

## ¿QUÉ PIDE MSF?

- La ampliación del tratamiento de la desnutrición aguda severa con RUTF. Los países deben desarrollar protocolos que apoyen la gestión comunitaria de la desnutrición aguda severa. Los países deben adoptar e implementar las nuevas Pautas de Crecimiento de la OMS.
- El desarrollo de programas de financiación para ayudar a los ministerios de Salud a integrar el tratamiento de la desnutrición aguda severa en sus protocolos y comprar RUTF a un precio que no desequilibre los presupuestos.
- La revisión por parte de los donantes de la calidad de las ayudas alimentarias dirigidas a los niños en edad de rápido crecimiento, a fin de asegurar que las distribuciones incluyan alimentos que respondan a sus necesidades nutricionales concretas.
- Un incremento de la investigación académica y operacional que impulse el desarrollo de nuevos alimentos complementarios y suplementarios, y de estrategias dirigidas a responder a las necesidades nutricionales de los niños más pequeños, las mujeres en edad reproductiva y las personas con tuberculosis y VIH/sida.

### MÉDICOS SIN FRONTERAS

#### Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales

Rue de Lausanne 78, PO Box 116,  
1211 Geneva 21, Switzerland  
T +41 22 8498 405  
E-MAIL [access@geneva.msf.org](mailto:access@geneva.msf.org)

Para más información sobre las actividades de la Campaña contra la desnutrición y otras actividades de la Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales de MSF:

[www.msf.es](http://www.msf.es) [www.accessmed-msf.org](http://www.accessmed-msf.org)



# DESNUTRICIÓN INFANTIL

## UNA EMERGENCIA MÉDICA DESATENDIDA



Si no tienen acceso a los nutrientes esenciales que necesitan, **seguirán muriendo nueve niños cada minuto** por causas relacionadas con la desnutrición. Médicos Sin Fronteras pide un cambio en la ayuda alimentaria y que millones de niños puedan acceder a alimentos ricos en nutrientes para salvar sus vidas.

**DALE A LOS NIÑOS LO QUE  
NECESITAN PARA CRECER**



## ¿Qué es la desnutrición?

Cada año, la desnutrición causa la muerte de tres a cinco millones de niños menores de 5 años. Las imágenes de niños hambrientos en contextos de emergencia son ya parte de la conciencia pública, pero la realidad es que la inmensa mayoría de los pequeños que sufren desnutrición lo hacen en silencio, muy lejos de los ojos del resto del mundo.

Las dietas carenciales suponen un problema cotidiano para millones de niños. Los signos de la desnutrición son tan comunes (un niño de poca estatura o un niño que ha perdido un peso considerable) que no los solemos ver como una enfermedad o un sufrimiento. Pero lo son. Cuando la dieta de un niño no ofrece todos los nutrientes que su cuerpo necesita para mantener su funcionamiento normal, no sólo merma su crecimiento sino que aumenta su vulnerabilidad ante enfermedades comunes. Por esta razón, un simple resfriado o una diarrea aguda pueden acabar con la vida de un niño desnutrido.

**La desnutrición infantil es una emergencia médica.** Los equipos de Médicos Sin Fronteras (MSF) son testigos a diario del devastador impacto de la desnutrición, habiendo tratado a más de 150.000 niños cada año en 2006 y 2007. La desnutrición debilita las defensas e incrementa el riesgo de morir de neumonía, diarrea, sarampión o sida, cinco enfermedades que son responsables de la mitad de los casi 10 millones de muertes anuales en niños menores de 5 años<sup>1</sup>. Los altos índices constantes de mortalidad infantil en África subsahariana y en el sur de Asia no se podrán reducir a no ser que se responda a la desnutrición con más contundencia.

La desnutrición infantil no recibe suficiente atención internacional. A pesar de su decisivo impacto en la mortalidad infantil y en la salud a largo plazo, el tratamiento y la prevención de la desnutrición no han sido cuestiones lo bastante prioritarias en la planificación y los programas de salud pública internacionales y nacionales.

Las estrategias actuales de respuesta a la desnutrición tienen serias limitaciones. En lugares donde no se dispone de alimentos ricos en nutrientes o donde la gente no tiene recursos suficientes para adquirirlos, los programas que se centran en el cambio de hábitos en la elección de alimentos y en las prácticas de higiene personal y de lactancia materna no son suficientes para atajar el problema.

