



Bangladesh © Ron Haviv/VII

Desnutrición infantil

*¿Y
ahora
qué?*



www.msf.org

www.hambrientosdeatencion.org

Desnutrición infantil

¿Y
ahora
qué?

Los estándares internacionales para cubrir las necesidades nutricionales de los niños están cambiando, pero muy lentamente.

En 2010, Médicos Sin Fronteras (MSF) lanzó una campaña en la que pedía a los gobiernos financiadores que dejaran de suministrar alimentos de calidad nutricional deficiente a niños desnutridos en los países en desarrollo.

Los mayores daños causados por la desnutrición se producen en niños menores de 2 años. Se trata de un periodo crítico, en el que la calidad de la dieta infantil tiene un impacto profundo y continuado sobre su salud y su desarrollo físico y mental. Los principios de una buena nutrición durante la primera infancia están bien definidos. Se centran en una buena nutrición de la madre y en la lactancia materna del bebé durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de una dieta complementaria nutritiva y variada que contenga alimentos de origen animal como leche, carne y huevos.

Las dietas que no proporcionan una correcta combinación de proteínas de alta calidad, grasas esenciales, carbohidratos, vitaminas y minerales pueden perjudicar el crecimiento y el desarrollo, incrementar el riesgo de muerte por enfermedades infantiles comunes o tener consecuencias de por vida para. Sin embargo, las harinas enriquecidas a base de cereales donadas como ayuda alimentaria no reúnen estos estándares nutricionales básicos.

La campaña *Hambrientos de atención* espera reescribir la historia de la desnutrición, convenciendo a los gobiernos de que aseguren que la ayuda alimentaria también tenga en cuenta las necesidades específicas de los niños más pequeños con productos nutricionales adecuados. Más de 125.000 personas de más de 180 países han respaldado la campaña de MSF contra la desnutrición infantil.

La crisis humanitaria provocada por la guerra y la sequía en Somalia y en países vecinos sirve de recordatorio de la acuciante necesidad de actuar. En este informe recogemos los progresos realizados desde que empezó la campaña y evaluamos lo que queda por hacer para asegurar que los niños vulnerables puedan acceder a los alimentos ricos en nutrientes y energéticos que necesitan para evitar la desnutrición.

De la política a la práctica: mejoran las políticas y las guías, pero quedan muchos retos que afrontar

Las políticas de las agencias de Naciones Unidas encargadas de distribuir ayuda alimentaria han evolucionado. Tres organizaciones de Naciones Unidas—el Programa para la Alimentación Mundial (PAM), Unicef y el ACNUR, que trabaja con refugiados—son responsables de una parte importante de la ayuda alimentaria que se distribuye internacionalmente a los niños más vulnerables. Hasta hace poco, no existían guías oficiales que aseguraran que las necesidades de los niños quedarán cubiertas. Hoy, las tres agencias de la ONU reconocen la necesidad de asegurar la calidad nutricional de los productos que distribuyen. Las formulaciones de alimentos preparados ahora se incluyen en la gama de productos utilizados por estas agencias, además de las harinas de cereales enriquecidas que han sido mejoradas con la adición de leche. Ahora las políticas de las tres agencias establecen claramente que las harinas a las que no se les ha añadido leche no bastan para combatir la desnutrición infantil y solo deberían distribuirse a niños menores de 2 años como último recurso.

Los estándares internos de respuesta a las necesidades nutricionales infantiles están cambiando, pero no lo bastante rápido.

A finales de 2008, una reunión de expertos convocados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la agencia líder mundial en temas de salud, consideró las cada vez más numerosas pruebas científicas y concluyó que los estándares nutricionales de la ayuda alimentaria tenían que apartarse de las harinas de cereales enriquecidas. La postura de estos expertos en nutrición es ampliamente compartida e incluso se formalizó mediante una carta escrita por los responsables de Unicef, el PAM y la OMS en marzo de 2010. Pero, desafortunadamente, las directrices que la OMS da a los países para responder a las necesidades nutricionales infantiles todavía no se han publicado y no está claro cuándo saldrán a la luz. El último borrador deja cabos sueltos: aunque reconoce que las fuentes de proteínas deberían proceder preferiblemente de alimentos de origen animal como leche, huevos o carne, lamentablemente no da directrices precisas sobre qué cantidad de estas proteínas deberían incluirse en los productos

nutricionales suministrados a los niños. Sin directrices de la OMS, costará mucho convencer a los países de la necesidad de cambiar la calidad nutricional de los alimentos que distribuyen, o a organismos regionales como la Unión Africana de que animen a los países a tratar la desnutrición como una intervención esencial en materia de salud.

