



Comisión
Europea



DG ECHO Políticas temáticas nº 4

Nutrición

Responder a la
desnutrición en situación
de emergencia

Septiembre 2013

*Ayuda
humanitaria y
protección civil*



Comisión
Europea

DG ECHO - POLÍTICAS TEMÁTICAS

- Nº1:** Asistencia alimentaria : de la ayuda alimentaria a la asistencia alimentaria
- Nº2:** Agua, saneamiento e higiene (WASH) : responder al desafío de necesidades humanitarias en rápido crecimiento
- Nº3:** Transferencias en efectivo y cupones:: aumentar la eficiencia y la eficacia en todos los sectores
- Nº4:** Nutrición : Responder a la desnutrición en situación de emergencia
- Nº5:** Reducción del riesgo de desastres: reforzar la resiliencia gracias a la reducción del riesgo de desastres en la acción humanitaria
- Nº6:** Género : una asistencia adaptada a diferentes necesidades

Tabla de contenidos

Introducción	2
Resumen	3
1 Antecedentes	5
1.1 La magnitud del problema	5
1.2 La desnutrición como una prioridad mundial creciente	6
1.3 La desnutrición en situaciones de crisis humanitaria	8
2 Alcance de la nutrición en situaciones de emergencia	10
2.1 El marco conceptual de la desnutrición	10
2.2 Avances recientes en la gestión de la desnutrición en situaciones de crisis humanitaria	12
2.3 Desafíos clave para la lucha contra la desnutrición en situaciones de emergencia	14
3 Objetivos, prioridades y principios de la asistencia de la comisión en materia de nutrición en situaciones de emergencia	16
3.1 Objetivo general	16
3.2 Objetivos específicos	16
3.3 Prioridades estratégicas	17
3.4 Principios rectores de la asistencia de la Comisión en materia de nutrición en situaciones de emergencia	18
4 Alcance operativo de la asistencia	20
4.1 Criterios de entrada y de salida	21
4.2 Aspectos adicionales necesarios para alcanzar los objetivos de la Comisión	21
5 Respuestas programáticas	26
5.1 Salud y nutrición	27
5.2 Asistencia alimentaria humanitaria y nutrición	33
5.3 Agua, Saneamiento e Higiene (WASH) y nutrición	36
6 Las preocupaciones comunes de los actores humanitarios y de desarrollo	39
6.1 La desnutrición crónica en situaciones de emergencia	39
6.2 VIH/SIDA	40
6.3 Coherencia, coordinación y complementariedad	42
7 Anexos	45
7.1 Acrónimos	45
7.2 Nota sobre la terminología técnica	46
7.3 Políticas y directrices que apoyan el presente documento de trabajo de los servicios de la Comisión	48

Nota sobre la terminología

Una **crisis humanitaria** es un acontecimiento o una serie de acontecimientos que suponen una grave amenaza para la salud, la seguridad o el bienestar de una comunidad u otros grandes colectivos de personas. Una crisis humanitaria puede tener causas naturales o venir provocada por el ser humano, evolucionar rápida o lentamente y ser de corta o larga duración.

El término **desnutrición** abarca situaciones a corto plazo (agudas) o a largo plazo (crónicas), e incluye varias condiciones fisiológicas que frecuentemente coexisten: i) emaciación (peso insuficiente en relación con la altura) y edema nutricional (forma de desnutrición aguda severa); ii) retraso en el crecimiento (altura insuficiente en relación con la edad, considerado como un indicador de desnutrición crónica), iii) limitación del crecimiento intrauterino que se traduce en un bajo peso al nacer, y iv) deficiencias de micronutrientes esenciales. Las causas de la desnutrición son múltiples y específicas de cada contexto.

El término **malnutrición**, en su sentido estricto, alude a cualquier forma de trastorno fisiológico causado por el uso que el organismo hace de los nutrientes; es decir, tanto la sobrealimentación como la desnutrición. Sin embargo en el pasado se ha utilizado indistintamente como sinónimo de la desnutrición, lo que explica el motivo por el que ciertos acrónimos comúnmente utilizados emplean el término “malnutrición” en lugar del más correcto “desnutrición” (como CMAM, para la gestión comunitaria de la malnutrición aguda; MAG, para la Malnutrición Aguda Global; MAM, para la Malnutrición Aguda Moderada y MAS, para la Malnutrición Aguda Severa).

(Véase en el anexo A un glosario que proporciona una descripción más completa de todos los términos técnicos utilizados en el presente documento.)

Introducción

De acuerdo con la orientación establecida por el Consenso Europeo sobre Ayuda Humanitaria y con el fin de promover buenas prácticas en la prestación de asistencia humanitaria en materia de nutrición en situaciones de emergencia, este Documento de Trabajo de los Servicios (DTS) de la Comisión tiene la finalidad de complementar la Comunicación de la Comisión “La mejora de la nutrición materno-infantil en la ayuda exterior: un marco estratégico de la UE”¹ para incrementar la eficacia y la eficiencia de la ayuda humanitaria. En concreto, el presente documento tiene por objeto:

- Clarificar los objetivos, las prioridades y los principios de asistencia humanitaria de la Comisión en materia de nutrición con respecto a las poblaciones que se enfrentan a crisis humanitarias;
- Identificar los temas y los enfoques que mejoran la eficacia de la asistencia humanitaria en materia de nutrición en crisis humanitarias, siempre que se destaquen los vínculos necesarios con un apoyo a largo plazo;
- Contribuir a la elaboración de un marco estratégico de la UE sobre la desnutrición en los países en desarrollo.

El alcance de este documento incluye el apoyo ya proporcionado por la Comisión para mejorar los resultados de su ayuda humanitaria en materia de nutrición. Por lo tanto, abarca los múltiples sectores que, de forma conjunta, contribuyen a evitar un impacto negativo en la nutrición en situaciones de crisis humanitaria, entre las que cabe destacar las respuestas en materia de salud, asistencia alimentaria humanitaria y agua, saneamiento e higiene.

Este DTS constituye un avance significativo en el proceso de elaboración de directrices para la ayuda humanitaria de la Comisión en el ámbito de la nutrición. Asimismo, supone un paso más hacia la definición de una perspectiva común sobre los principios y prioridades que apoyan la integración de los objetivos de nutrición a través de todos los sectores de la ayuda humanitaria. Con esta finalidad, el presente documento de trabajo explora: los temas y las tendencias que deben tenerse en cuenta (sección 1); el marco conceptual y los desafíos clave (sección 2); los objetivos, las prioridades y los principios rectores de la asistencia humanitaria en materia de nutrición (sección 3); el alcance operativo de la asistencia, con especial atención a los criterios de entrada y salida (sección 4); las respuestas programáticas (sección 5), y las preocupaciones comunes (sección 6). El DTS recoge también las experiencias relevantes en materia de ayuda humanitaria especializada en nutrición, sector que experimenta una rápida evolución. Dichas experiencias se presentan como estudios de caso operativos a lo largo de todo el trabajo, con el fin de ofrecer al lector un valioso conocimiento técnico en temas de programación, ejecución y coordinación.

¹ - *La mejora de la nutrición materno-infantil en la ayuda exterior: un marco estratégico de la UE*, COM (2013) 141, Marzo 2013.

Resumen

Más de un tercio de las muertes de los niños menores de cinco años es atribuible a la desnutrición en todo el mundo.

Aproximadamente 52 millones (8%) de los niños menores de cinco años presentan un retraso en el crecimiento. El 70% de ellos viven en Asia.²

La desnutrición infantil hace que los niños sean más susceptibles a las enfermedades e impide el desarrollo adecuado del cerebro. Los daños irreversibles causados por la desnutrición de las personas tienen consecuencias indirectas en términos de pérdida de productividad nacional y de crecimiento económico.

La desnutrición constituye una prioridad mundial creciente. En 2008, la serie de *The Lancet* sobre la desnutrición materno-infantil jugó un papel crucial en lo referente a sensibilización internacional en materia de desnutrición en los países en desarrollo. Cada año, la Comisión Europea destina más de 100 millones de euros a acciones de ayuda humanitaria que se asocian, de forma explícita, a los objetivos específicos de nutrición. La asignación a las intervenciones de nutrición en la ayuda humanitaria de la Comisión se ha duplicado entre 2008 y 2011.