**“Comer mijo cada día es el equivalente a vivir de pan y agua. Con suerte, los niños pequeños de aquí toman leche una o dos veces por semana. Los niños son tan susceptibles a la desnutrición porque lo que comen carece de vitaminas y minerales esenciales para ayudarles a crecer, estar fuertes y combatir las enfermedades.”**

Dra. Susan Shepherd, coordinadora médica de MSF, programa nutricional de Maradi, Níger (2007)

Estas estrategias son insuficientes porque las madres en el Sahel, el Cuerno de África o el sur de Asia no sólo necesitan consejos sobre cómo alimentar a sus hijos: necesitan tener acceso a alimentos ricos en nutrientes de origen animal que contengan los 40 nutrientes esenciales que los niños necesitan para crecer y estar sanos. La lactancia exclusiva sólo sirve para cubrir las necesidades nutricionales hasta los 6 meses de edad. Más adelante, los niños necesitan que se añadan a su dieta alimentos que contengan lácteos, huevos, carne o pescado.

Abordar los retos a largo plazo de la pobreza y la seguridad alimentaria es importante, pero cubrir las necesidades de los niños desnutridos de hoy requiere estrategias específicas, dirigidas a asegurar que los menores de 2 años tengan acceso a la nutrición mínima necesaria. Las intervenciones actuales, que no pueden asegurar la debida atención nutricional a niños menores de 2 años, deben ser revisadas y hay que crear nuevas estrategias dirigidas a estos niños.

1. Estadísticas de UNICEF (Fondo Internacional de Naciones Unidas para Emergencias de la Infancia): <http://childinfo.org/areas/childmortality/>

En una declaración conjunta<sup>2</sup>, varias agencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU) recomiendan que los niños con desnutrición aguda severa reciban tratamiento en programas nutricionales comunitarios, sin ser ingresados en una estructura de salud o un centro de nutrición terapéutica, a menos que presenten complicaciones médicas. No debemos permitir que estas recomendaciones sigan siendo papel mojado.

Los alimentos terapéuticos preparados (*ready-to-use therapeutic food* o RUTF), ricos en nutrientes y específicamente diseñados para cubrir las necesidades nutricionales de los niños pequeños, han ampliado considerablemente el potencial de las intervenciones nutricionales. Los programas nutricionales con RUTF permiten que la gran mayoría de niños con desnutrición severa reciban tratamiento domiciliario bajo la supervisión de su madre o cuidador, en lugar de estar en un hospital. MSF y otras organizaciones han documentado los logros que pueden conseguirse utilizando RUTF: altas tasas de curación con una amplia cobertura, y bajas tasas de mortalidad y abandono.

Sin embargo, según estimaciones de MSF, solamente un 3% de los 20 millones de niños que sufren desnutrición aguda severa cada año reciben el tratamiento que necesitan<sup>3</sup>.

Los alimentos preparados ricos en nutrientes también suponen una esperanza para poder atender a los niños a tiempo, antes que su crecimiento se vea afectado o para ayudarles a

recuperarse de una enfermedad. Los programas actuales para prevenir y responder a las formas menos severas de desnutrición son inadecuados porque no proporcionan los alimentos correctos. Entre los 6 y los 24 meses de edad, los niños necesitan alimentos altamente energéticos y ricos en nutrientes para ayudarles en un periodo de rápido crecimiento y desarrollo. Tal concentración y diversidad de nutrientes implica una dieta variada que incluya alimentos de origen animal, los cuales son caros y con frecuencia poco accesibles; esto hace que los niños se vuelvan particularmente vulnerables a la inseguridad alimentaria.

Sin embargo, la ayuda alimentaria internacional continúa suministrando mezclas de harinas enriquecidas que no contienen nutrientes de origen animal. El hecho de que la leche en polvo fuera eliminada de estas harinas diseñadas para los niños más pequeños, por motivos económicos en los últimos años ochenta, indica un doble rasero mortal en el que la ciencia nutricional es ignorada por completo. Los donantes y las agencias de la ONU deben revisar los alimentos ofrecidos en los programas de ayuda alimentaria.