De cara al futuro: reescribir la historia de la desnutrición con más evidencias científicas

¿Cuánta leche es suficiente? Las evidencias científicas demuestran que los alimentos de origen animal, y particularmente los productos lácteos como la leche, tienen un claro impacto sobre el crecimiento del niño. Pero añadir leche a los productos utilizados para ayuda alimentaria significa aumentar los costes. Por esta razón los donantes a menudo se muestran reticentes a incluirla en proporciones suficientes.

Si un niño ya tiene acceso a una dieta suficientemente rica en nutrientes, puede que todas sus necesidades nutricionales queden cubiertas añadiendo solo un poco de leche en la ayuda alimentaria. Pero si este no es el caso, una cantidad de leche demasiado pequeña no conseguirá responder a sus necesidades nutricionales y de crecimiento.

Estudios pendientes están investigando si otras fuentes de proteínas pueden responder de forma efectiva a las necesidades nutricionales de los niños (proteínas vegetales mucho más refinadas que la soja presente en las actuales formulaciones de CBS). Pero hasta que se demuestre que esto funciona en todos los contextos, las medidas destinadas a ahorrar gastos en leche corren el riesgo de no lograr responder adecuadamente a las necesidades nutricionales de los niños.

Algunos de los mayores donantes de ayuda alimentaria están intentando mejorar sus políticas.

Cada año, **Estados Unidos (EE UU)** envía más de 130.000 toneladas métricas de harinas enriquecidas de soja y maíz (*corn-soy blend flour* o CSB) a programas nutricionales, principalmente en África subsahariana. Estas harinas, cultivadas en granjas americanas y procesadas en fábricas americanas, se utilizan para alimentar a niños desnutridos o a menores de 2 años, pero no reúnen los requisitos nutricionales de estos niños. En 2009, USAID encargó a la Universidad de Tufts un informe sobre la calidad de la ayuda alimentaria con recomendaciones de cambios. El informe de Tufts se suma a la evidencia científica de que la ayuda alimentaria actual no responde a las necesidades de los niños.

El informe reveló la necesidad de mejorar la composición nutricional de las CBS que actualmente distribuye USAID y de añadir alimentos específicamente diseñados para responder a la desnutrición infantil, como los alimentos suplementarios preparados (*ready-to-use supplemental food* o RUSF), a la lista de productos que pueden distribuirse como parte de la ayuda alimentaria. Esta tendencia positiva es otro signo claro de la necesidad de cambiar, pero no va lo bastante lejos. La proporción de alimentos de origen animal que el informe de Tufts recomienda es inferior a la de las mezclas de harinas enriquecidas de soja y maíz (o CSB++) defendidas por el PAM y Unicef, nutricionalmente potenciadas para responder a las necesidades de los niños. Esto supone que los niños que reciben alimentos suministrados por USAID corren el riesgo de recibir productos de inferior calidad a los que utiliza la ONU.

Además, Estados Unidos todavía sigue distribuyendo su propia variedad de CSB. Pero, aunque se reconoce como una versión mejorada, existen mejores productos. A diferencia del PAM, que desarrolló productos adaptados para niños por una parte y productos para adultos por otra, EE UU seguirá ofreciendo un solo tipo de CBS para todos que no

contendrá la cantidad óptima de productos lácteos para cubrir las necesidades nutricionales de los niños. Esta decisión también complica la distribución, porque quienes distribuyen la ayuda alimentaria tienen un producto más con el que lidiar. Sería más sencillo que EE UU siguiera los estándares publicados por el PAM, como hacen otros donantes de ayuda alimentaria.

Otro gigante de la ayuda alimentaria, la **Comisión Europea (CE)**, también se queda corta. A pesar de que en repetidas ocasiones se ha comprometido a cubrir las necesidades nutricionales de los niños menores de 2 años, la CE todavía no ha publicado guías claras sobre cómo hacerlo. Algunos países europeos ya están proporcionando productos de calidad para la ayuda alimentaria, pero el dinero procedente de la comisión no se gasta necesariamente en estos productos. También se han demorado las políticas planificadas, mientras la distribución de productos de baja calidad sigue recibiendo financiación de la CE. Esto es especialmente lamentable, dado que unas directrices sólidas y sin ambigüedades por parte de la CE tendrían un efecto dominó y ayudarían a los países europeos a asegurar que sus propias políticas sobre ayuda alimentaria responden a las necesidades de los niños.