La desnutrición y las muertes relacionadas con la desnutrición son, en gran parte, prevenibles. Las intervenciones nutricionales clave de gran repercusión han sido claramente identificadas. Sin embargo, el compromiso, las capacidades y los recursos destinados a ampliar las intervenciones con el fin de hacer frente a la desnutrición siguen brillando por su ausencia. La emaciación ha disminuido sólo en un 11% desde 1990.³

La desnutrición es el resultado de múltiples causas inmediatas, subyacentes y estructurales, provenientes de diferentes sectores: seguridad alimentaria, salud, agua y saneamiento, cuidado y entorno propicio. Abordar la desnutrición requiere un enfoque multisectorial así como un marco común para la ayuda humanitaria y el desarrollo.

El presente documento reafirma el compromiso de la Comisión para tratar la desnutrición en situaciones de crisis humanitaria así como se establece el marco para tales intervenciones.

El **objetivo** de la Comisión es **reducir o prevenir el exceso⁴ de mortalidad y morbilidad por desnutrición en situaciones humanitarias**. La política

“ Más de un tercio de las muertes de los niños menores de cinco años es atribuible a la desnutrición en todo el mundo. ”

² et ³ - Joint UNICEF – WHO – The World Bank Child Malnutrition Database: Estimates for 2012 and Launch of Interactive Data Dashboards – 2012

⁴ - El «exceso» combina medidas absolutas relacionadas con los umbrales de emergencia definidos por el *manual Esfera*, UNICEF y el Standing Committee on Nutrition (SCN) de Naciones Unidas, y medidas relativas vinculadas a líneas de base propias de cada contexto (ver la *Comunicación sobre la ayuda alimentaria humanitaria*).

humanitaria de la UE también se ocupa de abordar las causas inmediatas y subyacentes de la desnutrición.

Además de los principios humanitarios de neutralidad, independencia, imparcialidad y humanidad, la Comisión defiende una serie de principios más específicos ya expuestos en su Comunicación sobre Asistencia Alimentaria Humanitaria.⁵

Las intervenciones nutricionales deben:

- Responder a las necesidades de las personas más vulnerables a la desnutrición: madres y niños menores de 5 años.
- Usar métodos y herramientas que han demostrado su eficiencia y su relación coste-eficacia.
- Responder a los riesgos humanitarios bien definidos, así como a las necesidades inmediatas de emergencia.
- Promover un enfoque multisectorial, esencial para hacer frente a las causas de la desnutrición.
- Fomentar un enfoque humanitario y de desarrollo conjunto, con el objetivo de contribuir a fortalecer la resiliencia.

“ Las intervenciones nutricionales deben [...] promover un enfoque multisectorial [...] (y) un enfoque humanitario y de desarrollo conjunto. ”

En concreto, en situaciones de emergencia, las intervenciones de la Comisión se esfuerzan por:

- Reducir los niveles de desnutrición aguda moderada y severa, así como las deficiencias de micronutrientes a tasas inferiores a las de emergencia, a través de una respuesta humanitaria oportuna, eficiente y efectiva.
- Evitar un deterioro significativo del estado nutricional que constituya una amenaza para la vida, asegurando el acceso de las poblaciones afectadas por las crisis a alimentos adecuados, sanos y nutritivos, por medio de respuestas alimentarias y no alimentarias, en función del contexto.
- Reducir la vulnerabilidad específica de los lactantes y los niños pequeños en situaciones de crisis humanitaria, a través de la promoción de un adecuado cuidado infantil, haciendo especial hincapié en las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño.
- Reducir la vulnerabilidad específica de las mujeres embarazadas y lactantes en situaciones de crisis humanitaria, por medio de un apoyo adecuado a la nutrición materna.
- Hacer frente a las amenazas al estado nutricional de las poblaciones afectadas por situaciones de crisis humanitaria, derivadas de un entorno de salud pública inadecuado, garantizando el acceso a una atención médica apropiada, agua potable, sistemas de saneamiento y medidas de higiene.

Otras áreas de apoyo potencial han sido identificadas como claves para alcanzar los objetivos anteriormente mencionados, a saber: sistemas de información, programas con calidad (quality programming), fortalecimiento de capacidades, investigación e incidencia. No obstante, éstas no constituyen ni puntos de entrada ni actividades independientes.

⁵ - *Communication from the Commission to the Council and the European Parliament on Humanitarian Food Assistance COM (2010) 126*

1. Antecedentes

1.1 La magnitud⁶ del problema

La siguiente información ilustra el grado en que la desnutrición constituye en sí misma una grave crisis, a su vez mundial y persistente por naturaleza. La desnutrición acaba con la vida de miles de personas cada día en todo el mundo, incluso en muchos países que son ampliamente considerados como estables y con una trayectoria de desarrollo positiva.

“ Alrededor de 52 millones (8%) de niños menores de cinco años sufren emaciación en el mundo. De ellos, un 70% se encuentra en Asia. Cerca de 165 millones (26%) de niños sufren retraso en el crecimiento a nivel mundial. ”

- Aunque la desnutrición se puede prevenir en gran medida, constituye la causa subyacente de más de un tercio de muertes de niños menores de cinco años en todo el mundo y, cada año, se cobra la vida de aproximadamente tres millones de niños pequeños y más de 100.000 mujeres.
- Alrededor de 52 millones (8%) de niños menores de cinco años sufren emaciación en el mundo. De ellos, un 70% se encuentra en Asia. Cerca de 165 millones (26%) de niños sufren retraso en el crecimiento a nivel mundial.⁷
- Se estima que el retraso en el crecimiento, la emaciación severa y la limitación del crecimiento intrauterino son responsables de la pérdida del 21% de años de vida ajustados por discapacidad. Un estudio llevado a cabo sobre la exposición simultánea de tales factores relacionados con la nutrición ha demostrado que son, de forma conjunta, los responsables de alrededor del 11% de la carga de morbilidad en el mundo.
- La desnutrición también provoca un desarrollo cognitivo y físico por debajo de lo aconsejable menor resistencia frente a las infecciones y dificulta la productividad de las personas adultas, lo que reduce el potencial económico de las sociedades y perpetúa la pobreza.
- Las deficiencias de micronutrientes, las cuales son esenciales para el crecimiento y el desarrollo de los individuos, afectan a casi dos mil millones de personas en todo el mundo, también en los países desarrollados.
- La lactancia materna subóptima, especialmente la lactancia materna no exclusiva durante los seis primeros meses de vida, se traduce en 1,4 millones de fallecimientos y representa el 10% de la carga de morbilidad entre los niños menores de cinco años.

6 - Salvo que se mencione lo contrario, las cifras presentadas en esta sección proceden del primer número de la serie de The Lancet: Black R.E. et al. (2008): *Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences*. Lancet 371, 243-260.

7 - Joint UNICEF – WHO – The World Bank Child Malnutrition Database: *Estimates for 2012 and Launch of Interactive Data Dashboards* (2012)

- El progreso en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (1, 4 y 5) sigue siendo lento:
 - El ODM 1 “Erradicar la pobreza extrema y el hambre” ha mostrado algunos avances, ya que la pobreza extrema ha disminuido en todas las regiones, aunque algunas han experimentado un progreso mayor que otras. El hambre sigue constituyendo un desafío mundial. Las estimaciones más recientes de la FAO en materia de subalimentación ponen de manifiesto la cifra de 850 millones de personas que padecían hambre en el mundo durante el período 2006-2008, es decir, el 15% de la población mundial. Este nivel constantemente elevado de subalimentación refleja una falta de progreso en la reducción del hambre en varias regiones de mundo, incluso en aquellos lugares donde la pobreza relacionada con ingresos ha disminuido.
 - A pesar del impulso que ha ganado el ODM 4 “Reducir la mortalidad infantil”, el progreso sigue siendo demasiado lento como para alcanzar el objetivo: África Subsahariana y Oceanía han experimentado reducciones de mortalidad infantil de solamente el 30%, menos de la mitad de lo que el ODM requiere. Asia Meridional también va a la zaga, con un descenso del 44% en la tasa de mortalidad infantil entre 1990 y 2010, insuficiente para lograr una reducción de dos tercios de aquí a 2015.
 - El ODM 5 “Mejorar la salud materna” ha mostrado un progreso, ya que la mortalidad materna se ha reducido casi a la mitad desde 1990. Sin embargo, los niveles actuales de mortalidad materna están todavía lejos del objetivo fijado para el año 2015. Se calcula una cifra de 287.000 muertes maternas en todo el mundo en el año 2010, lo que refleja una disminución del 47% respecto a los niveles de 1990. África Subsahariana (con un 56% de estos decesos) y Asia Meridional (29%) representan en conjunto el 85% del total mundial en 2010, con un número total de 245.000 muertes maternas.⁸