Deben desplegarse y ampliarse nuevas estrategias de distribución de alimentos con nutrientes esenciales. Los RUTF deberían situarse en un contexto más amplio de estrategias innovadoras que pueden ayudar a las familias a dar a los más pequeños la dieta rica en nutrientes que necesitan. Otras estrategias como, por ejemplo, las ayudas a los ingresos familiares, también deberían plantearse.

**La campaña de MSF contra la desnutrición infantil aboga por estrategias específicas y dirigidas a asegurar que los niños menores de 2 años en los puntos calientes de la desnutrición tengan acceso a la nutrición mínima que necesitan. La campaña apela a los gobiernos donantes a que cambien los actuales programas de ayuda alimentaria para cubrir las necesidades nutricionales infantiles y desarrollen enfoques para proporcionar alimentos suplementarios. MSF también destaca la necesidad de mayor investigación y desarrollo de una gama de alimentos suplementarios adaptados a las necesidades de los niños más pequeños.**

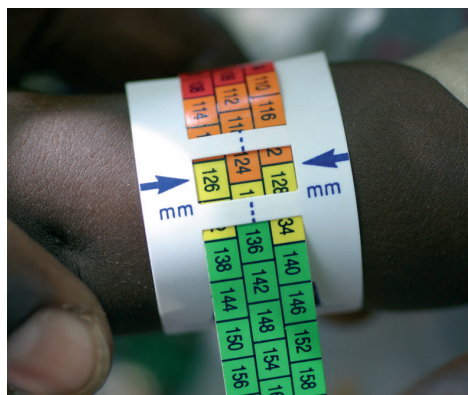
2. *Community-based management of Severe Acute Malnutrition*. Organización Mundial de la Salud, Programa Mundial de Alimentos, Comité Permanente de Naciones Unidas sobre Nutrición y UNICEF. Declaración conjunta, mayo 2007. [http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/CHILD\\_HEALTH/Severe\\_Acute\\_Malnutrition\\_en.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/Severe_Acute_Malnutrition_en.pdf)

3. Estimación de MSF basándose en los RUTF necesarios para tratar todos los casos de desnutrición aguda severa (258.000 toneladas para 20 millones de niños, a una media de 12,9 kilos por niño) y consumo total estimado de 8.500 toneladas en 2007.

## ¿Por qué los niños sufren desnutrición?

Los niños caen en la desnutrición cuando no reciben suficientes nutrientes para que sus organismos puedan resistir las infecciones y mantener el crecimiento. Cuando las carencias nutricionales pasan a ser importantes, los niños empiezan a “consumirse” (consumir sus propios tejidos para obtener los nutrientes necesarios). La consunción es un signo de desnutrición aguda.

En algunas regiones del mundo, como el Sahel africano, la consunción es particularmente frecuente en niños durante el periodo de escasez entre cosechas (también conocido como *hunger gap*). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que actualmente hay 20 millones de niños con desnutrición aguda severa<sup>4</sup>.



© Ton Keene

▲ El estado nutricional de un niño se comprueba usando un brazalete con el que se mide el perímetro braquial. Este brazalete se llama MUAC (*Middle-Upper Arm Circumference*). Centro de nutrición terapéutica en el hospital de Biu, estado de Borno, norte de Nigeria.

## ¿Qué necesidades nutricionales tiene un niño en edad de crecimiento?

La leche materna es el único alimento que necesita un niño menor de 6 meses. Después de esta edad, los niños requieren más energía y nutrientes esenciales de los que la leche materna sola puede proporcionar. Esto incluye proteínas y grasas esenciales, así como vitaminas y minerales como calcio, potasio, zinc y hierro.

Un estudio de la OMS llevado a cabo en varios países, que condujo a la elaboración de las Pautas de Crecimiento Infantil de la OMS (2006), reveló que todos los niños en todas las regiones pueden conseguir un estándar similar de peso y talla y de desarrollo con una nutrición óptima, buena atención sanitaria y un entorno saludable<sup>5</sup>. Por lo tanto, las necesidades nutricionales de los niños en edad de crecimiento en cualquier parte del mundo son fundamentalmente las mismas.

