



Informe sobre la desnutrición infantil y la labor de Fundación Recover

Índice

INTRODUCCIÓN	2
01. PAÍSES DE INTERVENCIÓN	4
1.1 Política de Camerún en la lucha contra la desnutrición	6
a) Documento de política nacional de alimentación 2015- 2025	
b) El PCIMA o protocolo para el tratamiento de la desnutrición aguda	
02. FUNDACIÓN RECOVER Y ESTRATEGIAS EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN ÁFRICA	8
2.1 Implantación del programa de malnutrición NUTRI- <i>m</i> en los centros de salud y hospitales de la red de la Fundación Recover	8
a) La elección de hospitales y centros de salud	
b) El motivo de la gestión del programa por los hospitales y centros de salud	
2.2 Las visitas a las aldeas y comunidades	10
2.3 La utilización de los TICs en la lucha contra la desnutrición	11
a) El ordenador	
b) El teléfono móvil	
03. ENFOQUE DE RECOVER EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN INFANTIL	14
3.1. Atención integral y refuerzo nutricional	14
a) Atención integral	
b) Refuerzo nutricional	
3.2 La capacitación de las partes interesadas	15
a) El método	
b) Las herramientas	
04. RESULTADOS CONSEGUIDOS	20
05. LAS DIFICULTADES ENCONTRADAS	22
06. EL DESEO DE HACERLO MEJOR	24
6.1 La organización de la Conferencia-Debate sobre la Desnutrición Infantil en Camerún	
6.2 La inclusión de enfoques complementarios	
CONCLUSIÓN	27
ANEXO 1: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

Introducción

Ofrecer una asistencia sanitaria accesible y sostenible para todos, especialmente para los más vulnerables, es nuestra misión porque, en términos generales, “el lugar donde nacemos determina nuestra salud”. Como ONG, Fundación Recover, Hospitales para África quiere contribuir a alcanzar los objetivos globales de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas.

La salud materno-infantil ocupa un lugar destacado en nuestras acciones: campañas, proyectos, equipamientos e infraestructuras se dirigen principalmente a mujeres e infancias, por su mayor vulnerabilidad social.

A pesar de las numerosas iniciativas emprendidas sobre el terreno, las mujeres y la infancia siguen padeciendo una salud precaria, fomentada y mantenida por diversos factores, entre ellos la desnutrición.

El diccionario francés **Le Petit Robert**¹ define la desnutrición como “un estado nutricional deficiente debido a una alimentación desequilibrada o mal adaptada a un individuo o a una población”. La Organización Mundial de la Salud define la malnutrición como deficiencias, excesos o desequilibrios en el aporte energético y/o nutricional de una persona. Lejos de ser un simple concepto, la malnutrición es hoy una auténtica lacra sanitaria, una amenaza para la vida de muchas personas y un importante problema de salud pública.

África se ve especialmente afectada por esta lacra, que se cobra la vida de miles de niños. Akinwumi Adesina, presidente del Banco Africano de Desarrollo, declaró en la 30ª cumbre de la Unión Africana que “la mala e insuficiente nutrición es la principal causa de muerte de millones de niños menores de cinco años. De hecho, 3 millones de niños mueren de desnutrición cada año en África. Si las tendencias actuales se mantienen hasta 2030, África habrá perdido la triste cifra de 36 millones de niños a causa de la desnutrición”. Por lo tanto, “hay motivos para preocuparse” si no se hace nada en este sentido, la paz y la prosperidad de los pueblos promovida por las Naciones Unidas sigue y seguirá siendo una utopía, porque luchar contra la desnutrición significa darnos una oportunidad de alcanzar los ODS, los Objetivos de Desarrollo Sostenible fijados por las Naciones Unidas para garantizar la salud y el bienestar de todas las personas. Este ideal sigue siendo complicado en la medida en que la desnutrición debilita el capital humano y provoca la muerte, lo que complica aún más las posibilidades de “reducir la pobreza extrema y el hambre²”, “promover la enseñanza primaria universal³” o “reducir la mortalidad infantil⁴”.

1. Le Petit Robert es un diccionario de lengua francesa, publicado por los Diccionarios Le Robert. Su primera edición se publicó en 1967

2. OMD 1

3. OMD 2

4. OMD 4

El objetivo de este informe es, por tanto, dar cuenta de las acciones llevadas a cabo por Fundación Recover en la lucha contra la desnutrición y documentar las lecciones aprendidas. De este modo, la Fundación Recover podría escalar su acción para permitir a los que no tienen nada gozar de mejor salud y de una mayor plenitud.



01. Países de intervención y la desnutrición

Camerún es un país de África Central, situado en el fondo del Golfo de Guinea. Limita al norte con Chad, al este con la República Centroafricana, al sur con Congo, Gabón y Guinea Ecuatorial, y al oeste con Nigeria. Tiene una superficie de 475.442 km² y una población estimada de 28 millones de habitantes (UNFPA 2022).

La población de Camerún es mayoritariamente joven. Más de la mitad de la población camerunesa tiene menos de 20 años, y sólo el 3,6% tiene 65 años o más. La tasa de natalidad es del 35%.

La proporción de la población que vive en la pobreza aumentó un 12% entre 2007 y 2014, hasta los 8,1 millones, debido a que el crecimiento demográfico superó el ritmo de reducción de la pobreza.

Desde noviembre de 2021, Camerún experimenta una elevada inflación, causada principalmente por la escasez y la subida de precios de los productos básicos (pan, trigo y productos derivados, aceite vegetal y carne), debido a la interrupción de la cadena de valor mundial provocada por la pandemia de Covid-19 y la invasión rusa de Ucrania.⁵

En materia de seguridad, Camerún sigue lidiando con tres crisis complejas:

- La crisis que afecta a la cuenca del lago Chad en la región del extremo norte
- las consecuencias de la afluencia de refugiados de la República Centroafricana en la región oriental y
- las hostilidades entre grupos armados no estatales y las fuerzas de seguridad en las regiones noroeste y suroeste. Todos estos factores hacen que el país sea aún más vulnerable en materia de sanidad, educación, nutrición y otras cuestiones.

De hecho, desde principios de la década de 1990, las sucesivas Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) y Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) (EDS 1, 2, 3, EDS4/MICS2 y MICS3) han mostrado una tendencia al empeoramiento de la prevalencia de la malnutrición en Camerún.

Las cifras⁶ muestran una “triple carga” de malnutrición: retraso del crecimiento o desnutrición crónica, anemia o desnutrición aguda y obesidad, especialmente entre mujeres y niños. El trabajo de Fundación Recover se centra en la desnutrición crónica y aguda.