“ En los últimos años, [...] se han realizado avances considerables al dar un impulso a la lucha contra la desnutrición. ”

1.2 La desnutrición como una prioridad mundial creciente

En los últimos años, y gracias a la creciente toma de conciencia de su importancia en términos de progreso ligado a los ODM, se han realizado avances considerables al dar un impulso a la lucha contra la desnutrición. Como resultado, nuevas estrategias e iniciativas se están impulsando en varios Estados miembros de la UE para hacer frente a la desnutrición en los países en vías de desarrollo.⁹

8 - *Objetivos de Desarrollo del Milenio 2012, Naciones Unidas (2012)*

9 - Por ejemplo: *The neglected crisis of undernutrition: DFID's Strategy; La stratégie du gouvernement français: 'Nutrition dans les Pays en Développement — Document d'Orientation Stratégique'; Ireland's Hunger Envoy Report 2010; and Germany's strategy Rural Development and its Contribution to Food Security, 2011.*

Asimismo, se debería prestar atención a las publicaciones recientes,¹⁰ que presentan evidencias de las intervenciones más eficaces para luchar contra la desnutrición. En particular, una publicación de referencia en *The Lancet*, con fecha de enero de 2008 (cinco artículos conocidos como la serie *Lancet*, citada anteriormente), dio un nuevo impulso a la lucha contra la desnutrición. Gran parte de dicho acicate se manifiesta en el movimiento *Scaling up Nutrition (SUN)*.¹¹ Esta iniciativa tiene como objetivo construir una alineación de múltiples actores y multisectorial, destinada a apoyar las estrategias a nivel nacional así como los esfuerzos para hacer frente a la desnutrición.

Cada año, la Comisión destina más de 100 millones de euros a acciones de ayuda humanitaria que se vinculan, de forma explícita, con los objetivos específicos de nutrición. Este fondo apoya las intervenciones de nutrición en situaciones de emergencia llevadas a cabo por las Agencias de Naciones Unidas, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, así como Organizaciones No Gubernamentales. Asimismo, la promoción de los resultados nutricionales más eficaces en todos los sectores de respuesta es cada vez más reconocida como una prioridad central.

La Comisión ha adoptado una Comunicación sobre Asistencia Alimentaria Humanitaria que responde a los problemas de desnutrición asociados con un consumo de alimentos inadecuado. La Comisión ha adoptado también otras dos Comunicaciones¹² (una sobre salud y otra sobre seguridad alimentaria) que requieren de mejores estrategias mundiales para combatir la desnutrición y de un vínculo reforzado entre la salud y la seguridad alimentaria (a la vez transitoria y crónica) con la finalidad de generar respuestas más eficaces.

Además, se aprobó un Documento de referencia de la Comisión sobre la lucha contra la desnutrición en el marco de la ayuda exterior,¹³ que proporciona orientaciones prácticas acerca de cómo los objetivos de nutrición se pueden incorporar en los diferentes sectores, áreas temáticas y modalidades de financiación.

A su vez, el Convenio de Asistencia Alimentaria¹⁴ que se acaba de renegociar recientemente refleja los aspectos nutricionales de asistencia alimentaria e integra de forma eficaz la nutrición en sus principios y objetivos.

10 - Por ejemplo: World Bank 2010: *Scaling up Nutrition. What will it Cost?* By S. Horton et al. and Save the Children 2009: *Hungry for Change. An eight-step, costed plan of action to tackle global child hunger.*

11 - Véase *Scaling Up Nutrition*

12 - *El papel de la UE en la salud mundial* (COM (2010) 128) y *Un marco político de la UE para ayudar a los países en desarrollo para hacer frente a los desafíos vinculados a la seguridad alimentaria* (COM (2010) 127)

13 - Documento de referencia nº 13 «*Addressing undernutrition in external assistance*» (Septiembre 2011).

14 - Documento *Food Assistance Convention*, 2012.

Género y vulnerabilidad nutricional en situaciones de crisis humanitaria

- Cuando el suministro de alimentos es insuficiente, las mujeres y las niñas tienen más probabilidades de reducir (de forma voluntaria o como resultado de la presión externa) la ingesta de alimentos a favor de otros miembros de la familia, empeorando así su propio estado nutricional.
- Las mujeres pueden enfrentarse a restricciones en el acceso a servicios humanitarios básicos como resultado de la inseguridad, la discriminación cultural y la movilidad reducida.
- Las mujeres embarazadas y lactantes están especialmente expuestas a la desnutrición debido a que presentan mayores necesidades fisiológicas.
- Además de su papel como principales cuidadoras de niños y otras personas dependientes, las mujeres emprenden actividades adicionales durante las crisis humanitarias, sobre todo cuando los hombres (cabezas de familia) no se encuentran en el hogar. Esto suele conducir a la alteración en las prácticas de alimentación y de cuidado del lactante y del niño pequeño.
- Los hombres que están solos como cabezas de familia pueden ser desplazados de sus estructuras normales de apoyo durante las crisis humanitarias si ellos no saben cocinar o cuidar de los niños pequeños, lo que constituye un mayor riesgo de desnutrición aguda para ellos mismos y para sus propios hijos.



Bangladesh. © Unión Europea, 2012 - foto por EC/ECHO/Pierre Prakash



Una madre refugiada sudanesa espera con su hija enferma en el hospital de campaña de Médicos Sin Fronteras en Sudán del Sur. © Unión Europea, 2012 - foto por EC/ECHO

1.3 La desnutrición en situaciones de crisis humanitaria

Las situaciones de crisis humanitaria, ya sean agudas o crónicas, tienen un impacto sobre una serie de factores capaces de incrementar el riesgo de desnutrición, morbilidad y mortalidad. Pueden provocar: la destrucción a gran escala de bienes e infraestructuras; la erosión de las estrategias de medios de vida y del poder adquisitivo; una interrupción o un acceso limitado a servicios básicos como salud, suministro de agua y saneamiento; el desplazamiento de un gran número de personas. Las emergencias también pueden afectar a los sistemas sociales y a la calidad de las prácticas de cuidado y de alimentación. El acceso de las familias a los alimentos puede verse afectado de manera negativa y las personas pueden encontrarse en asentamientos superpoblados con sus respectivas familias divididas. Por consiguiente, a nivel individual, suele existir un mayor riesgo de deterioro de la salud y del estado nutricional, que da lugar a una mayor probabilidad de fallecimientos (véase la Figura 1: El cuadro conceptual).

Debido a que tienen mayor necesidad de nutrientes para el crecimiento y el desarrollo, los niños pequeños así como las mujeres embarazadas y lactantes son especialmente vulnerables a la desnutrición, desde un punto de vista fisiológico. Los niños pequeños también están expuestos a un mayor riesgo (en comparación con otros colectivos de población) de contraer infecciones que pueden incrementar aún más las necesidades de nutrientes, impedir el uso de los mismos y reducir el apetito. Por este motivo, los niños pequeños suelen experimentar un deterioro nutricional más rápido en situaciones de crisis humanitaria, así como presentan las tasas más altas de morbilidad y mortalidad relacionadas con la desnutrición. Por lo tanto, los niños pequeños son considerados como grupo objetivo prioritario en materia de asistencia. Además, las personas mayores y las personas con discapacidad, así como las personas que viven con enfermedades crónicas tales como el VIH y el SIDA pueden sufrir pérdida de apetito o dificultades al masticar así como para acceder a los alimentos, aumentando así su vulnerabilidad nutricional.

“ La desnutrición tiene consecuencias especialmente graves para las mujeres, ya que aquellas que padecen retraso en el crecimiento tienen más riesgo de sufrir complicaciones durante el parto ”

El enfoque de género desempeña también un papel determinante en el grado de vulnerabilidad individual en materia de desnutrición. Las mujeres/niñas y los hombres/niños se enfrentan a diferentes riesgos en relación con el deterioro de su estado nutricional durante las crisis como consecuencia de sus necesidades nutricionales diferentes y de una variedad de factores socioculturales vinculados al género:

- La desnutrición tiene consecuencias especialmente graves para las mujeres, ya que aquellas que padecen retraso en el crecimiento tienen más riesgo de sufrir complicaciones durante el parto; la anemia (el problema nutricional más común que afecta a las niñas y a las mujeres en los países en desarrollo) es la responsable de la existencia de una proporción significativa de mortalidad materna.
- La desnutrición aguda materna se asocia a una limitación del crecimiento intrauterino y constituye un factor de riesgo para la salud de un recién nacido.
- La desnutrición presenta un ciclo intergeneracional, ya que las madres adolescentes y adultas desnutridas tienen más probabilidad de dar a luz a bebés con bajo peso al nacer. Esto, a su vez, aumenta el riesgo de desnutrición durante la primera infancia.