## ¿Cómo se responde en los países desarrollados a estas necesidades?

En los países desarrollados, los niños pequeños comen una variedad de alimentos ricos en nutrientes como carne, pollo, pescado y huevos, así como frutas y verduras, para cubrir sus necesidades nutricionales mientras siguen la lactancia. Incluso aunque los bebés no coman carne, los alimentos infantiles y los cereales se enriquecen con vitaminas y minerales, especialmente hierro y zinc para cubrir sus necesidades nutricionales<sup>6</sup>.

La leche es una buena fuente de la mayoría de estos nutrientes (excepto el hierro) y es una parte importante de la mayoría de dietas infantiles después del primer año.

En entornos con recursos limitados, las dietas consisten principalmente en alimentos de origen

vegetal con poca grasa añadida. Estos alimentos carecen de hierro, zinc y calcio en particular, y los nutrientes de este tipo de alimentos no son de fácil absorción como sí lo son los de la carne, el pollo, los huevos o los productos lácteos. Sin embargo, los alimentos de origen animal generalmente alcanzan precios prohibitivos o simplemente no están disponibles en estos contextos.

## ¿Qué limitaciones tienen las mezclas de harinas enriquecidas?

La mezcla de maíz y soja (*corn soy blend* o CSB) y otras mezclas enriquecidas se han empleado durante mucho tiempo en los programas de ayuda alimentaria para evitar deficiencias nutricionales. Su composición no ha sufrido prácticamente ningún cambio, a pesar de que ahora existe un mayor conocimiento sobre cómo dar una mejor respuesta a las necesidades nutricionales de los niños más pequeños<sup>7</sup>.

La proteína (láctea) animal se recomienda para optimizar el crecimiento de los niños más pequeños. La composición de la CSB, exclusivamente procedente de plantas sin ningún componente lácteo, no es la mejor para facilitar el crecimiento de los niños durante sus dos primeros años de vida.

En la CSB también hay una serie de elementos que limitan la capacidad del organismo para absorber los nutrientes que contiene. Además, su preparación requiere agua limpia -lo que a menudo no se encuentra en entornos con recursos limitados-, necesita un tiempo de cocción y también tiene un riesgo de sobre-dilución.

## ¿Por qué funcionan los alimentos preparados?

La experiencia acumulada por parte de diferentes organizaciones, incluida MSF, ha demostrado que una forma muy eficaz de tratar a niños con desnutrición es mediante alimentos terapéuticos preparados ricos en nutrientes (RUTF). Se trata de una pasta a base de leche en polvo y los 40 nutrientes esenciales que un niño con desnutrición necesita para compensar sus deficiencias nutricionales y ganar peso. Se presenta en envases individuales con un aporte energético de 500 calorías.

Además, los RUTF son fáciles de usar en entornos con recursos limitados, siendo una forma segura y eficaz de dar leche a niños menores de 3 años: no contienen agua, lo que los hace resistentes a la contaminación bacteriana; se presentan en paquetes individuales de papel de aluminio envasados al vacío; no requieren preparación previa; tienen una larga caducidad; y resultan fáciles de transportar y utilizar en climas cálidos.

Y lo que es más importante: la gran mayoría de niños desnutridos puede seguir este tratamiento en casa, bajo la supervisión de su madre o cuidador, en lugar de tener que hacerlo en el hospital. Esto permite que los programas lleguen a muchos más niños, al tiempo que se minimiza el riesgo de que los niños contraigan una infección en el hospital<sup>8</sup>.

La desnutrición debe atajarse antes de llegar a una fase que suponga una amenaza para la vida. Hay que revisar la calidad de los alimentos complementarios proporcionados a los niños mayores de 6 meses en contextos con recursos limitados. Si en la dieta de un niño falta cualquiera de los 40 nutrientes esenciales, las defensas del organismo se debilitan y aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedades graves a partir de infecciones menores.