- La desnutrición infantil crónica o retraso del crecimiento se mide por una baja relación estatura/edad y afecta al 29% de los niños menores de 5 años.

5. <https://www.banquemondiale.org/fr/country/cameroon/over> consulté le 06/02/2024 à 14 :22

6. Programa Mundial de Alimentos, Consejo de administración, Plan estratégico para Camerún (2022-2026)

El retraso en el crecimiento dificulta el desarrollo cognitivo de los niños pequeños, reduciendo su capacidad de aprendizaje en etapas posteriores de su vida. Los efectos del retraso del crecimiento son irreversibles.⁷

- La desnutrición infantil aguda se mide por una baja relación peso/talla y afecta al 57% de los niños menores de 5 años.

En Camerún, 4 regiones están (principalmente) afectadas por la desnutrición infantil grave: el Norte, el Extremo Norte, Adamaoua y el Este. El Este sigue siendo la región más afectada, con un 32% estimado⁸. Las zonas rurales están más afectadas que las urbanas. Cuanto más pobre, mayor es el nivel de desnutrición⁹. Además de estas regiones, el Sur tiene una alta tasa de desnutrición aguda entre los menores de 5 años.

Las causas son la falta de alimentos, las enfermedades y, en algunos casos (sobre todo en el este), la no diversificación de la dieta. Refiriéndose a Ndélé, localidad situada a más de 230 kilómetros de Bertoua (en la región Este), Ngao Nguio Xavier, agente de salud comunitario, explica: “Comemos cuscús por la mañana, al mediodía y por la noche, sin preparar buenas salsas. Y se come lo mismo así durante 3 o 4 días antes de encontrar otra cosa”. En la localidad, las comidas no son variadas, y las consecuencias son desastrosas para la salud de los niños menores de 5 años¹⁰.

1.1 las políticas de Camerún sobre la desnutrición infantil

Ante esta situación, el gobierno camerunés, en el marco de su estrategia de lucha contra la desnutrición, ha elaborado un documento de política nacional de alimentación y nutrición y un protocolo de gestión de la desnutrición aguda.

a) Un documento de política nacional de alimentación y de nutrición 2015-2035

El objetivo de este documento es mejorar la situación alimentaria y nutricional de la población. Esta política se basa en varios pilares, entre ellos:

- Lucha contra la desnutrición y las carencias de micronutrientes.
- Prevenir y tratar las enfermedades de los niños y las mujeres embarazadas y lactantes. Las enfermedades infecciosas son predominantes y contribuyen a mantener o agravar la desnutrición.
- La seguridad alimentaria de los hogares y la inocuidad de los alimentos, etc.

7. Unicef, Africa_Brochure_2013_Fr_158.pdf

8. <https://fr.africanews.com/2022/05/02/cameroun-varier-l-alimentation-pour-lutter-contre-la-malnutrition/>

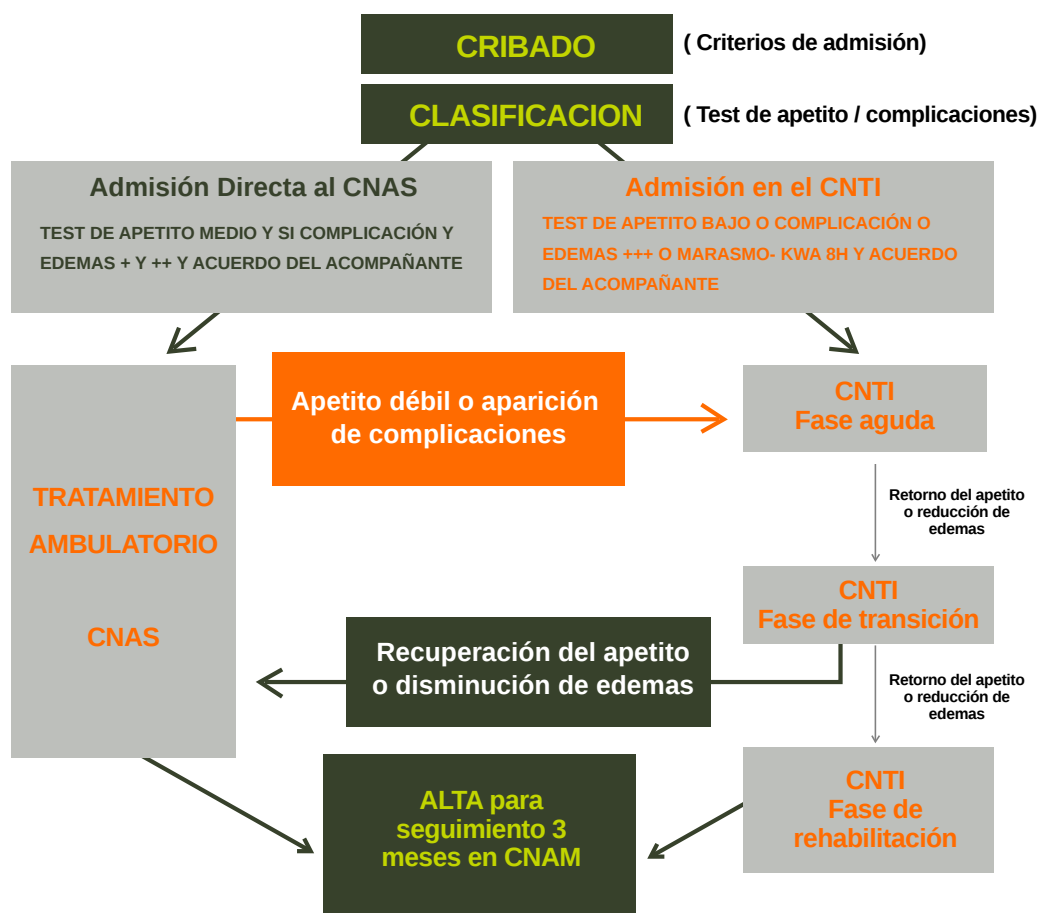
9. https://www.ipcinfo.org/fileadmin/user_upload/wa_workshop/ECAfrica-caadp/travail_du_groupe_Cameroon.pdf

10. idem

b) El PCIMA o protocolo de gestión de la desnutrición aguda

- La desnutrición infantil aguda es la causa del 38% de las muertes de niños menores de 5 años en Camerún.
- El nuevo Protocolo de Atención Integrada para la Desnutrición Aguda (*PCIMA por sus siglas en francés*) se basa en los siguientes principios básicos:
 - Implicación de la comunidad en la sensibilización, prevención, detección precoz, derivación y seguimiento de los casos de desnutrición;
 - Descentralización de los puntos de contacto entre los pacientes y los centros sanitarios, facilitando el tratamiento y el seguimiento para mejorar la cobertura;
- Utilización de alimentos listos para el consumo (ATPE, Alimento Terapéutico Listo para el Empleo y ASPE, Alimento Complementario Listo para el Empleo) para facilitar el tratamiento ambulatorio;
- Integración del PCIMA en las actividades rutinarias de los centros sanitarios.