2. Alcance de la nutrición en situaciones de emergencia

2.1 El marco conceptual de la desnutrición

Existen numerosas causas posibles de desnutrición, muchas de las cuales tienen un impacto sobre la desnutrición aguda y crónica. Dichas causas se suelen dividir en tres

niveles: inmediatas, subyacentes y básicas. Estos tres niveles se basan en el marco conceptual desarrollado por UNICEF durante los años 90, que sigue considerándose, a día de hoy, como una herramienta de referencia (véase la figura 1).

La asistencia humanitaria en materia de nutrición proporcionada por la Comisión tiene como finalidad, principalmente, prevenir y aliviar las consecuencias a corto plazo de la desnutrición materno-infantil, abordando

sus causas inmediatas y subyacentes a nivel individual y familiar.

“ La desnutrición, por lo tanto, debe ser entendida como un reto multisectorial, que precisa una buena comprensión de las especificidades de cada contexto de intervención.. ”

- Las **causas inmediatas** se encuentran en el nivel individual y tienen dos dimensiones: la ingesta alimentaria y la presencia de enfermedades. Dicha distinción destaca la limitación del término “hambre” en la definición de desnutrición, ya que el hambre puede o no puede ser una causa de la desnutrición. Las intervenciones humanitarias de la Comisión abordan las causas inmediatas de la desnutrición proporcionando un acceso inmediato a los alimentos (con el fin de mejorar la ingesta alimentaria) y un acceso gratuito a los servicios de salud.
- Las **causas subyacentes** operan a nivel familiar y comunitario. Comprenden tres categorías: (i) seguridad alimentaria de las familias, (ii) prácticas de cuidado materno-infantil y (iii) entorno saludable y servicios de salud. La pobreza de ingresos afecta a los tres. La inseguridad alimentaria de las familias puede disminuirse a través de medidas dirigidas a aumentar de forma estable la disponibilidad de los alimentos en los hogares, la accesibilidad (es decir, el poder adquisitivo) y la utilización de los mismos (por ejemplo, el hecho de cocinar). Las prácticas de cuidado inadecuadas se pueden abordar por medio de medidas dirigidas a garantizar la nutrición materna y una alimentación adecuada y regular del lactante y del niño pequeño, así como proporcionar espacios seguros de alimentación. Los entornos no saludables se pueden mejorar a través de medidas de agua, saneamiento e higiene, así como a través de la prestación de servicios de salud accesibles y medidas de control de enfermedades (por ejemplo, mosquiteras impregnadas de insecticida de larga duración, intervenciones medioambientales).

Figura 1. Marco conceptual de la malnutrición que muestra la relación entre la pobreza, la inseguridad alimentaria y otras causas de desnutrición materno-infantil.

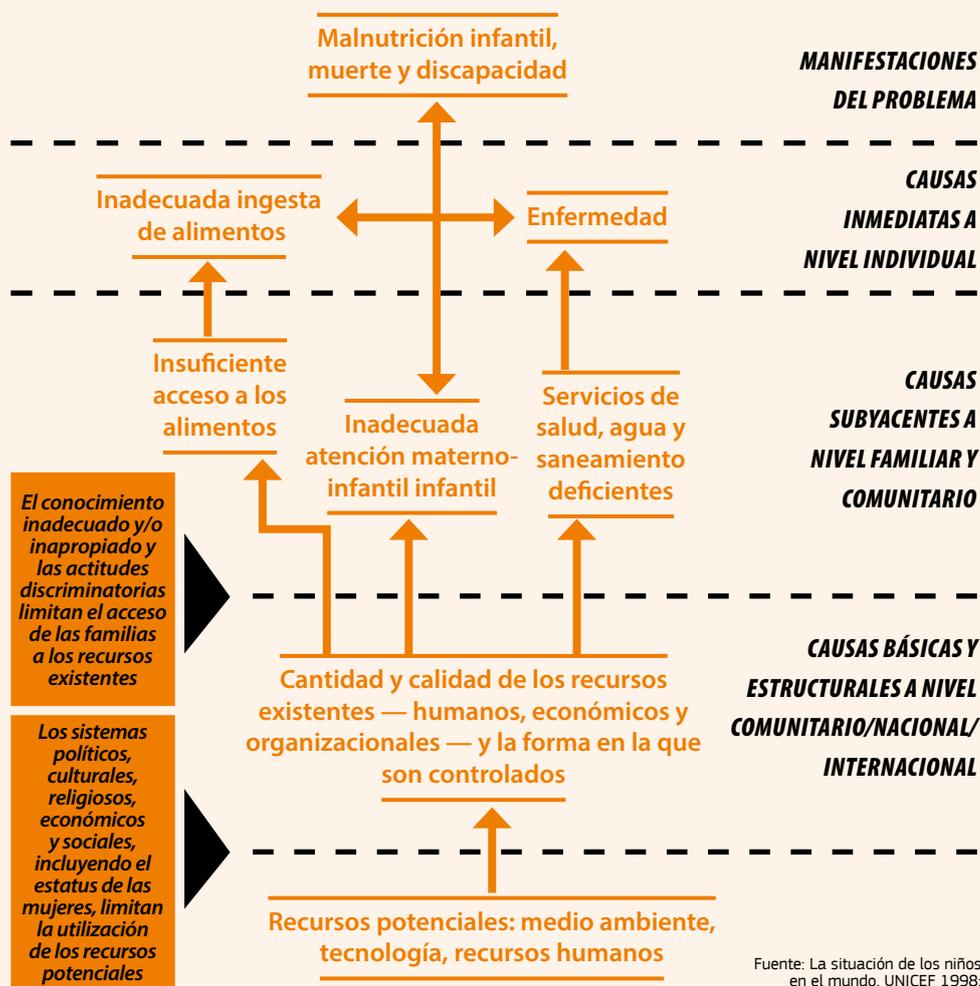


Figura 2: Las causas subyacentes de la desnutrición (adaptación de la Comunicación sobre Asistencia Alimentaria Humanitaria)

Inseguridad alimentaria de las familias

Falta de acceso a alimentos adecuados y sanos a lo largo del año a través de:

- Producción de alimentos
- Compra/truque
- Regalos, otras fuentes
- y calidad de los alimentos
- Transferencias de efectivo

Cuidados inadecuados

- Nutrición materna
- Cuidado materno (carga de trabajo, desequilibrio entre sexos, etc.)
- Cuidado infantil
- Alimentación del lactante y del niño pequeño
- Hábitos de alimentación
- Preparación de alimentos
- Distribución alimentaria intrafamiliar
- Capacidad para cuidar de individuos dependientes

Entorno familiar insano y falta de servicios de salud

- Calidad y cantidad de agua
- Saneamiento e higiene
- Acceso (gratuito) y uso de los servicios de salud

- Las **causas básicas** incluyen una serie de factores que operan a nivel provincial, nacional e internacional, desde la disponibilidad de recursos naturales, a entornos socio-económicos y a contextos políticos.¹⁵ Las causas básicas que están vinculadas a sistemas políticos, culturales, religiosos, económicos, educativos, demográficos y sociales sólo pueden abordarse a través de estrategias de desarrollo a largo plazo.

La desnutrición, por lo tanto, debe ser entendida como un **reto multisectorial**, que precisa una buena comprensión de las especificidades de cada contexto de intervención.

