros novedosos que ampliarían en análisis del origen de la enfermedad. Entre estos factores se encontraba: la escasez de alimentos ricos en proteína de Alto Valor Biológico²⁴, la ignorancia de las madres sobre las necesidades nutricionales de sus hijos y las formas de satisfacerlas, los prejuicios o hábitos equivocados relacionados a las prácticas dietéticas en los niños más pequeños; la pobreza, las condiciones higiénicas y sanitarias precarias que conducían a infestaciones de parásitos e infecciones y capacidades productivas insuficientes de la población relacionadas con técnicas agrícolas (Béhar & Scrimshaw, 1966).

Es importante considerar que a medida que surge la desnutrición como un problema mundial, las intervenciones nutricionales continuaron siendo enfocadas en un plano biomédico hasta principios de la década de los años sesenta. Estas formas de intervención tomaron dos perspectivas importantes, una radicada en términos nutricionales al estudio de alimentos o productos que brindarán más nutrientes al cuerpo humano y la otra, en términos de investigación para la eficiencia productiva al sector agrícola para mejorar la economía de los países pobres. En este sentido, las organizaciones internacionales tomaron estas dos perspectivas como diferentes formas de abordar un problema nutricional en función del tiempo necesario para ver los resultados. Es decir, había dos caminos que podrían recorrerse para impactar el estado nutricional de las poblaciones: soluciones a largo plazo (relacionadas con educación, apoyo agropecuario, reformas agrarias) y las respuestas rápidas (distribución de leche, suministro de vitaminas). Estas formas de responder a los problemas como la desnutrición, se convirtió en una cuestión de conquistas técnicas que representaban fórmulas

²⁴ Ver pie de página 28.

que resolvieran la ignorancia, la enfermedad, la pobreza, y la muerte prematura que aquejaba a los países pobres, de manera que les permitiera alcanzar el ideal de salud de las naciones más desarrolladas (Béhar & Scrimshaw, 1966). El estudio de la proteína, como fórmula exitosa para resolver un problema nutricional, trascendió a una respuesta rápida biomédica y permeó la agenda económica mundial de manera que la producción de ciertos alimentos permitiría el progreso más rápido del desarrollo (Béhar & Scrimshaw, 1966; Ruxin, 1996).

2.4. La solución hecha alimento

Establecer el momento y lugar donde se utilizó por primera vez las mezclas vegetales con objetivos terapéuticos y preventivos puede ser confuso, pues a este alimento se le ha designado diferentes sinónimos como complemento infantil, alimento infantil alto en proteína o alimento infantil rico en proteína. En el texto de Todhunter (1976) sobre *Sucesos que Hicieron Época en la Historia de la Nutrición*, se menciona, por ejemplo, que el concepto de suplementación con proteínas vegetales había sido aplicado a programas de nutrición en los años 20 y se había extendido en varias formas a todo el mundo, pero no detalla alguna referencia bibliográfica específica sobre esta afirmación. No obstante, en esta investigación asumo dos experiencias como el origen de las mezclas vegetales, las cuales se encuentran relacionadas con los temas recorridos hasta este momento.

La primera, es la experiencia nombrada por un investigador y médico del Queen Elizabeth College de la Universidad de Londres, Arnold Eric Bender (1969) quien menciona un producto alto en proteína que se volvió popular en Johannesburgo (Sudáfrica) alrededor de 1937. Este producto llamado *Incumbe* y de consistencia similar a papilla a base de maíz servía para contrarrestar la alta tasa de mortalidad infantil y era comercializado a un precio

muy bajo. Posteriormente en 1956, dicho alimento fue combinado con otros productos como soya y leche, para luego ser conocido en los años 60 como Pronuto²⁵.

La segunda experiencia, que permite seguir los pasos iniciales de las mezclas vegetales, ocurrió en 1951 cuando el médico R.F.A Dean y su equipo de investigación británico, tomó una preparación hecha en orfanatos alemanes luego de la Segunda Guerra Mundial, la cual consistía en una mezcla de soja cocida y cereales malteados como fuente de proteína y energía. Esta preparación fue modificada con ingredientes como frijoles o harina de maíz con el fin de tratar el Kwashiorkor en Uganda. Estas mezclas de alimentos, en ese entonces, fueron una alternativa exitosa para remediar la desnutrición, sin embargo, no tenía un efecto tan rápido en comparación con los concentrados de proteína láctea usualmente usados. Por otra parte, los informes publicados en 1953 por Waterlow y Vergara en Brasil y en India relacionados con la desnutrición y la ingesta de calorías y proteínas, reiteraron el uso de la leche desnatada y las mezclas de productos como el frijol, la harina de maíz, azúcar y nutrientes aislados como alternativas para su tratamiento (Carpenter, 1994). Es importante mencionar que, si bien América Central también desarrolló diferentes formulaciones de mezclas vegetales a través del INCAP durante los años 50 y 60, esta tardó algunos años más en comparación con las experiencias de Bender o Dean. En relación con el INCAP y las mezclas vegetales abordaremos su historia con más detalle en un apartado posterior.

²⁵ Pronuto fue un alimento diseñado como suplemento nutricional compuesto de maíz, leche desnatada en polvo, maní, soya, harina de pescado, levadura y germen de trigo; el cual fue desarrollado, producido y comercializado por una empresa privada en Sudáfrica sin ningún respaldo gubernamental o internacional y fue categorizado como un alimento alto en proteínas que provenían de proteínas vegetales (Bender, 1969; Carpenter, 1994; McLaren, 1974).

Las mezclas vegetales, emergieron gracias a los discursos de las agencias internacionales como el Comité de Expertos de la FAO/OMS en la década de los años 50, que reclamaban una respuesta urgente a la deficiencia de proteína y el efecto que esta causaba en la salud infantil en varios países pobres. Si bien, ya estas organizaciones reconocían la existencia de una enfermedad nutricional de tipo carencial emergente, las reuniones anuales lideradas por dicho Comité permitieron reunir un mayor número de trabajos de investigación de países como India y Uruguay con análisis similares a los realizados por Dean en 1951. A su vez estos estudios, facilitaron, por un lado, exponer la enfermedad como un problema de salud que acarrea un impacto económico toda vez que disminuía la capacidad de los hombres y mujeres para el trabajo, y por otro la necesidad de prevención en el desarrollo apropiado de la producción de alimentos. Al final, en los espacios de discusión académicas lideradas por las organizaciones transnacionales no gubernamentales, la enfermedad que inicialmente fue conocida como Kwashiorkor, cambió a la desnutrición proteica o síndrome pluricarencial de la infancia, la cual permitió asociar una causa limitada y reducida por la cual se desarrolla: la falta de nutrientes en la infancia y en especial de la proteína (Anderson et al., 1966; Carpenter, 1994).

Para finales de 1954, la desnutrición proteica fue el primer tema en la agenda del Comité de Nutrición de la FAO/OMS. En la sesión realizada en Ginebra se reconoció algunas acciones para responder a la desnutrición entre las que se encontraba la entrega de leche en polvo desnatada a colonias belgas en el África Central por parte de la Unicef e iniciativas de producción para el aumento del consumo de proteína animal.²⁶ No obstante, en esta reunión también se incluyó la discusión alrededor de la utilización correcta de los alimentos

²⁶ Ver pie de página 23.

producidos localmente, la erradicación de enfermedades endémicas como la malaria y el mejoramiento de las condiciones económicas en el hogar (Carpenter, 1994). Esto posiblemente es un ejemplo del disenso que suscitaban los “magic bullets”²⁷ en la solución de los problemas de salud relacionados con la falta de alimentos que sufría los países pobres. La pobreza, el hambre y la desnutrición quizás eran visibles para los técnicos, sin embargo, pensar sus soluciones alejadas del discurso del desarrollo y bajo la crítica de la estructura económica hegemónica era inconcebible; pues significaría un nulo apoyo para investigarlas y demoras en los resultados inmediatos que se exigían en los espacios internacionales no gubernamentales.

Respecto a los “magic bullets”, es importante mencionar que entre 1948 y 1978, la práctica de la nutrición emprendió un camino de la mano de la ciencia, como también de la industria de alimentos para entregar respuestas parciales a problemas nutricionales poblacionales. Estas respuestas se incorporaron paulatinamente en las políticas de salud a nivel mundial a través de organismos como la OMS o la FAO y definidas como soluciones efectivas y de acción rápida distribuidas masivamente en la población. Para el caso de productos altos en proteína como las mezclas vegetales, entraron a esta categoría al ser usadas como una solución a la desnutrición proteica en el mundo. No obstante, para finales de los años 70, este tipo de intervención fue blanco de críticas desde la misma academia y activistas de las mismas agencias internacionales que rechazaban claramente que una enfermedad como la desnutrición proteica debía concentrarse en su origen biológico. De hecho, el surgimiento

²⁷ Magic Bullets o Balas Mágicas en español se refieren en este contexto, como intervenciones de salud que son diseñadas y entregadas para producir efectos dramáticos en la reducción de una enfermedad específica por causas específicas. Así mismo, son consideradas soluciones científicas verticales que se acogen en las organizaciones e instituciones no gubernamentales transnacionales y en una lógica de “combate” de las enfermedades que impedían el desarrollo (Mason & Margetts, 2017; Ruxin, 1996).

de los “magic bullets” significó una estrategia vista por algunos técnicos, como soluciones parciales, por lo tanto, se requería cada vez más una visión mucho más profunda del problema de la deficiencia en proteína (Ruxin, 1996).

Retomando nuevamente el problema que emergía sobre el déficit de proteína en el mundo en la década de 1950, las agencias internacionales incentivaron especialmente investigaciones que evidenciaran mejoras en la producción y la creación de nuevos de alimentos altos en proteína. De esta manera, fue prudente formar un grupo consultor que controlara y asesorara estas investigaciones en empresas, gobiernos y entidades no gubernamentales, así que para 1955, bajo el amparo de la OMS y con aportes de la Fundación Rockefeller y la Unicef nació el Grupo Asesor de Proteínas (GAP). Este grupo, entre otras actividades, dio orientación a los programas de investigación para la producción y pruebas experimentales de productos alimenticios (entre los que se encontraban productos similares a las mezclas vegetales), las cuales fueron dirigidas por el Comité sobre Desnutrición Proteica del Consejo Nacional de Investigaciones de los Estados Unidos de América, cercano a miembros de la FAO, la OMS y la Unicef (Anderson et al., 1966; Carpenter, 1994).

Para 1957, el GAP alcanzaría el máximo posicionamiento y reconocimiento de su trabajo a nivel mundial. Ese año William Darby, vocero en ese entonces de dicho grupo, fue delegado como presidente de la quinta reunión del Comité de la FAO y OMS. En esta reunión se establecieron tres etapas importantes que la desnutrición proteica o el síndrome policarencial habían cursado a lo largo de la primera mitad del siglo XX para su definición y resolución. Las dos primeras fueron el trabajo de campo y el análisis de los problemas que permitió desarrollar la nosología de la enfermedad. La tercera etapa era la invención de medidas preventivas y curativas en las dietas de los niños con alimentos ricos en proteínas

distintas de la leche. Esta última etapa, que tomó fuerza a finales de los años cincuenta, sería crucial para atacar el desencadenante de la enfermedad: el bajo consumo de proteína, puesto que aquellas proteínas de origen animal eran de alto costo y de difícil acceso, sobre todo en las regiones donde la desnutrición constituía un problema para resolver en un breve plazo. Así, el estímulo para desarrollo de una proteína barata que sustituyera la leche en la alimentación infantil,²⁸ sería esencial para los siguientes años (Ruxin, 1996; Scrimshaw, 1957).

El desarrollo de productos nuevos para enfrentar el problema de escasez de proteína debía cumplir ciertas reglas dispuestas por las agencias internacionales, como: 1. Producirse localmente, 2. Ser asequibles para toda la población, 3. Tener una capacidad por largos períodos de almacenamiento incluso en condiciones tropicales, 4. Ser aceptables en términos organolépticos 5. No ser tóxicos y 6. Ser fácilmente aceptadas e incorporadas en la alimentación usual de la población. Estas reglas expuestas en el Comité de la FAO y la OMS en 1957 permitieron iniciar una serie de investigaciones con diversos productos identificados en ese entonces como fuentes importantes de proteínas: pescado, soja, maní, ajonjolí, semilla de algodón, girasol, y coco (Anderson et al., 1966; Carpenter, 1994).

La carrera por investigar más y mejores productos con importantes cantidades de proteína, había comenzado. Era un hecho aceptado que la producción de ciertos alimentos

²⁸ Como producto de investigaciones alrededor de la proteína, a principios de los años 60 se conocía que este nutriente se conformaba por 18 a 22 aminoácidos los cuales podrían ser esenciales y no esenciales, es decir, podían ser sintetizados o no por el cuerpo humano. Ocho de aquellos aminoácidos eran catalogados como esenciales por lo tanto las cantidades apropiadas y el balance en sus cantidades en los alimentos contribuían a una categoría denominada “valor proteico”, “valor nutritivo de las proteínas” o valor biológico. Para la formulación de las mezclas vegetales, se tenía en cuenta el contenido de los aminoácidos esenciales versus el contenido de los mismos en la leche, el huevo y un patrón de referencia (una proteína hipotética de alto valor biológico o con alta absorción de nitrógeno y retención en el organismo, que contiene un patrón de aminoácidos determinados) formulado por el Comité sobre Requerimiento de Proteínas de la FAO. De esta manera se determinaba su valor proteico (Instituto Nacional de Nutrición, 1961).

era una medida efectiva para solucionar el problema de la desnutrición que aquejaba en territorios subdesarrollados, sin embargo, no resolvería el desbalance existente entre la producción de alimentos y un fenómeno adicional: el crecimiento demográfico. Este desequilibrio, según estadísticas expuestas a finales de 1950, se manifestaba con un incremento de producción agrícola en países que eran técnicamente avanzados, pero no en otros países que continuaban con un inadecuado abastecimiento de alimentos y con un aumento rápido de la población. Lo anterior, era explicado de la siguiente forma por un grupo de técnicos de organizaciones no gubernamentales y burócratas estadounidenses de esa época:

(...) Los adelantos logrados en materia de medicina aplicada, sanidad pública, y educación higiénica han conducido a una disminución de las tasas de mortalidad en muchos países, pero en particular en aquellos menos desarrollados y menos bien nutridos. Como resultado, los aumentos netos de la población han sido mayores en los países de menor desarrollo técnico que en los llamados países avanzados. Así, pues, la diferencia entre los seres bien nutridos y los desnutridos en vez reducirse, se ensanchan (Anderson et al., 1966, p.56).

Por lo anterior, era necesario reevaluar estimaciones más precisas sobre requerimientos nutricionales y la capacidad de suministrar alimentos en el mundo, así como estimular el poder adquisitivo de la población a través de la expansión de industrias no agrícolas. Un ejemplo de estas propuestas fue la encuesta especial sobre las necesidades de los niños iniciada por la Unicef en 1960 y que estuvo acompañada por organizaciones como la OMS, FAO y la UNESCO. Este estudio mostró cómo aspectos sociales y económicos eran de necesaria consideración para el bienestar de los niños y presentó una teoría sobre la importancia de satisfacer las necesidades humanas durante la infancia. Esta teoría, señalaba que los niños debían ser el centro de todas las políticas vinculadas con la construcción de

capital humano, es decir, ellos sería el recurso máspreciado el cual debía ser objeto de inversión para forjar el desarrollo de los países. Investigaciones como esta, trajeron consigo iniciativas de *nutrición aplicada*, las cuales incluían, entre otras actividades, capacitaciones en nutrición, planes para mejorar la producción de alimentos y el suministro directo de alimentos como leche o las mezclas vegetales (Anderson et al., 1966; Ruxin, 1996; UNICEF, 1996).

Con referencia a lo anterior, las mezclas vegetales surgen por el interés de disminuir la mortalidad infantil asociada a la desnutrición a través del consumo de proteína. Este nutriente como panacea alimentaria durante la década de los años cincuenta, fue el resultado de las relaciones técnicas y burocráticas que se establecieron entre las organizaciones internacionales y países desarrollados, los cuales buscaban una respuesta contundente para proteger la inversión más grande del sistema económico: los niños. Ahora bien, el crecimiento acelerado de la población y la posibilidad de no contar con suficiente cantidad de alimentos para todos añadió un detalle particular en el contexto de la invención de las mezclas vegetales. En efecto, este alimento puede interpretarse como un producto eficiente capaz de nutrir una gran cantidad de población a bajo costo, que a su vez podría resolver el problema la desnutrición proteica. Según Anderson et al., (1966), las transferencias de excedentes de granos de países abastecidos y técnicamente avanzados a otros que no lo eran, fue una forma fiable de enfrentar la preocupación de la falta de alimentos para la población en aumento y de la misma manera de asegurar la materia prima para la elaboración de mezclas vegetales. No obstante, llama la atención que este paso de alimentos de unas naciones a otras, que no era nuevo después de la segunda guerra mundial, pudiera ajustarse convenientemente a la regla número uno establecida por el Comité de la FAO y la OMS en 1957, la cual hacía

mención que la producción de la mezcla vegetal debía surtirse en el mismo país. En conclusión, el avance de la tecnología agrícola y la ciencia de los alimentos, seguirían señalando los medios indicados para alimentar a la humanidad, sin cuestionarse los modelos de desarrollo económico o las políticas de gobierno globales que perpetuaban la pobreza en países subdesarrollados.

2.4.1. *La brecha de proteínas*

El término de *brechas de proteínas* descrito oficialmente en el primer informe del Comité Asesor de Ciencia y Tecnología de las Naciones Unidas para el Desarrollo en 1968, hacía alusión a las amplias diferencias entre los requerimientos de proteínas para la población en algunos países y la producción de alimentos fuentes de este nutriente. Adicionalmente, contenía adicionalmente una serie de recomendaciones dirigidas a países en desarrollo las cuales buscaban impedir una crisis de proteína en el mundo. Entre ellas se encontraba, por ejemplo: 1. Aumento de la producción de proteínas y la prevención de pérdidas de las mismas en las cadenas de producción, 2. Ampliación de la producción y fomento del consumo de harinas de semillas oleaginosas como fuentes de proteínas, 3. Apoyo en la promoción y la distribución de alimentos ricos en proteínas, 4. Promoción de centros regionales y nacionales para la investigación o 5. Fomento de la capacitación en agricultura, tecnología de alimentos, ciencia y nutrición de la población. (Bender, 1969; Clinical Pediatrics, 1968b; Ruxin, 1996)

Durante los años sesenta y hasta inicios de los setenta, el interés por las proteínas había dominado los recursos financieros, técnicos y humanos de las agencias de la ONU vinculadas al campo de la nutrición y alimentación en el mundo. Reportes como el publicado en 1968, y otras evaluaciones sobre la producción y el consumo de proteínas en diversos lugares del mundo, motivaron y posicionaron a este nutriente como un objetivo primordial

que resolvería la desventaja nutricional de millones de personas en países subdesarrollados. En este contexto, poco a poco la práctica de la nutrición se convirtió en un escenario de tensiones entre los técnicos que velaban por la concepción y puesta en marcha de soluciones sencillas y rápidas frente a otros que se alejaban de soluciones únicas para concentrarse en el desarrollo económico. Aunque los organismos internacionales reconocían el progreso de la aplicación ortodoxa de conceptos nutricionales en la atención de enfermedades por deficiencia como la pelagra o el berí berí, las discusiones sobre las intervenciones concentradas en suministrar sólo un nutriente o el abordaje de la disposición de alimentos y el acceso a los mismos, lograron abrir un espacio de análisis para otros problemas en el mundo como el hambre y la desnutrición proteico calórica.²⁹ A pesar de esto, agencias como la FAO insistían que los resultados de las mejoras socioeconómicas podrían demorar más en mostrar resultados frente a la necesidad apremiante de atender a los niños con desnutrición. Por lo tanto, continuaron promoviendo varios tipos de enfoques verticales como la entrega de alimentos en programas de complementación alimentaria con la creencia que el mayor problema que enfrentaba el mundo era la deficiencia de proteínas (Ruxin, 1996).

