

CRISIS Y VULNERABILIDAD

En pro de un enfoque integrado y multisectorial de la nutrición en los programas de urgencia, de rehabilitación y de desarrollo: algunas herramientas y pistas de reflexión

Artículo de *Charlotte Dufour*, consultora independiente dedicada desde 1999 a cuestiones de nutrición y seguridad alimentaria en situaciones de crisis y post-crisis. Ha trabajado en *Acción Contra el Hambre*, *Groupe URD*, y más tarde para la *FAO* y los *Ministerios de Agricultura y de Salud Pública en Afganistán*. Publicado por Grupo URD, Boletín Ayuda humanitaria en marcha, Abril 2009.

Mientras que se le da importancia esencialmente en las situaciones de hambruna, la nutrición puede, sin embargo, desempeñar un papel central en la planificación, la aplicación y la evaluación de los programas de urgencia, de rehabilitación y de desarrollo, incluso cuando parece invisible. Mucho más allá de la distribución de alimentos o suplementos alimentarios, la nutrición puede ser la piedra angular de un enfoque integrado y multisectorial, centrado en las necesidades de la población.

Introducción

Un niño sentado en el suelo sobre el polvo; sus brazos y piernas son más delgados que varas, su barriga un poco hinchada y su mirada está vacía; su madre lo sostiene, con los ojos habitados por la angustia y algo de vergüenza: no ha sido capaz de alimentar a su hijo. Un niño y una madre hambrientos: ése es el rostro de la acción humanitaria. Los índices de malnutrición aguda: señal de alerta última que desencadenarán o no una acción humanitaria de envergadura. El centro de nutrición terapéutica: el lugar por excelencia del gesto humanitario, del que el niño sale salvado y sonriente, la madre radiante de alivio. La nutrición se ha convertido, muy a pesar suyo, en la imagen de la tragedia y del milagro humanitario a los ojos del público.

Pero, tras este papel casi mítico, relegado a situaciones de extrema miseria, ¿no será la aportación de la nutrición a los programas humanitarios, de rehabilitación y de desarrollo más modesta y sin embargo más central en cuanto a la planificación y la puesta en marcha de programas de calidad centrados en las necesidades de la población civil?

La malnutrición aguda grave no es más que la punta del iceberg: mientras que ésta no afecta más que a entre un 0,1 y un 6% de los niños de menos de 5 años en situación de crisis, entre el 5 y el 20% (a veces incluso el 25%) se encuentran afectados de malnutrición aguda moderada y más de la mitad de malnutrición crónica (retraso en el crecimiento), sin hablar de la falta de micronutrientes que afecta a niños y adultos, aumentando el riesgo sanitario y reduciendo la capacidad de trabajo. La nutrición es una necesidad fundamental que se encuentra en el centro de las muchas necesidades de los civiles afectados por una crisis, incluso cuando parece invisible.

Lejos de ser un ámbito reservado a un puñado de expertos en nutrición, la nutrición es una disciplina que puede ofrecer herramientas a todos y cada uno de los profesionales de la ayuda humanitaria, ya sean ingenieros especialistas en saneamiento, médicos, agrónomos, enfermeras, sociólogos, personal logístico, jefes de misión o desk. Ninguno de ellos puede hacerlo solo, pero cada uno puede desempeñar un papel para garantizar que ese niño y esa madre hambrientos no esperen la solución última: el tratamiento de la malnutrición grave. O bien cuando ello se revela inevitable, que no tengan que volver algunos meses más tarde, o que el hermano o la hermana menores no sufran la misma suerte que su hermano mayor. ¿Cómo? Este artículo se propone ofrecer algunas claves y pistas de reflexión.