2.2 Avances recientes en la gestión de la desnutrición en situaciones de crisis humanitaria

Se han realizado importantes avances en los últimos años, entre los que cabe destacar:

- i) La publicación de nuevos estándares de crecimiento (2006) de la OMS, basados en el crecimiento de los niños que se encuentran en condiciones óptimas de nutrición y de salud, procedentes de una gran variedad de países, ofrece una mejor herramienta para el diagnóstico de la desnutrición, así como para la definición y la identificación del riesgo nutricional y las necesidades nutricionales.
- ii) El surgimiento y expansión de la “Gestión Comunitaria de la Desnutrición Aguda” (CMAM, por sus siglas en inglés). Ya hay disponibles extensas evidencias acerca de la mayor eficiencia y eficacia de este enfoque en comparación con los modelos que sólo ofrecen tratamientos hospitalarios. Está relacionado con una mejora en la identificación de casos y en la movilización de comunidades que se encuentran en situaciones de desnutrición, así como en una reducción de las barreras para acceder al tratamiento como resultado de unos programas dotados de mejores recursos y mejor gestionados. Dicho enfoque utiliza una nueva clasificación de la Desnutrición Aguda Severa (MAS), que clasifica a los niños que padecen MAS con complicaciones o sin ellas, basados en síntomas clínicos. El último caso puede ser tratado en consultas externas con alimentos terapéuticos listos para su consumo (RUTF, por sus siglas en inglés para *ready-to-use therapeutic foods*), mientras que los niños con complicaciones médicas son tratados siguiendo los protocolos médicos especializados por medio de la administración de leche terapéutica en los centros hospitalarios.
- iii) Una atención cada vez mayor a la calidad de los alimentos contribuye, inevitablemente, a mejoras nutricionales. La adaptación de la leche terapéutica a los RUTF, así como el desarrollo de fórmulas mejoradas de alimentos compuestos enriquecidos y de alimentos complementarios especializados listos para el consumo (RUSF), juegan un papel clave en

“ El surgimiento y expansión de la “Gestión Comunitaria de la Desnutrición Aguda” (CMAM, por sus siglas en inglés). ”

15 - Fuente: Documento de referencia n° 13 «Addressing undernutrition in external assistance» (Septiembre 2011).

este sentido. El uso de estos productos se ha extendido a otras áreas, tales como el tratamiento de la desnutrición aguda moderada, la prevención de la desnutrición, la rehabilitación nutricional de pacientes gravemente enfermos, etc. Dichos avances constituyen una oportunidad para el desarrollo y la adaptación de nuevas estrategias de intervención.

- (iv) El reconocimiento de que los niños menores de cinco años representan el colectivo más vulnerable en términos de desnutrición aguda. Aunque en contextos humanitarios debe garantizarse la prestación de asistencia a todos los grupos de edad vulnerables desde el punto de vista nutricional, se debería prestar especial atención a los niños menores de cinco años.
- (v) El entendimiento de que el período comprendido entre el nacimiento y los dos años de vida es clave en la definición de la nutrición futura y del estado de salud del individuo. Este periodo ofrece una ventana de oportunidad crítica en la que el impacto de las intervenciones para mejorar la desnutrición materno-infantil –incluyendo medidas para mejorar la ingesta de micronutrientes en los menores de dos años – en la supervivencia, en el crecimiento y en el desarrollo de los niños pequeños se ha maximizado.¹⁶
- (vi) Una atención especial a las estrategias centradas en la población para prevenir la desnutrición moderada se combina con intervenciones más comunes dirigidas a los individuos. Esto va desde la distribución general de alimentos complementarios (enriquecidos) a los sistemas de protección social, tales como las transferencias de efectivo. Se puede observar, por ejemplo, que cada vez hay más interés en integrar la seguridad alimentaria familiar y comunitaria así como el apoyo a los medios de vida con intervenciones de rehabilitación nutricional. Al mismo tiempo, el acceso a los servicios médicos gratuitos ha demostrado también tener un gran impacto sobre la nutrición, ya que la seguridad nutricional no está exclusivamente relacionada con la seguridad alimentaria.
- (vii) La estandarización de los métodos de encuestas para evaluar la prevalencia de la desnutrición en situaciones de emergencia, en particular, la metodología de “seguimiento y evaluación estandarizados de socorro y transición” (SMART, por sus siglas en inglés) y el progreso hacia nuevas técnicas de encuesta para evaluar la cobertura de los programas (por ejemplo, SQUEAC).
- (viii) El reconocimiento de la importancia de la desnutrición aguda en contextos que no son de emergencia, así como en zonas que presentan de forma persistente altos niveles de desnutrición a largo plazo o durante “la escasez estacional de alimentos” y de la necesidad, por lo tanto, de integrar la prevención y el tratamiento de la desnutrición en los sistemas nacionales de seguridad alimentaria y de asistencia sanitaria, así como en los planes de desarrollo intersectoriales.

“ El reconocimiento de que los niños menores de cinco años representan el colectivo más vulnerable en términos de desnutrición aguda. ”

16 - Sin embargo, este entendimiento ha servido para poner de relieve las oportunidades de mejores sinergias con los esfuerzos a largo plazo llevados a cabo por parte de la Comisión para prevenir la desnutrición, subrayando la necesidad crucial de intervenir tanto para salvar vidas como para evitar resultados desfavorables a largo plazo en este grupo de edad. Este entendimiento también ha aumentado la atención a las posibles evidencias sobre los retos específicos que pueden estar asociados con garantizar el acceso a la asistencia nutricional a niños menores de dos años.

- (ix) Un consenso sobre la importancia de las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños en situaciones de emergencia (IYCF-E, por sus siglas en inglés, para Infant and Young Child Feeding practices in Emergencies) con el fin de salvar vidas y mejorar la salud y el desarrollo de los niños. Esto incluye medidas de evaluación del contexto IYCF-E; la integración de la lactancia materna y el apoyo IYCF-E en otros servicios para las madres, los lactantes y los niños pequeños; así como la provisión de alimentos adecuados para los lactantes y los niños pequeños. Aunque la promoción de la lactancia materna es una prioridad, en ciertas situaciones humanitarias es preferible decantarse por los preparados alimenticios para lactantes. También se reconoce la importancia de prevenir y evitar las donaciones de sucedáneos de la leche materna, biberones, tetinas y otros productos lácteos en situaciones de emergencia.
- (x) Hay algunas áreas clave donde se han experimentado avances que, a pesar de no ser “nuevos”, tienen que ver con la manera en la que la desnutrición debería gestionarse en contextos de crisis. Entre ellas, cabe destacar: una mejor comprensión de las causas complejas de la desnutrición; la identificación de los vínculos entre VIH, tuberculosis y nutrición/desnutrición; la identificación de los beneficios de un enfoque integral multisectorial holístico y una mayor comprensión de la importancia de hacer frente a las deficiencias de micronutrientes en la gestión de la desnutrición y en la mejora de las condiciones de salud.

2.3 Desafíos clave para la lucha contra la desnutrición en situaciones de emergencia

La siguiente lista presenta los principales retos que se enfrentan al responder a la desnutrición en situaciones de emergencia:

- **Una buena coordinación**, que requiere de un liderazgo eficaz y del establecimiento de mecanismos que faciliten el consenso para una estrategia apropiada y específica al contexto. Dicha estrategia debe ser capaz de garantizar una capacidad multisectorial y un compromiso hacia los objetivos de nutrición claramente identificados.
- **Un análisis exhaustivo de las causas de desnutrición y una interpretación de la información** procedente de múltiples sectores, incluyendo indicadores desagregados por sexo y edad en materia de seguridad alimentaria y/o nutrición, con la finalidad de contribuir a ofrecer respuestas oportunas y adecuadas. Entre los retos cabe incluir la ausencia de mecanismos de seguimiento regulares y fiables del estado nutricional, especialmente en las áreas donde, a pesar de que la Malnutrición Aguda Severa (MAS) es una preocupación persistente o recurrente, ésta no está suficientemente reconocida ni tratada por los gobiernos o los socios de desarrollo interesados.
- Disponibilidad de **recursos humanos cualificados** (escasez de recursos humanos) y fortalecimiento de **capacidades** para responder a emergencias nutricionales (preparación para emergencias).
- **Promoción e intensificación de intervenciones eficaces**, como los enfoques comunitarios para la prevención y la gestión de la desnutrición aguda, garantizando al mismo tiempo una atención y unos recursos adecuados para otras soluciones de respuesta sectoriales cruciales.