La falta de una política de respuesta específicamente centrada en nutrición por parte de la CE tiene un impacto inmediato sobre sus intervenciones en la práctica, que son igualmente incoherentes. La CE financia el uso de algunos productos que responden a las necesidades nutricionales de los niños, como pastas a base de leche enriquecidas con vitaminas y minerales y otros nutrientes esenciales que MSF utiliza en sus propios programas. Pero esta financiación va acompañada de condiciones que restringen significativamente su uso: los programas que vayan a utilizar mejores suplementos nutricionales (CSB++, RUSF) tienen que comprometerse a probar los beneficios de estos productos para los niños que los reciben, aunque esto no se exija a los programas financiados por la CE que distribuyen productos cuya eficacia ha demostrado no estar a la altura de los estándares de calidad requeridos, como ocurre con las CBS.

Dificultades en la práctica: más niños reciben ayuda alimentaria adaptada a sus necesidades, pero millones siguen sin recibirla

Se compran mayores cantidades de productos adecuados. Cada vez más financiadores compran productos desarrollados específicamente para responder a la desnutrición infantil. Pero no es la tónica dominante: siguen circulando muchos productos de baja calidad.

Una de las dificultades es que no existen mecanismos de control claros para detallar el conjunto de fondos destinados a programas nutricionales, lo que imposibilita discernir qué estrategias y qué objetivos están detrás del dinero que se destina a combatir la desnutrición.

Productos clave en la respuesta a emergencias recientes. En los últimos años, los productos adaptados a las necesidades nutricionales de los niños menores de 2 años han sido claves en las respuestas a emergencias médicas. Jugaron un papel decisivo en 2010, en respuesta a la crisis nutricional de Níger, las inundaciones en Pakistán y el terremoto en Haití. Aunque son hechos alentadores, hay que hacer mucho más.

Más niños reciben mejores productos. Evolución de las distribuciones de productos nutricionales suplementarios enriquecidos para niños pequeños a través de la ayuda alimentaria internacional.

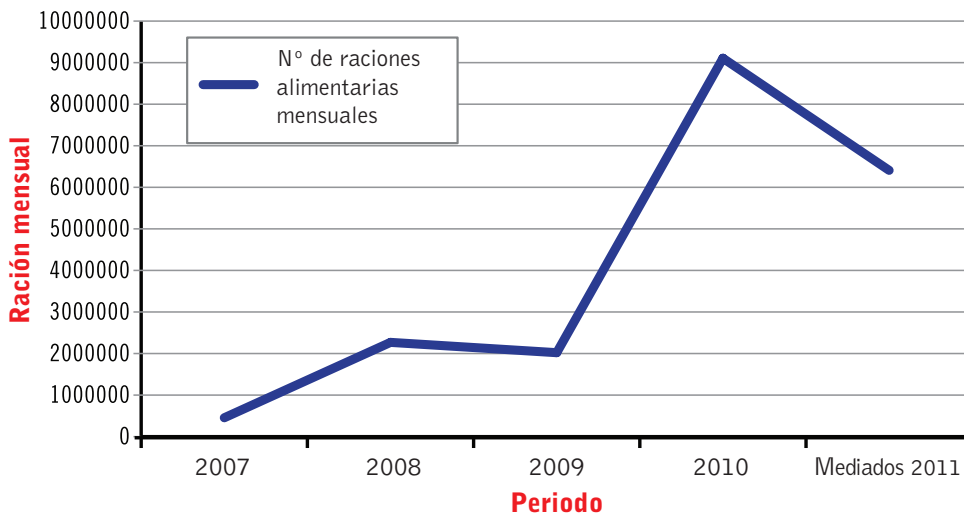


Gráfico 1: Evolución del número de raciones mensuales de productos nutricionales adecuados distribuidos entre niños pequeños como parte de la ayuda alimentaria internacional. Los alimentos preparados (*ready-to-use food* o RUF) son una pasta hecha con leche y enriquecida con minerales y vitaminas, y están específicamente diseñados para responder a las necesidades nutricionales de los niños pequeños. La mezcla mejorada de soja y maíz (o CSB++), promovida por el PAM y Unicef, es una mezcla de harinas enriquecida para responder a las necesidades nutricionales de la primera infancia. A diferencia de la versión más antigua de las CSB, contiene leche, minerales más enriquecidos y vitaminas, y es más fácil de digerir.