La nutrición y la planificación: más que un sector, un objetivo común, un puente entre los sectores

Los motivos que pueden conducir a un niño o a un adulto a volverse hacia un programa de tratamiento terapéutico (ya se trate de un seguimiento en un centro o a domicilio) son complejos y varían de una

situación a otra. Derrumbamiento de los medios de subsistencia; falta de agua potable e higiene; epidemias de sarampión, de diarreas, de parásitos o de SIDA; sequía; pérdida de cosechas o de ganado; desplazamientos de población que conducen a un derrumbamiento del tejido social; traumatismo psicológico; creencias locales y prácticas culturales que dificultan los cuidados sanitarios o nutricionales adecuados; he aquí algunas de las causas que pueden intervenir independientemente o en interacción para determinar la situación nutricional de una familia y de los miembros que la componen.

Para todo profesional que se esfuerza en tratar y prevenir la malnutrición, resulta importante comprender las causas directas y subyacentes de la malnutrición, sin lo que la acción no podrá ser eficaz y, sin duda, no será duradera.

El contexto conceptual de la malnutrición, elaborado a principios de los años 90, propone un análisis multisectorial de las causas de la malnutrición, el cual puede guiar los diagnósticos, la concepción, la realización, el seguimiento y la evaluación del impacto de programas humanitarios. Otra herramienta simple puede acompañar esta reflexión: la construcción de modelos causales de malnutrición utilizando técnicas de visualización simples (arborescencias de problemas y de soluciones), esencial para la preparación de cuadros lógicos de calidad¹. Este ejercicio invita a un análisis exhaustivo de las necesidades de la población, ya estén ligados a la agricultura, el acceso al agua, la educación, la salud, las relaciones sociales (especialmente la situación de la mujer). El análisis será tanto más fino cuanto que el ejercicio se hará de forma participativa con un equipo que conozca bien la situación local (comenzando por el equipo local) y reagrupe una diversidad de competencias.

La preparación del esquema arborescente de soluciones hará que « la mejora de la situación nutricional » aparezca como un objetivo común de una orientación integrada que reunirá los diferentes departamentos técnicos de una misma organización, o facilitará la identificación de colaboraciones entre organizaciones con competencias complementarias. Una organización especializada en salud que ofrezca tratamientos nutricionales, por ejemplo, podrá establecer una colaboración con una organización especializada en seguridad alimentaria, que ayudaría a las familias de los pacientes a diversificar su producción agrícola, sus recursos financieros y su consumo alimenticio, con el fin de evitar recaídas.

Más allá de su aspecto “práctico”, el tomar la nutrición como objetivo común tiene un valor por sí mismo: ¿una situación nutricional sana no es acaso un buen indicador de “bienestar”, ya que es reflejo del estado de salud del individuo además de determinada situación económica, psicológica y social?

Por último, la preparación de esquemas arborescentes de soluciones en torno a un objetivo nutricional permitiría identificar indicadores de seguimiento o impacto adecuados, yendo más allá de los indicadores de actividad (número de raciones alimenticias distribuidas, cantidad de semillas distribuidas, número de bombas de agua instaladas, etc.). Lo que no implica necesariamente la utilización de medidas antropométricas (peso, talla, envergadura), que requieren sistemas de seguimiento a menudo costosos, mantenidos por competencias especializadas. Además, siendo múltiples las causas de malnutrición, a menudo resulta difícil designar el impacto de una intervención única sobre la situación nutricional. Por ejemplo, un programa agrícola puede arrojar resultados positivos en términos de disponibilidad y consumo alimenticios, que influyen positivamente en la situación nutricional; pero si, por falta de agua, persisten los casos de diarrea endémica, estos últimos pueden frenar los impactos nutricionales. Entonces, es importante identificar indicadores ligados a causas directas o subyacentes de la malnutrición (por ejemplo, el consumo alimenticio o el índice de personas afectadas por diarreas) y elegir aquéllos que resulten pertinentes en el ámbito de intervención elegido.