SINTESIS DEL RECORRIDO PCIMA



Fuente: Protocolo Nacional de Atención Sanitaria integrada de la desnutrición aguda - Revisión 2017

También participan los socios de Camerún, sobre todo UNICEF, ONG y organismos de la ONU.



02. Fundación Recover y sus estrategias relativas de la desnutrición infantil en África

Una estrategia es un “conjunto de acciones coordinadas, operaciones hábiles y maniobras destinadas a alcanzar un objetivo específico¹¹”. Su finalidad es alcanzar el objetivo u objetivos fijados por la política (la idea general) haciendo el mejor uso posible de los recursos disponibles¹². Fundación Recover tiene una gran experiencia en el campo de la desnutrición, tanto en el África subsahariana como en otros lugares. Algunos ejemplos son la creación de una unidad de nutrición en Chad, el apoyo a campañas de nutrición infantil en Costa de Marfil y la financiación del trabajo de clínicas móviles de nutrición en Haití.

Basándose en esta experiencia previa y de acuerdo con su naturaleza, Fundación Recover ha elaborado un programa de acciones para luchar contra la desnutrición.

A diferencia de las ONG humanitarias, que actúan principalmente en zonas de crisis y situaciones de emergencia, Fundación Recover se concibe a sí misma como una organización de cooperación al desarrollo centrada principalmente en la salud y el ámbito médico. Como tal, ha desarrollado un programa para abordar la desnutrición infantil llamado *NUTRI-m*, gestionado por los hospitales y centros de salud de su red.

2.1 Implantación del programa “NUTRI-m” en los centros de salud y hospitales de la red de Fundación Recover

El programa de desnutrición “NUTRI-m” desarrollado por la Fundación Recover se ha implantado en hospitales y centros de salud. Varias razones han justificado este enfoque.

a) La elección de hospitales y centros de salud

Los hospitales y centros de salud que acogen el proyecto *NUTRI-m* se eligen en función de varios criterios: experiencia previa con Fundación Recover, a través del programa de telemedicina, centros que trabajan con la organización y que tienen casos de desnutrición en su área de salud; centros reconocidos como centros para la gestión de la desnutrición; o centros con potencial que pueden acoger el proyecto según los criterios de la Fundación Recover.

11. André Beaufre, introduction à la stratégie, Pluriel, 1963, 188 p. (ISBN 978-2818502990)

12. André Beaufre, introduction à la stratégie, Pluriel, 1963, 188 p. (ISBN 978-2818502990), p. 34-35

Los centros que acogen el proyecto a través de la telemedicina son principalmente centros de salud y hospitales de Camerún:

- Hospital protestante de Njissé en Foumban (Región del Oeste-Camerún)
- Hospital protestante de Baigom en Noun (Región del Oeste-Camerún)
- Hospital protestante de Bafoussam (Región del Oeste-Camerún)
- El centro de salud medicalizado católico de Sento (municipio de Bandjoun- Región del Oeste-Camerún)
- El dispensario adventista Vida y Salud en Yaoundé (Región del Centro- Camerún)
- Hospital Saint Rosaire de Mbalmayo (Región Centro-Camerún)
- El centro de salud católico Sainte Thérèse de l'Enfant Jésus de Dimako comuna de Dimako (Región del Este-Camerún)
- El centro de salud católico Saint François d'Assise de Tigaza en Bertoua (Región del Este-Camerún)

Hay otros 3 centros que acogen el proyecto NUTRI-*m*, entre ellos el Centro de Salud María Soledad de Bamenda, en la región Noroeste de Camerún, y los centros de salud de Saint Laurent y Tomboukro, en Costa de Marfil. Tienen muchos casos de desnutrición en sus zonas de salud, y son centros de tratamiento (Saint Laurent).

Lo que destaca es que:

- 1- Son hospitales y centros de salud gestionados por religiosos donde el coste de una consulta es de 2 a 5 veces menor que en otros centros de salud.
- 2- La mayoría de los pacientes son personas vulnerables o en situación precaria a las que los religiosos suelen ayudar en situaciones cotidianas como comer.

b) El motivo de la gestión del programa por los hospitales y centros de salud

Los centros de salud y los hospitales fueron elegidos para gestionar el programa de desnutrición por varias razones:

- La disponibilidad de profesionales sanitarios y la facilidad para gestionar casos agudos y crónicos complicados.

El personal médico es estable y atiende a los pacientes de forma permanente. Los niños que sufren desnutrición aguda son hospitalizados y se les realizan pruebas: prueba del apetito, hemograma¹³, o recuento sanguíneo (NFS), PCR¹⁴ (proteína C reactiva). Una vez realizadas estas pruebas, se procede directamente al tratamiento médico.

- Los casos complicados pueden ser seguidos por pediatras españoles.

13. Prueba biológica utilizada para contar los diferentes elementos de la sangre (plaquetas, glóbulos rojos, diferentes categorías de glóbulos blancos).

14 La prueba estándar se utiliza para evaluar el estado inflamatorio de un individuo.

Los casos complicados de desnutrición, además de ser tratados por el personal médico local, se ponen en la plataforma de Telemedicina Sparkspace para obtener la opinión de pediatras y otros especialistas de la plataforma.

- Posibilidad de movilizar a los trabajadores sanitarios de la comunidad durante las estrategias avanzadas (visitas a comunidades y pueblos).

Gracias a los agentes de salud comunitarios con los que trabajan, los centros de salud y los hospitales pueden visitar las comunidades más aisladas, que, a menudo, son también las más vulnerables, para registrar y controlar a los niños y niñas. Fuera de los centros urbanos que acogen los proyectos, se registraron niños en 17 aldeas, 14 en el Oeste y 3 en el Centro.

Hasta la fecha, hemos integrado en el proyecto 11 hospitales y centros de salud, 9 de ellos en Camerún y 2 en Costa de Marfil.