Tendencias en la producción de alimentos preparados suplementarios enriquecidos para niños pequeños

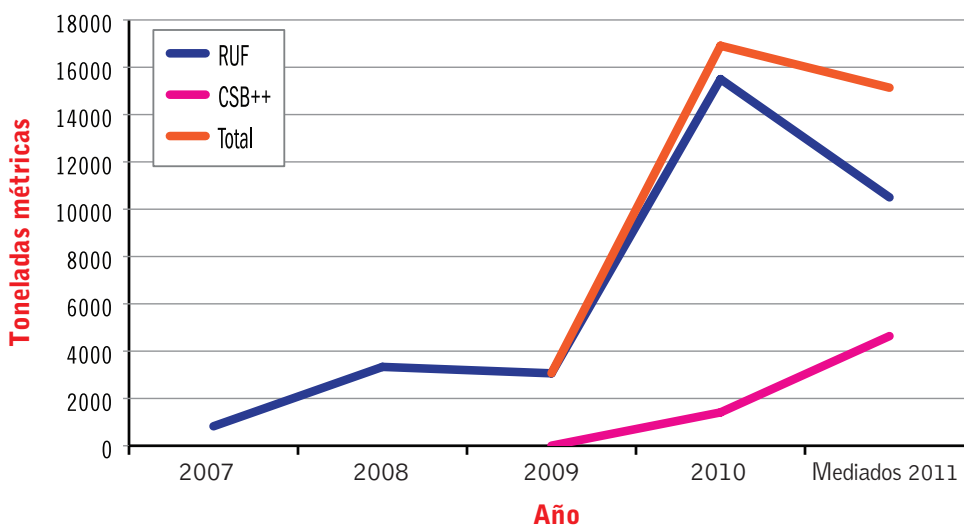


Gráfico 2: El número de niños a los que llegan los alimentos suplementarios enriquecidos se ha expandido considerablemente en los últimos años.

Los programas de ayuda alimentaria ya no consisten en enviar los excedentes agrícolas de los países ricos para distribuirlos de la mejor manera posible en los países en desarrollo.

La crisis actual en Somalia y en los campos de refugiados al otro lado de la frontera, en el norte de Kenia, es un buen ejemplo de lo que hay que cambiar. Cuando empezó a hacerse evidente la emergencia, la necesidad de que el Gobierno keniano autorizase a las organizaciones la importación de grandes cantidades de productos nutricionalmente potenciados, como alimentos suplementarios preparados o mezclas reformuladas de harinas enriquecidas, se hizo más apremiante. Durante el tiempo que tardó el gobierno en dar esta autorización, se utilizaron provisionalmente productos de soja y maíz de baja calidad, de forma que cuando finalmente llegó el permiso, ya se había hecho acopio de un gran stock de productos de menor calidad. El retraso en la obtención de estos alimentos en algunos países ralentizó su uso.

Estos problemas demostraron la importancia de tener directrices o recomendaciones internacionales claras sobre la composición mínima necesaria para alimentos distribuidos a niños pequeños y niños desnutridos. Estas directrices deberían dar apoyo a los gobiernos de los países afectados por la desnutrición y permitirles incluir productos nutricionales adecuados en sus programas. Además, los donantes de ayuda alimentaria difícilmente podrían ignorar estas recomendaciones.

Las emergencias son la punta del iceberg de la desnutrición. Lejos de la atención mediática, la desnutrición se salda con un balance mortal en amplias zonas de África subsahariana y del Sureste asiático. La elaboración de ambiciosos programas de respuesta a la desnutrición infantil y la autorización del uso de productos adaptados a las necesidades nutricionales de los niños más pequeños no tendrían que restringirse a las emergencias. No debería haber ninguna diferencia entre los estándares de la atención dispensada a un niño expuesto o afectado por la desnutrición durante emergencias como guerras o catástrofes naturales, y la que se presta a un niño con el mismo problema en un país relativamente estable donde no hay una crisis declarada.

Varios países en desarrollo han conseguido con éxito responder a la desnutrición mediante programas a gran escala centrados en asegurar que los niños vulnerables reciben alimentos adaptados a sus necesidades nutricionales, como en su día también se hizo en EE UU y Europa. México, por ejemplo, ha conseguido erradicar casi por completo la desnutrición a través de su programa Oportunidades/Progresá, en el que los niños reciben suplementos a base de leche durante la primera infancia junto ayudas económicas condicionadas y acceso a la atención sanitaria.