- **Promoción de la gestión de la calidad** de la asistencia humanitaria en materia de nutrición por medio de la toma de decisiones y la puesta en marcha de medidas basadas en la evidencia. Esto requiere enfoques intersectoriales; recopilación y análisis de datos desagregados por sexo y edad; innovaciones en el diseño de programas (incluyendo, por ejemplo, la adaptación de prácticas locales efectivas); una buena gestión; una buena documentación y una inversión en la investigación para completar las lagunas existentes en las pruebas.
- Asegurar un **enfoque sensible al género** en la evaluación de necesidades y en los programas de nutrición, en general, y en las áreas de consulta y participación de la comunidad, sensibilización y educación acerca de la nutrición, en particular.
- Contribuir a los esfuerzos para **construir una base de evidencias**, con el fin de evaluar el impacto de las intervenciones; desarrollo y difusión de nuevos métodos de encuesta más fáciles de aplicar en contextos difíciles; herramientas de diagnóstico para analizar las deficiencias de micronutrientes sin necesidad de análisis sofisticados de laboratorio; y tratamiento de la desnutrición aguda de los lactantes en situaciones de emergencia.
- **Medir el impacto** en relación con la reducción y la prevención de la desnutrición y la mortalidad en situaciones de emergencia y extraer las lecciones aprendidas para nutrir las futuras respuestas. La ausencia de mecanismos estandarizados de reporte para la ejecución de los programas (incluyendo la cobertura de los programas) constituye una limitación importante sobre el seguimiento del impacto.
- Aprovechar las oportunidades y los recursos que la asistencia humanitaria brinda para **fortalecer las capacidades nacionales** en materia de prevención y gestión de la desnutrición –luchando, al mismo tiempo, por garantizar una planificación estratégica a largo plazo y una inversión en el fortalecimiento de capacidades.
- **Garantizar un apoyo a largo plazo y constante a los actores de desarrollo** para hacer frente a la desnutrición antes, durante y después de una emergencia.
- **Desarrollar un enfoque holístico e integrado de la desnutrición.**
- **Asegurar la disponibilidad de capacidades adecuadas de coordinación sectorial y/o multisectorial, para abordar tanto las necesidades existentes como las futuras.**



Salud. Burundi. © Unión Europea, 2012 - foto por EC/ECHO/Martin Karimi

“ *Medir el impacto en relación con la reducción y la prevención de la desnutrición y la mortalidad en situaciones de emergencia y extraer las lecciones aprendidas para nutrir las futuras respuestas.* ”

Dichos desafíos serán abordados más adelante, en las secciones siguientes. Asimismo, se presentarán emergencias emergentes que mostrarán cuál es la mejor manera para responder a estos retos y trazar, de este modo, la hoja de ruta.

3. Objetivos, prioridades y principios de la asistencia de la Comisión en materia de nutrición en situaciones de emergencia

Teniendo en cuenta los mencionados avances y desafíos, y basándose en las políticas existentes, la Comisión identifica los siguientes objetivos, prioridades y principios de trabajo en materia de nutrición en situaciones de emergencia.

“ El objetivo general es reducir y evitar el exceso de mortalidad y morbilidad causado por la desnutrición en situaciones humanitarias. ”

3.1 Objetivo general

El objetivo general es reducir y evitar el exceso de mortalidad y morbilidad causado por la desnutrición en situaciones humanitarias.

3.2 Objetivos específicos

Se debe alcanzar el objetivo general por medio de la consecución de los siguientes objetivos específicos:

- Reducir los niveles de desnutrición aguda moderada y severa a tasas inferiores al umbral de emergencia, y prevenir/corregir las deficiencias de micronutrientes a través de respuestas humanitarias oportunas, eficientes y eficaces.
- Prevenir un deterioro significativo del estado nutricional que constituya una amenaza para la vida, garantizando la disponibilidad, el acceso y el consumo de alimentos adecuados, saludables y nutritivos, así como protegiendo los medios de vida y promoviendo las condiciones para la restauración de la autonomía.
- Reducir las amenazas al estado nutricional de personas afectadas por situaciones de crisis derivadas de un entorno insalubre, garantizando el acceso a una atención médica adecuada, a agua potable, a un sistema de saneamiento y a medidas de higiene.

- Reducir la vulnerabilidad específica de los lactantes y los niños pequeños en situaciones de crisis humanitaria, a través de la promoción de unas prácticas de cuidado infantil adecuadas, haciendo especial hincapié en las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño.
- Reducir la vulnerabilidad nutricional específica de las mujeres embarazadas y lactantes en situaciones de crisis a través de un apoyo adecuado.
- Reducir la vulnerabilidad nutricional específica de los colectivos más afectados (por ejemplo, personas mayores, personas con discapacidad, personas seropositivas, niños mayores de cinco años y adolescentes).¹⁷
- Fortalecer las capacidades del sistema internacional de ayuda humanitaria para mejorar la eficiencia y la eficacia en la prestación de asistencia humanitaria en materia de nutrición.

3.3 Prioridades estratégicas

En lo que respecta a las poblaciones afectadas por emergencias, la prioridad debe centrarse en la desnutrición aguda (moderada y severa), que está asociada a un mayor riesgo de mortalidad y de morbilidad.

En línea con los objetivos mencionados anteriormente, la Comisión responde a la desnutrición y a sus causas en situaciones de emergencia mediante intervenciones de financiación que cumplen con las siguientes prioridades estratégicas:

- i) Intervenciones dirigidas a tratar MAM y MAS;
- ii) Intervenciones a través de los sectores de la desnutrición, la salud y la asistencia alimentaria, que abordan las **causas inmediatas** de la desnutrición (inadecuada ingesta de alimentos y enfermedades);
- iii) Intervenciones a través de la nutrición, la salud, la asistencia alimentaria y WASH (agua, saneamiento e higiene) que abordan las **causas subyacentes** de la desnutrición (inseguridad alimentaria, prácticas de cuidado inadecuadas y acceso inadecuado a la asistencia sanitaria y a la salud medioambiental);

17 - Nota: A lo largo de este documento, donde se hace referencia a las mujeres embarazadas y a las mujeres lactantes así como a su vulnerabilidad nutricional fisiológica, se reconoce que estos elementos se superponen, de forma considerable, a la vulnerabilidad nutricional de las «mujeres en edad reproductiva» y de «las niñas adolescentes», y que tales consideraciones puede tener implicaciones operativas significativas.

*Fananehana: perforación de pozos usando la técnica de agua a presión.
© Unión Europea, 2006 - foto por EC/
ECHO/Medair/Odile Meylan*



*Inundaciones en Pakistán.
© Unión Europea, 2012 - foto por EC/
ECHO*

- iv) Integración de las intervenciones de nutrición dentro de una estrategia de resiliencia global en la coordinación con los socios de desarrollo.

3.4 Principios rectores de la asistencia de la Comisión en materia de nutrición en situaciones de emergencia

Además de los objetivos mencionados anteriormente, los principios enumerados a continuación ponen de relieve el apoyo de la Comisión en materia de nutrición en situaciones humanitarias:

- i) Las intervenciones de nutrición destinadas a abordar y prevenir la desnutrición se basan en las necesidades de los individuos. El estado nutricional individual se evalúa mediante el uso de métodos, medidas y umbrales estándar. Las intervenciones de prevención y las intervenciones indirectas sobre las causas de la desnutrición se basan en la evaluación de necesidades apropiada, utilizando los indicadores estándar, tales como la prevalencia de MAG y MAS, el acceso a los alimentos y el acceso a la asistencia sanitaria básica.
- ii) La elección de la/las intervención/es y el/los instrumento/s más apropiados deben basarse en evidencias: la evaluación de necesidades, el análisis causal nutricional, el análisis del contexto y el análisis de respuesta. El diseño de cualquier respuesta debería realizar comparaciones con las actividades y las modalidades alternativas basado en consideraciones de rentabilidad económica para atender las necesidades identificadas. Las intervenciones deberían ser revisadas regularmente en función de la dinámica local y los cambios de situación.
- iii) Las intervenciones de nutrición responden a los riesgos humanitarios bien definidos. Se dirigen a las personas especialmente vulnerables a la mortalidad y a la morbilidad asociadas a la desnutrición: niños menores de cinco años, mujeres embarazadas y lactantes, personas mayores y personas que sufren enfermedades crónicas.
- iv) Comprender las causas de la desnutrición y de un entorno que la propicie es crucial para identificar la combinación adecuada de las actividades para hacer frente a la desnutrición y a sus causas. Son múltiples las causas de la desnutrición. La adopción de un enfoque multisectorial y la coordinación de las acciones humanitarias y las de desarrollo constituyen, por lo tanto, dos elementos esenciales.
- v) La Comisión busca incorporar, de forma sistemática, la perspectiva de género en sus evaluaciones nutricionales humanitarias. Del mismo modo, considera las implicaciones de sus intervenciones nutricionales de emergencia en materia de género, reconoce la importancia de los roles de género en las prácticas de cuidado y de alimentación, pero también a nivel de medios de vida, uso y asignación de alimentos en los hogares así como la utilización de los recursos de asistencia alimentaria por parte de los beneficiarios.
- vi) La asistencia nutricional respeta los principios de Vinculación entre Ayuda, Rehabilitación y Desarrollo (VARD). Siempre que sea posible y adecuado, la Comisión trabaja con sus socios de desarrollo para maximizar la sostenibilidad de las intervenciones mediante la promoción de su integración en los marcos y planes políticos nacionales (por ejemplo: políticas de salud, planes de respuesta a emergencias, protocolos nacionales para el tratamiento de la desnutrición, etc.).

vii) La Comisión lucha por no hacer daño por medio de su asistencia humanitaria en materia de nutrición. Esto es especialmente importante en lo que respecta a la seguridad de las innovaciones y a la utilización de productos nutricionales especializados. La Comisión se asegura siempre de que todas las pruebas disponibles sean consideradas, y que el interés general de los beneficiarios siga siendo fundamental.