¿Qué es un programa nutricional? En pro de una diversidad de enfoques

La invitación a utilizar la nutrición como objetivo común para intervenciones técnicas diversas puede conducir a la necesidad de definir qué es un programa nutricional. Comúnmente se considera un programa nutricional como un programa de distribución alimenticia (ya se trate de raciones familiares o de raciones suplementarias para niños sufriendo de malnutrición aguda moderada), de tratamiento de malnutrición grave (centro nutrición terapéutica, programa de tratamiento a domicilio), o, por último, de distribución de productos suplementarios ricos en energía o micronutrientes (principalmente los nuevos productos nutricionales listos para su uso). Aunque estas intervenciones sean claramente pertinentes en ciertos contextos y deban figurar en la lista de las herramientas a disposición del

personal humanitario, numerosos nutricionistas tienen dificultades para aceptar una definición de los programas nutricionales que se limitarían a dicho tipo de intervenciones, y ello por distintas razones, explicadas a continuación.

Un programa nutricional puede, por el contrario, comportar una vasta gama de actividades que pertenezcan a los dominios de la educación, de la salud, de la agricultura, del saneamiento, de la psicología, o de otros muchos, en función de las causas de la malnutrición en una situación dada, como lo demuestran los ejemplos siguientes:

- Los programas de distribución de alimentos (cualquiera que sea la ración o el producto utilizados), **no siempre son pertinentes** para responder a los problemas de malnutrición. Por ejemplo, el análisis de los registros de los niños admitidos en las unidades de tratamiento terapéutico en Afganistán revela que un 40% de los pacientes tienen menos de 6 meses, lo que indica que una gran parte del problema está ligado a las dificultades de las madres a dar el pecho, dificultades ligadas a problemas psicológicos de madres traumatizadas por la guerra o las presiones culturales.

Otro hecho significativo: los índices de admisión en centros terapéuticos se duplican e incluso triplican en verano, cuando el número de infecciones diarreicas aumenta de forma importante. Los principales programas nutricionales llevados a cabo en este contexto son proyectos psico-sociales de asistencia a las madres, una ayuda para la lactancia (que combina intervenciones en centros de salud como campañas de sensibilización en los medios de comunicación y la puesta en marcha de grupos de apoyo comunitarios), y proyectos de saneamiento.

- Existe una tendencia a **confundir el valor de un producto nutricional con la intervención** en la que el producto es utilizado. No se trata de discutir el entusiasmo suscitado por ciertos productos nutricionales listos para ser usados, de elaboración industrial³, ya que son productos realmente eficaces y permiten diversificar las intervenciones de tratamiento (sobre todo a domicilio). Por el contrario, no hay que olvidar que los productos en sí mismos no constituyen el tratamiento. Hay que lamentar el hecho de que un estudio reciente sobre la eficacia del Plumpy'Nut en Níger esté viciado desde su concepción misma: el grupo de control sobre el que se evaluaba el producto simplemente no recibía ningún tratamiento. Dicho estudio olvida el hecho de que otros proyectos, mucho antes de la intervención de estos productos terapéuticos, también conseguían tratar la malnutrición grave, a veces con alimentos locales⁴. El tratamiento de la malnutrición grave no depende pues de un único producto sino de la intervención en su conjunto. Desgraciadamente, esta confusión induce a ciertas derivas, como distribuciones mal supervisadas de productos terapéuticos, que, en ausencia de seguimiento médico, de educación nutricional y de apoyo a las madres, etc. no pueden conducir sino a un despilfarro de recursos considerable, dado el precio nada desdeñable de estos productos.