2.2. Las visitas a las aldeas y comunidades

Para llegar al mayor número posible de niños y niñas, Fundación Recover ha desarrollado estrategias avanzadas que implican la visita del personal médico que participa en el programa NUTRI-*m* a las aldeas y comunidades. Esta visita va precedida de una campaña de sensibilización llevada a cabo por el agente de salud de la comunidad, el responsable del centro de salud local (si la aldea dispone de uno) y los líderes de la comunidad, que son los jefes de la aldea, el imán, el párroco o el cura. Tras esta labor de sensibilización, se fija una fecha y se elige el lugar de reunión. El día de la visita, los padres se trasladan con sus hijos y acuden al lugar de la reunión. El equipo NUTRI-*m* llega con todo lo necesario (material, medicamentos, latas de leche, harina enriquecida, etc.) para registrar y atender a los niños. Los casos agudos se tratan inmediatamente en el centro de salud local. Los casos crónicos también son tratados por el equipo de NUTRI-*m*. Para hacer un seguimiento de estos niños, el equipo concierta citas grupales mensuales o quincenales, es decir, el equipo NUTRI-*m* visitará la misma aldea una vez al mes o cada dos meses para evaluar la evolución de los niños inscritos en el programa a lo largo del año. Tampoco se deja de lado a los padres, ya que se realiza la misma labor para animarlos a enriquecer la dieta de sus hijos y adoptar buenas prácticas a través de los talleres.

Es importante recordar que estas personas son vulnerables y carecen desesperadamente de recursos. Les resulta muy difícil pagar el transporte a la ciudad para ver a un médico. Además, en estas zonas remotas hay muchos médicos tradicionales que son el primer recurso de las familias cuyos hijos sufren retraso del crecimiento. Las creencias locales consideran el retraso del crecimiento un fenómeno místico, parecido a la brujería. El trabajo en estas comunidades es por tanto difícil, ya que no sólo hay que tratar a los niños, sino también acabar con las percepciones sociales y los prejuicios que rodean a la desnutrición.

2.3. El uso de las TICs en la lucha contra la malnutrición

Como el programa está en línea con la telemedicina, es natural que las TIC se integren en el proyecto de desnutrición. Las principales herramientas son el ordenador y el teléfono.

a) El ordenador

Nutri-*m* está diseñado en torno a un programa informático que, a partir de los datos recogidos por los profesionales sanitarios, deduce el estado nutricional del niño. Se basa en indicadores definidos por la Organización Mundial de la Salud. Los parámetros deben introducirse en el programa informático. Son los siguientes:

- Datos antropométricos: peso, talla, perímetro braquial, etc.
- Datos dietéticos
- Historial clínico

Estos parámetros deben ser tomados con precisión por el personal médico e introducidos en el programa, que proporcionará entonces el estado nutricional del niño y su código. Además, al final del registro, el sistema genera una ficha que contiene toda la información sobre el niño, junto con la fecha de la próxima cita y las recomendaciones relativas a su estado nutricional.

El programa está diseñado para definir tres tipos de perfil en función de la información recibida, como se muestra en la tabla siguiente:

NORMAL	Niños con parametros NORMALES		
MALNUTRICION CRONICA	Moderada	Niños con una talla < 2DS Z-Score (ver cuadros) pero con una relacion peso/ talla normal	
	Grave		
MALNUTRICION AGUDA	Moderada	Niños una relacion peso/ talla normal < 2DS Z-Score o IMC < -2 Z-score (ver cuadro). Deben ser hospitalizados o acudir al hospital todos los días	
	Grave		

b) El teléfono móvil

Cuando los niños se registran en el programa informático, se les piden números de teléfono funcionales. A partir de estos números de teléfono móvil, el sistema generará automáticamente mensajes SMS (incluyendo el nombre de su hospital o centro de salud) que se enviarán a las personas que acompañen a los niños. Hay tres tipos de SMS:

- recordatorios de citas hospitalarias
- Sensibilización sobre las normas de higiene infantil, y
- Sensibilización sobre la necesidad de diversificar la dieta de los niños.

Ejemplo de SMS recordatorio de cita





← HOPITAL
www.hopital.org
traitement ou vitamines
gratuitement. Code
XC2CE5D

BAIGOM. Cher parent,
venez avec votre enfant
le 19/01/23 à l'hôpital
pour recevoir son
traitement ou vitamines
gratuitement. Code
XC2CE5D

samedi 21 Jan 11h - 12h06

N'oubliez pas de nourrir
ton enfant avec les
farines nutritionnelles
ou ceux que tu prepares.
Ajoute une de ni-banane
pour la rendre sucrée. Il
l'aimera!

Vous ne pouvez pas répondre à ce message.
Vous ne pouvez pas répondre à ce message.

03. Enfoque de Fundación Recover en la lucha contra la desnutrición

En la lucha contra la desnutrición infantil en Camerún y en Costa de Marfil, la Fundación Recover ha desarrollado un enfoque sanitario.

El enfoque sanitario es un planteamiento participativo centrado en la atención integral de los niños desnutridos y la capacitación de las familias.

3.1. La gestión integral y el refuerzo nutricional

a) La gestión integral de la infancia

La gestión integral de los pacientes forma parte integrante del planteamiento de la Fundación Recover, porque el personal sanitario acompaña al enfermo hasta que se recupera. Cuando un niño o una niña presenta un riesgo de desnutrición aguda o crónica, se le trata por el equipo del hospital según el protocolo y las necesidades del niño o la niña. Se realizan exámenes complementarios, seguidos de una gestión terapéutica. Aunque se diagnostique desnutrición como dolencia principal, suele ir acompañada de otras infecciones como: IRA (Infecciones Respiratorias Agudas), paludismo, parásitos intestinales, anemia, diarrea con deshidratación, faringitis, gastroenteritis, infecciones fúngicas orales y cutáneas, etc. Además de tratar la desnutrición, también es importante tratar estas infecciones para el bienestar del niño.

Los niños y niñas que se hospitalizan en el marco del proyecto NUTRI-*m* no serán dados de alta hasta que su estado haya cambiado. La preocupación de la Fundación Recover es que los niños y niñas que presentan un estado “normal” continúen en este estado, así como que dejen de presentarse casos de estados de desnutrición crónica y aguda.



b) El refuerzo nutricional

Para acompañar el tratamiento, proporcionamos a los niños suplementos nutricionales como leche fortificante rica en calorías, papillas enriquecidas, hierro y vitaminas. Las papillas enriquecidas se dan a todos los niños presentes. La vitamina A se administra a todos los niños inscritos en el programa, independientemente de su estado nutricional (normal, agudo, crónico), según el calendario de citas de cada niño.

Se distribuye leche hipercalórica a los niños con desnutrición crónica a razón de 3 latas de leche por niño, repartidas en 3 citas.

En función de la situación del niño y en cumplimiento de los protocolos de ANJE (*Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, por sus siglas en francés*) y PCIMA (*Protocolo de Atención Integrada a la Desnutrición Aguda, por sus siglas en francés*), el personal médico del centro de salud preparará y administrará las fórmulas F75 y F100.

