

# India: reducir la desnutrición mediante las alianzas comunitarias

## El reto

Pese a las importantes mejoras registradas en la economía del país, la desnutrición continúa siendo un problema en la India. En 1999, la encuesta nacional de salud familiar reveló que el 47% de los todos los niños y niñas menores de tres años presentaban un peso inferior al normal, lo que significa un promedio de prevalencia mayor que en África subsahariana. Datos procedentes de la encuesta más reciente, practicada en 2006, revelan una disminución muy reducida en los niveles de desnutrición, que continúan siendo cercanos al 45% en el caso de los niños y niñas de menos de tres años; en numerosos estados tales como Madhya Pradesh y Bihar, los niveles de desnutrición han aumentado desde que se practicara la encuesta previa. Algunas de las causas de esta elevada prevalencia son la falta de conocimientos de los cuidadores en lo que se refiere a la alimentación correcta de los lactantes y los niños y niñas de corta edad, a la incidencia de infecciones frecuentes que empeoran debido a la higiene deficiente, a la elevada presión demográfica, a la condición de inferioridad de las mujeres y las niñas, y a una prestación de servicios sociales que se halla por debajo de los niveles óptimos.

Para combatir la malnutrición en los niños y niñas de corta edad, el Gobierno de la India se basa fundamentalmente en el plan integrado para el desarrollo infantil. Dicho plan, iniciado en 1975, consiste en impartir formación en materia de salud y nutrición a las madres que tienen bebés y niños y niñas de corta edad, prestándoles además servicios de alimentación complementaria, de atención sanitaria y prenatal básica, de supervisión y promoción del crecimiento, de educación preescolar no académica, de administración de suplementos de micronutrientes y de inmunización. Estos servicios se dispensan a través de una red de aproximadamente 700.000 trabajadores comunitarios de los “anganwa-

di”. No obstante, factores muy diversos, entre los que se incluyen la falta de preparación y de conocimientos de los trabajadores de los *anganwadi*, la falta de supervisión, y los fallos y vacíos que afectan a las políticas de los programas, como es el caso de la atención –inadecuada– a los niños y niñas muy pequeños, afectan la eficacia de los planes integrados para el desarrollo infantil.

## Estrategia y enfoque

UNICEF colabora con el Gobierno de la India con el fin de aumentar la eficacia de los planes integrados para el desarrollo del niño. Estas son algunas de las intervenciones específicas a la que presta apoyo: el fortalecimiento del sistema de gestión y supervisión; la mejora de los conocimientos y las habilidades de los trabajadores de los *anganwadi* y el aumento del tiempo y los cuidados que dedican los lactantes; el fomento de la participación de la comunidad mediante análisis de la situación conjunta de las aldeas, la designación de voluntarios en el seno de la comunidad, impartiendo formación básica en materia de atención infantil, y el aumento del número de visitas que los voluntarios y los trabajadores de los *anganwadi* realizan a los hogares con el fin de promover el cuidado infantil por parte de los progenitores y de mejorar el alcance de los servicios de salud periféricos.

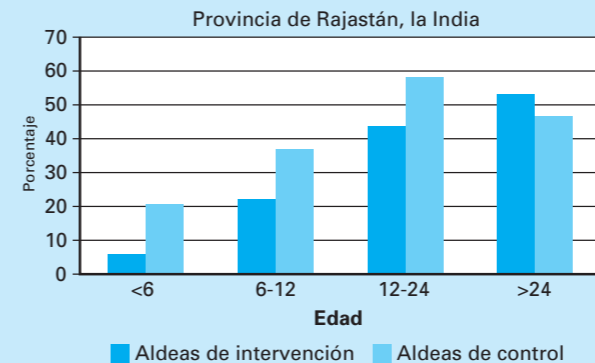
## Resultados

La estrategia descrita anteriormente se implantó en ocho estados, cada uno de los cuales abarca a unas 1.000 aldeas, lo que significa más de un millón de personas por estado. Cuando habían transcurrido unos tres años tras la implantación de las intervenciones, se practicó una evaluación de sus efectos en varios de los estados, empleando unas encuestas realizadas en hogares representativos para comparar las aldeas de intervención con las aldeas de control que presen-

taban una situación económica, social y geográfica similar. Los resultados mostraban que en Rajastán, por ejemplo, el índice de inicio temprano de la lactancia materna era más elevado y la prevalencia del retraso en el crecimiento, considerablemente menor en las aldeas de intervención que en las aldeas de control (véase el gráfico 3.1). En Bengala occidental, los índices de inicio temprano de la lactancia materna (que era de un 76% en las aldeas de intervención frente al 44% en las aldeas de control), de administración de suplementos de vitamina A (del 50% frente al 33%) y los índices de inmunización (del 89% frente al 71% en el caso del sarampión) resultaron más elevados en las aldeas de intervención que en las aldeas de control, y los índices de malnutrición fueron menores (el índice de retraso en el crecimiento era del 27%

Gráfico 3.1

## Prevalencia del retraso en el crecimiento por edad (en meses)



Fuente: Oficina de UNICEF en la India, Informe anual 2006, pág. 47.

frente al 32%). El coste de estas intervenciones adicionales es modesto: entre 150 y 200 dólares por aldea al año, lo que representa entre un 9% y un 10% de los importes que el Gobierno actualmente destina por aldea y año a los planes integrados para el desarrollo del niño.

## Enseñanzas derivadas

Considerando el índice de desnutrición infantil elevado y constante que se registra en la India, es importante demostrar que se pueden introducir cambios de bajo coste en los planes integrados para el desarrollo del niño, que pueden mejorar notablemente la atención sanitaria prestada a los lactantes y a los niños y niñas de corta edad, y que estos cambios pueden producir mejoras importantes en poco tiempo. En la India, aproximadamente el 43% de los niños y niñas menores de cinco años registran un peso inferior al normal, de modo que el éxito de las soluciones de bajo coste a la desnutrición en los estados más prioritarios del país tendrá una repercusión de alcance nacional.

## Retos que persisten

Los gobiernos de los estados en los que se están implantando estas intervenciones han decidido ampliarlas utilizando para ello sus propios recursos. UNICEF continuará colaborando con ellos con el fin de asegurar la calidad adecuada de la ejecución y de abordar los problemas relativos a determinados hábitos que resultan más difíciles de cambiar, tales como la tendencia de los cuidadores a retrasar el inicio de la alimentación complementaria (lo que hacen mucho después de que el niño o niña haya cumplido los seis meses de edad). Si bien el estado nutricional de los niños y niñas de corta edad en los distintos estados relacionados con este proyecto ha mejorado, es evidente que aún queda mucho por hacer en el futuro.

Véanse las referencias, pág. 107.