4. Community-based management of Severe Acute Malnutrition. Op.cit.  
5. <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>

6. Principios rectores para una alimentación complementaria en la lactancia. OPS/OMS, 2003. [http://www.paho.org/English/AD/FCH/NU/Guiding\\_Principles\\_CF.htm](http://www.paho.org/English/AD/FCH/NU/Guiding_Principles_CF.htm)

7. "Corn Soya Blend – Ten Minutes to Learn About..." Series, Vol 1 No 5, Programa Mundial de Alimentos, octubre de 2007, disponible en [nutrition@wfp.org](http://nutrition@wfp.org)

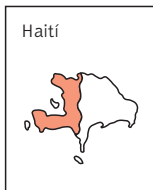
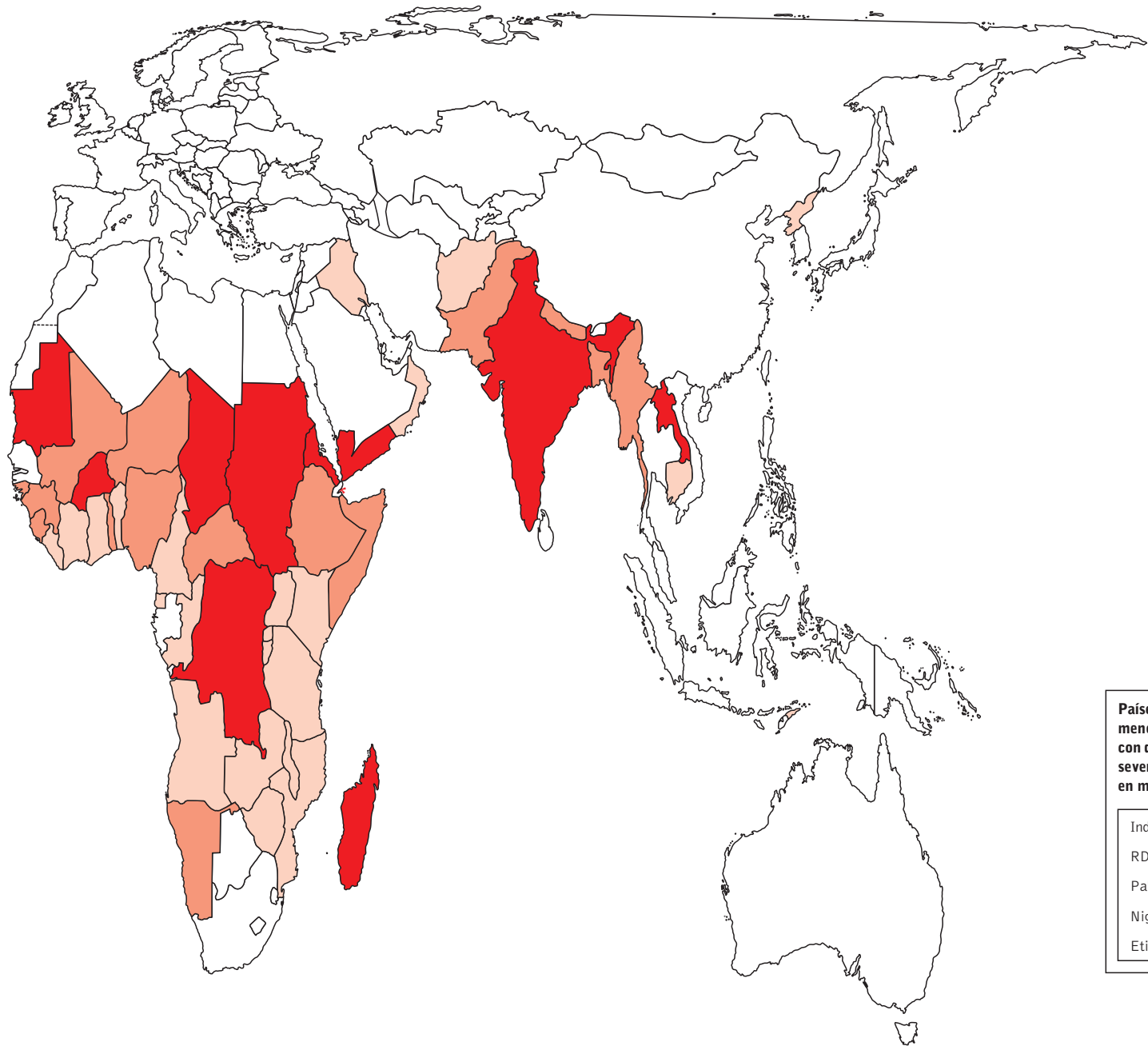
8. Community-based management of Severe Acute Malnutrition. Op.Cit.