En 2010 y 2011, Níger realizó distribuciones de RUSF a gran escala para niños menores de 2 años expuestos a la desnutrición. Este ejemplo de ayuda alimentaria suplementaria debería reproducirse en más países con alta prevalencia de desnutrición. Es la presencia de desnutrición, y no la atención mediática, lo que debería determinar el uso de alimentos ricos en nutrientes necesarios para niños menores de 2 años.

En 2010 y 2011, Níger realizó distribuciones de RUSF a gran escala para niños menores de 2 años expuestos a la desnutrición. Este ejemplo de ayuda alimentaria suplementaria debería reproducirse en más países con alta prevalencia de desnutrición. Es la presencia de desnutrición, y no la atención mediática, lo que debería determinar el uso de alimentos ricos en nutrientes necesarios para niños menores de 2 años.

Lo que aún queda por hacer

Todos los donantes de ayuda alimentaria deberían asegurar que sus aportaciones a los programas nutricionales se utilizan para proporcionar productos nutricionalmente adaptados a las necesidades de los niños y que cumplan con los estándares apropiados. En particular:

- *EE UU debería mejorar la calidad de su ayuda alimentaria y dejar de distribuir alimentos suplementarios de baja calidad a bebés y niños en los países en desarrollo.*
- *La Comisión Europea debería asegurar que su ayuda alimentaria responde a las necesidades nutricionales de bebés y niños, dejando de financiar programas que utilizan alimentos de baja calidad.*
- *La OMS debería publicar sus guías sobre la composición de alimentos de calidad para niños con desnutrición aguda moderada.*
- *Tanto los países donantes como los receptores deberían aplicar las guías de la OMS para asegurar que los niños expuestos a la desnutrición tienen acceso a una nutrición adecuada.*
- *El PAM, Unicef y el ACNUR deberían asegurar que sus prácticas se ajustan a sus políticas, e iniciar negociaciones en todos los países donde tienen programas nutricionales para conseguir autorización y utilizar alimentos y suplementos nutricionalmente adecuados.*

De cara al futuro: reescribir la historia de la desnutrición con mejores programas sobre el terreno

Desde hace mucho tiempo, Níger se encuentra entre los países con las tasas de mortalidad más alarmantes entre niños menores de 5 años. En 1990, 300 de cada 1.000 niños en Níger murieron antes de cumplir su quinto año de vida. En 2006, justo después de una crisis nutricional que desencadenó una respuesta nutricional a gran escala, la tasa había descendido a 200 por cada 1.000. Y hacia 2010, a pesar de otra grave crisis nutricional y alimentaria, la tasa cayó todavía más hasta llegar a 143 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. La expansión de los programas nutricionales a gran escala para el tratamiento de niños con desnutrición aguda severa, así como programas dirigidos a niños menores de 2 años con suplementos nutricionales adecuados, han sido la clave de este progreso en los últimos cinco años.

Los programas de ayuda alimentaria ya no se dedican a distribuir los excedentes agrícolas de los países ricos en países en desarrollo. El pensamiento ha evolucionado y ya se reconoce ampliamente la necesidad de cambiar de prácticas y de productos.

Los programas han demostrado que los niños con desnutrición moderada se recuperan mejor cuando reciben

productos más ricos en nutrientes que cuando reciben las mezclas de harinas tradicionales (CSB). De entrada, las ventajas de utilizar de forma generalizada productos adecuados de forma temprana para proteger a los niños de la desnutrición también están claras, tal como confirma la reducción de la mortalidad infantil observada por MSF en sus programas en Níger. Las intervenciones que incluyen alimentos adecuados para niños menores de 2 años como un componente esencial en la salud materno-infantil, junto con otras actividades como vacunaciones, deberían ser la piedra angular de los programas pediátricos en países con una elevada carga de desnutrición.

Actualmente, los diferentes enfoques que utilizan diferentes productos o incluso que incluyen distribuciones de dinero a familias vulnerables se promueven como las mejores estrategias para reducir la desnutrición. En colaboración con la organización no gubernamental nigerina FORSANI, el PAM y el centro de estudios epidemiológicos Epicentre de MSF, nuestra organización está llevando a cabo un estudio en Níger que compara estas estrategias para evaluar su impacto respectivo, identificar las más adaptables y continuar de esta forma ayudado a reescribir la historia de la desnutrición.