El panorama anterior cambió, luego de que la crisis alimentaria que inició en 1972, a raíz de fuertes cambios climáticos, generara una disminución en la producción de alimentos por primera vez en el mundo después de la Segunda Guerra Mundial. El aumento de la demanda de alimentos y las nulas reservas de estos generó un incremento importante en los precios, los cuales se agravaron aún más en 1973 con la crisis del petróleo. Este antecedente, permitió concentrar los esfuerzos para impulsar y promover una mayor producción y

²⁹ Para 1959 la OMS introduce el término desnutrición proteico –calórica, con el fin de incluir todos los signos clínicos que se observan en el marasmo, el Kwashiorkor, sus estadios intermedios, así como las etapas subclínicas (McLaren, 1974).

disponibilidad de productos alimenticios, de manera que, para los siguientes tres años, agencias como la Unicef, FAO y OMS abogaron por la elaboración de políticas nacionales de alimentación y nutrición como medida para frenar la insuficiencia alimentaria de las poblaciones más pobres (Ruxin, 1996). Esto, desvió la atención del discurso inicialmente establecido sobre una crisis de proteína y la brecha que existía en la disposición de este nutriente en países desarrollados y subdesarrollados. El desequilibrio económico mundial redirigió un nuevo problema generalizado: la escasez de alimentos; de manera que la comida y no la nutrición, como sucedió durante la guerra, estaba en la agenda mundial, pero ahora los gobiernos de países en desarrollo debían ser partidarios de acciones que permitieran abastecerse de recursos y así enfrentar las crisis económicas.

Las tensiones técnicas sobre las intervenciones nutricionales, la crisis alimentaria y las nuevas agendas políticas en alimentación y nutrición, llevaron a cuestionar desde la academia los esfuerzos mal encaminados sobre el estudio de las proteínas y la corrección de la desnutrición proteico-calórica como una falacia. Según McLaren (1974) tanto el marasmo como el Kwashiorkor, dos formas de desnutrición tenían una misma etiología multifactorial de necesario estudio: la pobreza, la ignorancia, inadecuadas condiciones de vivienda, la falta de higiene y la no planificación familiar. De esta manera, las discusiones e investigaciones de las organizaciones internacionales alrededor de la proteína habían sido limitadas y agotadoras, toda vez que la desnutrición no era más que la obvia falta de alimentos y en sí de energía o calorías, combustible indispensable al igual que el agua, para la vida humana. Al respecto, la misma Cicely Williams en 1975 preocupada por estas discordias académicas, reconoció la importancia que debería tener la atención adecuada de la enfermedad y no quedarse solamente en las minucias de la patología. En este sentido, podría mencionarse que

la discusión sobre el caso de la desnutrición durante los años setenta, permitió reflexionar sobre las complejas interacciones de este problema con lo social, cultural, agrícola y económico; y cuestionar al mismo tiempo las soluciones rápidas como elemento central para resolverlo (Milner, 1978; Ruxin, 1996).

Una reflexión relacionada con la desnutrición y la escasez de alimentos que vale la pena resaltar, fue la realizada por James McDowell (1976) jefe de la sección de Tecnología y Nutrición de Alimentos de la Oficina Regional para la Unicef en África Oriental. Él escribió desde Nairobi (Kenia) sobre varios factores³⁰ relacionados con la desnutrición que implicaba ir más allá de los alimentos, de manera que enfocarse en la proteína para su curación era reduccionista y estaba lejos de su prevención. Adicionalmente, era claro en su mensaje que el foco de la intervención nutricional no debía agotarse, por ejemplo, en aumentar el contenido de proteína en el grano de maíz; si no por el contrario, buscar estrategias en la conservación efectiva de los alimentos producidos, así como el desarrollo ecológicamente adaptado y productivo de los mismos.

A modo de cierre de este apartado, podemos rescatar varios elementos importantes a considerar. Primero, existió una atención especial en la desnutrición infantil asociada a la pobreza e ignorancia en países subdesarrollados. La atención de esta enfermedad y su posición en el discurso de cooperación en las agencias internacionales no gubernamentales, permitieron fomentar una preocupación mundial en la nutrición de las poblaciones, la cual

³⁰ El peso al nacer del niño en relación de la edad de la madre al momento de la concepción, la exclusión por diversos motivos de los alimentos de otro modo disponible en la dieta del niño, falta de disponibilidad de ciertos alimentos debido a la escasez estacional o la restricción económica interna periódica, anorexia durante episodio frecuente de enfermedad que pueden limitar seriamente la ingesta de alimentos incluso si se dispone de una dieta normalmente adecuada y las enfermedades agudas o crónicas que pueden reducir la capacidad del niño para asimilar los alimentos ingeridos y que puede ir acompañada de anorexia (McDowell, 1976).

también fue atendida por los Estados y la industria. Segundo, la crisis de proteína en el mundo, explicada a través de estadísticas poblacionales, fue entendida como la causante de la desnutrición infantil en los países pobres. Por lo tanto, las agencias también posicionaron este fenómeno como problema, lo cual llevó a formular un tipo de intervención nutricional focalizada como los productos altos en proteína, entendidos como “magic bullets”. No obstante, el aumento poblacional en los países pobres y la crisis alimentaria en los años 70 permitió revelar desacuerdos entre los mismos miembros de las agencias internacionales respecto a las formas de intervención nutricional desde lo biomédico o desde reformas políticas que se vinculaban con la economía y acciones sociales de los países. En este punto podemos señalar que, en medio de tensiones económicas, políticas y técnicas, el suministro de proteína como estrategia de intervención nutricional, promovida desde las agencias internacionales y en el contexto del desarrollo, permitió el posicionamiento de las mezclas vegetales como una respuesta rápida de salud.

Ahora bien, para indagar sobre las razones por las cuales las mezclas vegetales llegaron a Colombia, es necesario volver nuevamente al contexto de la nutrición internacional de las décadas de 1940 y 1950, e indagar sobre el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Este instituto fue el primero en el continente en formular una mezcla vegetal bajo los parámetros y recomendaciones realizadas por el Comité de 1957 de la OMS y la FAO, lo cual le permitió participar y ser referente en el mundo en investigación en nutrición aplicada a nivel poblacional, así como en el desarrollo de mezclas vegetales. Por lo anterior, es necesario ahondar su alcance en la formulación y desarrollo de alimentos altos en proteína, así como su relación con la producción de estos productos en Colombia.

2.5. INCAP y las Mezclas Vegetales

En la configuración de la historia de las mezclas vegetales, como analicé en los apartados anteriores, las organizaciones internacionales jugaron un rol importante en la forma de concebir y solucionar el problema de la desnutrición proteica. América Latina no fue ajena a las acciones de estas organizaciones, las cuales promovían un discurso desarrollista dentro de las políticas del continente y eran sustentadas robustamente por estadísticas poblacionales que explicaban la importancia de la inversión y atención a la nutrición. En este escenario, Pernet (2014) menciona que la FAO, en sus inicios, argumentó que:

(...) Los niños y adultos bien alimentados contribuirían no solo a la estabilidad política, sino que también tendrían un impacto positivo en el desarrollo. Una buena nutrición aumentaría la productividad y, además, una vez que se cumplieran las necesidades nutricionales básicas de una persona, tendrían recursos para gastar en otros bienes de consumo y, por lo tanto, se convertirían en una fuerza dinámica que hace posible una economía en expansión (p.105).

Bajo esta premisa, programas de la FAO, la Unicef y la OMS se esforzaron por brindar una serie de recomendaciones y recursos para la atención de problemas en agricultura, alimentación y nutrición que aquejaba Latinoamérica. El INCAP, es una institución que nace justamente a partir del cruce de varios programas de desarrollo en la posguerra que tenían colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana, el MIT, la Fundación Kellogg y la Rockefeller. Este instituto inició sus actividades en septiembre de 1949 en uno de los países más pobres de la región: Guatemala y fue catalogado como un fuerza cooperativo de seis países Centroamericanos: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. En sus inicios, su objetivo era brindar servicios de asesoría y cooperación técnica a los gobiernos miembros sobre problemas nutricionales, como la desnutrición proteica, y así establecer su naturaleza, las causas, los efectos y las soluciones

posibles (Anderson et al., 1966; Béhar, 1975; Clinical Pediatrics, 1968a). Sin embargo, la condición política y social en Guatemala durante la década de los años cuarenta y cincuenta, la financiación externa de diversas instituciones y la cercanía con la Unicef y la FAO generaron una serie de conflictos en sus inicios alrededor de la priorización de los proyectos, así como divergencias en las formas de abordar problemas de salud en la población como la desnutrición. (Pernet, 2014)

Una de estas divergencias está relacionada justamente con las mezclas vegetales. Inicialmente Robert Harris un nutricionista investigador y cercano a la fundación del INCAP estaba convencido de que cada país contaba con los adecuados recursos para proveerse de una buena nutrición y era capaz de hacer frente a sus problemas nutricionales. Esta premisa fue compartida por el científico de alimentos estadounidense Nevis Scrimshaw, quien fue el primer director del INCAP y participó de una pequeña y especializada red de expertos en nutrición, dadas sus estrechas relaciones con el GAP, la FAO y la OMS. Scrimshaw, menciona que una recomendación que le hizo Frank Clements en 1949, quien era jefe de nutrición en la OMS en ese entonces, se centró en la importancia del desarrollo de un alimento que fuera barato y se entregara a los niños después del destete en países pobres. En consecuencia, el INCAP, bajo el liderazgo de Scrimshaw, inició la formulación y desarrollo de la primera mezcla vegetal en América Latina, que respondía al gran problema de la desnutrición priorizada en el mundo desde finales de la década de 1950. No obstante, la FAO, que después de la guerra había tenido el liderazgo de los proyectos de alimentación en el mundo, junto con la Unicef, rechazaban las premisas de Harris y Scrimshaw pues dudaban de la capacidad propia de los países pobres para autoabastecerse de alimentos fuentes de proteína como la leche. Por lo tanto, estas instituciones insistieron en que la solución al

problema debía basarse fundamentalmente en establecer una estrategia de asistencia internacional alimentaria (Pernet, 2014; Ruxin, 1996).

Dada la presión de la FAO y la inminente cantidad de leche en polvo que llegaba a Guatemala patrocinada por la Unicef, el INCAP finalmente respaldó la distribución de este alimento durante los inicios de la década de los cincuenta, aunque siempre persistió en la atención de la desnutrición con fuentes locales de proteína y el cuestionamiento de la sostenibilidad de la producción de la leche en polvo. Así, el instituto continuó con la investigación de la desnutrición infantil³¹ y posteriormente en tecnología alimentaria a través de investigación en producción agrícola y genética, como también incorporó estudios desde la antropología y la economía, lo cual le permitió explorar un ámbito sociocultural un poco más amplio y analizar de otra manera el campo de la nutrición (Béhar, 1975; INCAP, 1999; Pernet, 2014).

Ahora bien, respecto a la formulación y producción de la primera Mezcla Vegetal en Latinoamérica, además del Estado y las organizaciones internacionales, se vinculó la industria de alimentos. Esta tendría la capacidad para responder a las demandas de la población por el producto de manera constante y a la disposición de maquinaria industrial que llevaría a cabo el proceso de producción a gran escala. Bajo esta asociación, el INCAP inició el estudio detallado de ciertas semillas (el sésamo, el maní y algodón) que servirían como insumo para la mezcla vegetal, pero que además eran cultivadas localmente y en su momento se exportaba fuera del continente para Europa como insumo en la alimentación

³¹ Dentro de las investigaciones realizadas por e INCAP se determinó que la desnutrición en los niños se agravaba por factores, según sus investigaciones, como la distribución de alimentos de la familia: la entrega primordial de la proteína animal al jefe de hogar y en menor medida a los demás miembros del hogar, los remedios populares: cuando se priva por completo a los niños que tiene desnutrición y diarrea para evitar esta última o se les ofrece dietas exclusivamente basadas en almidones; entre otros (Béhar & Scrimshaw, 1966).

animal. Scrimshaw, encontró asesoría en el GAP para poder transformar estos productos, y de la mano de Moises de Behár, Ricardo Bressani y otros investigadores adjuntos al INCAP, desarrolló una serie de combinaciones de productos que servirían como alimento suplementario para controlar la morbilidad y mortalidad de la desnutrición infantil desencadenada por la carencia de alimentos (INCAP, 1999; Perez, 1966; Ruxin, 1996; Scrimshaw, 1957).

Bajo la dirección de Moisés Béhar, médico que había iniciado su trayectoria en el INCAP desde 1953 como investigador de la desnutrición proteica, se finalizó la formulación de la *Incaparina*. Esta mezcla vegetal, de similar preparación y consumo a la bebida tradicional llamada *atole*, fue un concepto genérico y el resultado de una investigación realizada por Bressani sobre la mezcla de diferentes tipos de alimentos cultivados en Guatemala como el maíz, las semillas de algodón y otros como la harina de ajonjolí, la levadura en polvo y la harina de Kikuyu deshidratado. La elección de estos alimentos como base para la creación de esta mezcla vegetal correspondía a su abundancia local. Por lo tanto, el costo de su cultivo y transformación para el consumo humano era mucho más bajo comparado con los alimentos altos en proteínas que disponían los países industrializados como los huevos, la leche, la carne o el pescado. Para 1959, la Incaparina se definió como un alimento eficiente para tratar la desnutrición proteica y su producción estaría en las manos de la industria de alimentos la cual contribuiría a solucionar un problema nutricional de la población. Lo anterior, fue definido a través de un proyecto presentado por el INCAP a una corporación privada³² a la cual se le ofreció la licencia de producción y distribución, puesto que este trabajo requería de apoyo industrial pero al mismo tiempo era considerado no

³² Corporación Castillo Hermanos S.A (Incaparina, 2015).

lucrativo (Amigo, 2015; Clinical Pediatrics, 1968a; Incaparina, 2015; Pernet, 2014; Scrimshaw, 1957; Scrimshaw, 1988).

Para 1960, el INCAP lanzó al mercado en Guatemala la Incaparina, desarrollada con base en alimentos indígenas fácilmente disponibles a nivel local, adaptable a los hábitos alimentarios de la población, económica, fácil de transportar, conservar y preparar (Clinical Pediatrics, 1968a; Pernet, 2014). En ese mismo año, el instituto licenciaría la producción de la mezcla vegetal en ocho países latinoamericanos, entre ellos Colombia, la cual fue en apariencia un éxito gracias a la experiencia comercial de Quaker Oat Company que será analizada más adelante. A pesar de este entusiasmo inicial por las virtudes nutricionales de la Incaparina, unos años más tarde algunas experiencias de comercialización en Centroamérica revelaron algunas dificultades relacionadas con la adquisición del alimento por su precio, pues seguía siendo alto para las poblaciones más pobres, así como con las distintas formas de su preparación, que afectaban la aceptabilidad en los consumidores. La Incaparina había sido diseñada bajo las formas de consumo del atole en Guatemala, es decir, como bebida caliente. Cuando inició su distribución en El Salvador, el producto fue rechazado pues habitualmente esta preparación se consumía fría y la mezcla, luego de cocinarla, se volvía demasiado espesa para beber (Bender, 1969).

De acuerdo con lo anterior, dentro del proceso de promoción del consumo de la mezcla vegetal, entró a jugar un papel fundamental la educación con la población sobre la preparación y usos de la misma. Sin embargo, la aceptación masiva de productos como la Incaparina, fue cuestionada, pues la educación sobre sus cualidades nutricionales excepcionales no bastaba para que la población la consumiera, como lo menciona Bender (1969) a continuación:

La mayor dificultad, con diferencia, es lograr que las personas coman las mezclas altamente nutritivas clasificadas por el nutricionista. Hay muchas razones por las que los alimentos nuevos no son aceptables. El solo hecho de que sean nuevos a menudo puede ser un factor adverso a pesar del énfasis puesto en la palabra "nuevo" en la publicidad occidental. La tradición, las creencias religiosas y las costumbres son tan importantes para controlar la selección de alimentos como la palatabilidad y el precio. Si el alimento difiere de lo que normalmente se come, a menudo hay una renuencia a aceptarlo. Si es similar a un alimento básico popular, ¿por qué debería el consumidor pagar más? Si el gobierno lo regala, puede estigmatizarse como un "alimento de pobres" (Bender, 1969, p. 224).

Además de las dificultades que tuvo la Incaparina en términos de aceptabilidad y la posible estigmatización del mismo como alimento para pobre o el enfermo, el producto decayó en su demanda a finales de la década de los 1970 en Latinoamérica, justo después de una gran bonanza entre los años 1976 a 1978. Bressani (1994), explicó esta situación como el resultado de los problemas económicos de los países, que habían afectado los precios de las materias primas y otros gastos para la elaboración de la Incaparina. Así mismo, explicaba que, para la producción de esta mezcla vegetal, había primado el interés de la industria por la ganancia económica lo que llevó a desviar la razón de ser de esta. Por lo tanto, reconoció que lo que originalmente era un proyecto de ayuda humanitaria, se había convertido en un mal negocio. Respecto a esto Bender (1969), a pesar de su crítica sobre el consumo de la Incaparina, mencionó que era necesario mayores esfuerzos en investigación para orientar el éxito de la comercialización y consumo de las mezclas vegetales en el mundo, de igual forma recomendó que este tipo de alimentos debían ser fabricados y comercializados por compañías privadas, pero con plena cooperación de los gobiernos, de manera que se ofrecieran de venta a granel con muy bajos precios.

Como vemos, las mezclas vegetales en Centroamérica, a pesar de ser una intervención viable a un problema de salud global, se enfrentó a diversas discordias burocráticas y académicas contenidas en contextos económicos y políticos particulares durante la mitad del siglo XX. Con la historia del INCAP y la Incaparina, se muestra como, por un lado, existe una relación entre el posicionamiento de los problemas nutricionales desde lo público a través de una agenda internacional de cooperación, la cual en ocasiones se armonizaba o se tensionaba entre las mismas organizaciones que la promovían; y por el otro, el dominio de las intervenciones nutricionales desde lo privado. Podría pensarse que existe en la historia de las mezclas vegetales una delgada línea entre un fin político-comercial y un fin benéfico para la población. No obstante, institutos como el INCAP y productos como la Incaparina, no pueden ser reducidas a ecos de prioridades globales impuestas. Por el contrario, también se convierten en espacios y marcas que reflejan el resultado de transformaciones de los discursos hegemónicos en nutrición, que buscaron desde lo local visibilizar diferentes necesidades y respuestas, en este caso para la población latinoamericana.

Conclusión del capítulo

En este capítulo expuse cómo la historia de las mezclas vegetales como estrategia de intervención nutricional no fue lineal y consecutiva, pues este alimento surge como resultado de un conjunto de personajes y condiciones políticas, económicas, sociales y culturales que interactuaron entre sí durante las seis primeras décadas del siglo XX. En el proceso de revelar los antecedentes de las mezclas vegetales propongo una serie de aristas que la componen. El primero, es el rol de las agencias internacionales en el mundo como multiplicadores de agendas políticas y económicas en varios continentes, así como su liderazgo en el posicionamiento de los problemas de salud como por ejemplo la desnutrición proteica infantil. El trabajo realizado por las agencias revela ejercicios de poder frente a países no industrializados como también el reconocimiento de fuerzas estructurales en las poblaciones que determinan su estado nutricional. En este caso la desnutrición y su interés por controlarla, provocaría una serie de tensiones y relaciones constantes entre la academia y las agencias internacionales. Sin embargo, el rol de ambos actores evidencia un afán resolutivo de la pobreza, ignorancia y enfermedad en el mundo, que determinaría el crecimiento de mercado y por ende el desarrollo. Así, las acciones de salud, y en nuestro caso de la nutrición, se ven inmersas dentro de las tres categorías de análisis propuestas en esta investigación (poder, desarrollo, Salud Global) que permiten explicar una relación de éstas con intereses y dinámicas geopolíticas hegemónicas europeas y norteamericanas.

Si bien la desnutrición infantil fue una construcción biomédica que justificó una intervención nutricional, también lo fue la deficiencia de la proteína, que se mostró como causante de esta enfermedad en la década de los cuarenta y se fundamentó técnicamente durante las tres décadas siguientes. Esta arista adicional, vinculada también a las agencias

internacionales permitió incluir nuevas herramientas de acción como la investigación y la producción alimentos, así como su asociación con el progreso económico de los países y el biopoder ejercido a través de un problema nutricional común. Aunque acciones que pretendían solucionar la causa de la desnutrición en el mundo estaban debidamente posicionados, las crisis alimentarias y económicas de la década de los setenta permitirían virar y cuestionar profundamente las prioridades nutricionales dispuestas hasta ese momento y las acciones fragmentadas de las agencias internacionales. Por lo tanto, estas ajustarían su enfoque de trabajo, dentro de los países en desarrollo, en ámbitos políticos y sociales más que en los técnicos y asistenciales como inicialmente los hacían (o en movimiento entre la biomedicina y la medicina social enmarcada dentro de la Salud Global).