3.2. La capacitación de las partes interesadas

La capacitación, entendida en el sentido de empoderamiento, es decir, el desarrollo de capacidades, es la capacitación de los individuos para tomar las riendas de su propio destino económico, profesional y social, o el proceso que permite que esto ocurra.

a) El método

Como parte de nuestro proyecto, estamos capacitando a las familias en la lucha contra la desnutrición mediante talleres de formación para padres y cuidadores de los niños incluidos en el programa. Estos talleres están dirigidos por médicos, matronas y nutricionistas.

Con este enfoque, capacitamos a los padres para:

- detectar los signos de desnutrición en una fase temprana (gracias, en particular, a las pulseras de circunferencia media del brazo MUACS (*Mid-Upper Arm Circumference*) que se les distribuyen.
- enriquecer la dieta de los niños y las niñas utilizando productos locales
- combatir la inseguridad alimentaria fomentando el uso de productos locales en la dieta de los niños.

El desarrollo de capacidades también tiene un componente educativo, que adopta la forma de recomendaciones que damos a los padres durante las visitas o que enviamos por mensaje de texto. El objetivo es animarlos a adoptar y mantener buenas prácticas.

Dependiendo de la política de formación sanitaria¹⁵, también podemos incluir o no un taller sobre planificación familiar.

15. Algunas formaciones sanitarias « pro-life » (pro-vida) no están a favor de los métodos científicos de planificación familiar



Ejemplo de un taller sobre la composición de una papilla enriquecida

Las papillas enriquecidas son papillas elaboradas con harina y alimentos locales, pero con todos los valores nutricionales esenciales para el crecimiento y el desarrollo del niño o la niña. Las papillas enriquecidas tienen distintas calificaciones, de cuatro o cinco estrellas (según UNICEF), según el país.

ESTRELLAS	COMPONENTES	ALIMENTOS	GRUPO NUTRICIONAL	PORCENTAJE
1ª estrella 	Cereales, granos y tubérculos	(Maíz, Mijo, Yuca, Batata, Arroz; Macabo, Plátano macho	Glúcidos	60%
2ª estrella 	Las leguminosas y nueces	Cacahuete s soja, pistacho, judías, sésamo etc.	Proteínas vegetales	28%
3ª estrella 	Alimentos de origen animal	Huevos pescado pollo ternera etc.	Proteínas animales	10%
4ª estrella 	Frutas y verduras	Limón naranja, plátano; zanahorias ; judías verdes; hojas de mandioca	Vitaminas/Minerales /	1%
5ª estrella 	ACEITES Y GRASAS	Aceite vegetal	Lípidos	1%

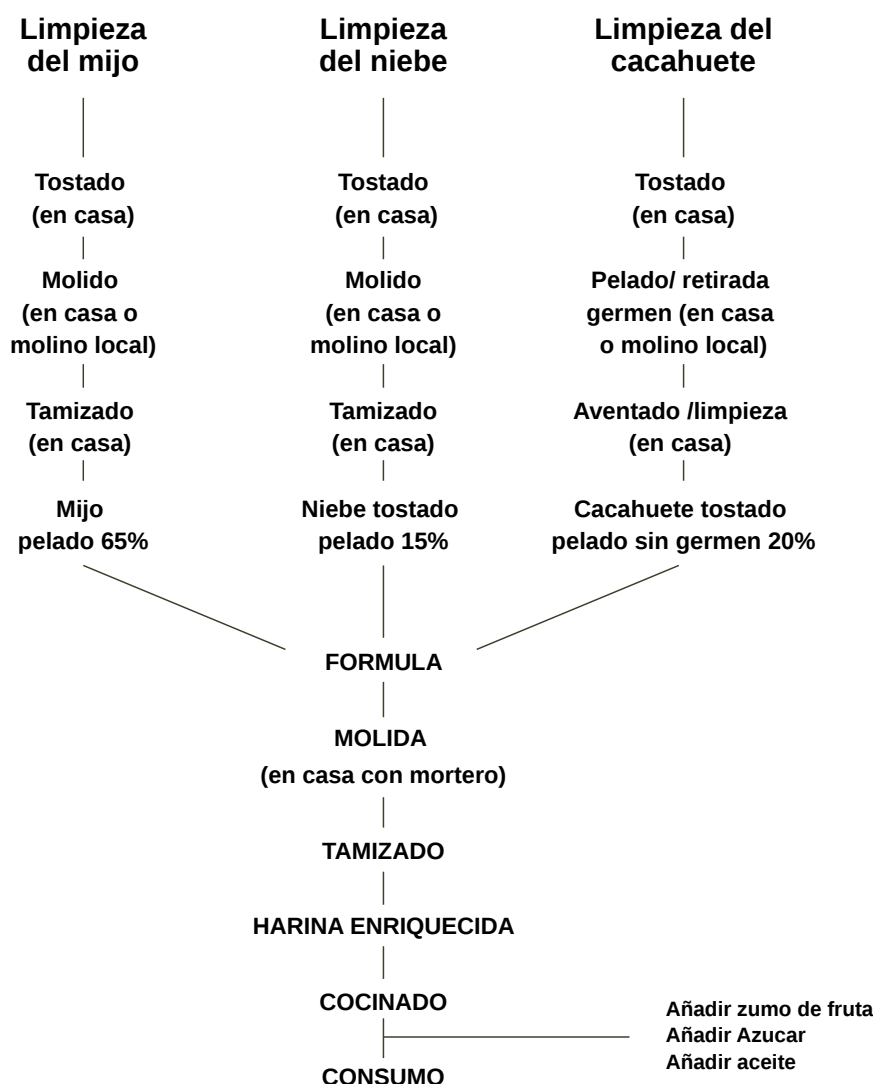
La composición de una papilla enriquecida de 5 estrellas consistirá en tomar un elemento de cada estrella, respetando las cantidades que pueden variar en función de la composición.

En general, una papilla enriquecida¹⁶ contiene:

- Un alimento básico: es el ingrediente principal, preferentemente un cereal,
- Un complemento rico en proteínas: de origen animal (leche) o vegetal (caupí, véase el esquema más abajo es decir SOJA),
- Una fuente de energía: grasas (cacahuetes, aceite, etc.),
- Un complemento vitamínico y mineral en forma industrial o natural (después de cocinar las papillas, añadir zumo de frutas: mango, naranja, limón, tomate, etc.).