Anexo

Los alimentos preparados han revolucionado la respuesta a la desnutrición

1994: Primer uso de leche terapéutica

En una reunión organizada por Epicentre, el brazo epidemiológico de MSF, expertos como Mike Golden, de la Universidad de Aberdeen, y André Briend, investigador médico francés del Institut de Recherche pour le Développement, diseñan las especificaciones de una leche terapéutica denominada F100. Se trata de una nueva formulación que sustituye a la leche altamente energética (una mezcla de leche, aceite y azúcar, enriquecida con minerales y vitaminas), y ayuda a mejorar la calidad de la atención, reduciendo la mortalidad observada en clínicas que se especializan en el tratamiento de la desnutrición aguda severa, por debajo del 5%.

La leche necesita preparación previa, añadiendo agua caliente y limpia, para poder administrarla a los niños. La organización Acción Contra el Hambre (ACH) es la precursora de su uso.

1997: Nacen los alimentos preparados (RUF por sus siglas en inglés)

A partir de la experiencia de ACH, el investigador médico André Briend, en colaboración con la empresa francesa Nutriset, logra desarrollar una crema rica en nutrientes para el tratamiento de la desnutrición aguda severa. El preparado, bautizado como Plumpy'Nut, contiene leche en polvo, grasas vegetales, crema de cacahuete y azúcar, y está enriquecido con vitaminas y minerales. Las especificaciones del producto son idénticas a las de la leche maternizada F100, aunque la supera por su facilidad de consumo, sin preparación previa, y la posibilidad de almacenaje incluso en climas tropicales. Casi al mismo tiempo, con la colaboración de Mike Golden e Yvonne Grellety de ACH, la compañía noruega Compact desarrolla una galleta llamada BP100 con estas mismas especificaciones.

MSF administra un prototipo del RUF terapéutico de forma experimental en programas de emergencia en el sur de Sudán, donde las condiciones de alta inseguridad impedían el trabajo de los equipos en centros de nutrición fijos y el tratamiento ambulatorio era la única alternativa posible.

1999: Se adopta un protocolo que posibilita la asistencia descentralizada

La organización humanitaria Concern elabora un protocolo que hace posible el tratamiento domiciliario con el producto preparado en niños desnutridos que no presenten complicaciones médicas.

2000-2002: Los RUF terapéuticos se convierten en una herramienta clave para el tratamiento de niños en crisis alimentarias

En el año 2000, MSF utilizó RUF terapéuticos en las importantes crisis alimentarias que tuvieron lugar en la región congoleña de Pool y en Ogadén, Etiopía, donde más de 1.700

niños recibieron el tratamiento. En 2001, MSF trató a 3.000 niños de la provincia Karuzi (Burundi), mientras que en 2002 fueron tratados 8.600 niños en Caala, Angola. En cada ocasión, los RUF terapéuticos formaron parte del tratamiento suministrado en centros de nutrición terapéutica.

En algunos de estos casos no se utilizaron RUF terapéuticos en régimen ambulatorio, ya que a los equipos de MSF debido a la resistencia por parte de los equipos de MSF les preocupaba no poder llevar un control médico de los niños en casa y no poder estar presentes en caso de aparición de complicaciones. Sin embargo, con el paso del tiempo, los excelentes resultados obtenidos demostraron que tales temores eran infundados.

2001-2005: El tratamiento ambulatorio con RUF terapéuticos se convierte en la base de los programas nutricionales

A comienzos de 2001, MSF puso en marcha este tipo de tratamiento en la provincia de Faryab, en el norte de Afganistán. Las madres no podían pasar la noche fuera de casa, por lo que los equipos se vieron obligados a ofrecer nuevas alternativas de tratamiento domiciliario de la desnutrición severa. El programa incluyó un pequeño número de niños, pero supuso el lanzamiento de la nueva estrategia ambulatoria en MSF. Para 2004, ya se habían tratado con RUF de forma ambulatoria a miles de niños en Darfur (Sudán) y en Maradi (Níger).