En este contexto, la invención de las mezclas vegetales nace como una respuesta rápida para la atención médica de la desnutrición y se fundamentaba, además de la investigación biomédica, en la producción local alimentaria de países pobres relacionada a la vez con el discurso del desarrollo. Es importante resaltar que este tipo de intervención no fue la única en su clase y tuvo que, en algunos escenarios como en el latinoamericano, competir académica y técnicamente con productos como la leche en polvo. Este último alimento, usado también para el tratamiento de la desnutrición infantil y para reducir el déficit de proteína, se distribuyó a través de las agencias internacionales, gracias a su sobreproducción en Estados Unidos. No obstante, la mezcla vegetal gozó de cierto apoyo burocrático por agencias como la OMS, que consideraban que su forma de producción y bajo precio en el mercado, eran mucho más eficiente para combatir la desnutrición en la población pobre, en comparación de alimentos como la leche en polvo.

Finalmente, el INCAP es otra arista importante en el surgimiento y consolidación de las mezclas vegetales como solución viable al problema de la desnutrición. Este instituto, financiado y constituido bajo una relación cercana con las agencias internacionales en la posguerra, fue un apoyo importante en la multiplicación de las agendas globales de nutrición y alimentación, así como epicentro académico de investigación para la comunidad hispanohablante. El trabajo que desempeñó esta institución le permitió convertirse en la primera en Latinoamérica que formuló y produjo una mezcla vegetal: la Incaparina. No obstante, la experiencia en la producción de este alimento reveló, además de las tensiones ya conocidas entre las agencias y la academia sobre prioridades en investigación y atención a los problemas nutricionales, la influencia del contexto político, económico y cultural local latinoamericano en las prácticas nutricionales y alimentarias dominantes.

Como se observa la formulación e inicio de distribución de las mezclas vegetales emerge como estrategia en salud frente a un problema de nutrición, este producto además mostrar la relación de entre desarrollo e intervenciones enmarcadas en la Salud Global encuentra como antecedentes a la utilización de biopoder para constituirse como herramienta tecno-política. Hechas las consideraciones anteriores, ¿Cómo llegan las mezclas vegetales a Colombia? ¿Por qué se consideró que el país fue un caso exitoso en la región respecto a la producción y consumo de este alimento? En la historia de las mezclas vegetales en Colombia ¿Qué tiene que ver el Estado y cómo nace la Bienestarina? En el siguiente capítulo me aproximaré a unas posibles respuestas.

3. CAPÍTULO DOS: ENTRE MEZCLAS VEGETALES Y LA BIENESTARINA, EL CASO DE COLOMBIA

Como establecí en el anterior capítulo, las mezclas vegetales denotan una compleja red de actores, saberes, instituciones y conflictos que llevaron a su surgimiento como estrategia de manejo de un problema nutricional infantil. Si bien, mi pregunta se enfocó hasta este momento en develar los elementos que permitieron su surgimiento desde un contexto global, ahora deseo establecer cómo llegó a Colombia, por qué se consideró una estrategia nutricional exitosa en la población y si existe una relación de lo anterior con el nacimiento de la Bienestarina.

Para esto, voy a examinar la forma como las agencias internacionales, la desnutrición proteica y el déficit de proteína son transformados localmente en razón de intereses y relaciones que involucran principalmente al Estado a través de instituciones, y a la industria de alimentos. En esa transformación, propongo resaltar que elementos como los programas de alimentación y nutrición, la importación de alimentos durante la década de los años sesenta y en especial la destinada a la ayuda alimentaria, la creación del ICBF y la educación alimentaria, fueron determinantes en la llegada de las mezclas vegetales y la creación de la Bienestarina.

Considerando que la primera mezcla vegetal en Latinoamérica fue lanzada al mercado en 1960 y que antes de esto, no existía un producto con similares características en Colombia que respondiera bajo el problema de la desnutrición infantil y el déficit de proteína, decidí concentrarme en el análisis de material bibliográfico disponible y vinculado a las mezclas vegetales y la Bienestarina, desde finales de los años 50 y hasta mediados de la década de los años 70. Con el análisis de estos insumos, pretendo argumentar que la ejecución de programas de ayuda alimentaria, como producto de acuerdos económicos transnacionales,

fueron claves para disponer de alimentos necesarios en la producción de las mezclas vegetales en el país. Así mismo, revelo que la ayuda alimentaria no sólo representó cercanía diplomática con otros países, sino que también un compromiso por parte del Estado Colombiano en la inversión y definición de la infraestructura y organización administrativa para realizar intervenciones nutricionales. Dichas intervenciones nutricionales las presento como respuestas a problemas que encuentran alineados con la agenda internacional en materia de nutrición, lo que a su vez le permitió establecer al país un contexto armónico y que justificó la introducción de las mezclas vegetales en la alimentación colombiana. De esta forma, muestro que el surgimiento de la Bienestarina fue el resultado de un planteamiento técnico transformado a partir de una serie de relaciones de poder y tensiones acumuladas, entre la política nacional con las agendas de las organizaciones internacionales y enmarcadas en el discurso del desarrollo.

El capítulo se encuentra dividido en cuatro apartados principales, el primero busca sustentar cómo la ejecución de programas de ayuda alimentaria, propiciados por acuerdos económicos internacionales que involucraron los gobiernos de turno colombianos, llevaron a la entrada de insumos necesarios para atender los problemas alimentarios que se encontraban a su vez influenciados por un contexto global. El segundo, describe como los programas alimentarios y nutricionales estatales justificados en el problema de la desnutrición y déficit de proteína, promovieron, sin alejarse de las ayudas extranjeras y sus exigencias, la implementación de estrategias alimentarias locales como el consumo y comercialización de mezclas vegetales producidas en el país. El tercer apartado, busca mostrar como la institucionalidad estatal y sus relaciones con agencias internacionales, constituyó administrativamente el mantenimiento de las intervenciones poblacionales en

nutrición lo que consolidó a las mezclas vegetales como producto estratégico de necesario consumo. El cuarto y último apartado, enlaza los apartados anteriores para establecer el contexto en el cual nace la Bienestarina y lo que revela la misma como estrategia nutricional.

3.1. Ayuda Alimentaria y otros acuerdos

Colombia, a mediados de la década de los años cincuenta, empezó a sufrir una crisis económica relacionada con la disminución del precio del café en los mercados internacionales, a la vez que se enfrentaba a una difícil situación social y política que desembocó en la caída del poder de Rojas Pinilla (1953-1957) y en la creación de un nuevo acuerdo político que duraría casi dos décadas. A partir de 1958 el país fue escenario de un acuerdo bipartidista llamado Frente Nacional, que implicó un cambio en el ejercicio de gobierno por 16 años en el cual los liberales y conservadores, únicos partidos políticos de Colombia para mediados del siglo XX, distribuían de manera paritaria los cargos de elección popular y algunos administrativos. Este acuerdo, se estableció como salida a la inestabilidad política de los años cincuenta y estableció reformas económicas y sociales caracterizadas por la concentración de inversión de recursos nacionales en lo rural, el fomento de la producción agrícola y la presencia de capitales extranjeros en los servicios financieros y de servicios. Adicionalmente, este acuerdo político tuvo como objetivo controlar la influencia comunista y nacionalista en el país que se encontraba en la región, así como controlar posibles inconformidades campesinas que permitieran desestabilizar la armonía política de la región (Florián, 2013; Torres del Rio, 2015).

La presencia de capital extranjero se vio materializada además de dinero, en acuerdos y programas relacionados con la transferencia de conocimiento y cooperación técnica en temas relativos, entre otros, a cuestiones de nutrición y alimentación como también al ingreso

de alimentos al país. No obstante, este último obedeció esencialmente a una estrategia de un nuevo orden internacional³³, en la cual Estados Unidos promovió mantener los precios de una creciente cantidad de excedentes de granos. En este sentido, dicho país requirió establecer alternativas que permitiera no solo eliminar los excedentes, sino que también mantener a la baja el costo de ciertos granos en el mundo, lo cual a su vez implicaba una serie de acuerdos y restricciones en el marco de la Guerra Fría (CIDOS, 1979; Friedmann, 1982). Como resultado de esta situación en 1954, este país estableció la Ley Pública 480 (PL480) o la Ley de Asistencia y Desarrollo de Comercio Agrícola. Esta prevenía la venta de existencia de excedentes agrícolas en monedas extranjeras, lo cual permitía abaratar lo suficiente los alimentos para que pudieran distribuirse de manera efectiva a trabajadores potenciales en la industria de países subdesarrollados (Friedmann, 1982).

Colombia, fiel a sus lazos burocráticos, durante la década de los años 50 y hasta los años 60 fue uno de los mayores receptores de ayuda alimentaria en el marco del PL480, el cual incluía la entrada de alimentos como el trigo, la leche en polvo y sus derivados (queso), así como la soya y sus derivados (harina y aceite). La entrega de estos alimentos importados como parte de programas sociales del Estado tenía una razón justificada en la medida de que estos podían controlar la inflación de precios pues se entregaban de manera subsidiaria o a muy bajos precios. De igual forma, buscó suavizar el descontento de los bajos salarios de los trabajadores al no ser necesario destinar gran proporción de dinero a productos de primera necesidad como los alimentos. En otras palabras, el ingreso de alimentos del extranjero buscó minimizar la insatisfacción frente a la disponibilidad de alimentos en el país, que a su

³³ Según Friedmann (1982), la determinación histórica de un orden nacional puede limitarse como un conjunto estable de políticas estatales complementarias cuya coordinación implica crea precios específicos en relación con otros precios y patrones resultantes del consumo y comercio.

vez era percibida como una amenaza de protesta violenta e inestabilidad en el gobierno de turno (Comisión Económica para América Latina, 1973; Hall, 1985).

Aunque los alimentos como la leche, soya y trigo vinculados al acuerdo del PL480 no fueron los únicos que provenían del extranjero como lo veremos más adelante, su ingreso al país generó posteriormente diversas opiniones sobre sus efectos. Estas se encontraron relacionadas con dependencia de alimentos del país, dado que los precios bajos o donación de los mismos desestimulaban la producción nacional, pero a su vez promovían el consumo y la posterior demanda de los mismos (Friedmann, 1982; Hall, 1985; Machado Cartagena, 2003). Frente a lo anterior el Centro de Investigación y Documentación Social en 1979 menciona que:

Desde un principio, el gobierno colombiano estuvo dispuestos a poner en práctica todas las exigencias de la PL-480, exigencias que fueron demasiado exageradas, tales como hacerle creer a pueblo colombiano que los alimentos comprados a los Estados Unidos de Norteamérica eran regalados por la generosidad de pueblo estadounidense (CIDOS, 1979, p. 29).

Aunque puede analizarse con mayor profundidad el flujo y las transacciones monetarias producidas por el ingreso de alimentos a Colombia desde finales de la década de los años cincuenta, pretendo argumentar que la disposición de alimentos producto de alianzas económicas es un antecedente importante para la producción de mezclas vegetales. Lo anterior, sustentado en que productos como la leche en polvo y la harina de soya, insumos centrales de dichas mezclas, se encontraban disponibles para finales de la década de los años 50. Momento en el cual, organizaciones como la Unicef, FAO, INCAP y la Secretaría de Agricultura de Estado Unidos instaban a países pobres en aprovechar los productos alimentarios disponibles para que se pudiese enfrentar la falta de alimento y asegurar la

materia prima para la elaboración de productos altos en proteína (Anderson et al., 1966). De igual forma, quiero exponer que los alimentos que ingresaron como ayuda alimentaria fueron indispensables dentro de la formulación de estrategias de intervención nutricional en el país para resolver el problema de la desnutrición proteica infantil, el cual se encontró posicionado también en la agenda de salud internacional como lo veremos a continuación.

Colombia mantenía una estrecha relación con Estados Unidos, así como con organizaciones internacionales cercanas al mismo (OSP, FAO, CARE³⁴, Unicef), las cuales se encontraban vinculadas a programas y proyectos nutricionales en el país coordinados en su mayoría por el Instituto Nacional de Nutrición-INN. Este instituto, se había creado en 1947 en el marco del acuerdo bilateral de cooperación técnica entre USA y Colombia denominado Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), y que en 1963 pasaría a ser una institución con autonomía administrativa y presupuesto propio entregado por el gobierno colombiano³⁵(Instituto Nacional de Nutrición, 1957, 1958). La cercana relación del país a través del INN con organismos internacionales permitió facilitar el ingreso de alimentos desde el extranjero como se aprecia en un informe de Colombia presentado en la IV Conferencia sobre problemas de la Nutrición en América Latina en 1957. Allí se menciona, por ejemplo, que las instituciones como Los Servicios Católicos de Ayuda de los Estados Unidos, así como la Unicef, eran los principales donantes de alimentos de productos

³⁴ The Cooperative for American Remittances to Europe, después llamado The Cooperative for American Relief Everywhere, fue una asociación que integró a 22 organizaciones benéficas estadounidenses de origen cívico, religioso, cooperativo y laboral para entregar alimentos a millones de personas al final de la Segunda Guerra Mundial. Posteriormente, continuó distribuyendo alimentos en desastres en los años 60 se ayudó a implementar proyectos comunitarios de autoabastecimiento (Erhart, 2019).

³⁵ Según el ICBF (1970) las actividades de investigación en nutrición en Colombia iniciaron en 1943 a través de un acuerdo firmado entre SCISP y el Ministerio de Trabajo y Previsión Social para crear un laboratorio de estudios de nutrición del Instituto Nacional de Higiene. Posteriormente, en 1944 se firmó otro acuerdo entre el Ministerio de Higiene y el SCISP para que a través de la División de Nutrición se continuara con dichos estudios y en 1947, dicha división se convirtió en el Instituto Nacional de Nutrición. Diez y seis años después el SCISP concluyó su operación en Colombia y su relación con el Instituto Nacional de Nutrición (ICBF, 1970).

como leche en polvo, queso, harina de maíz y arroz hasta ese momento. De igual forma CARE, también fue catalogada como organización principalmente donante que recibía insumos alimentarios de origen extranjero y nacional para distribución en algunos programas de beneficencia y centros educativos de algunas zonas del país (Instituto Nacional de Nutrición, 1957).

Pero ¿cuál era la razón que sustentó el Estado colombiano para justificar la asistencia alimentaria por medio de la importación de alimentos? Para responder esta pregunta, es necesario mencionar que dentro de las tareas establecidas para el INN no sólo se encontraba formular y especializarse en la realización de estudios poblacionales que permitieran soportar técnicamente la importancia de tratar los problemas nutricionales del país.³⁶ También debía asesorar y recomendar al Estado sobre el sostenimiento de la ayuda alimentaria internacional, así como la producción de alimentos de alto contenido proteico a bajo costo (ICBF, 1970; Instituto Nacional de Nutrición, 1964; Instituto Nacional de Nutrición, 1957, 1963).

Con las tareas anteriormente mencionadas, el Estado colombiano buscó la forma de configurar el problema nutricional a través de encuestas alimentaria y estadísticas en salud³⁷ que rápidamente se constituyeron en herramientas para monitorear y revelar las causas de este. Dichas herramientas permitieron dar recomendaciones más contundentes respecto al consumo alimentos de la población y la asociación positiva en el bajo consumo de alimentos de origen animal con el padecimiento de la desnutrición. No obstante, en un estudio como el

³⁶ Durante 1956 y 1962, el INN llevó a cabo una serie de encuestas nutricionales focalizadas en Bogotá y otras zonas del país como Cundinamarca, Atlántico, Caldas, Córdoba, Antioquia y Nariño, las cuales contaron con la asesoría de la FAO, la Unicef y el Comité de Nutrición del Departamento de Defensa de los Estados Unidos en aspectos metodológicos y teóricos que las sustentaron (ICBF, 1970; Instituto Nacional de Nutrición, 1964).

³⁷ Datos sobre muerte infantil en el país por enfermedades carenciales, avitaminosis, parasitosis y anemia fueron el resultado último de la desnutrición infantil en Colombia, las cuales durante la década de los cincuenta ocuparon las primeras causas de muerte en el país (Instituto Nacional de Nutrición, 1963).

citado por el INN en 1963 y realizado por el Departamento del Defensa de los Estados Unidos en Colombia en 1960, se evidencia por ejemplo que las recomendaciones vinculadas al consumo de productos altos en proteína se elaboraban a partir de patrones alimentarios y de crecimiento de la población norteamericana (Instituto Nacional de Nutrición, 1963), para posteriormente interpretar esta brecha entre el consumo de ciertos alimentos y el crecimiento de los niños entre ambos países como un problema nutricional:

En 1960 se realizó una encuesta de nutrición en Colombia (...) la cual mostró, además de elevados índices de desnutrición infantil, un retardo notable en el crecimiento de los niños colombianos, los cuales aunque sigue los patrones norteamericanos de crecimiento hasta los seis y ocho meses de vida, a partir de esa edad, y debido a la deficiente alimentación que reciben después del destete, presentan curvas de crecimiento que declinan notoriamente y continúan por debajo de las líneas promedio a lo largo de los años subsiguientes (Instituto Nacional de Nutrición, 1964, p. 2).

Con los estudios de alimentación realizados en Colombia por INN el problema de la desnutrición proteica y las enfermedades carenciales en la población infantil fueron asociadas directamente a un desequilibrio existente entre la producción de alimentos proteínicos y las necesidades nutricionales de la población. En otras palabras, no se producía ciertos alimentos en cantidades suficientes para alimentar en las proporciones adecuadas a la población colombiana, especialmente la infantil. Por lo tanto, la propuesta de la institución para resolver este desequilibrio consistía en aumentar la producción de alimentos protectores ³⁸, para lo cual era clave diseñar un plan con la participación de diversos sectores de gobierno para

³⁸ Clasificación que dentro de la literatura institucional se le asigna aquellos alimentos que contienen un aporte de proteína significativo. El INN mencionó que los alimentos que contiene las mejores proteínas, es decir, más disponibles luego de ingerirlas, son de aquellas de origen animal como leche, carne, huevos y pescado.

mejorar la producción alimentaria y claro, el consumo de cierto tipo de alimentos³⁹. Lo anterior, implicó iniciar un proceso de formulación de intervenciones que, de manera progresiva, respondieran al déficit en el consumo de proteína en la población. Por lo tanto, Colombia se apoyaría de las organizaciones internacionales para que, entre otras actividades, se continuara con el flujo de la ayuda alimentaria la cual, a su vez, tendría que estar fortalecida por mecanismos que promovieran la importación de alimentos e investigaciones para aprovechar al máximo la misma (Instituto Nacional de Nutrición, 1957, 1958, 1959).

Es importante agregar, que los estudios en alimentación como las encuestas alimentarias, además de visibilizar la apremiante situación de desnutrición en el país y el bajo consumo de proteína, también revelaron rasgos importantes de la población que padecía esta enfermedad y que trascendían de aspectos biológicos. Por ejemplo, en informes del INN a finales la década de los cincuentas, mencionaban que el grupo poblacional más afectado era la infantil, concentrado entre las edades de seis meses hasta los cinco años, pobres y ubicados usualmente en zonas semirurales y rurales del país. Adicionalmente, se mencionaba otras características determinantes como la falta de educación nutricional y ciertas prácticas culturales que realizaba la madre del niño o niña que tenía desnutrición⁴⁰(Instituto Nacional de Nutrición, 1957, 1959).

Las investigaciones en nutrición como evidencia técnica determinaron para los siguientes años estrategias nutricionales que involucraron a la desnutrición como un

³⁹ Los estudios realizados mencionados por INN con niños y niñas con desnutrición, coincidían en que la condición mejoraba con el consumo de leche de vaca, no obstante, para la década de los años 50 el país no parecía disponer de un producto diferente a este que la tratara o que la previniera. Por lo tanto, el instituto alentaba además del consumo de la leche en polvo descremada, de la harina de soya y “otros preparados proteicos” que debían estudiarse con más rigurosidad para combatir este problema infantil (Instituto Nacional de Nutrición, 1957).

⁴⁰ Entre ellas se menciona el destete de los niños con productos diferentes a la leche de vaca o cabra, el suministro de ciertos remedios caseros cuando el niño enferma o dietas especiales cuando el niño tiene diarrea.

problema del subdesarrollo y por ende en una relación de doble vía con la economía de Colombia. En otras palabras, según el INN un niño desnutrido representaba para el Estado una desventaja productiva pues era un trabajador menos que podía aportar capital a su familia como al país. Luego, la calidad de la dieta era capaz de determinar la capacidad de producción de la persona, pero a su vez esta necesitaría contar con los medios necesarios para poder adquirir los alimentos que le suministraran la suficiente cantidad de nutrientes y así ser productivo (Instituto Nacional de Nutrición, 1959).