- Los programas de distribución de alimentos constituyen acciones que pertenecen al ámbito del tratamiento, pero es importante **combinar tratamiento y prevención** para garantizar la eficacia y el carácter duradero de los programas. Por ejemplo, también en Afganistán (pero ello es corriente en muchos otros contextos), las malas prácticas de alimentación complementaria de los niños pequeños constituyen otra causa primordial de malnutrición. Se introducen los alimentos demasiado tarde, las comidas no observan una frecuencia suficiente y los alimentos están demasiado diluidos para responder a las necesidades del niño. Es cierto que la pobreza de las familias limita la disponibilidad de alimentos, pero la mayoría de las veces se puede mejorar la utilización de los recursos disponibles. La FAO y el Ministerio de Agricultura han desarrollado así recetas locales mejoradas a base de alimentos locales, e integran demostraciones culinarias en los programas de salud, agricultura y educación por medio de colaboraciones con diferentes ONG. Estas instituciones defienden que, allí donde son llevados a cabo programas de nutrición suplementaria y terapéutica, sean integradas acciones de ayuda a la lactancia y demostraciones culinarias a base de alimentos locales para evitar las recaídas y permitir a las madres prevenir otros casos de malnutrición en sus familias. Esta orientación se encuentra confrontada a la concepción de ciertas organizaciones de « urgencia » sobre lo que conviene hacer en estas situaciones. Siguiendo con el ejemplo precedente, una organización que trabaja en una región afgana extremadamente pobre y sujeta a sequías recurrentes, ha completado sus programas de seguridad alimentaria (distribuciones puntuales, además de realización de huertas) con demostraciones culinarias. Éstas han tenido tal éxito entre la población local que los equipos locales organizaron 200 demostraciones en 3 meses. Ante el anuncio de una sequía inminente, la sede de la organización propuso suspender las demostraciones culinarias con el pretexto de que estaban « en situación de

urgencia » y que éstas eran intervenciones « de desarrollo ». Esta reacción resultaba sorprendente para los equipos de campo (en especial para los afganos), ya que lo que la sede llamaba una « urgencia » era, desgraciadamente, un problema estructural que la población conocía desde hacía décadas. El marcado interés de los habitantes por las huertas y las demostraciones culinarias demostraba de que dichas actividades ofrecían conocimientos y herramientas que podrían ser utilizadas por futuras generaciones, ahí donde una distribución de alimentos les ayudaría a rebasar una crisis entre muchas otras.

- Los programas de distribución de alimentos plantean la difícil cuestión de la **perennidad** y de la **relación coste-eficacia**. En la actualidad, ciertas organizaciones propugnan que los productos nutricionales listos para ser usados formen parte de los medicamentos esenciales de la OMS. Esto plantea problemas de salud pública en países en vías de desarrollo cuyo presupuesto sanitario es limitado, principalmente en lo concerniente al tratamiento de la malnutrición grave: un niño de 10kg tratado con Plumpy'Nut necesita unas 90 bolsitas, con un coste total de \$30⁵, a los que hay que añadir el precio de la logística, el transporte y el personal (lo que hace un total de al menos \$80 por niño según el contexto)⁶. Ahora bien, los índices de malnutrición grave oscilan entre el 0,2% y el 6% (en situaciones extremas) de los niños de menos de cinco años, lo que implicaría invertir una parte importante del presupuesto de sanidad en el tratamiento de una minoría de pacientes. Además, acciones de prevención, como la ayuda a la lactancia y a las prácticas de supresión de la lactancia, los suplementos de hierro y vitamina A₇, pueden beneficiar a la gran mayoría (si no a la totalidad) de los niños, y ello con un coste mucho menor. Además, estas últimas tienen la ventaja de ser reproducidas más fácilmente por las familias y las instituciones locales que la distribución de productos especializados de elevado coste (ya sean producidos localmente o en el extranjero).

- Limitar el tratamiento y la prevención de la malnutrición a la distribución de productos especializados puede dar la **impresión de que la malnutrición es una enfermedad** que se trata con medicamentos, mientras que la mayoría de las veces sus causas son de orden económico, social, incluso político. Concebir la malnutrición únicamente como una enfermedad tiene efectos nefastos a dos niveles. A un nivel político, ello puede **excusar a los gobiernos de sus responsabilidades**, que, en términos de derechos humanos, implican la de garantizar a la población el acceso a una alimentación y condiciones de vida sanas. A nivel familiar, ello puede propiciar la idea falsa de que las **madres son dependientes** de productos a los que ellas no tienen necesariamente acceso para alimentar debidamente a su hijo, y **desanimarlas** a tomar medidas que, sin embargo, sí están a su alcance.