Este nuevo modelo de atención, que permite que la mayoría de pacientes con desnutrición aguda severa puedan ser tratados en casa en lugar de ser ingresados en un hospital, revolucionó el tratamiento y redujo drásticamente los recursos necesarios: se necesitan unas 80 personas para gestionar un hospital de 100 camas, mientras que un equipo de 12 personas puede atender a unos 500 pacientes en un centro nutricional ambulatorio. El impacto sobre los pacientes también fue considerable, puesto que las madres ya no tenían que permanecer un mes en el hospital mientras sus hijos recibían tratamiento, ahora bastaba con una visita de control semanal.

Estos factores permitieron que el número de pacientes a los que MSF tenía acceso se disparase. En 2005, un año de inseguridad alimentaria excepcional en Níger, MSF trató con RUF a más de 60.000 niños con desnutrición severa. Unos 38.000 niños con desnutrición severa recibieron tratamiento en la región de Maradi solamente, con una tasa de curación superior al 90%. Esta experiencia confirmó a MSF que la gran mayoría de niños con desnutrición severa podía curarse con alimentos terapéuticos preparados.

2006: Los RUF como herramienta para prevenir la desnutrición

Dados los excelentes resultados del tratamiento de niños con desnutrición aguda severa en Níger, MSF amplió el uso de los RUF terapéuticos, a través de una estrategia ambulatoria,

a niños con desnutrición moderada. Casi 65.000 niños fueron tratados (incluidos niños con desnutrición aguda severa y moderada). Las tasas de recuperación alcanzaron el 95,5% entre los niños desnutridos moderados y el 81,3% entre los desnutridos severos.

Lo más remarcable fue que, por primera vez desde 2001, cuando MSF abrió su programa en Maradi, en 2006 no se produjo el pico estacional de admisiones de casos de desnutrición severa. Esto indica que el tratamiento con RUF terapéuticos puede prevenir el desarrollo de la desnutrición severa.

2007: Distribución de alimentos suplementarios a gran escala

MSF implementa un nuevo enfoque a dos niveles: acceso más temprano a tratamiento para casos severos y acceso más temprano a RUF para todos los niños de riesgo en la zona. MSF empezó a utilizar los nuevos estándares de crecimiento de la OMS para definir criterios de admisión, más inclusivos y que por tanto engloban a un mayor número de niños en peligro de muerte. Conforme a estos estándares, los niños que padecen desnutrición aguda severa son tratados con RUF terapéuticos en centros nutricionales ambulatorios. Los niños se hospitalizan únicamente en el caso de padecer alguna enfermedad grave asociada.

MSF también centró su programa en la distribución de RUF suplementarios, lo que no sustituye una comida regular del niño pero compensa en el caso de deficiencias importantes en su dieta habitual, respondiendo a sus necesidades diarias en materia de nutrientes. MSF distribuyó RUF suplementarios cada mes a 62.000 niños de edades comprendidas entre los 6 meses y los 3 años en un distrito de Maradi durante la época de escasez alimentaria estacional.

Los efectos del programa fueron parecidos a los alcanzados en 2006, ya que en el programa se atendían pacientes desnutridos agudos severos y moderados. Pero distribuir suplementos a todos los niños requiere muchos menos recursos que tratar a todos los niños con desnutrición aguda. Además, en un contexto donde la incidencia de la desnutrición infantil es muy elevada, este tipo de programas no requiere que el niño muestre signos de desnutrición para recibir los suplementos, sino que de entrada tiene por objetivo protegerlo para que no acabe cayendo en ella.

El programa registró una buena participación de las madres. De las 62.922 madres beneficiarias de la primera distribución, únicamente un 1,6% abandonaron el programa, a pesar de tener que caminar 14 kilómetros para recibir los suplementos.

2008: La llamada a una mejor ayuda alimentaria empieza arraigar

En 2008, el PAM y Unicef empezaron a examinar cómo reformular las CSB para mejorar su contenido nutricional y adaptarlo a los niños pequeños. También empezaron a considerar el uso de otros alimentos enriquecidos en programas a gran escala en Somalia o Burkina Faso.

Se invitó a MSF a presentar sus resultados en una consulta de la OMS organizada con vistas a reformar las estrategias para manejar la desnutrición aguda moderada y reformular la composición de los alimentos para niños con desnutrición moderada.

2010: Los suplementos nutricionales se convierten en pieza clave de la respuesta a emergencias

Ante un grave episodio de inseguridad alimentaria, el gobierno de Níger organiza una respuesta a gran escala para prevenir el deterioro de la situación nutricional de los niños. Los programas incluyen una distribución a gran escala de suplementos a niños menores de 2 años. MSF junto al PAM, Unicef y la OMS empieza a negociar la autorización del uso de suplementos nutricionales enriquecidos para alimentarlos. El Ministerio de Salud acepta con la condición de que se recojan datos científicos que demuestren su impacto.