Como vemos, la ayuda alimentaria se ancló estratégicamente a través de instituciones gubernamentales del país como INN para justificarla. De esta forma, el Estado además de sostener técnicamente una alianza económica extranjera, se vio enfrentado a administrarla y priorizar sustancialmente los alimentos recibidos para la población más pobre y por consiguiente mal alimentada. En este sentido, las donaciones de alimentos a finales de los años cincuenta se encontraron canalizadas en ciertas zonas del país a través de servicios maternos infantiles (los cuales eran coordinados por el Ministerio de Salud Público a través de sus seccionales locales), organizaciones de beneficencia privadas o gubernamentales, y los programas de alimentación escolar. Esta distribución dependía, según el INN, del gobierno local y de la presencia de organizaciones internacionales en los territorios para apoyar la entrega de los productos (Instituto Nacional de Nutrición, 1957).

La administración de la ayuda alimentaria extranjera por parte del Estado colombiano trajo consigo posteriormente, por un lado, cierta estabilidad burocrática dentro de las instituciones que se encargaban de asuntos alimentarios y nutricionales en el país, lo cual era deseable para la consecución de prioridades que trascendían al gobierno de turno. Pero, por otro lado, trajo conflictos relacionados con la falta de coordinación entre las organizaciones

que entregaban alimentos provenientes del extranjero. Al respecto, el INN menciona que a finales de los años cincuenta varias instituciones públicas y privadas que entregaban dichos productos en el país no tenían conocimiento de las mutuas contribuciones que hacían, ni se conocían entre ellas. Esto implicó cierta desorganización de los alimentos que ingresaban al país y su donación concentrada en una misma población. Lo anterior, se convirtió en un reto que posteriormente enfrentaría el gobierno y especialmente el INN, para establecer una estructura administrativa que permitiera canalizar, distribuir y vigilar el flujo de los alimentos en el país efectivamente (Instituto Nacional de Nutrición, 1957, 1959). Al respecto dicho instituto reconoció que la asistencia alimentaria en el país:

(...) Ha permitido multiplicar el número de programas y creas sistemas de distribución, es decir, una infraestructura que ha hecho posible la distribución de alimentos locales cuando la producción ha alcanzado niveles suficientes. La contribución de las organizaciones nacionales, sean ellas oficiales o privadas, es deseable (Instituto Nacional de Nutrición, 1958, p. 88).

Lo anterior, refleja que la disposición de ayuda extranjera ocasionó transformaciones en la forma de abordar la producción de alimentos en el país y las dinámicas para disponer los mismos antes de consumirlos⁴¹, lo cual, al mismo tiempo, hacían parte de una lógica de estimulación de mercado. Sin embargo, el país no siempre alentó la importación de alimentos pues el mismo INN mencionó en una ponencia en el Seminario Regional sobre alimentación escolar de 1958, que además de aumentar la producción y el consumo de ciertos productos para solucionar el problema del déficit de proteínas, era necesario reemplazar gradualmente los alimentos importados o buscar otros de igual valor nutricional que se pudieran producir

⁴¹ Dinámicas relacionadas con medios de transporte, carreteras, centros de acopio de alimentos, formas de recolección de información y métodos de análisis para el control de distribución de alimentos, recurso humano para coordinar y vigila los alimentos distribuidos por programas alimentos, entre otros.

en el país. Bajo esta recomendación, la FAO, por ejemplo, incluyó en su asistencia técnica a Colombia contenidos educativos para la aumentar la producción alimentaria de leche y leguminosas o en otras palabras aquellos alimentos que se encontraran clasificados como altos en proteínas (leche, carne, huevos, pescado). Dichos alimentos fueron clasificados a final de los años cincuenta en el país, como de alto valor nutritivo y categorizados como protectores por la cantidad de proteína que disponían y la relación que se le atribuía con la presencia de enfermedades infecciosas cuando no se ingerían (Florián, 2013; Instituto Nacional de Nutrición, 1958).

Adicional al trabajo realizado por el INN para el posicionamiento del problemas y soluciones nutricionales, el gobierno colombiano también moldeó una figura de confluencia académica y política a finales de la década de los años 50 llamada Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición el cual sostenía un estatus de consultores territoriales y representantes en el exterior del trabajo realizado en el país en temas de alimentación y nutrición. Este consejo participó activamente en espacios de intercambio académico y alineación de conocimientos en conferencias y foros que usualmente eran patrocinados por organismos internacionales. Aunque el consejo se modificó en su integración a principio de los años 60 como Consejo Nacional Técnico de Alimentación y Nutrición, esta figura asesora del Gobierno Nacional incluyó dentro de sus recomendaciones la formación de profesionales en nutrición en línea con la falta de personal para formular, operar y evaluar programas relacionados con educación nutricional, así como la asesoría que provenía de instituciones como la FAO, Unicef, OMS y Unesco⁴² (Instituto Nacional de Nutrición, 1959). Esta figura, además, se convirtió en una voz importante dentro de la configuración del problema

⁴² Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

nutricional del país, así como en la formulación posteriormente, de estrategias e intervenciones nutricionales. Frente a lo anterior, por ejemplo, el INN (1959), que hacía parte de dicho Consejo, mencionó:

Es un hecho conocido ya, que una de las causas agravantes de la desnutrición es la falta de educación nutricional en las diversas clases sociales sobre las propiedades de los alimentos y en especial las amas de casa en la escogencia y compra de los mismos(...) Creemos de una importancia vital, así como suena, que se realicen campañas de esta naturaleza y que se cumplan las recomendaciones en tal sentido hizo la IV Conferencia sobre Problemas de Nutrición en América Latina, lo cual creemos necesario (...) someterlas a la consideración y estudio del Consejo de Alimentación y Nutrición, el cual consideramos deberá formar una Comisión de estudio permanente de la política a desarrollar en este campo (Instituto Nacional de Nutrición, 1959, p. 16).

De acuerdo a lo anterior, en Colombia a pesar de las posibles diferencias que suscitó la ayuda alimentaria, la priorización de problemas como la desnutrición y el déficit de proteína fue armónica dentro del gobierno y justificó la promoción del consumo de alimentos ricos en proteínas, los cuales que fueron categorizados como los más nutritivos. Lo anterior, respondían a su vez a la agenda ya posicionada a nivel global en el campo de la nutrición de las organizaciones internacionales a finales de los años cincuenta. Sin embargo, en el contexto nacional se puede inferir que entre los problemas y la intervención nutricional posicionada por el Estado se vincula un importante elemento económico como el mercado de alimentos, que encajó particularmente en el discurso del progreso económico y en general del desarrollo del país. Esto permitió dar inicio a la formulación de una serie de estrategias inicialmente enfocadas en educación nutricional, como lo veremos en el siguiente apartado, que luego se consolidarían en el Programa de Nutrición Aplicada (PINA). Este programa se

convertiría en una plataforma importante para continuar con la entrega de alimentos altos en proteína y proveer de recursos tanto técnicos como económicos su investigación. Lo anterior, alentaría la llegada de las mezclas vegetales a Colombia y posteriormente, la formulación de mezclas como la Bienestarina.

3.2. Programas Nacionales y el arquetipo de la Bienestarina

A principios de los años sesenta, Colombia participó en un acuerdo internacional que no se aparta de la ayuda extranjera descrita en el apartado anterior. *La Alianza para el Progreso*, que inició en 1961, significó un marco burocrático entre Colombia y Estados Unidos que disponía de varios millones de dólares como la solución de los problemas financieros del país (como la devaluación del peso, el aumento de la deuda externa, el déficit bancario) y que podía distribuirse en una reforma agraria basada en el fortalecimiento y diversificación de la producción agrícola, así como la modernización del sector educativo y de salud (Florián, 2013; Torres del Rio, 2015).

La Reforma Agraria colombiana como compromiso dentro de la Alianza para el Progreso, vinculó a organizaciones no gubernamentales como la FAO, CARE y los Cuerpos de Paz⁴³ los cuales hacían parte de acciones vinculadas a la explotación intensiva de tierras campesinas, construcción de viviendas, caminos y por supuesto entrega de alimentos. (Florián, 2013; Torres del Rio, 2015) Articuladamente con dicha reforma y como respuesta institucional específica al problema nutricional y alimentario de país, el Estado formuló un programa de alimentación y nutrición, llamado Programa de Nutrición Aplicada- PINA. Su estructura fue el resultado de la asistencia técnica y las recomendaciones de organizaciones

⁴³ Agencia estadounidense establecida en 1961, que en sus inicios tenía la misión de combatir a través de programas de desarrollo al comunismo, así como mejorar la imagen de Estados Unidos. Esta agencia proporcionó a los países del Tercer Mundo mano de obra capacitada para llevar a cabo iniciativas de educación, cuidado infantil, planificación familiar, nutrición, saneamiento, salud, ente otras.(Gorman, 2019)

internacionales brindadas en años anteriores, así como de la experiencia nacional acumulada en la administración de la ayuda alimentaria.

El general, el PINA tenía como objetivo coordinar, a través de una asociación público-privada y con diferentes sectores del país, actividades que pudieran contribuir a una buena nutrición y alimentación, o lo que eso significase desde la perspectiva predominante internacional (consumo de alimentos fuente de proteína y calorías). Inicialmente, el programa fue coordinado y supervisado por el INN, el cual recibió el apoyo económico y asesoría técnica como ya se venía haciendo de organizaciones internacionales como la FAO, OPS, OMS, Unicef y la recién llegada INCAP. Aunque el programa en su esencia era netamente educativo, incluyó actividades de asistencia en salud, agricultura y participación comunitaria o de acción comunal. También incluyó un componente llamado alimentación complementaria, el cual se trataba básicamente de la distribución de leche en polvo a través de organizaciones como CARE y Caritas⁴⁴ en Escuelas y Centros de Salud durante los primeros años de la década de los 60 (Instituto Nacional de Nutrición, 1964; Instituto Nacional de Nutrición de Colombia, 1967).

Frente a la labor del INN con el PINA, este tendría la tarea de controlar el ingreso de alimentos provenientes de la ayuda extranjera a los programas sociales, como también el de establecer los parámetros o requisitos que debía cumplir las personas que los recibían y las actividades adicionales que debían acompañarse con la entrega de alimentos. Al respecto, en

⁴⁴ Caritas es una asociación de voluntarios de origen religioso fundada en 1897 en Alemania, que posteriormente se convirtió en una organización internacional en 1951 con integrantes norteamericanos y de otros países europeos. A partir de la década de los años cincuenta, esta asociación ha desarrollado actividades de tipo humanitario, como la entrega de alimentos en diferentes partes del mundo respondiendo a emergencias, desastres naturales o conflictos (Caritas, s. f.).

un informe sobre programas de nutrición en Colombia desarrollados entre 1966 y 1967 se mencionó:

El INN ha venido organizando, desarrollando y dando orientación técnica, a través del PINA, a programas de complementación alimentaria que se llevan a cabo en Escuelas y Centros de salud para que estos no se limiten a repartir alimentos en forma indiscriminada y esporádica, lo cual representa una ayuda ineficaz por lo transitorio. Se busca que haya, no solo selección de los beneficiarios por prioridades de salud y nutrición en los grupos más vulnerables y el suministro de complementos de significativo valor nutricional, sino también una labor educativa permanente y la máxima utilización de los recursos existente (Instituto Nacional de Nutrición de Colombia, 1967, p. 29).

En línea con lo anterior, el PINA continuaría con la administración de la ayuda alimentaria, pero esta vez de forma, aparentemente más organizada y planeada bajo unos objetivos y actividades determinadas, las cuales se dirigían a una población específica. Dicha población, tenía una condición de vulnerabilidad que fue claramente entendida por el gobierno nacional desde una posición económica, pero también fue asociada a un estado biológico natural como la gestación y la niñez. Los niños y las mujeres pobres sería un objetivo estratégico inicial desde el punto de vista nutricional para enfrentar tanto la desnutrición como el bajo consumo de proteínas y aquello les impedía, especialmente a las mujeres, administrar el poco recurso de una forma específica.

Es importante mencionar que el PINA para su formulación se basó en cuatro “dificultades” que existían en el país e interferían con la realización de actividades de nutrición aplicada: la frecuente falta de coordinación entre entidades oficiales encargadas de aspectos alimentarios del país, la escasez de personal que pudiera llevar a cabo programas de alimentación y nutrición, la poca disponibilidad de alimentos (especialmente aquellos altos

en proteína) y la falta de adecuados y suficientes medios para educar a la familia colombiana en temas alimentarios y nutricionales (Instituto Nacional de Nutrición de Colombia, 1967). Estas dificultades, además de la referencia constante de estudios alimentarios realizados por el INN durante la década de los cincuenta, revelan como los problemas nutricionales se concentraron en causas puntuales asociadas especialmente a la familia y del individuo. Su solución entonces estaría planteada bajo la condición: si hay más disposición de alimentos altos en proteína, si la familia sabe escoger alimentos nutritivos y las entidades oficiales suman acciones adicionales para promover estas condiciones, la buena nutrición de la población estaría resguardada.

Con el objetivo de contribuir en una buena nutrición y alimentación, el desarrollo del PINA y su distribución presupuestal se concentró progresivamente en algunos departamentos del país, como Cauca, Caldas y Norte de Santander. Para finales de la década de los años 60 ya se había expandido a otras zonas como Antioquia, Bolívar, Boyacá, Meta, Nariño, Risaralda, Santander, Tolima, Huila, Valle del Cauca y el Distrito Especial de Bogotá. Esta progresividad en la cobertura del programa correspondió a una serie de ajustes normativos en el financiamiento del INN, que aumentaron sus recursos económicos y administrativos, gracias a un impuesto a la venta de la sal yodada y una reorganización administrativa⁴⁵ (ICBF, 1970). No obstante, para 1967 parecía que estos recursos no eran suficientes, o por lo menos, no los esperados para lograr una expansión satisfactoria del programa en el país. El director del INN para entonces, Roberto Rueda Williamson (1967) puntualizó el problema anterior de la siguiente manera:

⁴⁵ Ver ley 14 de 1963 y Ley 75 de 1968.

Con base en su presupuesto actual, el Instituto Nacional de Nutrición solamente podrá continuar llevando a cabo programas en beneficio de una reducida porción de la población colombiana y cumpliendo sólo en forma parcial la responsabilidad que le corresponde con el país (Instituto Nacional de Nutrición de Colombia, 1967, p. 65).

Además del llamado al fortalecimiento y la extensión PINA que trató de realizar el INN para finales de la década de los años 60, este último también experimentó un cambio estructural que trajo consigo una concentración de presupuesto mayor para ejecutar en programas sociales, pero que desarrollaré más adelante. Esta situación administrativa se convirtió en una oportunidad para que el Estado colombiano diseñara una estrategia utilizando la ayuda alimentaria exterior, como intervención complementaria y respuesta parcial a la desnutrición, lo cual se podría enmarcar en una estrategia de “magic bullets”, que abordé en el capítulo anterior. De esta manera, nació en 1969 como parte del PINA, el Plan Nacional de Educación Nutricional y Complementación Alimentaria –PRONENCA, el cual se encontraba dirigido especialmente a embarazadas y madres lactantes así como los pre-escolares que asistían a los Centros de Salud y aquellos que se encontraban en las escuelas primaria del país. Inicialmente, el plan buscaba tecnificar al máximo el suministro de complementos alimentarios, cubrir progresivamente los grupos vulnerables del país desde un punto de vista biológico-nutricional y promover un cambio en la forma de adquisición de la ayuda externa de alimentos. Posteriormente, las características finales del PRONENCA se enmarcarían en actividades como: utilización de alimentos proteicos de producción local, la promoción de la participación activa de la comunidad a través de juntas de beneficiarios, la canalización de ayuda económica proveniente del sector privado para controlar su entrega a madres y niños más desprotegidos, la unificación de solicitudes de ayuda externa de alimentos, y el suministro de un complemento alimentario de significativo valor nutricional,

entre otras (ICBF, 1970; Instituto Nacional de Nutrición de Colombia, 1967; Ministerio de Salud Pública & Instituto Nacional de Nutrición, 1967).

Tanto el PINA y el PRONENCA parecían explicarse como apuesta nacional para atenuar el mal nacional que causaba las enfermedades carenciales y la muerte por desnutrición de miles niños. Lejos de ser un problema menor, dichas enfermedades seguían siendo en los años 60, promocionadas como un obstáculo para la economía y por lo tanto una limitante en el desarrollo. Al respecto, el INN mencionó:

(...) En otros países técnicamente subdesarrollados, se ha establecido, también, que la desnutrición puede ejercer un daño irreversible en los procesos normales de crecimiento y desarrollo físico y mental de los niños que sobreviven, desmoronando su salud y disminuyendo su capacidad de aprendizaje. Por otra parte, la desnutrición al disminuir la capacidad de trabajo y el rendimiento de obreros y campesino es responsable de bajos índices de productividad, con grave detrimento de la económica nacional (Instituto Nacional de Nutrición, 1964, p. 2).

La desnutrición y las enfermedades carenciales sin que se excluyeran mutuamente, traían consigo bajo rendimiento educativo, mental y físico en los niños para aprender actividades necesarias para producir. La atención de estas enfermedades durante los primeros años de vida y en la edad escolar fue una prioridad dentro de los programas colombianos en nutrición y alimentación como también lo estaba en la agenda de los organismos internacionales a nivel global. Ahora bien, si ya estaba priorizada la desnutrición infantil y el déficit de proteína en el país, ¿cómo se relacionan los programas PINA y PRONENCA con las mezclas vegetales? Si bien estos fueron estrategias establecidas dentro de un plan para la promoción de desarrollo económico y social que, por cierto, se encontraba estrechamente vinculado con la nutrición de su población, ahora quiero proponer su conexión en la historia de este tipo de alimentos en Colombia.

A principios de la década de los años sesenta, INN venía siguiendo de cerca los pasos de las mezclas vegetales como fuentes de proteína en humanos a través de estudios y documentos académicos que provenían del INCAP, los cuales hacían parte de sus recursos técnicos bibliográficos. Las mezclas vegetales, gracias a los estudios realizados por el INCAP, comenzaron a ser reconocidas como insumos alimentarios nutritivos con un efecto positivo en la recuperación de niños con desnutrición si se alternaba con el consumo de leche. Esta evidencia técnica, fue valiosa para el INN teniendo en cuenta que el país hasta una década antes tenía poco consenso en el tratamiento y prevención de dicha enfermedad infantil (Instituto Nacional de Nutrición, 1957, 1961).

La entrada de la primera mezcla vegetal a Colombia fue en 1961, cuando el INCAP autorizó a la firma de Productos *Quaker South America* una licencia para fabricar la Incaparina en su planta de producción en Cali, alimento que ya abordamos en el capítulo anterior. Sin embargo, fue sólo hasta 1963 que se inició la fabricación comercial de dicha mezcla vegetal, luego de un intervalo de trámites burocráticos para la aprobación de la licencia, pruebas de producción, investigación en el contenido de proteína, y la aplicación de pruebas de aceptabilidad del producto en la población (Hussey, 1969). Pero ¿qué tuvo que ver el Estado colombiano con la producción de la Incaparina? Según un informe publicado en 1964, el PINA dentro de sus actividades establecidas, debía desarrollar asesorías en dependencias del gobierno nacional a través del INN como organismo técnico especializado, así como a universidades y entidades privadas en temas de nutrición y alimentación. Como ente rector del PINA, el INN se vinculó en un proyecto de asesoría dirigido al Ministerio de Salud Pública para la introducción de la Incaparina en la alimentación pre-escolar, el cual contó con el apoyo técnico y económico de la OMS, la FAO, y la Unicef. Luego, en 1967,

en otro informe del INN, se mencionó el funcionamiento de los llamados Fondos de Incaparina los cuales operaban como parte de actividades de venta en las Boticas Comunes organizadas por el Ministerio de Salud Pública en algunos lugares de Colombia como Popayán, Caloto, Silvia, Neiva, Fusagasugá, Villavicencio, entre otros. También se indicó en este mismo documento, que el INN continuó las asesorías y colaboraciones técnicas a instituciones, así como investigación en el desarrollo de estudios vinculados a las mezclas vegetales para incluirlos en programas de educación y complementación alimentaria (Hussey, 1969; Instituto Nacional de Nutrición, 1964; Instituto Nacional de Nutrición de Colombia, 1967).