“ La Comisión promueve aquellas prácticas que sean eficientes y eficaces en la gestión de la desnutrición. ”

viii) La Comisión promueve aquellas prácticas que sean eficientes y eficaces en la gestión de la desnutrición. La atención prestada, la calidad de los alimentos utilizados y la fiabilidad de la información¹⁸ que orienta el diseño de los programas sigue los estándares internacionales (tales como Esfera, la OMS o incluso las orientaciones del *Global Nutrition Cluster*).

18 - Por ejemplo, las altas tasas de mortalidad asociadas a la desnutrición aguda severa han sido atribuidas a una gestión inapropiada de casos y a la falta de conocimiento del personal médico. Una puesta en práctica más amplia de las directrices de la OMS a través de la capacitación durante el desempeño del trabajo y su incorporación a los programas de estudios médicos y de enfermería constituyen la clave para reducir de manera sustancial las tasas de mortalidad asociadas a MAS. Collins S. y col. *Management of severe acute malnutrition in children*. The Lancet, vol. 368 (9551), página 1992-2000, 2 de diciembre de 2006.

4. Alcance operativo de la asistencia

Criterios de entrada para las operaciones

- La Comisión puede iniciar intervenciones de apoyo nutricional cuando las tasas de emergencia de mortalidad o desnutrición aguda (tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años $> 2/10.000/\text{día}$, MAG $>15\%$ y tasas de MAG $>10\%$ con factores agravantes) se hayan alcanzado o superado, o se prevean, sobre la base de previsiones sólidas. Dicha “anticipación” debería basarse en indicadores de alerta temprana que muestren un deterioro crítico de la seguridad alimentaria y/o del entorno de salud, y que de no ser respondido a tiempo, se convertirá en una amenaza para la vida en un período de tiempo coherente con el mandato humanitario de la Comisión.
- Reconociendo que, en ocasiones, una crisis alimentaria comienza y se necesita una reacción anticipando la degradación del estado nutricional, la Comisión no tiene necesariamente que esperar a que las tasas de desnutrición aguda aumenten para proporcionar asistencia alimentaria humanitaria y apoyo nutricional, sino reaccionar ante riesgos humanitarios bien definidos que supongan una amenaza para la vida. La Comisión responde cuando los riesgos para la supervivencia de las poblaciones están claramente definidos.
- En lo que respecta a considerar si debe responder y de qué manera ante una crisis determinada, la Comisión presta especial atención a las ventajas e inconvenientes comparativos de los instrumentos humanitarios que tiene a su disposición. Para ello, es necesario: un análisis cuidadoso de las necesidades existentes y de las causas que han desencadenado la crisis; una consideración del tipo de respuesta más apropiada para cubrir sus necesidades sin causar daño alguno y un examen preciso de los mecanismos alternativos de asistencia que están disponibles.
- En este sentido, la asistencia humanitaria de la Comisión no responde en general a altos niveles de desnutrición permanentes (ya sea retraso en el crecimiento, emaciación y/o deficiencias de micronutrientes) salvo en los casos en los que la no-intervención suponga un riesgo humanitario inminente de gran magnitud y gravedad y en los que otros actores más apropiados sean incapaces de actuar o no estén dispuestos a hacerlo, y no se les pueda persuadir para ello; y, por último, en los casos en los que, a pesar de sus desventajas comparativas, se pueda esperar un impacto positivo dentro de los límites de tiempo de la intervención de la Comisión. En tales casos, la prestación de asistencia humanitaria en materia de nutrición se anticipa por incidencia, diálogo y una coordinación adecuada con actores de desarrollo pertinentes.

Criterios de salida para las operaciones

- La Comisión considera la oportunidad de concluir de forma gradual la asistencia humanitaria en materia de nutrición cuando los indicadores de desnutrición aguda y de mortalidad asociada a la desnutrición se estabilicen por debajo de los niveles de emergencia, o se espera que se estabilicen en un futuro cercano independientemente del apoyo humanitario de la Comisión.
- Asimismo, la Comisión considera la retirada progresiva o la puesta en marcha de un proceso de transición, de forma gradual, de la asistencia humanitaria en materia de nutrición, cuando otros actores no humanitarios (por ejemplo, el Estado o los actores de desarrollo) sean capaces de responder a las necesidades nutricionales de las poblaciones en riesgo y por lo tanto mitiguen el posible riesgo humanitario de la retirada, o cuando las necesidades humanitarias de la población estén totalmente cubiertas por otros donantes y actores humanitarios.
- La Comisión evalúa, en todo momento, sus estrategias de salida humanitarias sobre la base de su ventaja comparativa en relación con otros actores. La Comisión busca evitar situaciones disuasorias para la entrada de otros actores al retrasar su propia salida. En efecto, la Comisión fomenta la implicación de los actores más adecuados de todo el espectro de ayuda humanitaria y desarrollo según el contexto y las necesidades específicas.
- La Comisión se plantea también la retirada de operaciones humanitarias de asistencia nutricional cuando no puedan respetarse los principios esenciales de la ayuda, sobre todo si el riesgo de provocar daños supera los beneficios potenciales de la implicación.

4.1 Criterios de entrada y de salida

En consonancia con la Comunicación sobre Asistencia Alimentaria Humanitaria de la Comisión, la Comisión sigue los criterios de entrada y de salida para las operaciones descritas de lado, siendo siempre conscientes de su compromiso de apoyar la transición adecuada por medio del enfoque VARD (Vinculación entre Ayuda, Rehabilitación y Desarrollo).

4.2 Aspectos adicionales necesarios para alcanzar los objetivos de la Comisión

El mandato humanitario de la Comisión, su capacidad y sus prioridades le proporcionan una ventaja comparativa específica para responder a los desafíos de la desnutrición anteriormente mencionados en situaciones de crisis. La Comisión reconoce, sin embargo, que para lograr los mayores beneficios en términos de mejora de la nutrición, es igualmente necesario abordar otros dos retos persistentes en situaciones de emergencia:

- i) La producción de información fiable para orientar las decisiones, haciendo especial hincapié en el análisis de la situación y de la respuesta, sensibles a las desigualdades de edad y de género;
- ii) El fortalecimiento de capacidades para una prestación eficiente y eficaz de la asistencia humanitaria nutricional.

Por lo tanto, estas dos áreas quedan aquí incluidas, de tal manera que faciliten el logro de los objetivos de la Comisión. Sin embargo, no se incluyen como áreas independientes o puntos de entrada para la respuesta.

4.2.1 Sistemas de información

En caso de existir, los sistemas de información relativos a la salud, a la nutrición y a la seguridad alimentaria recopilan regularmente información nutricional (incluyendo datos antropométricos) que se pueden: (i) utilizar en las decisiones sobre políticas y/o (ii) orientar estrategias y (iii) permitir el seguimiento de las intervenciones.

Dichos sistemas de información requieren un apoyo a largo plazo, con un liderazgo nacional o regional, y una cuidadosa consideración de las perspectivas económicas y políticas. Es, por lo tanto, imperativo que toda ayuda humanitaria en este campo sea coherente con una estrategia a largo plazo de la Comisión y/o de otros donantes y sistemas nacionales.

Las actividades de análisis de la situación (incluyendo el análisis causal nutricional) y de análisis de la respuesta, estrechamente relacionadas, son cruciales para asegurar la eficacia global de una intervención.

