

# Alimentos terapéuticos listos para usarse en la India. Dejando clara nuestra postura

*Grupo de Trabajo en Niños Menores de Seis Años*

---

## Introducción

A nivel mundial, cerca de 20 millones de niños menores de cinco años padecen desnutrición aguda severa (DAS, o SAM, por sus siglas en inglés), que contribuye a un millón de muertes infantiles por año. En la India, el 48% de los niños presenta desmedro y el 43% está por debajo de su peso normal; casi 8 millones padecen DAS, aquí, la desnutrición no es un problema nuevo; tampoco la DAS. Algunos hospitales y organizaciones no-gubernamentales trabajan la desnutrición en programas con un enfoque basado en la comunidad que utilizan productos cosechados localmente y alimentos procesados locales, en combinación con programas intensivos de educación alimenticia. Tales programas permiten que los padres cubran los requerimientos nutricionales de sus hijos con alimentos de bajo costo. La Suprema Corte de la India ha ordenado que el gobierno universalice el programa Esquema Integrado de Desarrollo Infantil (*Integrated Child Development Scheme*) y proporcione una comida caliente a niños menores de seis años para suplementar su nutrición.

Las políticas que han destruido el acceso de los pobres a los alimentos pueden ser responsabilizadas del creciente número de niños malnutridos, no obstante, hay una necesidad urgente de asegurar que estos niños no mueran, así como que se recuperen y mantengan un estado nutricional saludable. La opinión actual de qué alimentos terapéuticos producidos y procesados centralmente, llamados Alimentos Terapéuticos

Lista para Usarse (ATLU; *Ready to Use Therapeutic Food*) deben suplantar a los alimentos preparados localmente en el tratamiento de la DAS, ignora los casos múltiples de desnutrición y destruye la diversidad de soluciones potenciales basadas en alimentos localmente disponibles. Este artículo ha sido redactado por Dr. Vandana Prasad, Radha Holla y Dr. Arun Gupta, miembros del Grupo de Trabajo en Niños Menores de Seis Años (*Working Group for Children Under Six*); un esfuerzo conjunto de Jan Swasthya Abhiyan, de la Campaña a Favor del Derecho al Alimento y del Movimiento por la Salud de los Pueblos, India) que ha abogado durante los últimos tres años en el gobierno de la India a favor de estrategias basadas en la comunidad para combatir y prevenir la desnutrición<sup>1</sup>.

## ¿Cómo debería enfrentar la India la DAS? Dejando clara nuestra postura

La cantidad de niños que sufre actualmente de desnutrición en la India es un asunto extremadamente serio, de pena y aflicción nacional. Esta situación no nada más ha persistido demasiado tiempo, sino que, además, sigue sin corregirse, incluso durante la fase de crecimiento económico rápido reciente y actual. Últimamente, ha habido discusiones y debates intensos sobre la mejor manera de intervenir para generar un cambio que sea a la vez sustancial y rápido. Varios grupos de expertos han presentado estrategias a políticos, proponiendo los pasos necesarios para la prevención de la desnutrición y su tratamiento en sus formas más severas.

---

Vandana Prasad, Radha Holla, Arun Gupta  
Autor para correspondencia: Vandana Prasad, pediatra comunitario, email: [chaukhat@yahoo.com](mailto:chaukhat@yahoo.com)  
Conflicto de intereses no declarado

---

<sup>1</sup> Grupo de Trabajo en Niños Menores de Seis, Estrategias para niños menores de seis años; artículo especial, *Economic and Political Weekly*, diciembre 29, 2007

Este artículo responde a una estrategia particular que ha sido introducida a nivel estatal, sin que se haya llevado a cabo un proceso de discusión sobre sus repercusiones e implicaciones, propone el uso de CTLU en el manejo de la desnutrición aguda severa.

La situación actual es la siguiente:

1. Se ha importado un producto llamado *Plumpy Nut* para su distribución a niños con DAS en varios estados (incluidos Madhya Pradesh, Jharkhand, Orissa, Bihar y Maharashtra). Su introducción ha sido realizada bajo el patrocinio de la UNICEF y a través de los Centros de Rehabilitación Nutricionales, se ha propuesto convertirlo en el "tratamiento prescrito" en contra de la DAS.
2. Este producto es importado de una compañía llamada Nutriset, localizada en Francia, si fuera producido en India, costaría aproximadamente \$40 dólares o cerca de 2000 rupias/ por niño/por tratamiento<sup>2</sup>.
3. La eficacia de *Plumpy Nut* ha sido demostrada en otros países como Malawi, Níger, Etiopía, República Democrática del Congo y Mozambique en condiciones de desastre y hambruna.
4. Los estudios que demuestran la eficacia de *Plumpy Nut* han sido realizados principalmente en situaciones de desastre, en dónde no existían otros tratamientos basados en la comunidad en contra de la DAS (por ejemplo, en campos de refugiados, hambrunas, etc.). Hay varios estudios que comparan el impacto de *Plumpy Nut* con el de otros tratamientos basados en la comunidad, desarrollados a partir de alimentos locales y autóctonos.