Así, la Incaparina fue una mezcla vegetal que tuvo el apoyo significativo de la institución más importante de nutrición y alimentación del país. Aunque no está del todo claro si existió algún tipo de financiación directa por parte del gobierno nacional a Quaker para su producción, este primero si acompañó por medio del INN el proceso de producción a través de controles de calidad según estándares del INCAP y en actividades como la revisión de información comercial destinada al público y a programas educativos que incluían dicho alimento (Paez, 1970). De esta manera, dicha mezcla vegetal se convirtió en una pieza que se ajustaba perfectamente como respuesta a la necesidad de aumentar el consumo de proteína en la población vulnerable, a la vez que los programas de alimentación en el país le permitieron a la industria de disponer escenarios de mercado y de promoción gratuita de este tipo de productos en escuelas y centro de salud en el país.

En línea con lo anterior, para 1969 la empresa Quaker declaró la viabilidad comercial en la venta de una mezcla harinosa de alto contenido proteico en Colombia como la Incaparina. Según dicha organización, el producto era ideal por su alta calidad y bajo precio

para alivianar el problema del hambre. Así mismo, este alimento parecía cumplir una serie de requisitos en el país que le había procurado una producción próspera y monetariamente atractiva para cualquier inversor. Estos requisitos estaban relacionados con ajustes del hábito alimentario de los consumidores, posicionamiento de un negocio que ya marchaba en el país, prescindir de la importación de materia prima “en la medida de lo posible” y no establecer un precio común para el producto. Según el sector de la industria de alimentos, la composición dicha mezcla vegetal era tan efectiva y aceptada por la población colombiana, particularmente las clases medias y bajas, que marcaría la diferencia entre la desnutrición y la buena salud (Hussey, 1969; Paez, 1970). Lo anterior permite inferir que, si bien una industria que desea mantenerse en el mercado necesita de testimonios favorables de su negocio, el éxito de la Inacaparina en Colombia no puede ser asociado a las propiedades de la misma, ni al esfuerzo de la industria en venderla. Por el contrario, considero que la venta de este alimento en el país y el comportamiento de compra durante la década de los años sesenta⁴⁶ se debió a un conjunto de antecedentes y la disposición política, técnica y económica nacional que permitió estimular su consumo dentro de los programas alimentarios del país, con la promesa de no gastar mucho dinero en una buena nutrición pero lograr tenerla para poder ser más productivo en la sociedad.

Ahora bien, aunque la Incaparina como alimento alto en proteína estaba disponible en escuelas y centros de salud, Colombia no paró de recibir de alimentos provenientes de entidades privadas y voluntarias extranjeras. De esta manera, dicha mezcla vegetal no fue la única opción para aumentar el consumo de proteína en el país. Dentro de otros planes e

⁴⁶ La producción de la Incaparina alcanzó a duplicar su producción en 1966, pero su producción descendió en 1969 (Paez, 1970).

iniciativas del gobierno se encontraba, por ejemplo, el acondicionamiento de una planta de leche suministrada por la Unicef que buscaba producir leche en polvo descremada para PRONENCA, la promoción de la construcción de plantas industriales para reconstituir leche destinada a programas alimentarios y elaborar un producto llamado Maisoleche⁴⁷. La Maisoleche, al igual que la Incaparina ya se encontraba inmersos como insumos en el desarrollo de un plan de salud proyectado a ejecutarse entre 1968 y 1977 que no solo se suministraría en niños sino también a mujeres en embarazo y madres lactantes. De esta forma, quedó establecido en las proyecciones de necesidades de alimentos para el PRONENCA y para casi una década, mantener la disposición de productos como (más) leche en polvo, queso, la harina de trigo, algunos productos enlatados y aceite, alimentos provenientes del extranjero. Llama la atención que dichas proyecciones que realizó el gobierno colombiano en relación a los costos y la cantidad de alimentos necesarios para cubrir una mayor proporción de personas en el país, era mucho más rentable si los mismos provenían de donaciones entregadas por las agencias internacionales. En otras palabras, el Estado expuso que los alimentos entregados dentro del programa de complementación alimentaria en el país podrían costar la mitad del dinero o menos, si mantenían las ayudas alimentarias en los siguientes años (Comisión Económica para América Latina, 1973; Instituto Nacional de Nutrición de Colombia, 1967; Ministerio de Salud Pública & Instituto Nacional de Nutrición, 1967). Estos análisis fueron tenidos en cuenta y para 1969 Colombia elaboró una serie de pequeños proyectos dirigidos al Programa Mundial de Alimentos-PMA⁴⁸, los cuales

⁴⁷ Descrita por el INN como una mezcla de harina de soya, harina de maíz, leche descremada en polvo, que permitiría, según esta entidad aumentar la disponibilidad de leche y por consiguiente mayor cobertura de programas.

⁴⁸ El Programa Mundial de Alimentos o World Food Programme (WFP), es un programa humanitario que brinda especialmente asistencia alimentaria en emergencias, desastres naturales y en proyectos de desarrollo en varias partes del mundo y en su mayoría en países pobres. Creada en 1961 bajo la solicitud del presidente estadounidense Eisenhower D, el PMA nació como parte de las Naciones Unidas (ONU) y hasta el día de hoy

contenían la petición de apoyo en la producción y utilización de productos proteicos locales como también la solicitud del financiamiento de productos que ya usualmente eran donados por entidades extranjeras e incluidos en acuerdos de importación como el PL480 (Departamento Administrativo de Planeación, 1968).

Durante la década de 1960, Colombia había recolectado experiencia en la distribución de alimentos y había construido, según esquemas internacionales, un programa como el PRONENCA que incluía la producción y promoción de mezclas vegetales como alimentos complementarios para resolver el problema nutricional de la población. Esta experiencia demandó involucrar acciones educativas y la coordinación alrededor de intervenciones alimentarias y nutricionales del país, pues estratégicamente se sumarían en los planes de desarrollo y se mostrarían como indispensables para el bienestar para la población. Al respecto el INN menciona:

El Instituto Nacional de Nutrición ha puesto especial interés en la tecnificación de estos programas, financiados parcialmente por entidades de Gobierno y realizados por diversas agencias oficiales y voluntarias. Aunque estas agencias son muy bien intencionadas, actúan de forma asilada e independiente, sin un programa previo basado en normas de nutrición en salud pública y sin dar el permanente e indispensable contenido educativo a las actividades de reparto de alimentos (Instituto Nacional de Nutrición de Colombia, 1967, p. 29).

La entrega de ciertos alimentos durante en esta década continuó con el constante argumento técnico- estatal de una baja disponibilidad y alto costo de los alimentos ricos en proteína en el país, los cuales concordaban con las conclusiones de los estudios realizados entre 1963 y 1966 por el INN. A este consenso, posteriormente se sumaron otras variables

trabaja en la lucha contra el hambre en el mundo y de cerca a con organizaciones vecinas como la FAO y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (IFAD) (Programa Mundial de Alimentos, 2020).

relacionadas con la desnutrición proteica y por consiguiente el bajo consumo de proteína: la alta tasa de crecimiento demográfico, la disponibilidad de tierras para cultivos y ganadería, los precios del mercado, los niveles de ingresos por habitante, el nivel educativo de la población, la pobreza y el desarrollo de alimentos altos en proteína y con materias primas de producción nacional. Dichos factores, fueron asociados con el progreso económico del país y abordados de forma cualitativa y determinista a través de métodos estadísticos que el país adaptaría para explicar y justificar sus intervenciones (Norton, 1970; Paez, 1970; Florián, 2013). De esta manera, la adecuada nutrición en el país se vinculó a la producción alimentaria y disponibilidad de una industria robustecida económicamente que iba a garantizar ingresos a los trabajadores para aumentar su capacidad para compra y así desde un punto de vista nutricional, aumentar el consumo de alimentos fuente de proteína. Si bien, para finales de los años 60 se mantenía el discurso técnico centrado en el problema del déficit en el consumo de proteína que no necesariamente era de origen animal, Colombia volcó sus análisis de este problema a los discursos económicos y educativos para explicarlos. Los programas alimentarios, pronto se convirtieron en una apuesta integradora de este análisis, sin dejar de lado el suministro y promoción de las mezclas vegetales, que parecían una apuesta infalible para resolver los problemas nutricionales del país de los más pobres.

3.3. La Institucionalidad en la Historia de la Bienestarina: finales de los años 60 y principio de los 70.

La década de los sesenta marcó un importante antecedente en la historia de la Bienestarina desde el punto de vista estatal, toda vez que la principal urgencia del gobierno de Carlos Lleras Restrepo (1966-1970) fue llevar al mismo a la modernización administrativa. Esto implicó una serie de cambios en la organización de algunas instituciones públicas que inicialmente, pretendían asilar los intereses de los gremios económicos

privados. No obstante, los vínculos estrechos con las élites del país se siguieron manteniendo al igual que las relaciones con organizaciones internacionales, las cuales continuaron participando en la asesoría de iniciativas como la reforma agraria y en temas como la disposición de alimentos y la nutrición de la población (Florián, 2013; Torres del Rio, 2015).

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), fue una de las instituciones creada en 1968 y ejemplo del resultado de esa modernización estatal. Con ciertas características administrativas como autonomía, seccionales en otros departamentos y la disposición de recursos propios, el instituto había sido constituido por la necesidad de atender los problemas de la familia y los niños. En otras palabras, esta tenía un objetivo en particular: la protección del menor y su desarrollo físico y mental, propósito que se habían asumido anteriormente por otras entidades del Estado como el Consejo Colombiano de Protección Social del Menor y de la Familia⁴⁹, así como el INN (ICBF, 1969; Matheson, 1974).

Esencialmente, el ICBF se estableció por la preocupación estatal sobre las consecuencias irremediables de aquellos niños y niñas que no estaban protegidos de alguna manera por una familia o respaldados económicamente para educarse o alimentarse. Aunque en años anteriores, el país había impulsado mecanismos de protección a la niñez, el nuevo instituto tenía como misión resolver cualquier deficiencia estatal de años anteriores relacionada con el bienestar de los niños y niñas, pues de no atenderse, la población desprotegida se convertiría en “un lastre para el progreso social e inclusive una amenaza para este” (ICBF, 1969, p. 55). Así, el ICBF se concentraría en acciones para proteger entre otras

⁴⁹ Antes de la creación del ICBF, el Consejo Colombiano de Protección Social del Menor y de la Familia, hacía parte de la Dirección de Menores del Ministerio de Justicia. (ICBF, 1969)

cosas, la nutrición de los niños, razón por la cual el INN se debía fusionar con esta nueva entidad de gobierno, como se explica a continuación:

La incorporación al nuevo instituto (ICBF) del Instituto Nacional de Nutrición, que sí ha venido cumpliendo una meritoria tarea con recursos muy escasos, se justifica plenamente, ya que la campaña de bienestar familiar y de defensa del niño está ligada de manera íntima a lo que se haga en materia de dieta alimenticia de la madre durante el período de la gestación y de la lactancia, y de la dieta del niño en sus primeros años. No se justificaría un paralelismo de instituciones que persiguen el mismo objetivo, y la campaña nacional de nutrición podrá cobrar, en el seno del Instituto de Bienestar Familiar un vigor y una amplitud que la escasez de recursos no le ha permitido alcanzar hasta ahora (ICBF, 1969, p. 56).

El INN a partir de la creación del ICBF, se convirtió en una dependencia coordinada por el Comité Técnico de Alimentación y Nutrición y sería llamada a partir de 1969 Dirección de Nutrición⁵⁰. Las funciones de esta dependencia, al igual que en años anteriores cuando se denominaba INN, estaría centradas en la investigación de los problemas de alimentación y nutrición del país, la preparación y capacitación del personal técnico en nutrición, la planeación, desarrollo y evaluación de programas de nutrición aplicada a escala nacional y en coordinación con otras entidades gubernamentales y privadas, la supervisión del programa de yodización de la sal. Adicionalmente, el instituto tendría que articular las acciones anteriores con los ministerios de agricultura, salud y educación para lograr con que sus beneficiarios (madres o niños y niñas) tuviesen adecuada asistencia prenatal, una mejor dieta, la extensión de los servicios de asistencia hospitalaria o servicios de recuperación nutricional, entre otros (ICBF, 1969).

⁵⁰ Establecida como dependencia del ICBF en Decreto 398 de 1969, publicado en el Diario Oficial número 32.754 de 12 de abril.

Desde su nacimiento, el ICBF incorporó toda la experiencia acumulada en años anteriores por el INN en investigación, implementación y asesoría en temas nutricionales y alimentarios del país. Esto a su vez, le garantizó un importante papel en espacios técnicos, académicos y políticos relacionados el campo de la nutrición en el país, como también el liderazgo en los programas de alimentación y posteriormente el desarrollo de alimentos como la Bienestarina. Pero para los inicios de la década de los setenta, ¿Cuál fue la prioridad del ICBF en materia nutricional? ¿Qué problemas nutricionales tenía que enfrentar este nuevo instituto? ¿Habían cambiado con respecto a la década anterior? En el apartado siguiente, intentaré resolver estas cuestiones.

3.3.1. Los Problemas Nutricionales de Principios de la década de los Setenta

Para 1970, los problemas nutricionales desde el punto de vista estatal no habían cambiado del todo en comparación con los de una década anterior, salvo ciertas especificaciones relacionadas con cambios nosológicos de las enfermedades carenciales conocidas en ese momento como avitaminosis⁵¹. La desnutrición proteica calórica, por otra parte, modificó su etiología una vez que se vinculó a ella el paradigma de la historia natural de la enfermedad⁵². Este modelo epidemiológico, exigía analizar e identificar diferentes fases de la enfermedad de manera dinámica que permitiera vincular todas sus causas probables y abordadas desde lo epidemiológico descriptivo (Comisión Asesora Permanente en

⁵¹ Este es un término general para las enfermedades producidas por la carencia o deficiencia de vitaminas provenientes de la alimentación.

⁵² Según el método epidemiológico, la situación nutricional estaba condicionada por el agente: representado por déficit en calorías y nutrientes; el huésped: la población latinoamericana, con crecimiento demográfico rápido, pero del cual se necesita conocimiento para saber que consume (demanda) y como conserva los alimentos. Finalmente, el medio ambiente, el cual requiere ser descrito desde el punto de vista de su influencia sobre la nutrición y la alimentación de la comunidad y que incluye factores biológicos, físicos, socio económicos y culturales entre otros configuran la vida de la cual la nutrición es dependiente. (Paez, 1972).

Alimentación y Nutrición en los Países del Área Andina, 1975; ICBF, 1970; Matheson, 1974).

Una vez incorporado dicho paradigma, el ICBF concluía que factores como la educación, la cultura y los hábitos de las personas ejercían una decisiva influencia en la aparición o no de la desnutrición. De esta forma, esta enfermedad debía ser atacada o resuelta desde diferentes ámbitos, pues los efectos, podría llegar a alterar la economía del país. Al respecto el instituto explicaba bajo una lógica similar, como la presentada años atrás por el INN, que un trabajador no podría capacitarse correctamente si tenía hambre, luego el padecerla le afectaba la capacidad intelectual y estaría enfermo constantemente lo cual lo llevaría a estar en reparación permanente. En relación a la nutrición, la salud y la productividad, el ICBF (1970) citó en un informe, que existe una:

(...) Estrecha interdependencia entre la nutrición, la salud y el desarrollo social y económico del país e indican, además que el impacto de la desnutrición y otras enfermedades nutricionales es recibido no solamente por el sector de la salud sino también por los sectores de la educación, la agricultura y la economía general. La ubicación de los factores determinantes y de los efectos de la desnutrición en diferentes sectores de desarrollo indica, asimismo, la responsabilidad multisectorial en la búsqueda de soluciones al grave problema de la desnutrición en el país (ICBF, 1970, p. 17).

La desnutrición, el hambre y la economía eran términos normalmente asociados en los textos del ICBF a principios de la década de los años setenta para dar mayor urgencia a las acciones que pudieran atenderlas de forma multisectorial. En relación con lo anterior, Jaime Paez Franco cabeza de la dirección de nutrición para 1972, mencionó que: "En la etiología del problema nutricional y alimentario latinoamericano, están involucrados múltiples factores dependientes de diversos sectores del desarrollo económico y social. Su

solución debe ser obtenida a través de acciones coordinadas de los sectores implicados (...)" (Paez, 1972, p. 16).

En este sentido, la responsabilidad de solucionar el problema de la desnutrición el país ya no recaía en una sola institución, sin embargo, el ICBF se convirtió en un guía técnico para dirigir actividades estatales que resolvieran las posibles causas de dicha enfermedad y la avitaminosis, las cuales eran presentadas de la siguiente manera:

Ocurre muchas veces que las personas influidas por las tradiciones alimentarias, los gustos, los prejuicios, la dificultad para preparar los alimentos y los costos de éstos, no reciben las comidas requeridas por el organismo. En este caso pueden sobrevenir alteraciones y disminuir notoriamente la capacidad para el trabajo o el estudio (ICBF, 1973a, p. 56).

Estas situaciones descritas, fueron variables que para la década de los setenta explicaban el mal estado nutricional de las personas, especialmente en los niños y que, a su vez, representaban un obstáculo para el ideal de desarrollo económico y social del país. Posteriormente, se les sumó a estas, la migración del campo a la ciudad, el crecimiento urbano y las bajas coberturas de programas nutricionales infantiles, como raíces estructurales de los problemas alimentarios, así como el aumento de la población y el aumento de los precios de los alimentos. Estas últimas variables, alineadas hasta entonces con la agenda global de las organizaciones internacionales (Comisión Asesora Permanente en Alimentación y Nutrición en los Países del Área Andina, 1975; ICBF, 1971a, 1971b, 1971c, 1973b, 1973c, 1974a).

Lo anterior, no tardó en promover desde el nivel técnico del ICBF el diseño de herramientas y encuestas que estandarizaran y optimizara el flujo de información sobre qué comían las personas para establecer maneras de influir en el consumo y elección de los

alimentos de la población más vulnerable. En este sentido, la formulación de minutas⁵³ a bajo precio y constituidas con alimentos locales fueron una de las principales tareas del ICBF para alcanzar ciertas metas de consumo diario de nutrientes y contribuir a la resolución de problemas como la desnutrición infantil. Por otro parte, el ingreso, las fuentes de empleo, la tenencia de la tierra, el tamaño de las propiedades y el salario mínimo de los jornales se convirtieron en indicadores que iban a monitorear en parte el grado de desarrollo general del país o región, por lo tanto, se convertirían en herramientas adicionales propuestas también desde el ICBF para que desde otros ministerios y dependencias estatales evaluara y siguiera cualquier intervención pública en nutrición y alimentación del país (ICBF, 1971b; Paez, 1972).

3.3.2. *ICBF y los Programas Alimentarios*

Con el contexto anterior, el ICBF siguió acompañando la ejecución del PRONENCA pues tanto el instituto como el programa tenía en común la misma población objetivo (madres, lactantes, escolares) e iguales propósitos nutricionales: reducir de los índices de mortalidad y morbilidad causada por la insuficiencia de alimentos. PRONENCA tenía dentro de sus actividades buscar alternativas para una mejor utilización de alimentos proteicos producidos localmente, entre ellas el desarrollo de mezclas vegetales, así como unificar las solicitudes de ayuda externa de alimentos a través de una sola entidad técnica nacional. Como ya se había mencionado, en años anteriores el ICBF admitió que en el país existía una falta de coordinación entre las agencias internacionales e instituciones nacionales para administrar y lograr de manera efectiva la utilización de ayuda alimentaria extranjera. Por ello, el gobierno colombiano organizó a finales de los años 1960 un Plan Nacional de

⁵³ Listados de preparaciones de alimentos que se suministran consumen durante un día (ICBF, 2015).

Alimentos de Desarrollo – PLANALDE con el fin de administrar la ayuda alimentaria extranjera y en el cual la Dirección de Nutrición, participó en la formulación bases técnicas para la ejecución del mismo. Dentro de dichas bases se encontraba definir los grupos o sectores de la población beneficiaria, cómo debían constituirse los paquetes alimentarios según la disponibilidad local, los hábitos, los niveles de ingresos y en general, en la planeación de la distribución de la ayuda alimentaria. Para 1970, PRONENCA articulado con el PLANALDE, siguió entregando alimentos en varias zonas del país, y donde no podían llegar estos, lo hacían organizaciones aliadas como CARE, Caritas y La Agencia Internacional para el Desarrollo - AID. Así, el país mantuvo la distribución durante los primeros años de la década de los setenta de leche, aceite y harina de trigo proveniente de la asistencia alimentaria como se había realizado en años anteriores y se mantuvo hasta 1976 justificada en la falta de recursos en el país para producir alimentos (Machado Cartagena, 2003; ICBF, 1970, 1975a).