Epicentre presenta los resultados de sus estudios sobre la distribución de suplementos nutricionales en los programas de MSF. Según las observaciones, la mortalidad fue un 50% inferior en el grupo de niños que recibieron alimentos suplementarios en relación al grupo que no lo recibió.

Los suplementos nutricionales se convierten así en pieza clave de muchas respuestas a emergencias, como el terremoto de Haití, las crisis nutricionales de Níger y las inundaciones de Pakistán.

2011: Más pasos para conseguir una reforma de la ayuda alimentaria y que más países adopten los RUF

USAID encarga a la Universidad de Tufts que revise la calidad de la ayuda alimentaria de EE UU. Su informe apela a un cambio de la calidad de los productos utilizados, especialmente considerando a los niños para quienes las CBS no están nutricionalmente adaptadas.

El Gobierno de Níger decide repetir su distribución a gran escala de suplementos nutricionales para proteger a los niños de la desnutrición, y el Ministerio de Salud empieza a revisar su protocolo para el tratamiento de la desnutrición. El Gobierno de Kenia, mientras tanto, autoriza el uso de suplementos nutricionales en sus programas.

Aunque los productos nutricionalmente mejorados son la piedra angular de la respuesta a emergencias en la crisis nutricional de Somalia, muy pocos niños en contextos estables con una elevada carga de desnutrición reciben asistencia nutricional. Y cuando la reciben, la mayoría se beneficia de productos mal adaptados como las CBS. Asegurar que todos los niños tengan acceso a mejores productos nutricionales sigue siendo todo un reto.

Médicos Sin Fronteras (MSF)

Médicos Sin Fronteras (MSF) es una organización médico-humanitaria internacional creada por médicos y periodistas en 1971.

Actualmente MSF presta asistencia en más de 60 países a personas cuya supervivencia se ve amenazada por la violencia, el olvido o catástrofes, a causa de conflictos armados, epidemias, desnutrición, exclusión de la atención sanitaria o desastres naturales. MSF ofrece asistencia independiente e imparcial a las poblaciones que más la necesitan.

MSF se reserva el derecho de hacer declaraciones públicas para llamar la atención sobre crisis olvidadas, denunciar irregularidades o abusos del sistema de ayuda, y para abogar en favor de mejores tratamientos y protocolos médicos.

En 1999, MSF fue galardonada con el premio Nobel de la Paz.

Hambrientos de atención

Hambrientos de atención es una campaña multimedia de MSF en colaboración con la agencia VII Photo, que tiene por objetivo reescribir la historia de la desnutrición infantil a través de documentales en foto y vídeo realizados por algunos de los fotoperiodistas más reconocidos de la actualidad.

Se estima que 195 millones de niños en todo el mundo sufren las consecuencias de la desnutrición, el 90% de ellos en África subsahariana y el Sureste asiático. Al menos un tercio de los ocho millones de muertes anuales de niños menores de 5 años está relacionado con la desnutrición. Muchas familias no pueden pagar los alimentos nutritivos –sobre todo de origen animal, como leche, carne y huevos– que sus hijos necesitan para crecer y desarrollarse correctamente. Fuera de la atención mediática, estas familias intentan sobrevivir a base de gachas de cereales como maíz o arroz, o su equivalente en pan y agua.

Los fotoperiodistas de VII, Marcus Bleasdale, Jessica Dimmock, Ron Haviv, Antonin Kratchovil, Franco Pagetti, Stéphanie Sinclair y John Stanmeyer han viajado a puntos calientes de la desnutrición en todo el mundo –desde zonas de guerra a países emergentes– para arrojar luz sobre las causas subyacentes de la desnutrición e informar sobre estrategias innovadoras para combatirla.

Hasta la fecha, las imágenes de *Hambrientos de atención* se han visto en numerosas ciudades del mundo. Y el llamamiento de MSF a los líderes mundiales para que mejoren la calidad de la ayuda alimentaria que envían más allá de sus fronteras ha recibido el apoyo de más de 125.000 personas a través de Internet, demostrando que, también ellos, quieren reescribir la historia de la desnutrición infantil en el mundo.

Más información en: <http://www.hambrientosdeatencion.org/index.php>