16. <http://acdevcm.free.fr/nut/bouiile.html#haut>

PROCESO DE FABRICACION

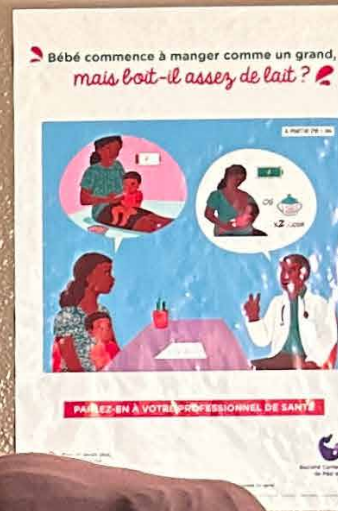


Ejemplo Niébé (soja) Fuente/internet: <http://acdevcm.free.fr/nut/bouille.html#haut>

b) Herramientas

Las herramientas puestas a disposición de las partes interesadas son principalmente brazaletes MUAC y hojas de recomendaciones. Todos los años distribuimos pulseras a los padres para que ellos mismos puedan detectar rápidamente los signos de desnutrición y llevar a su hijo a un centro sanitario. Estos brazaletes son donados por el Ministerio de Sanidad, que forma al personal de los centros NUTRI-m.

Las recomendaciones recibidas por SMS también se les entregan en forma de tarjeta para que puedan seguirlas en casa de forma permanente. Estas recomendaciones son diseñadas por pediatras para todos los niños, en función de su estado nutricional.



04. Resultados obtenidos

El programa NUTRI-*m* comenzó con una fase piloto en 2021 y en abril de 2024 había registrado un total de 3.726 niños.

En la fase de cribado infantil (es decir, la primera cita), NUTRI-*m* detectó esta situación nutricional en la población inscrita:

ENFANTS ENREGISTRÉS EN NUTRI-*m* AU 30 AVRIL 2024
TOTAL ENFANTS: 3.726

PAYS	REGION	HOPITAL/CENTRE DE SANTE	PHASE 1 (2021- 2022)	PHASE 2 (2022- 2023)	PHASE 3 (2023- 2024)	NUTRITION NORMALE	MALNUTRITION CHRONIQUE	MALNUTRITION AIGUË	TOTAL ENFANTS	TOTAL MALNUTRITION	% MALNUTRITION
Cameroun	Nord Ouest	CS Ste. Marie Solédad de Bamenda	-	338	-	267	39	32	338	71	21%
	Est	CS de Dimako	-	-	103	29	48	26	103	74	72%
		CS St. François d'Assise de Tigaza	-	76	80	94	22	40	156	62	40%
	Ouest	CS Médicalisé de Semto	-	-	64	46	13	5	64	18	28%
		H protestant de Bafoussam	-	-	265	147	103	15	265	118	45%
		H protestant de Baïgom	360	332	18	345	319	46	710	365	51%
		H protestant de Njissé	-	408	245	492	109	52	653	161	25%
	Centre	CS Vie et Santé	-	-	269	142	84	43	269	127	47%
		H St. Rosaire de Mbalmayo	330	-	382	465	188	59	712	247	35%
Côte d'Ivoire	Sud	CM Social St. Laurent	-	-	305	215	58	32	305	90	30%
	Centre	CM Social Walé Toumbokro	-	-	151	80	47	24	151	71	47%
pays	5 régions	11 centres	690	1.154	1.882	2.322 62%	1.030 28%	374 10%	3.726	1.404	40%

Según los resultados, la fase piloto del proyecto, que abarcó dos regiones, llegó a 690 menores, en una segunda fase se llegó a dos nuevas regiones de Camerún, alcanzando a 1.154 menores, y en una tercera, se llegó a un nuevo país, Costa de Marfil, alcanzando a 1.882 menores. Un total de 3.726 niños de entre 6 y 59 meses de 11 centros de salud se beneficiaron del proyecto NUTRI-*m*, el 62% de ellos en un estado nutricional estable y el 38%, afectados por la desnutrición (10% con desnutrición aguda y 28% con desnutrición crónica).

Las estadísticas del programa han permitido detectar las regiones más afectadas por la malnutrición de una forma llamativa. En la región Este, se ha encontrado la cifra alarmante del 56% de niños con desnutrición, de media. En las aldeas de los alrededores de Bafoussam y de Baïgom, se ha encontrado un 48% de menores con desnutrición. Así también, en la capital de Camerún, en medio de poblaciones desplazadas de Chad y de la República Centroafricana, se ha hallado un 47% de menores con desnutrición. Estas cifras superan las estadísticas que se conocen en el país, así como en datos de UNICEF, que refieren un 32% y 36% de desnutrición.

Los resultados de la intervención de Fundación Recover sobre aquellos que acudieron al menos una vez a revisión tras el registro, son los siguientes:

- El 55% de los niños y niñas que sufren desnutrición aguda han mejorado su salud (es decir, 1 de cada 2 niños se ha recuperado).

05. Dificultades encontradas

Hemos encontrado muchas dificultades en la aplicación y el seguimiento del proyecto NUTRI-m, relacionadas con las percepciones y prejuicios sociales, la pobreza, el analfabetismo y el peso de la tradición.

Las percepciones y prejuicios sociales

En muchas localidades, la malnutrición se percibe como:

- Un fenómeno de “vergüenza”, de pobreza: “como eres pobre, eres incapaz de alimentar bien a tu hijo”.

Muchos padres no participan en el programa porque no quieren “mostrar su pobreza”.

- Una consecuencia de las fuerzas ocultas: “se dice que el retraso del crecimiento y la desnutrición son obra de brujerías y maldiciones”.

La pobreza

Familias extremadamente pobres y numerosas. La pobreza es un obstáculo clave para el despliegue del proyecto. Muchas familias no pueden pagar el transporte hasta un centro sanitario, que cuesta entre 500 y 2000 francos CFA. Además, el número de niños por madre es tan elevado que el seguimiento de los niños inscritos en el programa resulta complicado, cuando no imposible. “El principal alimento de muchos niños en casa es el pan, así que cuando un niño o niña del programa recibe una lata de leche, sirve de comida para todos los demás niños de la familia¹⁷”.

El analfabetismo de las mujeres y el peso de la tradición

Muchas mujeres no saben leer ni escribir. Una de las explicaciones es que, en algunas de estas comunidades, la escolarización es un derecho del que disfrutaban exclusivamente los varones. En consecuencia, hablar con ellas es difícil y requiere la presencia de un intérprete (muy a menudo un agente de salud comunitario).

A esto se añade el hecho de que en algunos hogares son los maridos quienes poseen el teléfono móvil familiar, lo que dificulta que las madres acudan a las citas hospitalarias y lean las recomendaciones que enviamos por mensaje de texto.

Para resolver estos problemas, trabajamos con agentes de salud comunitarios, que a veces también son intérpretes, y también intentamos implicar a los hombres para que transmitan los mensajes de texto a las madres y asuman que el cuidado de sus hijos ha de ser una responsabilidad compartida.