Ahora bien, si el ICBF seguía acompañando la operación del PRONENCA ¿qué actividad desarrolló específicamente con las mezclas vegetales? Desde el inicio del instituto, este tema le fue designado a la *División de Investigaciones Nutricionales de los Programas de Servicio* de la Dirección de Nutrición, la cual tenía dentro de sus tópicos el Programa de Control de mezclas vegetales. La responsabilidad del ICBF se convirtió en determinar las necesidades de producción de este tipo alimento de manera que contribuyeran a satisfacer los requerimientos de proteínas y otros nutrientes de la población, así como investigar y brindar apoyo técnico a las industrias que desarrollasen productos similares (Comisión Asesora Permanente en Alimentación y Nutrición en los Países del Área Andina, 1975).

Es importante mencionar que en 1969, en Colombia ya existían tres marcas de mezclas vegetales en el mercado (Incaparina, Duryea y Colombiहारina)⁵⁴ que eran procesadas por distintas empresas privadas del país. La labor del ICBF se concentró en acompañar la formulación de estas mezclas en la industria, realizar controles de calidad y revisar la información destinada al público y la que involucraba este tipo de alimentos en programas educativos, actividades que ya se habían hecho con la Incaparina unos años atrás. De esta forma, se esperaba que las mezclas vegetales producidas en Colombia mantuvieran los estándares establecidos por el INCAP respecto al aporte de proteína y su bajo costo para el consumo popular y especialmente, de la población infantil (ICBF, 1970; Paez, 1970; Rozo, 2000).

De acuerdo a lo anterior el ICBF, continuaría siguiendo de cerca el desarrollo de las mezclas vegetales y productos similares altos en proteína⁵⁵ para aumentar el consumo de alimentos de producción nacional y así reemplazar la ayuda externa, como lo había recomendado el INN en 1958. Con esta tarea en marcha, este tipo de productos fácilmente pudieron introducirse en programas de educación y alimentación complementaria que ya se encontraban instalados en el país y que contaban con su estructura de distribución, utilizada inicialmente por la Incaparina⁵⁶. De igual forma, el instituto continuó investigando dichos productos de la mano de organismos internacionales como la OPS/OMS, la FAO y la Unicef, las cuales habían acompañado programas de nutrición y apoyado el posicionamiento en el

⁵⁴ La Incaparina y la Colombiहारina, fueron productos constituidos a base de productos vegetales como harina de soja, arroz, o maíz o frijol; la Duryea por su parte, tenía como principales ingredientes fécula de maíz y leche en polvo (Paez, 1970).

⁵⁵ Según el ICBF con características nutricionales similares a la leche.

⁵⁶ Algunos pilares financieros que permitieron continuar con la investigación en mezclas vegetales fue el Fondos Rotatorios Especial, los cuales sostenían y administraban el recurso para la distribución de paquetes alimentarios para la población y el resultante de la venta subsidiada de la Incaparina en droguerías comunales y centros de Salud.

país de los problemas de la desnutrición y el déficit de proteína varias décadas atrás (ICBF, 1970, 1973c; Paez, 1970; Comisión Asesora Permanente en Alimentación y Nutrición en los Países del Área Andina, 1975).

Así pues, los programas alimentarios, el ICBF y las agendas políticas con influencias extranjeras orquestaron un ambiente perfecto para el consumo y establecimiento de la mezcla vegetal como intervención nutricional. Sin embargo, la educación nutricional también jugó un papel importante en la entrada a los hogares vulnerables de este alimento. Antes de llegar al nacimiento de la Bienestarina, a continuación, presentaré la educación nutricional en el marco de la institucionalidad y los programas alimentarios como un elemento más que fomentó el reconocimiento poblacional del producto y su consumo popular.

3.3.3. Educación y Otras Herramientas de Acondicionamiento Alimentario

El inicio de los programas alimentarios de los años 70 cosechó una serie de lecciones aprendidas en años anteriores sobre educación nutricional. Enseñar cómo y qué comer, fue indispensable para la introducción de productos como las mezclas vegetales y por supuesto de la Bienestarina. Como ya lo había indicado antes, PRONENCA se centró en mejorar las condiciones nutricionales de niños pre-escolares, escolares, madres embarazadas y lactantes a través de la complementación alimentaria, pues esta representaba a la “población económicamente productiva del futuro” (ICBF, 1974a, p. 62). Pero también, dentro de sus objetivos estaba uno dirigido a la facilitar “la enseñanza en aspectos básicos de nutrición y alimentación en la escuela, así como el desarrollo de programas integrales de educación y complementación alimentaria con la comunidad” (ICBF, 1970, p. 41).

La educación y la enseñanza impartida en el marco de los programas nacionales como en PRONENCA, se concretó en una serie de materiales, que permitieron posicionar a las

mezclas vegetales disponibles en el país como alimentos de necesario consumo. Por ejemplo, dentro de estos materiales se encontraban publicaciones como la cartilla *Manual de nutrición para el maestro: primer grado de educación primaria* o el artículo: *Es importante conocer el valor nutritivo de los alimentos* en la Revista Nacional de Agricultura, ambos publicados en 1971 o la cartilla *Cómo alimentar mejor a la familia* de 1973. En estos documentos, se puede observar cómo se plantea a los lectores inicialmente un problema de salud que requiere ser solucionado a través de un cambio de comportamiento sobre la elección de ciertos alimentos y el suministro de información del contenido nutricional de los mismos:

Conociendo cual es el valor de los alimentos podemos distribuir mejor el dinero del mercado, pues vamos a darle preferencia a las que contienen nutrientes importantes para mantenernos en buen estado de salud. Y dejaremos de atribuirle méritos a ciertos alimentos que, en realidad, son pobres en sustancias nutritivas (ICBF, 1971c, p. 43).

Los mensajes educativos escritos por el ICBF en materia de nutrición y alimentación estaban destinados especialmente a las madres y docentes, e incluían recomendaciones relacionadas con la adecuada administración de los recursos para la compra de alimentos de acuerdo con la función que estos cumplían en el cuerpo. En este sentido, se asocia que la educación alimentaria forjó la labor de poner una etiqueta a cada alimento consumido. En otras palabras, este tipo de educación buscó indicar que una naranja no sería sólo una fruta pues esta contenía nutrientes; así que era necesario, primero conocer de los mismos para decidir si comerla o no. De esta forma, los materiales visuales buscaron que el lector reconociera el valor nutritivo de los alimentos antes que el alimento en sí, así que saber de nutrición se convirtió en un asunto que debía interesarle desde el más pequeño hasta al más anciano del país. Por lo tanto, los contenidos educativos en nutrición para la población se

organizaron de tal forma que los alimentos agruparan para que las personas reconocieran y asociaran su consumo con una función indispensable para el cuerpo humano. Por ejemplo, sustancias como las proteínas fueron vinculadas al consumo de productos como carnes, leche o mezclas vegetales, que agrupados se le asignó nombre de alimentos *formadores* pues al ingerirlos cumplirían la función de reparación o construcción de tejidos del cuerpo (ICBF, 1973a).

Dentro de los mensajes y contenidos de los documentos mencionados, también se puede inferir la necesidad de cambiar el comportamiento alimentario de los lectores, la cual estaba en línea con la respuesta a la falta de educación nutricional que se había asociado a finales de la década de los años cincuenta a la presencia de desnutrición. Por lo tanto, este tipo de educación parecía haberse forjado con base a la premisa de: un mayor conocimiento sobre el valor nutricional de los alimentos traería consigo distribuir mejor el dinero para adquirir los mismos en las familias que tenían pocos recursos económicos. Así pues, la agrupación de los alimentos dentro de los mensajes como estrategia dentro de la educación alimentaria dio responsabilidad a la familia sobre su estado nutricional y promovió las mezclas vegetales, pues estas se reconocían como sustitutos de alimentos como las carnes, la leche o el huevo. Dichas mezclas, al inicio de la década de los años setenta serían un tipo de producto que la familia colombiana debía comprar preferiblemente si no tenía mucho dinero para invertir en alimentos formadores. Esto no significó que en los mensajes educativos excluyeran a otros tipos de alimentos, solo que estos mensajes posicionaron la importancia del consumo de la proteína⁵⁷ a la vez que fueron una muestra clara de apoyo en la

⁵⁷ En las cartillas y artículos revisados se replica un mismo orden en la presentación de los grupos de alimentos, primero se encontraban alimentos como la leche, huevos, carnes, leguminosas y mezclas vegetales; seguidas por verduras y frutas y finalmente los cereales, grasas y los azúcares.

comercialización y propaganda de las mezclas vegetales (Departamento Nacional de Planeación, 1975b; ICBF, 1971a, 1971c, 1973a).

Hechas las consideraciones anteriores, se puede afirmar que las herramientas y mensajes educativos utilizados para combatir los problemas de nutrición en el país, también fueron una red importante que soportó la promoción de las mezclas vegetales y posteriormente el reconocimiento de Bienestarina. Para la primera mitad de los años setenta y a través de los programas alimentarios que ya regían en el país, se mantuvo la priorización en la entrega de productos altos en proteína, así como la enseñanza de la nutrición en escuelas primaria y en otros espacios comunitarios y rurales (ICBF, 1971b, 1971c). En efecto, iniciativas en materia educativa nutricional continuaron incorporándose al fomento de la producción de alimentos altos en proteína, el posicionamiento del problema nutricional y en general, en el desarrollo económico.

3.4. El producto y su nacimiento.

El principio de la década de los años setenta estuvo marcada por importantes acontecimientos relacionados con los temas alimentarios en el mundo que darían un impulso importante a la política alimentaria colombiana que acogió a su vez el nacimiento de la Bienestarina. Según Nussio y Pernet (2013), esta priorización temática inició cuando un grupo de expertos de diferentes campos académicos se reunieron en el MIT para discutir nuevas propuestas de soluciones al problema de la alimentación en el mundo que no parecía apaciguar la desnutrición infantil y que parecía trascender a los alcances médicos y de políticas de salud fragmentadas establecidas hasta ese momento. Este discurso, que tal vez estuvo también motivado por la crisis de alimentos y de petróleo que venía venirse, impregnó la ONU y sus filiales como la FAO y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (IFAD).

Dichas organizaciones, instaron a los gobiernos de países en desarrollo a planificar de manera integrada y atacar las causas del hambre. Bajo esta recomendación, rápidamente se instaló en Latinoamérica el Proyecto Interinstitucional para la Promoción de la Alimentación y Políticas Nacional de Nutrición (IAP) ⁵⁸ el cual elaboró una guía metodológica para implementar políticas nacionales en alimentación. El Estado colombiano, cercano y siempre dispuesto a colaborar con iniciativas extranjeras, puso en práctica lo propuesto por el IAP y posicionó la magnitud del problema del hambre y la desnutrición en la Conferencia Nacional Intersectorial de Alimentación y Nutrición en 1973 realizada en Palmira, Valle del Cauca. Los problemas expuestos y agudizados por el temor en la reducción de la ayuda alimentaria, que más adelante se cuestionan, fueron acogidos por el plan de gobierno del Alfonso Lopez Michelsen (1974-1978) en el cual se integraron como antecedentes y por los cuales recibió recursos económicos de organizaciones como el BID o el Banco Mundial.

Para mediados de la década de los setenta Colombia estaba a punto de enfrentar cortes importantes en la asistencia alimentaria motivada, en apariencia, por la crisis de alimentos a nivel global que había iniciado desde 1972. Esto motivó, en línea con lo dispuesto por la IAP, que organizaciones internacionales como la FAO apoyaran el establecimiento de estrategias nacionales relacionadas con la producción de alimentos como principal eje de la política colombiana, algo que ya se había intentado en años anteriores (Nussio & Pernet, 2013; «Plan Nacional de Alimentación y Nutrición», 1975). Así pues, luego de una reforma agraria sin éxito en la década de los años sesenta⁵⁹ y el problema de la desnutrición infantil reiterándose

⁵⁸ Inter-Agency Project for the Promotion of National Food and Nutrition Policies.

⁵⁹ Según Florián (2013), la reforma agraria desarrollada en los años sesenta y posteriormente en los setenta, promovida por Estados Unidos y sus filiales como la FAO, la OEA o el AID y adaptada por los gobiernos de turno, fue incapaz de transformar de manera estructural la situación del campo Colombiano, pues los beneficios de créditos agrícolas, la asistencia técnica y en general la tenencia de la tierra fueron concentrados en grandes y medianos propietarios, productores con gran capital y en general a “beneficiados históricos” del país.

una y otra vez en debates políticos, el Gobierno de Colombia formuló el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN) el cual tenía como propósito:

(...) Poner en marcha el Plan de Desarrollo a través de una estrategia concreta que implica desarrollo, agrícola, desarrollo industrial con tecnología adaptada a las condiciones colombianas, y distribución del ingreso a través de la canalización de la inversión pública hacia el beneficio directos los estratos más pobres de la población («Plan Nacional de Alimentación y Nutrición», 1975, p. 64).

El PAN, aprobado en 1975 y ejecutado hasta 1976, buscó mejorar el bienestar de la población de más bajos ingresos a través del mejoramiento de su estado nutricional pero también perseguía el aumento de la producción nacional. Es decir, la nutrición era una forma de potencializar la producción y la disponibilidad de alimentos, las cuales mejoraría las condiciones nutricionales del trabajador. Con este objetivo, dicho plan se constituyó en dos componentes, el programa de Desarrollo Rural Integral (DRI) y en un grupo de programas relacionados con salud y nutrición. Dentro del DRI, se incluyó una serie de programas para incrementar la disponibilidad de alimentos⁶⁰, dentro de los cuales se encontraba la producción y distribución de alimentos subsidiados, entre ellos la Bienestarina (Departamento Nacional de Planeación, 1975a; Escobar, 2007; ICBF, 1975b; Nussio & Pernet, 2013; «Plan Nacional de Alimentación y Nutrición», 1975).

Vale la pena mencionar, antes del inicio del PAN en 1973 y luego de un reiterado desfile de justificaciones que exponían la situación deficiente del país en términos

⁶⁰ Aunque el Gobierno Nacional había estado investigando en años anteriores la producción de alimentos de Alto Valor Nutricional, también dispuso de créditos para que el sector privado presentara proyectos que permitieran la aumentar la producción a escala industrial de este tipo de alimentos a bajo costo. La gama de productos que se debían incluirse en estos proyectos incluía además de mezclas vegetales, proteínas vegetales texturizadas, harina precocida de maíz alta en lisina, proteínas vegetales solubles (Departamento Nacional de Planeación, 1975a).

nutricionales y alimentarios, el ICBF ya había comenzado con la investigación y desarrollo de productos alimentarios similares a las mezclas vegetales que hasta ese momento era terreno dominado por la empresa privada. Dentro de las acciones de investigación que ejecutó, se encontraban aquellas relacionadas con definición del valor nutricional de dichos alimentos y la elaboración de ensayos de aceptabilidad. De esta forma, el instituto se enfocó en los primeros años de la década de los setenta en las formulaciones de nuevos productos alimentarios y en el enriquecimiento proteínico de alimentos de consumo popular sin dejar de lado, claro, la distribución de los alimentos donados que hacían parte de los complementos alimentarios de los programas sociales (ICBF, 1973a, 1973d).

Como lo mencioné anteriormente, desde 1958 INN había indicado la necesidad de producir productos altos en proteína en el país, advirtiendo de posibles efectos económicos si se llegase a reducir la ayuda alimentaria exterior. No obstante, el flujo de alimentos traídos del extranjero para 1973 y entregados al ICBF parecían no reducirse, pues justamente el aporte económico que significó estas ayudas tenía un gran peso dentro del ingresos económicos de dicho instituto. Por ejemplo, desde 1969 y hasta 1972 el presupuesto de ICBF que provenía del PMA en especie (alimentos) llegó a aumentar su valor seis veces más durante esos tres años como se evidencia a continuación:

El programa Mundial de Alimentos ha incrementado su participación en los últimos cuatro años, hasta el punto de que Colombia está entre los tres primeros países del mundo con prioridad de esta asistencia. De un aporte en pesos colombianos de alrededor de 30 millones en 1969, ha pasado a cerca de los 190 millones en 1972, con una movilización de 19.000 toneladas de alimentos en este último año. Con estos alimentos se han adelantado las campañas de nutrición y se ha atendido emergencias sociales por calamidad pública (ICBF, 1973b, p. 49).

Lo anterior, pudo generar incertidumbre sobre el flujo financiero y la sostenibilidad de los programas de alimentación nacionales, sumado a la preocupación por el retiro de organizaciones como la Agencia Internacional para el Desarrollo-AID, CARE y Caritas que operaban en la mayoría de los territorios del país donde no tenía cobertura PRONENCA.⁶¹ Ante esto, el ICBF como entidad articuladora de programas alimentarios del país orientó sus recomendaciones a la planeación y coordinación de una política nacional que entre otras actividades, asignara recursos para el desarrollo de productos que redujeran de manera progresiva esta dependencia sin tener que invertir demasiado en iniciativas de producción y distribución de alimentos. En esta iniciativa fue crucial el uso de la tecnología y la investigación de leguminosas⁶² como alimentos indispensables en la alimentación popular del país (ICBF, 1973d, 1973c).

Aunque a partir de las orientaciones anteriores, era un hecho la puesta en marcha de investigar una mezcla vegetal de distribución gubernamental, el ICBF continuó justificándose en estadísticas de desnutrición infantil para mantener las solicitudes de ayuda externa. En el documento *Estudio sobre el proyecto colombiano 549 PMA* presentado a la Comisión Evaluadora por ICBF en 1974, se evidencia como se pide apoyo a esta organización por cinco años a partir de 1976, pues según el instituto los niveles en salud, educación y bienestar alcanzados en programas como PRONENCA podrían verse afectados

⁶¹ Dentro de un informe publicado por el ICBF sobre programas y actividades realizadas en 1972, se menciona que los servicios de complementación alimentaria del menor y la madre sólo tenían cobertura en los territorios de Bolívar, Antioquia, Caldas, Valle del Cauca, Tolima, Huila y el Distrito Especial de Bogotá (ICBF, 1973b, p. 15).

⁶² Es importante mencionar que las leguminosas, como la soya, habían aumentado su producción de manera importante desde la década de los años sesenta y fueron un insumo necesario para productos como la Incaparina, la Colomiharia y posteriormente para la Bienestarina. Este grupo de alimentos (que incluye productos como el frijol, el haba, el garbanzo, la lenteja, el maní, la arveja también), técnicamente se considerarían como un medio inmediato, económico y eficaz para “aliviar la penosa situación nutricional de pueblo colombiano” (ICBF, 1973c, p. 5), que a su vez permitirán alivianar la lenta producción de proteína animal y la asequebilidad de la misma a gran parte de la población (ICBF, 1973c).

pues el país no podría mantenerlos con recursos propios. Aunque la solicitud de ayuda alimentaria no era algo nuevo⁶³, se observa como en documentos relacionados con la solicitud y el flujo de los alimentos donados por el PMA, se mencionan algunos problemas nacionales frente la administración de estos. Dichos problemas estaban asociados a la organización logística nacional y territorial, la cual demoraba la distribución de los alimentos; y con la disposición de recursos técnicos y administrativos en los territorios, que impidió alcanzar la cobertura de personas beneficiarias inicialmente proyectadas en los programas de complementación alimentaria. Estos impases, se vieron reflejados en pérdidas en alimentos como carne, leche y leguminosas entre 1969 y 1973, así como excedentes almacenados especialmente de leche en polvo (ICBF, 1974a, 1974b). No obstante, el gobierno argumentaba que la experiencia que tenía en programas alimentarios y la necesidad de sostenimiento de los mismos, acreditaba su solicitud de alimentos. Lo anterior, ¿no podría ser contradictorio con la preocupación de seguir dependiendo de ayuda alimentaria externa? ¿Si la reducción de esta ayuda era inminente por qué el país continuó solicitándola?