## Puntos calientes de la desnutrición

Los 50 países marcados tienen una alta tasa de mortalidad (más de 50 por cada 1.000) y más del 30% de atrofia del crecimiento (*stunting*) en niños menores de 5 años<sup>9</sup>.

La siguiente leyenda representa la consunción (*wasting*) por desnutrición aguda<sup>10</sup> entre niños menores de 5 años en estos países.

- Países con más de un 15% de consunción<sup>11</sup>
- Países con más de un 10% de consunción<sup>12</sup>
- Países con más de un 4% de consunción<sup>13</sup>
- \* Sin datos



Países con más niños menores de 5 años con desnutrición aguda severa. (Estimación en millones)	
India .....	8,0
RDC .....	1,3
Pakistán .....	1,2
Nigeria .....	1,1
Etiopía .....	0,6

9. Atrofia o retraso del crecimiento, indicado por la poca altura en relación a la edad.  
10. Consunción o extrema delgadez, medida por el bajo peso en relación con la altura. Es un signo de desnutrición aguda.

11. Burkina Faso, Chad, Eritrea, India, Madagascar, Mauritania, República Democrática del Congo (RDC), República Democrática Popular de Laos, Sudán, Yemen.

12. Bangladesh, Etiopía, Guinea-Bissau, Guinea-Conakry, Haití, Islas Comores, Malí, Myanmar, Namibia, Nepal, Níger, Nigeria, Pakistán, República Centroafricana, Sierra Leona, Somalia, Timor Oriental, Togo.

13. Afganistán, Angola, Benín, Burundi, Camboya, Camerún, Costa de Marfil, Ghana, Guinea Ecuatorial, Irak, Kenia, Liberia, Malauí, Mozambique, República Democrática Popular de Corea, República Popular del Congo, Ruanda, Tanzania, Uganda, Zambia, Zimbabue.



## La experiencia de MSF en Níger

### Ampliación del tratamiento de la desnutrición aguda severa en Maradi (2001)

MSF ha trabajado en Níger de forma intermitente desde 1984. En 2005, un año de excepcional inseguridad alimentaria en Níger, MSF trató a 60.000 niños con desnutrición severa utilizando RUTF. Sólo en la región de Maradi, donde MSF desarrolla un programa nutricional desde 2001, fueron tratados 38.000 niños con desnutrición severa, con una tasa de curación superior al 90%<sup>14</sup>.

### Ampliación de la atención ambulatoria a los niños con desnutrición moderada (2006)

MSF extendió el uso de los RUTF a través de la estrategia de tratamiento ambulatorio a los niños con desnutrición moderada en dos distritos distintos de Maradi.

Casi 65.000 niños fueron tratados, el 92,5% de ellos con desnutrición moderada y un 7,5% con desnutrición severa. Las tasas de recuperación alcanzaron el 95,5% en los niños con desnutrición moderada y un 81,3% en aquellos con desnutrición severa<sup>15</sup>. Además, no se produjo el pico estacional de ingresos de casos severos observado cada año desde que el programa inició sus actividades en Maradi en 2001.



© Michael Goldfarb

▲ Madres con sus hijos esperan por la mañana temprano en el punto de distribución de MSF en el distrito de Guidan Roundji, Níger, en agosto de 2007. Las madres reciben cuatro paquetes mensuales de un alimento preparado rico en nutrientes llamado Plumpy'doz, del cual añaden tres cucharadas al día a la dieta de sus hijos, enriqueciéndola de esta forma con una dosis diaria completa de nutrientes esenciales y 250 calorías.

Esta experiencia indica que el tratamiento con RUTF puede prevenir el desarrollo de la desnutrición severa en una gran cohorte de niños con desnutrición moderada.

El aumento de peso registrado (5,28 g/kg/día entre los niños con desnutrición moderada) es claramente superior al obtenido en los programas clásicos de administración de suplementos alimentarios a base de mezclas de harinas (generalmente inferior a 3 g/kg/día)<sup>16</sup>. De la misma forma, las tasas de abandono son muy bajas en relación a las de los programas tradicionales, con una tasa del 3,4% en niños con desnutrición moderada y del 10,3% en aquellos con desnutrición severa.