En yuxtaposición a estos hechos:

1. Las pautas para el tratamiento de la DAS basado en la comunidad y en el hogar

---

<sup>2</sup> 1 bolsita pesa 92g. El tratamiento de DAS requiere 90 bolsitas por niños de 10 kg (Nutriset site [http://www.nutriset.fr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=30&Itemid=28](http://www.nutriset.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=30&Itemid=28)). Cada kilo de ATLU cuesta aproximadamente cuatro dólares. (Presentación en *power point* de Steve Jarrett, UNICEF, 20 de septiembre de 2008: ATLU: enfatizando la situación de los niños con DAS y su producción en la India).

formulado por un grupo amplio de expertos y apoyado por la Academia de Pediatras de la India recomiendan el uso de alimentos consumidos en el hogar (es decir, modificados de la olla familiar). Especialmente, advierte que los alimentos terapéuticos internacionales disponibles de manera comercial pueden no ser adecuados, aceptables, costo-efectivos y sustentables<sup>3</sup>.

2. Hay una gran variedad de alimentos producidos y producibles a nivel local que son culturalmente aceptables y relativamente baratos. Muchos de éstos han sido utilizados durante varias décadas por instrucciones académicas y médicas confiables, así como también por organizaciones no-gubernamentales. La siguiente tabla brinda detalles sobre estas mezclas:

3. Se están realizando varios experimentos sobre el empleo de alimentos familiares para el tratamiento de la DAS. La Escuela Médica Jodhpur (*Jodhpur Medical College*) ha estado usando una mezcla de *khichri* denso en energía, leche, *raar*, lenteja, azúcar, fruta, jugo de fruta y huevo para el tratamiento de la DAS en contextos institucionales y de hogar, este estudio está en proceso de análisis y documentación. En Tamil Nadu, el Programa Directo de Nutrición (*Direct Nutrition Programme*) proporciona una mezcla de 80 g de arroz, 10 g de lenteja, 2 g de aceite, 50 g de vegetales y condimentos por un costo total de 1.07 rupias para cada niño de entre 2 y 4 años; que proporciona 358.2 calorías y 8.2g de proteína por niño<sup>4</sup>. El *Sattu Maavu* mencionado en la tabla es otorgado como alimento complementario para niños de entre 6 y 36 meses y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, tiene un costo aproximado de 15 rupias por kilo. Otros experimentos realizados por ONGs, por ejemplo, *Mobile Creche*, han usado alimentos comunes (como huevos, productos de soya y leche) con un impacto

---

<sup>3</sup> Gupta, P., Kapil U., et al., "National Workshop on "Development of Guidelines for Effective Home Based Care and Treatment of Children Suffering from Severe Acute Malnutrition", *Indian Pediatrics*, Vol. 43, February 17, 2006.

<sup>4</sup>

Nombre de la mezcla	Composición y valor calorífico	Desarrollado por	Preparado localmente por	Estado
<i>Davangere</i>	<i>Laddus</i> , hechos de cantidades iguales de cacahuete, garbanzo tostado de Bengal, <i>jaggery</i> y mijo ( <i>ragi</i> ). 100 g proporcionan 400 calorías y 15g de proteína	Escuela de Medicina, Davangere	grupos de mujeres	Karnataka
<i>Shakti Nutrimix</i>	Arroz, trigo, garbanzo ( <i>chana</i> ), cacahuete, azúcar, sal, cardamomo, pimienta negra, vitaminas y minerales. 100 g proporcionan 10.4 g de proteína, 5.3 g de grasa y 402 calorías	Organización Popular de Cuidados de Shibipur ( <i>People's Care Organisation</i> ), 23/1 Baze Shibpur Road, Shibpur, Pueblo de Howrah y PO Tapan, Dt. Dakshin Dinajpur	grupos de mujeres	Bengala Occidental
<i>Nutrimix</i>	Trigo (400 g), arroz (400 g), garbanzo (75 g), frijol <i>moong</i> (75 g), cacahuete (50g); germinado, tostado y pulverizado. 2 cucharadas colmadas en un vaso de agua o leche con azúcar, 2 veces al día.	Centro de Desarrollo de la Investigación y Comunicación y de Servicios ( <i>Development Research Communication and Service Centre</i> ), 58A, Dharmotala Road Bosepur, Kasba Kolkata - 700 042	grupos de mujeres	Bengala Occidental
<i>Nutrimix</i>	Trigo/arroz y garbanzo Bengal/frijol <i>moong</i> en proporción 4:1. Utilizado en el tratamiento de la DAS, en la preparación de las fórmulas F 75, F 100, como alimentos para empezar y ponerse al día. 100 g (guisado) proporcionan: 120-150 kilocalorías y 2-3 gramos de proteína. Puede proporcionar más energía si se añaden frutas de la temporada. Si se agrega una solución mineral electrolito proporciona más micronutrientes.	Instituto de los Niños Necesitados ( <i>CINI, Child In Need Institute</i> ), Kolkata	grupos de mujeres	Bengala Occidental
<i>LAPSI</i>	Mijo verde, cacahuete, <i>jaggery</i> . Utilizado de manera exitosa para la rápida recuperación de la DAS.	Fundación de Industria Agroalimentarias de Bharat ( <i>Bharat Agro Industries Foundation and CAPART</i> )		Maharashtra
<i>SAT Mix</i>	Arroz tostado y molido, trigo, garbanzo y azúcar en proporción: 1:1:1:2. Proporciona 380 calorías por cada 100g.	<i>Hospital Sree Avittom Thirunal (Sree Avittom Thirunal Hospital)</i>		Kerala
<i>MIX</i>		Instituto Nacional de Nutrición, Hyderabad		Andhra Pradesh
HCCM Leche de cereales de alto contenido calórico ( <i>High calory cereal milk</i> )		Escuela Médica Cristiana ( <i>Christian Medical College</i> ), Vellore		Tamil Nadu
<i>Sattu Maavu</i>	Harina de trigo 42%, harina de maíz 10%, harina de mijo 5%, harina de garbanzo de Bengal 12%, <i>jaggery</i> 30%, mezcla de vitaminas 1%. 100 g proporcionan: proteínas 9 - 10% y 360 calorías	Programa de Monitoreo Nutricional, programa estatal ( <i>Nutrition Monitoring Programme</i> )		Tamil Nadu