Sobre las solicitudes de ayuda alimentaria para la primera mitad de los setenta, el ICBF aseguraba que la producción dentro del país de alimentos como los cereales era suficiente para la población, pero que a su vez no era excesiva la contribución que hacia el PMA. También indicó que los alimentos procedentes de dicho programa no distorsionaban la producción agrícola local, ni su comercialización nacional o internacional y si contribuían

⁶³ El PMA durante los primeros años de la década de los setenta, continuaba con la donación al país de productos como aceite, harina de trigo, leche y pescado como se venía haciendo en años anteriores. Adicionalmente, se incluyó para este inicio de década otros productos como la harina de maíz, leguminosas, y queso. Es importante mencionar que, la leche fue el principal alimento que ingresó al país bajo proyectos alimentarios con el PMA, seguida por la harina de trigo y el aceite, no obstante para 1973 estos mismos, excepto el aceite tenían las mayores pérdidas por almacenamiento, transporte o excedentes en el país (principalmente leche, seguido por la harina de trigo y queso) (ICBF, 1974b).

a mejorar la disposición de alimentos proteicos (ICBF, 1974a). Es información revela que, si bien el ICBF buscó a través de su asesoría e investigación el fomento de producción local alimentaria, mantuvo en sus primeros años la disposición de requerir alimentos fuera del país. Esto refleja una contradicción en los discursos institucionales, pues por un lado ya se encontraba planteado desde años atrás que era necesario no depender de la ayuda alimentaria extranjera, pero también se consentía al mismo tiempo continuar solicitándola por la incapacidad estatal de sostener los programas de alimentación en el país.

Hechas las consideraciones anteriores, para inicio de la década de los años setenta el ICBF había desarrollado varias fórmulas de alimentos proteínicos destinados a programas de complementación alimentaria con materias primas nacionales y con alimentos de ayuda externa (leche en polvo y trigo). También había estudiado la factibilidad de la producción industrial de mezclas alimenticias y se había iniciado la producción de una de ellas para la distribución en algunos programas del ICBF. Esta última, se le había asignado el nombre de *Bienestarina* por ser derivada de la palabra “bienestar” y como tributo a los esfuerzos del ICBF para resolver el problema nutricional de los niños colombianos. Adicionalmente, se documentó que la misma había sido ideada para que fuera asequible para toda la población colombiana, pues el Gobierno Nacional subsidiaría una gran parte de su costo. De esta forma, este alimento se convirtió en una mezcla de contradicciones pues representó la iniciativa estatal de reemplazar la ayuda externa de alimentos, pero a su vez parecía incluir insumos provenientes de ella (Departamento Nacional de Planeación, 1975b; ICBF, 1974a; Bengoa, 2000; Matheson, 1974).

Para la producción inicial de la Bienestarina en 1974⁶⁴, el ICBF tuvo que realizar procesos de ensayo y error los cuales llevaron a disponer de un total cinco de formulaciones, mismo año en el que se desarrollaron estudios iniciales sobre aceptabilidad del producto en la población beneficiaria del ICBF. Posteriormente, se entregó en programas de complementación alimentaria y recuperación nutricional en centros de salud, centros de atención integral preescolar, y en general, lugares donde funcionaban programas del ICBF.⁶⁵ Las madres vinculadas a dichos programas recibían cupones con un precio específico para adquirir varios alimentos⁶⁶ y con un aporte por parte de ellas podían adquirir la mezcla de alto valor nutricional o Bienestarina (Departamento Nacional de Planeación, 1975b; ICBF, 1975b). Como en años anteriores, las personas debían asumir un costo de los alimentos que se entregaban en los programas de complementación alimentaria, pues se consideraba importante que los alimentos altamente nutricionales, no fueran gratuitos dado que:

(...) Podría correrse el peligro de que tales alimentos llegaran a adquirir una imagen de "comida de caridad", lo cual podría ser interpretado como una ofensa a la dignidad por parte de quienes los consuman; por otra parte, una imagen social como esa tendría un efecto negativo para su comercialización en gran escala, generando efectos contra productores para la nutrición de amplios sectores de la población («Plan Nacional de Alimentación y Nutrición», 1975, p. 84).

La Bienestarina, gracias a los programas de investigación vinculados a su desarrollo en gobiernos anteriores, ya contaba con una donación especial por parte del Programa de las

⁶⁴ Según el ICBF (1975b) la primera producción experimental de Bienestarina correspondió a 100 toneladas.

⁶⁵ A partir del primer año de producción (1974), el ICBF realizó una proyección de producción de Bienestarina entre 1975 y 1979 de aproximadamente 13 a 23 mil toneladas anuales. Aunque dicho instituto en los inicios del producto no revela estudios de consumo que contrasten con la producción, si menciona que los resultados de la aceptabilidad del mismo fueron cercanos al 100% (ICBF, 1975b).

⁶⁶ El cupón entregado no sólo servía como contribución al pago de la Bienestarina, también para la compra de productos como la pastas alimenticias enriquecidas con proteínas y productos proteínicos derivados de la soya (proteínas vegetales texturizadas) («Plan Nacional de Alimentación y Nutrición», 1975).

Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD. Esta organización en 1975 entregó al ICBF una planta para su manufactura, la cual sólo funcionó a partir de 1977, pero no impidió que iniciara la producción de dicho alimento en varias plantas de pienso ubicadas en diferentes zonas del país como Bolívar, Santander y Boyacá. (Departamento Nacional de Planeación, 1975a; Escobar, 2007; ICBF, 1975b; Nussio & Pernet, 2013; «Plan Nacional de Alimentación y Nutrición», 1975).

Con la formulación lista de la Bienestarina para 1975, su producción y distribución como estrategia nutricional encajó oportunamente en el gobierno de Alfonso López Michelsen que, aunque posicionó el problema nutricional como prioridad de gobierno, continuaría con iniciativas de inversión social concentradas en el desarrollo rural e inversión pública, al igual que en los gobiernos anteriores. No obstante, su plan de desarrollo que reproducía todas las problemáticas nutricionales mencionadas en gobiernos anteriores, fue el primero en declarar a la nutrición y la alimentación como derrotero político por medio del cual se podían atacar los problemas sociales, políticos y económicos más agudos del país (Nussio & Pernet, 2013). Al respecto, la revista de Economía Colombiana en 1975 mencionó:

La desnutrición que aqueja a la población colombiana no solo interfiere en su bienestar biológico, obstaculizando la elevación de los índices de rendimiento escolar, técnicos y de productividad, que son base de su desarrollo económico, sino que neutraliza también los esfuerzos que el Estado realiza en campos tan importantes como la salud, la educación y el desarrollo agrícola (...) Todo ello sustenta suficientemente las razones que han llevado al Gobierno a enfrentar el problema en una forma integral y orgánica, y a proponer el bienestar alimentario nutricional como una prioridad nacional impostergable («Plan Nacional de Alimentación y Nutrición», 1975, p. 69).

Es importante destacar que, frente al PAN y su objetivo de aumentar la disponibilidad de ciertos alimentos, como la Bienestarina, no siempre contó con promotores. De hecho, en un texto elaborado por el Centro de Investigación y Documentación social de Colombia-CIDOS en 1979, se concluye, entre otras cosas, este tipo de productos no resolvería el problema de la desnutrición pues el estímulo real en la producción alimentaria en el país se había concentrado en amiláceos, cereales y leguminosas, no en productos de origen animal que requería el país. El uso de mezclas vegetales o la Bienestarina, era interpretado como un mecanismo para promocionar el consumo de alimentos creados para suplir nutricionalmente a la clase obrera que ya se encontraba mal alimentada. El concepto de alimento barato para la mano de obra barata era una respuesta contradictoria, pues la disposición de medios de subsistencias a muy bajos precios no mejoraba la condición económica del campesino o el pobre del país, sino que la mantenían (CIDOS, 1979). De cualquier forma, durante los años setenta las políticas de alimentación se convirtieron en prioridad nacional que impulsaría la consolidación de productos alimentarios como la Bienestarina la cual fue el resultado de una propuesta de intervención alimentaria que se había gestado en un contexto internacional y nacional en décadas anteriores (Florián, 2013; Nussio & Pernet, 2013).

En línea con el plan de desarrollo de gobierno, el ICBF continuaría con la promoción de mezclas vegetales, dado su bajo costo para la población y su aparente aceptación de los más vulnerables en el país. La producción de estos productos, aunque se extendía al sector privado con marcas como la Incaparina, Colombiarina, y Duryea, el país vio nacer una marca institucionalizada que aumentaría las coberturas de la iniciativa de complementación alimentaria para los más pobres y haría parte de un conjunto de alimentos estratégicos del plan de gobierno (Comisión Asesora Permanente en Alimentación y Nutrición en los Países

del Área Andina, 1975; ICBF, 1975a). Es importante resaltar que para el cálculo de la cantidad de Bienestarina inicial que debía producir en Colombia, se tuvo en cuenta los problemas alimentarios resumidos en el número de calorías y de gramos de nutrientes, como la proteína, que le faltaban consumir a la población. Con estos datos, se hizo una proyección de la cantidad teórica necesaria de este alimento para cubrir las necesidades nutricionales de manera progresiva y lineal por los siguientes cuatro años de gobierno (Departamento Nacional de Planeación, 1975a).

En este sentido, las estadísticas nutricionales para el Gobierno Nacional fueron una de las herramientas clave para justificar cuantitativamente los productos con alto contenido de proteínas como la Bienestarina. Según el Departamento Nacional de Planeación (1975) el Programa de Producción Industrial de Alimentos de Alto Valor Nutricional y Bajo Costo, que incluyó dicho alimento, en los primeros años no iba a poder corregir el déficit en la población pues los comportamientos y hábitos de la población, la disponibilidad de materias primas o la situación geográfica del país, era aspectos que llevarían a demorar la distribución de los alimentos y enlentecerían la disposición de nutrientes en la cantidad que se requería. Sin embargo, esta entidad estatal, curiosamente pudo estimar que para las familias de más bajos ingresos que equivalían un 30% de la población en el país, podía disminuir el costo de los alimentos en un 41% mensuales si se incluía productos de Alto Valor Nutricional y baratos. Este análisis permite reflexionar sobre la oportunidad de este tipo de productos, teniendo en cuenta que el consumo de los mismos definitivamente estaría también afectado por los comportamientos alimentarios de las familias, las ubicaciones geográficas de la población (donde las zonas rurales era las menos favorecidas) y disposición de alimentos. De cualquier forma, dicho programa, alentó crear productos como las mezclas vegetales pues a

principio de la década de los setenta tan sólo el 35% de alimentos requeridos por la población era producida en el país y la producción de leche, carne o huevos variaba entre 59% y el 82% respecto a las metas de consumo propuestas el gobierno nacional (Comisión Asesora Permanente en Alimentación y Nutrición en los Países del Área Andina, 1975).

Aunque las anteriores cifras permitieron que el programa de producción de Alimentos de Alto Valor Nutricional y Bajo costo orientara y promoviera las actividades para estimular la inversión privada, pues el Estado era promotor y no inversionista, la Bienestarina tuvo un papel privilegiado. Esta gozó de toda una serie de mecanismos para su consolidación y posicionamiento económico y social dentro de los programas de complementación en el país (Departamento Nacional de Planeación, 1975a, 1975b; ICBF, 1975b). Por lo anterior, catalogó a dicho producto como una forma de “magic bullet” para resolver el problema de la desnutrición y el déficit de proteína, a la vez que representó una política estatal de desarrollo económico. Los estudios de aceptabilidad con la población, la donación de infraestructura, la asistencia técnica histórica por parte de organizaciones internacionales, la demanda efectiva establecida a través de los cupones, el fomento del consumo a través de los mensajes educativos y una institución pública como el ICBF, dedicada a su producción fueron todo estos elementos claves para que la Bienestarina se convirtiera en un producto reconocido y promocionado en el país y en una política central de mejoramiento nutricional de la población.

Conclusión del capítulo

La llegada de mezclas vegetales en la década de los años sesenta en el país y la creación del Bienestarina a principio de la década de los setenta se encuentran atravesadas por diversos elementos históricos que revelan como una estrategia nutricional pública reúne fenómenos económicos, políticos y sociales vinculados en un contexto global pero transformados en lo local. En el capítulo se plateó que inicialmente, el Estado colombiano a finales de los años cincuenta y bajo un contexto político bipartidista estimuló iniciativas económicas que permitieron el ingreso de alimentos donados por otros países y organizaciones internacionales. Esto no sólo estuvo permeado por intereses económicos relacionados con el discurso del desarrollo sino también por la situación geopolítica después de la Segunda Guerra mundial que estrechó las relaciones de poder entre Estados Unidos y Colombia.

El ingreso de alimentos como parte de ayuda alimentaria internacional, logró que se dispusiera de productos como la leche en polvo y la harina de soya en el mercado nacional como también en los programas sociales nacionales que eran administrados por diversas instituciones públicas y privadas de varios sectores del país. Al mismo tiempo, el país a través de entidades como el INN posicionó a través herramientas técnicas las cuales eran diseñadas y multiplicadas por organismos internacionales, problemas como la desnutrición infantil y el déficit de proteína los cuales se encontraban alineados con la agenda global en nutrición y ejercicios de biopoder.

Este posicionamiento y alineación de problemas nutricionales globales en el país demandó al gobierno establecer esfuerzos para desarrollar estudios y análisis estadísticos que pudieran sustentar sus causas. Las mismas se vieron vinculadas a la relación de nutrición y el desarrollo, la alimentación y la producción alimentaria, y las comparaciones

epidemiológicas materno-infantiles del país respecto al resto del mundo. Lo anterior, permitió anclar decisivamente la cuestión nutricional como problema económico que debía atenderse, pero al mismo tiempo ajustarse a la ayuda proveniente del extranjero y así aprovecharse al máximo los alimentos que entraban al país.

Para la década de los años sesenta y bajo el marco anterior, el Estado colombiano creó formas de intervención poblacional que posicionó la intervención de las cuestiones nutricionales desde lo económico y social sin omitir, intervenciones rápidas de nutrición como la entrega de productos altos en proteína. Los programas alimentarios como el PINA y el PRONENCA, fueron estas formas de intervención establecidas entre el gobierno nacional, coordinadas a través del INN, y las organizaciones internacionales que armonizó la entrega alimentos, así como una estructura administrativa para tal fin. De esta manera, en Colombia a través de sus programas alimentarios y nutricionales se estableció una plataforma para la introducción de las mezclas vegetales como la Incaparina y la formulación de otros productos con similares características. La introducción de este tipo de alimentos supone la utilización de los mismos como intervención nutricional vinculada a la Salud Global que responde a un problema de nutrición del subdesarrollo para la época en Colombia.

La investigación y la introducción de las mezclas vegetales, también planteó relaciones público-privadas que llevaron a producir varias marcas de este tipo de producto. No obstante, para finales de la década de los años sesenta y luego de una reestructuración institucional que unió el INN con el nuevo ICBF, el Estado investigaría más productos fuentes de proteína y el aprovechamiento máximo de las ayudas alimentarias. Para inicios de la década de los setenta, la concepción de los problemas nutricionales fue mucho más enfático y con el temor de la disminución de la ayuda externa, el país elaboró un plan de gestión

política que buscó impulsar diferentes respuestas en el ámbito económico y social, a la vez que ratificó la importancia nacional de la alimentación y del cuidado de la nutrición. Este tipo de programas alimentarios, dieron especial atención a la educación nutricional la cual posicionó también el reconocimiento de las mezclas vegetales, como productos altamente nutritivos y recomendados para la población sin muchos recursos.

La Bienestarina, nace como producto de la reunión de diversos fenómenos políticos y económicos en el país y también como la materialización de una respuesta rápida a los problemas de desnutrición y el déficit de proteína, los cuales se vincularon al discurso del desarrollo. Su invención, también es el resultado de la transformación local del concepto de las mezclas vegetales y la disposición de ayuda alimentaria que recibía el país, la cual suscitó contradicción entre la dependencia y la conveniencia de la misma. Finalmente, el planteamiento de los antecedentes y la producción inicial de dicho alimento permite plantear que este, es una configuración tecno política del siglo XX que vincula el campo de la nutrición.

4. CIERRE Y LO PENDIENTE

El planteamiento de configuración histórica de las mezclas vegetales y la Bienestarina reveló una serie de relaciones, transformaciones y adaptaciones que involucran esferas políticas, económicas, sociales, culturales y biomédicas durante el siglo XX que vinculan los ejercicios de poder, el discurso del desarrollo y la Salud Global. El desarrollo de los planteamientos realizados en esta tesis demuestra como los alimentos, son objetos que se reinventan y se convierten en el resultado de las relaciones humanas inmersas en un contexto lo cual permiten a su vez, problematizar sus conceptos y usos normalizados en el campo de la salud pública. De igual forma, el uso de alimentos como herramientas técnicas y políticas en el campo de la salud suponen cambios sociales y económicos en contextos globales y locales. Lo anterior, implica un cambio en las construcciones conceptuales de los alimentos y las formas de interacción de los mismos con las poblaciones.

De acuerdo a lo anterior, en este trabajo desarrollé, por un lado, cómo a través de un alimento usado en el campo de la nutrición se encuentran inmersos en ejercicios de poder enmarcados en procesos globales y también en contextos locales. Por otro lado, expuse cómo el ámbito económico también entra en diálogo y negociación con la nutrición aplicada en las poblaciones, la cual suelen negar su esencia social y la tensión que suscita los abordajes críticos de su historia. Con el análisis histórico de las mezclas vegetales y la Bienestarina, también revelé que la intervención nutricional a través de un “magic bullet” es el resultado de un choque biomédico occidental y la preocupación hegemónica sobre el desarrollo. Sin embargo, propongo que los magic bullets se ven ajustados desde ámbitos gubernamentales locales, pues lejos de ser pasivos, reconocen estas medidas de salud como herramientas de política para luego adaptarlas y modelarlas según intereses y circunstancias específicas.

Quiero resaltar que en la presente investigación, en la cual plasmé los antecedentes de la Bienestarina, hago un especial énfasis de la institucionalidad estatal dentro del contexto local, la cual muestra contradicciones en sus directrices. Sería equivocado expresar que con sólo el abordaje institucional la configuración histórica de este alimento estaría completa, por el contrario, se requiere mayor investigación que permita alimentar sus inicios y permanencia en el país por tantos años. Así mismo, explorar sus representaciones y el cambio de las mismas con quienes ha tenido contacto: niños, mujeres, familias, nutricionistas, ingenieros de alimentos, sector privado o tomadores de decisión. Aún queda por construir y analizar muchos más rastros de esta mezcla después de su creación, ¿A qué obedeció las reformulaciones nutricionales posteriores? ¿por qué se convirtió en un alimento totalmente gratuito en los programas sociales del ICBF? ¿Por qué si el problema de la alimentación como política nacional se desmanteló a finales de la década de los años setenta, perdura su distribución e inversión estatal?

Además de la serie de hechos que propuse para abordar de manera crítica la historia común de las mezclas vegetales y la Bienestarina en Colombia, surgieron otros temas que sobresalen y se vinculan a las tensiones y relaciones entre la academia, la política y la industria. Dentro de estos tópicos se encuentran las recomendaciones nutricionales para las poblaciones, las cuales fueron indispensables en la priorización de los problemas alimentarios del país durante los años 50 y 70. Así mismo, valdría la pena desentrañar la historia de la tabla de composición de alimentos, que permitió consolidar información para poder establecer que es nutricionalmente adecuado o no consumir y calcular un déficit o no de algún nutriente.

Las anteriores propuestas temáticas como el uso productos alimentarios establecidos de igual forma dentro de intervenciones nutricionales en la población aún deben ser explorados. Abordar y analizar estas cuestiones, prometen una construcción de otra historia de la nutrición en Colombia, una reflexión sobre su aplicación en lo público y el establecimiento de profundas conexiones de lo nutricional con otras áreas de conocimiento a lo largo del tiempo.