◀ Un trabajador de MSF mide el perímetro braquial para determinar si el niño está desnutrido. Durante el período de escasez entre cosechas, el peligro de desnutrición es más alto; los RUTF aportan nutrientes suficientes para evitar este riesgo.



© Michael Goldfarb

14. Field Exchange. Emergency Nutrition Network. Scaling up the treatment of acute childhood malnutrition in Niger. N° 28, julio 2006. [www.enonline.net](http://www.enonline.net)

15. Field Exchange. Emergency Nutrition Network. Management of moderate acute malnutrition with RUTF in Niger. N° 31, Septiembre de 2007. [www.enonline.net](http://www.enonline.net)

### Llegar a más niños mediante un enfoque con dos componentes (2007)

MSF empezó a utilizar las Pautas de Crecimiento de la OMS de 2006<sup>17</sup> para definir los criterios de admisión en sus programas en 2007. Estas pautas permiten identificar a más niños con desnutrición aguda en edades más tempranas. Las pautas de la OMS nos permiten llegar mejor a niños desnutridos que corren un mayor peligro de muerte. Los niños que sufren desnutrición aguda severa son tratados con RUTF en los centros nutricionales ambulatorios. Solamente los niños que presentan complicaciones siguen necesitando hospitalización.

El segundo componente del nuevo enfoque de MSF implica la distribución suplementaria de alimentos preparados ricos en nutrientes que complementan las comidas regulares y compensan las deficiencias de la dieta habitual. En 2007, MSF hizo distribuciones mensuales de alimentos preparados suplementarios a 62.000 niños de 6 meses a 3 años de un distrito de Maradi, durante el período de escasez estacional.



© Michael Goldfarb

16. A Retrospective Study of Emergency Supplementary Feeding Programmes. Dr. Carlos Navarro-Colarado, 2007. Emergency Nutrition Network y Save the Children UK. Disponible en <http://www.who.int/childgrowth/en/>

“No tengo a nadie que pueda ocuparse de mis otros hijos; mi hija mayor sólo tiene 10 años, no hay nadie que pueda ayudarme. Si no existiera este sitio, no habría buscado ayuda, ni siquiera con mi hijo gravemente enfermo, porque no puedo dejar a mis otros hijos solos durante semanas.”

Madre de paciente en tratamiento en un centro ambulatorio de MSF en Maradi, Níger

“Prefiero venir aquí una vez a la semana en lugar de quedarme en un centro de tratamiento, porque tengo que ocuparme de las tierras y de mis hijos. Tengo otros tres hijos en casa.”

Madre de paciente en tratamiento ambulatorio en Maradi, Níger

◀ Esta madre enseña su cupón para la ración de alimentos preparados suplementarios mientras sostiene en la cabeza el suministro mensual. Añadiendo tres cucharadas de pasta a la comida a base de mijo -bajo en nutrientes- que su hijo consume normalmente, le protegerá de la desnutrición.

17. Para más detalles sobre las nuevas pautas: <http://www.who.int/childgrowth/en/>



© Michael Goldfano

▲ Desde primeras horas de la mañana, las madres hacen cola con sus hijos en el punto de distribución de MSF en el distrito de Guidan Roundji, Níger. MSF realizó distribuciones mensuales de alimentos preparados suplementarios en todo el distrito.

## La experiencia de MSF en Somalia

### Dinsor (2006)

MSF ha estado llevando a cabo programas de tratamiento para niños con desnutrición aguda en Dinsor, Somalia, desde 2002. El programa empezó con un enfoque tradicional, hospitalizando a los niños durante el tratamiento, independientemente de su estado médico. No obstante, debido a la inestabilidad en la región, sólo los que vivían en la misma ciudad acudían en busca de tratamiento. Muchas personas en zonas colindantes no se arriesgaban a desplazarse hasta el hospital y, como consecuencia, muchos niños desnutridos morían en casa por falta de una atención más adaptada a la situación.