17. Sœur Mary, programme NUTRI-m Hôpital Saint Rosaire de Mbalmayo

El caso específico de la comunidad Mbororo del Este y Oeste

Los Mbororo¹⁸ son una comunidad predominantemente Peul. Como población nómada, son grandes ganaderos y buscan constantemente nuevos pastos para sus rebaños. Originarios del norte de Camerún, también están presentes en las regiones oeste, este y noroeste y en las zonas fronterizas con Nigeria, Chad y la República Centroafricana.

La comunidad Mbororo es una de las incluidas en el proyecto NUTRI-*m*. Es una comunidad en la que hay muchos casos de desnutrición. Aquí, las madres empiezan a dar a sus hijos diversos alimentos combinados con leche de vaca a una edad muy temprana. Un gran número de niños y niñas sufren retraso del crecimiento.

Al mismo tiempo, el seguimiento es complicado: “Las madres Mbororo no conocen su edad, no disponen de todos los teléfonos, sólo hablan su propia lengua y no cooperan con los tratamientos¹⁹ que les proponemos”. Incluso cuando un niño es hospitalizado, “las madres Mbororo añaden polvos y decocciones tradicionales al tratamiento que se le administra”. Aquí las mujeres son muy sumisas, y sólo pueden recibir a “extraños” si sus maridos les han dado permiso para ello. Por eso, cuando llega la estación seca y los hombres se marchan en busca de pastos para su ganado, es muy difícil ver a las madres.

También son muy desconfiadas: “una madre debe ver primero cómo ha funcionado el tratamiento en el hijo de su vecina, y sólo entonces llevará a su propio hijo al hospital²⁰”.

Por último, “me gustaría añadir que estas madres no saben cuándo un niño está inconsciente; generalmente, cuando un niño está inconsciente, piensan que está muerto. Se trata de una comunidad en la que los partos son precoces, así que tenemos que ayudarles con los cuidados nutricionales de sus hijos, pero es difícil porque los Mbororos son cerrados y poco abiertos. Es cierto que algunos vienen a nuestros centros de salud, pero la mayoría de las veces tenemos que ir a verlos siempre que sea posible”²¹.



Niña y niño Mbororo

La combinación de todos estos factores nos ha hecho darnos cuenta de que la desnutrición, un problema de salud pública, es un fenómeno complejo que debe abordarse en conjunción con otros factores que incluyan no solo los condicionantes sanitarios sino también los educativos, culturales, económicos, y sociales, para que sea más eficaz.

18. <https://www.aa.com.tr/fr/afrique/cameroun-les-mbororo-entre-nomadisme-et-s%C3%A9dentarit%C3%A9/2642695>

19. Williminina Tatsinkou, punto focal NUTRI-*m* hospital protestante de Njissé (Oeste)

20. Sor Rita, punto focal NUTRI-*m* centro de salud católico de Tigaza (Este)

21. Williminina Tatsinkou, punto focal NUTRI-*m* hospital protestante de Njissé (Oeste)

06. El deseo de hacerlo mejor

La difusión de los trabajos es una acción importante en la medida en que permite no sólo informar a un amplio público de las acciones emprendidas, sino también compartir con otros los resultados de estos trabajos, de ahí la organización de una conferencia-debate sobre la desnutrición infantil en Camerún.

6.1. Organización de la conferencia-debate sobre desnutrición

Con el fin de compartir experiencias, Fundación Recover organizó una conferencia- debate sobre desnutrición el 25 de octubre de 2023 bajo el lema “Hacer frente a la desnutrición infantil reforzando la acción multisectorial” con participantes de diversas administraciones e instituciones con perfiles diferentes y variados. Las distintas instituciones representadas en la conferencia fueron: el Comité Interministerial de Lucha contra la Malnutrición, el Ministerio de Salud Pública, UNICEF, el PMA, la Embajada de España en Camerún y los centros de salud y hospitales que colaboran con la Fundación Recover.

Al final de la reunión, quedó claro que la desnutrición es un fenómeno complejo y polifacético con varias causas ²² :

Causas inmediatas, es decir, a nivel del individuo, caracterizadas por un acceso inadecuado a los alimentos, una higiene deficiente y unos servicios sanitarios insuficientes.

Causas subyacentes, es decir, a nivel familiar, caracterizadas por el acceso limitado de las familias a los recursos y unos conocimientos inadecuados.

Causas profundas, caracterizadas por políticas públicas mal definidas en materia de sanidad, educación, economía y cultura.

22. Intervención de Madame Ngo Sak Céle Patricia sobre « Enfoque multisectorial de la lucha contra la malnutrición en Camerún », persona recurso ST-CILM

6.2. La necesidad de un enfoque multisectorial

La conferencia nos recordó la importancia y la necesidad de tener en cuenta otros aspectos en la lucha contra la desnutrición.

De hecho, al igual que **“hace falta todo un pueblo para criar a un niño”²³**, la lucha contra la desnutrición infantil no debe centrarse exclusivamente en el aspecto sanitario, sino que debe integrar otras dinámicas. Hay que empezar por integrar:

Los primeros 1.000 días y la lactancia materna precoz, y luego añadir el programa WASH (*agua, saneamiento e higiene*) y la educación nutricional. También hay que pensar en ámbitos como los aspectos socioculturales y productivos (la agricultura, ganadería y pesca).

Los 1.000 primeros días

El término “los primeros 1.000 días” es un concepto lanzado oficialmente por UNICEF en 2010. Abarca el período comprendido entre el cuarto mes de embarazo y el segundo cumpleaños del niño. El objetivo no es solo combatir la desnutrición, sino también optimizar la salud general, es decir, la salud física, mental, emocional y cognitiva. Se trata de un periodo crucial para el desarrollo del niño o la niña, y también para consolidar su salud para toda la vida.

Durante cuarenta semanas, o unos nueve meses, en el vientre de su madre, el bebé desarrolla las funciones vitales que necesita para sobrevivir en el “mundo exterior”. Para ello, necesita una alimentación sana y equilibrada por parte de su madre. La falta de ciertos elementos básicos, por ejemplo, a causa de la desnutrición, puede tener graves consecuencias para el desarrollo físico del niño, incluso en etapas posteriores de su vida. El niño corre un mayor riesgo de padecer obesidad, ciertos cánceres, cardiopatías, diabetes... y es más susceptible a enfermedades e infecciones. Su cerebro también desarrolla menos potencial, por lo que adquiere menos habilidades y, en consecuencia, rinde menos en la escuela.