N.B: La fecha de caducidad no es una condición necesaria de estos alimentos localmente producidos, ya que son preparados en las cantidades necesitadas por grupos locales de mujeres y bajo la supervisión del hospital o la ONG respectivos.

positivo demostrable, a un costo de 8 rupias por niño / por día en un día de cuidado nutricional completo<sup>5</sup>.

4. Con la prisa de introducir a *Plumpy Nut*, estos alimentos han sido completamente ignorados. *Plumpy Nut*, aunque es una fórmula eficaz, perturba seriamente el concepto de autodependencia en la seguridad de alimento y crea una dependencia innecesaria a un producto sobre el que las familias y las comunidades tienen poco control.

Los alimentos alternativos arriba enlistados tienen muchas ventajas adicionales:

- a. Debido a que usan mijo y otros productos de la región, promueven prácticas agrícolas locales.
- b. Promueven también el sustento de las mismas familias que pueden estar albergando niños con DAS en un entorno de pobreza general e inseguridad alimentaria, por lo tanto, otorgan más que suplementación alimenticia, brindan una oportunidad de elevar el estatus económico. Además, pueden utilizar grupos existentes de mujeres y de otras organizaciones, así como la industria de pequeña escala local.
- c. Siendo un proceso mucho más descentralizado, permiten mayor participación y control comunitarios.

Evidentemente, aunque existen pocos estudios formales que documenten su eficacia, sí hay alguna, además de suficiente evidencia anecdótica de su éxito, el mismo hecho de que estos intentos preexistentes no hayan sido adecuadamente estudiados, analizados y documentados por cuerpos de investigación expertos en nutrición, es un motivo de preocupación. Es difícil explicar porqué se ha permitido la introducción a gran escala de un producto extranjero sin haber investigado los méritos y deméritos de los alimentos terapéuticos que hemos estado utilizando en tan prestigiados institutos como los arriba mencionados. Un estudio de estos alimentos

terapéuticos realizado unos meses antes de establecer una estrategia adecuada en contra de la DAS que incluye alimentos suplementarios, no hubiera sido ni difícil ni una inversión grande de tiempo.

Este hecho quizá conduce a nuestra recomendación y demanda (por largo tiempo sostenidas) de que el país necesita desarrollar una política en contra de la desnutrición infantil bien discutida y debatida, en lugar de combatir cada contingencia que surge.

Tal política necesariamente tiene que considerar que la suplementación nutricional, aunque importante, es sólo una parte de la estrategia multidimensional para proporcionar seguridad alimentaria general a los niños y sus familias. Además, que el mejor suplemento nutricional sería uno que promoviera la autosuficiencia, la descentralización, la participación comunitaria y tuviera un bajo costo y fuera culturalmente aceptable. Un alimento importado y costoso, preparado de modo central que desplaza a otras opciones producibles localmente, no puede cumplir tales criterios y debe ser abandonado a favor del producto "adecuado". En el desarrollo de tales políticas se debe garantizar una planeación, una investigación y un proceso de pensamiento adecuados; en lugar de sucumbir a las diversas presiones y permitir procesos no sustentables que pueden ser difíciles de revertir y causarán un daño a largo plazo en las mismas comunidades y las familias, cuyos hijos pretendemos "tratar. También tenemos que recordarnos a nosotros mismos del conjunto de estrategias que realizarán el objetivo final de salud, nutrición y bienestar infantil a través de servicios de salud, de nutrición y de atención general, en un ambiente de seguridad alimentaria, económica y social general.



<sup>5</sup> Texto de trabajo de Mobile Creches, *Impact Of Strategies For Children Under Six On Malnutrition; Evidence From Two Microstudies*, 2008