Conclusión: volver hacia las necesidades de la población civil

El debate que ha surgido en torno a los productos nutricionales terapéuticos plantea cuestiones difíciles. Los que propugnan una mayor distribución de dichos productos terapéuticos explican que las acciones de prevención y otros tratamientos han demostrado su falta de eficacia. Rechazan el debate del coste para el sistema de salud pública, indicando que el coste de una alimentación sana está más allá de las posibilidades de las familias pobres. Colocan la argumentación en un nivel ético, haciendo referencia al deber de salvar vidas. Aunque estos argumentos sean evidentemente legítimos, y aunque siempre resulte difícil asignar un coste a cada vida salvada, no puede olvidarse que la respuesta propuesta no es más que un *tratamiento*.

Ahora bien, el análisis de las causas de la malnutrición muestra que el problema es, por definición, complejo y multi-sectorial, y que una mera respuesta médica nunca será suficiente. Los militantes del derecho humano a la alimentación recuerdan también que este derecho implica el de una alimentación sana, equilibrada, *conforme a la cultura y a los gustos locales, en el respeto de la dignidad humana*, lo cual implica la capacidad de alimentarse por sus propios recursos, sin depender de distribuciones de alimentos. Los programas de nutrición tienen el deber de buscar la realización de este objetivo.

Es importante evitar plantear el debate en términos de oposición entre tal o cual intervención, oponiendo tratamiento y prevención, ya que es evidente que cada una de ellas es esencial. Esto implica evitar también la polarización de los debates, centrándose demasiado en un tipo de intervención, que tiene el nefasto efecto de conducir a una asignación de los financiamientos de acuerdo con directivas unilaterales, en detrimento de otras intervenciones igualmente importantes. También es importante garantizar que intervenciones con un alcance a corto plazo (por ejemplo, distribuciones de productos no disponibles localmente o demasiado caros para la población local) no entorpezcan las actividades a largo

plazo fundadas en una movilización comunitaria y una mejora de la utilización de los recursos locales. Por el contrario, algunas intervenciones de urgencia pueden ser utilizadas con el fin de movilizar recursos para los más excluidos y fundar las bases de intervenciones a más largo plazo (ver, por ejemplo, las intervenciones mezclando raciones suplementarias y distribución de dinero o de “cupones”, en connivencia con actividades de seguridad alimentaria).

En todo caso, la pertinencia y la elección de las actividades nutricionales prioritarias deben, ante todo, determinarse localmente, sobre la base de un análisis de las causas de la malnutrición en diferentes sectores de la población. Numerosas evaluaciones han demostrado repetidas veces que los programas nutricionales que tienen un impacto duradero sobre la nutrición cuentan con las siguientes características: son participativos, multi-sectoriales, fundados en un análisis local de las necesidades, ayudan a la diversificación de la alimentación y de los ingresos (principalmente de las mujeres), cuentan con fuertes componentes educativos (principalmente en nutrición, higiene y salud), y se apoyan en una fuerte movilización de las mujeres. De todo ello podemos concluir que cada uno tiene un papel que desempeñar en la lucha contra la malnutrición, que nadie puede atacar solo esta tarea, y que una caja de herramientas llena de enfoques creativos, diversos y adaptados a las necesidades locales será la mejor arma de un equipo pluri-disciplinar reunido en torno a un objetivo común.

NOTAS

¹ Ver también: *A Guide to Nutritional Assessment*, d'Ivan Béghin, 1988, OMS.

² Consultar el enfoque de “Nutrición Pública” (“Public Nutrition”), promovida, entre otros, por Tufts University.

³ Productos como Plumpy’Nut ©, Plumpy’Dos ©, BP100 ©, y Sprinkles ©.

⁴ Ver Vandana Prasad in *Social Medicine*, vol4, nb1, 2009 in India.

⁵ Ver www.nutriset.fr.

⁶ A modo de comparación, el presupuesto de salud pública afgano se establece sobre la base de un coste medio de \$4,5/persona/año, en vista de las dificultades presupuestarias (de un país que no obstante es ampliamente subvencionado por los proveedores de fondos internacionales).

⁷ Ver: the *Lancet Series on Maternal and Child Malnutrition*: <http://www.globalnutritionseries.org>, para una análisis de las intervenciones nutricionales eficaces.