En 2006, la sequía provocó una crisis nutricional. El hospital tuvo un aumento de afluencia de pacientes y los enfermos de tuberculosis fueron situados al lado de los que padecían desnutrición. Fue entonces cuando se adoptó una estrategia de atención ambulatoria, con la instalación de cuatro centros de tratamiento en zonas en las que se había detectado desnutrición. Los niños

de Dinsor sin complicaciones médicas fueron tratados en casa con RUTF, bajo la supervisión de sus madres o cuidadores.

### Alrededores de Mogadiscio (2008)

Más recientemente, en Hawa Abdi y Afgoye, dos suburbios de Mogadiscio, la capital somalí, los equipos de MSF trataron a más de 2.500 niños con desnutrición aguda severa sólo en el mes de mayo. Uno de cada seis tuvo que ser hospitalizado por complicaciones médicas. Las admisiones en los programas nutricionales de MSF se doblaron tanto en abril como en mayo. En el último año, los índices de desnutrición han sobrepasado los umbrales de emergencia. En el eje Afgoye-Mogadiscio, donde más de 250.000 personas están viviendo en extremas condiciones de hacinamiento para escapar de la violencia constante en la capital, los precios de los alimentos básicos, como el arroz y el maíz, se han triplicado desde principios de año y muchos desplazados dependen exclusivamente de la asistencia externa. En este contexto, el uso de los RUTF es crucial.

## ¿Qué hacer para que este tratamiento sea accesible?

### Ampliar el uso

Para cumplir las recomendaciones de la ONU de mayo de 2007 de tratar a los niños desnutridos agudos severos con RUTF, se necesitan 258.000 toneladas de producto cada año<sup>18</sup>. La capacidad de producción en 2007 fue inferior a las 19.000 toneladas, con pedidos realizados de menos de 8.000 toneladas.

Los programas para tratar la desnutrición aguda severa deben multiplicarse, pero cuando esto ocurra, habrá la urgente necesidad de incrementar también la capacidad de producción de RUTF. Para ello será indispensable la financiación internacional<sup>19</sup>.

### Aumentar el número de productores

Actualmente, Nutriset fabrica en Francia una marca de RUTF denominada Plumpy'nut® con cuatro franquicias en Malawi, Etiopía, Níger y República Dominicana.

Otras compañías internacionales han expresado su interés por comenzar la producción, pero su inversión inicial dependerá de asegurarse primero grandes pedidos.

La compañía sin ánimo de lucro Valid Nutrition trabaja activamente en el desarrollo de capacidades

de producción locales en una serie de países de África y Asia, basándose en fórmulas que emplean ingredientes disponibles localmente. Hasta la fecha, hay instalaciones de producción local en Bangladesh, Etiopía, Malawi y Zambia.

### Reducir el precio

A un precio actual por debajo de 3 euros por kilo, el coste total de producir RUTF suficientes para tratar a los 20 millones de niños con desnutrición aguda severa estimados por la OMS ascendería a 750 millones de euros.

Actualmente tratar a un niño cuesta 39 euros. Los productos existentes se han encarecido por el aumento del precio de la leche. En 2007, la leche en polvo pasó de costar 2.000 euros por tonelada a más de 4.000.

A pesar del incremento del precio de las materias primas, hay posibilidades de reducir el coste de los RUTF, entre ellas, aumentar la producción, desarrollar envases alternativos, crear productos a base de materias primas alternativas y considerar la posibilidad de exenciones de impuestos.

La reducción de precios tendrá un impacto sobre la demanda de los RUTF.

**El desarrollo de productos de alto valor nutritivo para complementar las dietas de los niños más vulnerables de edades comprendidas entre los 6 meses y los 2 años también debe convertirse en una prioridad. La clave es que el producto contenga los nutrientes esenciales que necesitan los niños en edad de rápido crecimiento. También hay toda una serie de posibilidades de desarrollo de productos para acompañar el tratamiento médico de patologías como el VIH/sida y la tuberculosis.**

18. Ver nota 3

19. Cada vez más ministerios de Salud están adoptando el uso de los RUTF en sus protocolos nacionales para el tratamiento de la desnutrición aguda severa. Sin embargo,

no pueden llevar a cabo estos programas por falta de apoyo. Para más información, ver: International Workshop on Integration of Community-Based Management of Acute Malnutrition (CMAM), <http://www.fantaproject.org/events/cmam08.shtml>