5. REFERENCIAS

- Abadie, A. (2005). Semiparametric Difference-in-Differences Estimators. *The Review of Economic Studies*, 72(1), 1.
- Aguilar, P. (2014). Cultura y alimentación. Aspectos fundamentales para una visión comprensiva de la alimentación humana. *Culture and feeding. Essential aspects to a comprehensive perspective about human feeding*, 48(1), 11-31. [https://doi.org/10.1016/S0185-1225\(14\)70487-4](https://doi.org/10.1016/S0185-1225(14)70487-4)
- Amigo, H. (2015). [Ricardo Bressani Castignoli, Ph.D. (1926-2015)]. *Archivos Latinoamericanos De Nutricion*, 65(2), 136-137.
- Anderson, W., French, C., Scrimshaw, N., & McNaughton, J. (1966). Haciendo frente a la necesidad de alimentar al mundo. En *Publicaciones Científicas de Instituto Nutrición de Centro América y Panamá* (Organización Panamericana de la Salud, pp. 55-68). INCAP.
- Balinska, M. (1995). Assistance and not mere relief: The Epidemic Commission of the League of Nations, 1920-1923. En *International Health Organizations and Movements, 1918-1939* (pp. 81-108). Cambridge University Press.
- Barliza, O. A. C. (2005). ROBERTO RUEDA WILLIAMSON: Su gesta en la enseñanza de la nutrición y la creación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. *Revista de la Facultad de Medicina*, 53(3), 160-168.
- Béhar, M. (1975). *Reflexiones sobre el desarrollo del INCAP*. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana.
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17629/v78n1p3.pdf?sequence=1>
- Béhar, M., & Scrimshaw, N. (1966). Epidemiología de la desnutrición proteica. En *Publicaciones Científicas de Instituto Nutrición de Centro América y Panamá* (Organización Panamericana de la Salud, pp. 79-90). INCAP.
- Bender, A. E. (1969). Problems of Human Protein Nutrition. *Royal Society of Health Journal*, 89(5), 221-226.
- Bengoa, J. (2000). Nutrición en América Latina: Algunos Eslabones de su Historia. En *Historias de la Nutrición en América Latina* (Sociedad Lationamericana de Nutrición). Fundación Cavendes.
<https://www.slan.org.ve/libros/Historias%20de%20la%20Nutrici%C3%B3n%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina.pdf>
- Borowy, I. (2009a). *Coming to Terms with World Health. The League of Nations Helath Organisation 1921-1946*. Peter Lang GmbH.
- Bressani, R. (1994). *Entrevista con el Dr. Ricardo Bressani* [Cuadernos de Nutrición].

- Bridget, H., & Kleinman. (2013). Unpacking Global Health Theory and Critique. En *Reimagining Global Health: An Introduction* (University of California Press, pp. 5-32). <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat05358a&AN=crai.255224&site=eds-live>
- Brown, R. (1976). Public Health in Imperialism: Early Rockefeller Programs at Home and Abroad. *American Journal of Public Health*, 879-903.
- Carcamo, G. I., & Mena, C. P. (2006). Alimentación Saludable. *Horizontes Educativos*, 11(1), 1.
- Caritas. (s. f.). *Caritas Quiénes Somos. Historia*. Caritas ORG. Recuperado 5 de mayo de 2020, de <https://www.caritas.org/quienes-somos/history/?lang=es>
- Carpenter, K. J. (1994). *Protein and energy a study of changing ideas in nutrition*. Cambridge (Inglaterra) Cambridge University Press 1994.
- Carpenter, K. J. (2007). The Work of Wallace Aykroyd: International Nutritionist and Author. *The Journal of Nutrition*, 137(4), 873-878. <https://doi.org/10.1093/jn/137.4.873>
- Carter, J. (2019). Food for Peace. En *Salem Press Encyclopedia*. Salem Press.
- CIDOS. (1979). *PAN y DRI: Nueva forma de agresión imperialista*. Centro de Investigación y Documentación Social.
- Clinical Pediatrics. (1968a). *Incap and Incaparina* [Pediatrics World-Wide]. Clinical Pediatrics.
- Clinical Pediatrics. (1968b). The Protein Gap. *Clinical Pediatrics*, 7(11), 701-702.
- Comisión Asesora Permanente en Alimentación y Nutrición en los Países del Área Andina. (1975). *Primera Reunión de la Comisión Asesora Permanente en Alimentación y Nutrición en los países del Área Andina*. Volumen 2.
- Comisión Económica para América Latina. (1973). *Situación actual, problemas y perspectivas del comercio de la leche y sus derivados en los países de la ALALC* (pp. 15-25). Naciones Unidas: Consejo Económico y Social.
- Ley 75, Diario Oficial No. 32.682 (1968). https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0075_1968.htm
- CONPES 3843, (2015). https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/conpes_dnp_3843_2015.htm
- Cortés García, C. M. (2010). La investigación social en salud: Un punto de encuentro para las ciencias sociales y las ciencias de la salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 58(4), 259-262.
- Cueto, Marcos. (1997). La sanidad desde arriba: La fiebre amarilla, la costa norte y la Fundación Rockefeller. *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*, 59-86.

- Cueto, Marcos. (2008). International Health, the Early Cold War and Latin America. *Canadian Bulletin of Medical History*, 25(1), 17-41. <https://doi.org/10.3138/cbmh.25.1.17>
- Cullather, N. (2016). Development and technopolitics. En *Explaining the History of American Foreign Relations* (Third Edition, pp. 102-1118). Cambridge University Press.
- DECRETO 1194 DE 1954. (1954). [http://www.suin-juriscol.gov.co/clp/contenidos.dll/Decretos/1240828?fn=document-frame.htm\\$f=templates\\$3.0](http://www.suin-juriscol.gov.co/clp/contenidos.dll/Decretos/1240828?fn=document-frame.htm$f=templates$3.0)
- Departamento Administrativo de Planeación. (1968). *Lista de Ideas de Proyectos para presentar al Programa Mundial de Alimentos Diciembre 1968—Diciembre 1969*. Departamento Administrativo de Planeación de Colombia.
- Departamento Nacional de Planeación. (1975a). *Plan Nacional de Alimentos y Nutrición: Programas de producción industrial de alimentos de alto valor nutricional y bajo costo. Esquema general para solicitudes de crédito*.
- Departamento Nacional de Planeación. (1975b). *Programa de alimentos procesados de alto valor nutricional y bajo costo*.
- Departamento Nacional de Planeación. (2016, diciembre 26). *El Consejo Nacional de Política Económica y Social, CONPES*. DNP. <https://www.dnp.gov.co/CONPES/Paginas/conpes.aspx>
- Econometría Consultores, & Sistemas Especializados de Información S.A. (2012). *Fase I de la Evaluación Integral de la Bienestarina. Informe de metodología de evaluación del impacto de la Bienestarina*. ICBF. https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/evaluacion_bienestarina.pdf
- Elliot, C. W. (1946). Nutrition in Colonial Territories. *Proceedings of the Nutrition Society*, 5(1-2), 1-43. <https://doi.org/10.1079/PNS19460066>
- Erhart, V. (2019). Cooperative for Assistance and Relief Everywhere (CARE) founded. En *Salem Press Encyclopedia*. Salem Press
- Escobar, A. (2007). *La invención del Tercer Mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo*. (Primera Edición). Fundación Editorial el perro y la rana.
- Fajardo, L. F. (2000). Apuntes de la Historia de la Nutrición en Colombia. En *Historias de la Nutrición en América Latina* (Sociedad Latinoamericana de Nutrición-SLAN, Vol. 1-1, pp. 143-174). <https://www.slan.org.ve/libros/Historias%20de%20la%20Nutrici%C3%B3n%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina.pdf>
- Farmer, P., Kim, J., Kleinman, A., & Basilico, M. (2013). *Reimagining global health an introduction* (crai.255224). University of California Press; Catalogo CRAI - Universidad del Rosario.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat05358a&AN=crai.255224&site=eds-live>

- Florián, J. H. (2013). *Reforma Agraria y Alianza para el Progreso en Colombia 1960-1967*. Universidad Nacional de Colombia.
- Forero, Y., Galindo, M., Hernández, J., Rodríguez, S., Guzman, C., Pulido, N., Romero, J., Heredia, P., & Ramirez, G. (2013). *Evaluación de impacto de la Bienestarina mejorada en niños y niñas de 12 a 23 meses pertenecientes a Hogares FAMI* (pp. 1-175). ICBF-INS. https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/evaluacion_impacto_bienestarina.pdf
- Friedmann, H. (1982). The Political Economy of Food: The Rise and Fall of the Postwar International Food Order. *American Journal of Sociology*, *The University of Chicago Press*, 88, S248-S286. JSTOR Journals.
- Froggatt, P. (2019). *Sir Robert McCarrison* [Diccionario Biográfico]. Dictionary of Ulster Biography. <http://www.newulsterbiography.co.uk/index.php/home/printPerson/2124>
- Gorman, R. F. (2019). Peace Corps. En Salem Press Encyclopedia. Salem Press.
- Hall, L. L. (1985). United States Food AID and Agricultura Development of Brazil and Colombia, 1954-73. En *Food, Politics, and Society in Latin America* (University of Nebraska Press, pp. 133-1949).
- Hernández, M., Obregón, D., Miranda, Néstor, Eslava, Carlos, & Vega, Román. (2002). *La OPS y el Estado Colombiano: Cien años de historia 1902—2002*. OPS. https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=61-la-ops-y-el-estado-colombiano-cien-anos-de-historia&Itemid=688
- Hubbart, J. A., M. S. (2017). Beriberi. En *Magill's Medical Guide (Online Edition)* (86193931). Research Starters. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ers&AN=86193931&site=eds-live>
- Hussey, J. c. (1969). Pitfalls Between Production and Consumption of New Protein Foods: Incaparina in Colombia. *Journal of Dairy Science*, 52(3), 422-424. [https://doi.org/10.3168/jds.S0022-0302\(69\)86578-1](https://doi.org/10.3168/jds.S0022-0302(69)86578-1)
- ICBF. (1969). *Instituto Colombiano de Bienestar Familiar: Administración y dirección*. Ministerio de Salud Pública.
- ICBF. (1970). *Informe sobre siete años de programas de nutrición en Colombia. De enero de 1963 a enero de 1970*.
- ICBF. (1971a). *Manual de Nutrición para el Maestro. Primer grado de educación primaria*.

- ICBF. (1971b). *Protocolo: Diseño de dietas de máximo valor nutricional para la población colombiana de bajos ingresos*. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- División de investigaciones Nutricionales; INV-71-16.
- ICBF. (1971c, septiembre 20). Es importante conocer el valor nutritivo de los alimentos. *Revista Nacional de Agricultura*, 782, 42-43.
- ICBF. (1973a). *Cómo alimentar mejor a la familia*. (Imprenta Nacional). Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- ICBF. (1973b). *Informe de actividades y programas 72*. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- ICBF. (1973c). *La situación de las leguminosas comestibles en Colombia*. División de Coordinación de Programas Integrados de Nutrición Aplicada. PINA.
- ICBF. (1973d). *Políticas y programas i.c.b.f.* Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- ICBF. (1974a). *Estudio sobre el proyecto colombiano 549 PMA presentado a la comisión evaluadora por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- ICBF. (1974b). *Programa Nacional de Educación Nutricional y Complementación Alimentaria PRONENCA-PMA. Evaluación*. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- ICBF. (1975a). *Plan Nacional de Bienestar Familiar. Colombia 1974 -1977. Proyectos de Nutrición. Objetivos y metas*. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- ICBF. (1975b). *Información sobre desarrollo, valor nutricional especificaciones técnicas y producción de Bienestarina*. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Subdirección de Nutrición. División de investigaciones nutricionales.
- ICBF. (2014a). *Bienestarina, Alimento de Campeones*.
<https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/brochure-bienestarina1.pdf>
- ICBF. (2014b). *Distribución, Cuidado y Uso de un Alimento de Alto Valor Nutricional, Bienestarina Más*. ICBF, Segunda Edición.
https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/cartilla_bienestarina_2014.pdf
- ICBF. (2015). *Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años. Manual para facilitadores*.
https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/manual_facilitadores_gaba_0.pdf
- ICBF. (2020, junio 8). Bienestarina Más ®. Portal ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. <https://www.icbf.gov.co/bienestarina-mas-r-0>
- ICBF. (1975c). *Plan Nacional de Bienestar Familia. Colombia 1974-1977. Proyecto de Nutrición. Objetivos y metas*. 1-71.

- INCAP. (1999). Fifty years working to improve food and nutrition in Central America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 6, 434-436. <https://doi.org/10.1590/S1020-49891999001100015>
- Incaparina. (2015, febrero 12). *Documental Incaparina* [Video en página Web]. <https://www.youtube.com/watch?v=3xXxtQx6W7U&t=685s>
- Instituto Nacional de Nutrición. (1964). *Primer Informe Anual del Instituto Nacional de Nutrición de Colombia* (DIR-64=17) [Institutional (peliminar)]. Instituto Nacional de Nutrición.
- Instituto Nacional de Nutrición. (1957). *Informe de Colombia a la IV conferencia sobre problemas de nutrición en América Latina*. Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública.
- Instituto Nacional de Nutrición. (1958). *Seminario Regional Sudamericano de Alimentación Escolar* [Informe final]. Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública.
- Instituto Nacional de Nutrición. (1959). *Consideraciones sobre el problema de Alimentación y Nutrición. Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición*.
- Instituto Nacional de Nutrición. (1961). *Mezclas vegetales como fuentes de proteínas en la alimentación humana: Desarrollo de la Incaparina*. Ministerio de Salud. Colombia.
- Instituto Nacional de Nutrición. (1963). *Informe de Colombia a la Reunión Técnica Latinoamericana sobre encuestas alimentarias*. [Técnico].
- Instituto Nacional de Nutrición de Colombia. (1967). *Informe del Instituto Nacional de Nutrición sobre los problemas de nutrición de Colombia, los programas desarrollados del 7 de Agosto de 1966 hasta Julio de 1967 y los planes para el desarrollo de futuros programas*.
- Leal, G. E., & Ramírez, M. H. (2018). Entrevista con Clara Inés Torres Méndez. *Trabajo Social, Vol 20, Iss 1, Pp 225-243 (2018), 1, 225*. <https://doi.org/10.15446/ts.v20n1.71576>
- Machado Cartagena, A. (2003). El Plan de Alimentación y Nutrición (PAN) y la industria de alimentos. En *Ensayos sobre seguridad alimentaria* (1. ed, pp. 15-28). Univ. Nacional de Colombia, Red de Desarrollo Rural y Seguridad Aliment.
- Márquez Valderrama, J. H., & Gallo Vélez, O. (2017). Eufemismos para el hambre: Saber médico, mortalidad infantil y desnutrición en Colombia, 1888-1940. *Historia y sociedad*, 32, 21-48. <https://doi.org/10.15446/hys.n32.55508>
- Mason, J., & Margetts, B. (2017). Magic bullets vs community action: The trade-offs are real. *1, 8, 5-25*.
- Matheson, A. (1974). Children First. *Children Today, UNICEF News*, 80(2), 20-23.
- McDowell, J. (1976). *In defense of African foods and food practices*. 6, 37-42.
- McLaren, D. (1974). The Great Protein Fiasco. *The Lancet*, 93-96.

- Milner, R. D. G. (1978). Desnutrición Proteínico-Calórica. En *Conocimientos actuales en nutrición* (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá y Archivos de Nutrición de Centro América y Panamá, pp. 429-437). INCAP y ALAN.
- Ministerio de Protección Social. (2004). *Guías Alimentarias para niños y niñas colombianos menores de 2 años. Bases técnicas.*
- Ministerio de Salud, & ICBF. (1999). *Guías Alimentarias para la población colombiana mayor de dos años. Bases Técnicas.*
- Ministerio de Salud Pública, & Instituto Nacional de Nutrición. (1967). *Información sobre Nutrición y Alimentación para el Plan Nacional de Salud 1968-1977.*
- Newsholme, S. (1919). Statement of Sir Arthur Newsholme on the Red Cross Conference at Cannes. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 619-621.
- Norton, Y. (1970, febrero 25). Factores a considerar en el desarrollo de alimentos de calidad proteínica superior. *Utilización de nuevas fuentes proteínicas en la formulación de alimentos ricos en proteína.* Conferencia sobre Recursos proteínicos en América Latina., Guatemala.
- Nussio, E., & Pernet, C. (2013). The Securitisation of Food Security in Colombia, 1970– 2010. *Journal of Latin American Studies*, 45, 641-688.
- Orueta Sánchez, R., Santos Rodríguez, C., González Hidalgo, E., Fagundo Becerra, E. M., Alejandro Lázaro, G., Carmona de la Morena, J., Rodríguez Alcalá, J., Campo del Campo, J. M. del, Díez Andrés, M. L., Vallés Fernández, N., & Butrón Gómez, T. (2011). Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(2), 150-161.
- Packard, R. M. (2016b). *A History of Global Health: Interventions Into the Lives of Other Peoples.* JHU Press.
- Paez, F. J. (1970, febrero). *Situación actual de las Mezclas Vegetales en Colombia.* Conferencia sobre «Recurso Proteínicos en la América Latina», Guatemala.
- Paez, F. J. (1972, mayo 22). *Política de alimentos y nutrición en el sector salud.* Seminario del Nutrición del niño y la familia., Bogotá.
- Perez, C. (1966). Adelantos en la comprensión y prevención de la desnutrición proteica en Centro América. En *Publicaciones Científicas de Instituto Nutrición de Centro América y Panamá* (Organización Panamericana de la Salud, pp. 103-114). INCAP.
- Pernet, C. (2014). Between Entanglements and Dependencies: Food, Nutrition, and National Development at the Central American Institute of Nutrition (INCAP). En *International Organizations and Development, 1945–1990* (1st ed., pp. 101-125). Palgrave Macmillan.
- Plan Nacional de Alimentación y Nutrición. (1975, junio). *Economía Colombiana*, 111, 64-85.

- Pohl-Valero, S., & Vargas, J. (2020). Los ensamblajes del gobierno alimentario en América Latina, siglos XX y XXI. Universidad del Rosario.
- Programa Mundial de Alimentos. (2020). *Historia / World Food Programme*. WFP- Programa Mundial de Alimentos. <https://es.wfp.org/historia>
- Quevedo, E. (2000). El tránsito desde la higiene hacia la salud pública en América Latina. *Tierra Firme*, 18(72), 611-661.
- Rozo, C. (2000). Complementary foods in Colombia. *Food and Nutrition Bulletin*, 21(1), 55-61. edselc. <https://doi.org/10.1177/156482650002100109>
- Ruxin, J. (1996). *Hunger, Science, and Politics: FAO, WHO, and Unicef Nutrition Policies, 1945-1978* [Una disertación presentada para el grado de Doctor en Filosofía.]. University College London.
- Scrimshaw, N. (1957). *Mezclas de proteínas vegetales para la alimentación de niños lactantes y pre-escolares*. XIII, 28-46. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/14844/s3n3p86.pdf?sequence=1>
- Scrimshaw, N. (1988). The background and history of IncaParina. *Food and Nutrition Bulletin, United Nation University*, 2. <http://www.nzdl.org/gsd/mod?e=d-00000-00---off-0fnl2%2E2--00-0---0-10-0---0---0direct-10---4-----0-11--11-en-50---20-about---00-0-1-00---4-4---0-10-11-11-0utfZz-8-00-00&cl=CL3.66&d=HASH01da623d60c120eeac14a187.1.1.1>=1>
- Smith, D. F., & Phillips, J. (2001). *Food, Science, Policy and Regulation in the Twentieth Century: International and Comparative Perspectives* (Routledge).
- Stannus, H. S. (1946). Malnutrition in colonial territories. *The Proceedings Of The Nutrition Society*, 5(1-2), 18-23.
- Todhunter, E. N. (1978). Sucesos que hicieron época en la Historia de la Nutrición. En *Conocimientos actuales en nutrición* (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá y Archivos de Nutrición de Centro América y Panamá, pp. 549-558). INCAP y ALAN.
- Torres del Rio, C. M. (2015). *Colombia siglo XX: desde la guerra de los mil días hasta la elección de Alvaro Uribe* (1339166; Segunda Edición). Pontificia Universidad Javeriana; eBook Collection (EBSCOhost). <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1339166&site=eds-live>
- Towers, B. (1995). Red Cross organizational politics, 1918-1922: Relations of dominance and the influence of the United States. En *International Health Organizations and Movements, 1918-1939* (pp. 36-55). Cambridge University Press.
- Ungvarsky, J. (2016). Pellagra (disease). En *Salem Press Encyclopedia of Health*. Salem Press.

UNICEF. (1996). *Fifty years for children. The State of the World's Children 1996*. <https://www.unicef.org/sowc96/50years.htm>

UNICEF, & Instituto de Salud de Unilever para América Latina. (2006). *Análisis de situación de los Alimentos Complementarios Fortificados para la niñez entre 6 y 36 meses de edad en la Región de América Latina y El Caribe*.

Vernon, J. (2011). *El Hambre. Una historia moderna*. (Universitat de València). Publicacions de la Universitat de València.

Weindling, P. (1995). Introduction: Constructing international health between the wars. En *International Health Organizations and Movements, 1918-1939*. (pp. 1-16). Cambridge University Press.