Lactancia materna precoz

Una vez nacido el niño, hay que fomentar la lactancia materna precoz, porque, como señala la doctora Néné, de UNICEF, es la “primera inmunización que recibe el niño”. Poner al recién nacido al pecho durante la primera hora de vida - es esencial para la supervivencia del recién nacido y para el establecimiento de la lactancia materna a largo plazo. Cuando la lactancia materna se retrasa tras el nacimiento, las consecuencias pueden ser mortales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan que los lactantes empiecen a ser amamantados en la primera hora de vida y reciban lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, sin tomar ningún otro alimento o líquido, ni siquiera agua. A partir de los 6 meses, los niños

23. Proverbio africano

deben empezar a consumir alimentos complementarios seguros y adecuados, sin dejar de ser amamantados hasta los 2 años o más.²⁴

Agua, Higiene y Saneamiento

WASH es un término genérico que designa el acceso al agua, el saneamiento y la higiene. El agua limpia es sólo una parte de una estrategia global para lograr un cambio sanitario sostenible en las comunidades rurales y en situaciones de emergencia. Para lograr los mayores beneficios para la salud y eliminar prácticamente las enfermedades transmitidas por el agua, junto al acceso al agua limpia deben introducirse también mejoras en el saneamiento y la higiene.

Las condiciones de acceso al agua, el saneamiento y la higiene afectan a la disponibilidad, el acceso, la estabilidad y el uso de los recursos alimentarios. Del mismo modo, unas condiciones ambientales adecuadas son necesarias para garantizar y mantener una buena salud y unas prácticas de atención adecuadas.

La educación nutricional

La educación nutricional ha de abordarse a muy temprana edad, ya desde las escuelas, para que, en un futuro, las madres y los padres adultos ya estén sensibilizados sobre los riesgos de la malnutrición, y en particular de la desnutrición infantil.

Las creencias socioculturales

La sociología nos permite comprender los prejuicios y creencias de las poblaciones con las que trabajamos. Conocer todo esto nos ayudará a comprenderlas mejor para saber cómo sensibilizarlas sobre las buenas prácticas y cómo acabar con los tabúes y las falsas creencias.

La agricultura, la ganadería y la pesca

La producción primaria es otro de los muchos aspectos que hay que integrar en la lucha contra la desnutrición infantil. La agricultura de subsistencia debería ir orientada a cultivar los alimentos que se necesitan para tener un correcto estado nutricional, debiendo contribuir a diversificar y enriquecer a dieta lo más posible.



24. UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EIBF_2018_FR.pdf

Conclusión

La desnutrición infantil, como hemos señalado antes, es un problema de salud pública que está matando y seguirá matando si permanecemos indiferentes. A pesar de los avances tecnológicos y de la industrialización, algunas personas siguen muriendo de hambre, ya sea porque no tienen suficiente para comer o porque no saben cómo alimentarse correctamente. Por lo tanto, tenemos la responsabilidad en nombre de la humanidad, como se indica en el objetivo 2 de los diecisiete ODS, de “erradicar el hambre, garantizar la seguridad alimentaria, mejorar la nutrición y promover la agricultura sostenible”. Sea cual sea nuestro ámbito de actuación, debemos preocuparnos por la desnutrición, que, como hemos visto, es un fenómeno multicausal, y para erradicarlo necesitamos una acción conjunta en todos los frentes. La tarea es considerable y ardua, y la sinergia de acción es más necesaria que nunca.

La desnutrición empobrece el capital humano y obstaculiza el desarrollo. La obesidad desatendida, el retraso del crecimiento y la emaciación matan independientemente del país o la raza.

Además, como señaló el gobierno de Camerún, la conferencia nos recordó no sólo la importancia, sino también la necesidad de definir un marco multiactor (que incluya a la Administración, a la sociedad civil y al sector privado, así como a organismos internacionales y multilaterales y las agencias de cooperación internacionales) y adoptar un enfoque multisectorial para combatir eficazmente la desnutrición en África subsahariana. Dado que trabajamos en el sector sanitario, tenemos el deber de abordar la desnutrición desde el punto de vista de la salud, pero también integrando los aspectos complementarios como el agua la higiene y el saneamiento, la educación nutricional, la producción de alimentos, y sin olvidar los aspectos socioculturales.

Al gobierno de Camerún, profundamente comprometido en la lucha contra la desnutrición, queremos reiterar nuestras sugerencias de que se promuevan los productos locales, que se redoblen los esfuerzos en las zonas rurales y no sólo en las zonas de crisis o conflicto, que se invierta más en la producción de leche enriquecida con frutos secos locales y que se eduque y conciencie a la población, con especial énfasis en el interior, sobre la importancia de la diversificación de la dieta.

Abordar la desnutrición ya es allanar el camino hacia un mundo en el que podamos garantizar la paz y la seguridad, la buena salud y el bienestar de todos nuestros pueblos. Luchar contra la desnutrición es demostrar que las personas siguen estando en el centro de todas las acciones. Luchar contra la desnutrición es una expresión de nuestra humanidad. Abordar la desnutrición infantil supone asegurar un mejor futuro para el conjunto de la sociedad africana. Pero, ¿somos todos conscientes de ello?

Referencias bibliograficas

André Beaufre, introduction à la stratégie, Pluriel, 1963, 188 p. (ISBN 978-2818502990)

Unicef_Who_Capture_The_Moment_Eibf_2018_Fr.Pdf

Unicef, Africa_Brochure_2013_Fr_158.pdf

Documentos especializados

Política Nacional de Alimentación y Nutrición (Politique nationale d'alimentation et de nutrition 2015-2035)

Protocolo Nacional de Asistencia sanitaria integrada de la desnutrición aguda
(Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe-Révision 2017)

Integración del apoyo al ANJE en el marco de la PCMA, Guía del animador
(Intégration du soutien à l'ANJE au sein de la PCMA, Guide de l'animateur, Octobre 2009
ENN, IFE Core Group, IASC)

Programa Mundial de Alimentos, Consejo de Administración, Plan Estratégico para Camerún
(Programme Alimentaire mondiale, Conseil d'administration, Plan stratégique pour le Cameroun (2022-2026))

Sitios internet

<https://www.aa.com.tr/fr/afrique/cameroun-les-mbororo-entre-nomadisme-et-s%C3%A9dentarit%C3%A9-2642695>

<https://fr.wikipedia.org/wiki/S%C3%A9cheresse>

<http://acdevcm.free.fr/nut/bouiile.html#haut>

<https://fr.africanews.com/2022/05/02/cameroun-varier-l-alimentation-pour-lutter-contre-la-malnutrition/>

https://www.ipcinfo.org/fileadmin/user_upload/wa_workshop/ECA-frica-caadp/travail_du_groupe_Cameroon.pdf

<https://www.banquemondiale.org/fr/country/cameroon/over> consulté le 06/02/2024 à 14 :22