“ En caso de existir, los sistemas de información relativos a la salud, a la nutrición y a la seguridad alimentaria recopilan regularmente información nutricional que se pueden: utilizar en las decisiones sobre políticas y/o orientar estrategias y permitir el seguimiento de las intervenciones. ”

La importancia del análisis de género en la planificación de la asistencia humanitaria en materia de nutrición

El compromiso de fortalecer un enfoque sensible al género está consagrado en el Consenso Europeo de Ayuda Humanitaria, que pone de relieve la importancia de: (i) integrar las consideraciones de género; (ii) incorporar las estrategias de protección contra la violencia sexual y la violencia basada en el género y (iii) promover la participación activa de las mujeres en asistencia humanitaria.

Justificación: Las situaciones de crisis, cualquiera que sea su causa, no son neutrales a las cuestiones de género. Mujeres, niñas, niños y hombres se enfrentan a diferentes riesgos de deterioro de su estado nutricional. Estas diferentes vulnerabilidades guardan relación tanto con sus necesidades nutricionales fisiológicas como con los factores socioculturales relativos al género.¹⁹

*Por qué el género y la edad importan:*²⁰ Las acciones que dejan de lado las cuestiones de género son menos efectivas porque se olvidan de la diversidad de las necesidades, las capacidades y los mecanismos de supervivencia de los diferentes grupos beneficiarios.

Una buena intervención en nutrición debe considerar la perspectiva de género en todas las etapas del ciclo del proyecto. En especial, se debe prestar atención a garantizar la perspectiva de género en el análisis de la situación y en el análisis de respuesta. La experiencia muestra que las malas prácticas de alimentación infantil, la falta de acceso a los servicios de salud, la inseguridad económica y los medios de subsistencia, las prácticas culturales y la desigualdad de género, en términos más generales, tienden a ser incorporados de forma inadecuada en los análisis de vulnerabilidad y en la programación estratégica a nivel nacional. Se lleva a cabo un análisis de género para comprender mejor la división de los roles, las responsabilidades, las restricciones y el acceso a los recursos, la movilidad, las vulnerabilidades específicas, las necesidades y los riesgos a los que se enfrentan las mujeres, las niñas, los niños y los hombres, incluidas la violencia sexual y la violencia basada en el género.

La Comisión reconoce la importancia de aplicar un enfoque de “nutrición” en las evaluaciones y en los análisis de problemas y respuestas, así como en el seguimiento y evaluación de todos los proyectos multisectoriales.

La Comisión fomenta la integración de datos nutricionales en otros sistemas de información y otros proyectos, tales como el proyecto CIF (Clasificación Integrada de las Fases de Seguridad Alimentaria),²¹ mientras continúa su apoyo al Enfoque de la Economía Doméstica (HEA, por sus siglas en inglés) en relación con el análisis de “Coste de la alimentación” (Cost of Diet).²²

Por último, el análisis de género debería integrarse en todos los análisis de situación y de respuesta; es por lo tanto crucial que se aseguren las capacidades específicas para lograr este objetivo.

Con el fin de maximizar la calidad y la eficacia de las intervenciones ligadas a la nutrición, la Comisión destaca la importancia de utilizar todas las fases de la gestión del ciclo de proyectos: evaluación de necesidades, análisis de respuesta, planificación (identificación del programa), valoración, financiación, ejecución, monitoreo y evaluación.²³

19 - Según *Nutrition: Gender Marker Tip Sheet*.

20 - Según Feinstein International Center, Tufts University, *Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies*, D. Mazurana et al., 2011.

21 - *Clasificación Integrada de las Fases de Seguridad Alimentaria*.

22 - Save the Children, *The Household Economy Approach. A guide for programme planners and policy-makers*, P. Holzmann et al., 2008. Save the Children, *The Cost of the Diet*, 2009.

23 - DG ECHO (2005) *Manual Project Cycle Management*. Brussels

La Comisión, sobre todo en los países propensos a sufrir una crisis, presta especial atención a la recogida de datos nutricionales de calidad y fomenta la ejecución de evaluaciones nutricionales de acuerdo con metodologías estandarizadas.²⁴ Dichas evaluaciones pueden incluir, aparte de datos antropométricos, otros que contribuirán a identificar las causas potenciales de la desnutrición (especialmente vinculadas a la salud, la seguridad alimentaria y el entorno ambiental).²⁵

4.2.2 Fortalecimiento de capacidades

En un contexto de fuerte presión derivada de crisis humanitarias, el imperativo de responder de forma rápida y profesional requiere la existencia de capacidades para hacerlo. Al mismo tiempo, el sector de la nutrición está avanzando de forma muy rápida, ejerciendo una presión adicional en los equipos humanos para conocer las últimas evidencias que apoyen el diseño de las respuestas humanitarias en materia de nutrición. La Comisión reconoce los retos y los costes de oportunidad vinculados a una brecha cada vez mayor entre el conocimiento teórico y la capacidad operativa, de forma que tratará de dar prioridad a los esfuerzos para reducir dicha brecha.

Con el objetivo de maximizar la eficacia de la asistencia nutricional, la Comisión reconoce la necesidad de invertir en el apoyo a las instituciones y en el desarrollo de capacidades de los actores clave involucrados en la gestión de la desnutrición aguda en situaciones de crisis. Al responder a las necesidades humanitarias, es posible el desarrollo de políticas, sistemas y capacidades que sean compatibles tanto en contextos de emergencia como de desarrollo. El apoyo de la Comisión tiene como finalidad mejorar las capacidades locales y nacionales para gestionar la desnutrición en situaciones de emergencia y hacer frente a los picos estacionales, así como reforzar la resiliencia para afrontar choques existentes y venideros.

En la medida en que sea posible y adecuado, la Comisión trabaja en el marco de sus operaciones humanitarias para mejorar, de forma simultánea, la capacidad nacional para: i) la vigilancia nutricional; ii) las encuestas nutricionales; iii) el seguimiento de datos relativos a la salud, la seguridad alimentaria y la nutrición; iv) los estudios y evaluaciones de causalidad intersectorial y v) la mejora de la capacidad para la ejecución de actividades nutricionales. Dichas inversiones deberían coordinarse con otros instrumentos de ayuda de la Comisión, con el fin de garantizar la continuidad cuando la intervención humanitaria haya concluido (véase la sección 6.3 sobre Coherencia, Coordinación y Complementariedad).

4.2.3 La integración en los sistemas nacionales

Un desafío central de la asistencia humanitaria nutricional reside en la necesidad de un compromiso oportuno y una rápida intervención, garantizando que los estándares mínimos de calidad se sigan respetando. La experiencia indica que, en la medida de lo posible, se puede afrontar este reto de manera óptima, gracias a las medidas eficaces de preparación en el marco de un enfoque integrado de “fortalecimiento del sistema”. Teniendo en cuenta que las crisis humanitarias no suceden en un espacio vacío, el imperativo humanitario de proporcionar una respuesta inmediata para salvar vidas implica, a menudo, la puesta en marcha de nuevos mecanismos de prestación de ayuda que amenazan con rechazar los sistemas locales ya existentes (no sólo en el

24 - Como SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions)

25 - Véase: *Emergency Nutrition Assessment: Guidelines for field workers*. Save the Children, November 2004.

sector de la salud, sino también en el seno de otras instituciones locales y de estructuras comunitarias pertinentes).

Cuando corresponda, la Comisión alienta la inclusión de programas nutricionales en un contexto más amplio de los sistemas nacionales (incluyendo disposiciones para la adaptación de protocolos nacionales para respuestas de emergencia). Esto, a su vez, subraya la necesidad de una evaluación exhaustiva de las capacidades y recursos nacionales previos a la intervención, así como un compromiso para reforzar el liderazgo y la capacidad del gobierno cuando sea favorable para el logro de los objetivos de la asistencia humanitaria.

“ La Comisión reconoce que tanto la desnutrición aguda y crónica como las deficiencias de micronutrientes son frecuentes y, a menudo coexisten, en diferentes grados, en muchos contextos estables. ”

4.2.4 Incidencia

La Comisión reconoce que tanto la desnutrición aguda y crónica como las deficiencias de micronutrientes son frecuentes y, a menudo coexisten, en diferentes grados, en muchos

contextos estables. Teniendo en cuenta las consecuencias de un problema tan grave y persistente de desnutrición en la mortalidad de los lactantes y niños pequeños, en el desarrollo del niño y en las perspectivas de crecimiento económico a largo plazo, la Comisión insiste en el hecho de que todas las formas de desnutrición figuren firmemente en el centro de la agenda de desarrollo.

Las acciones de incidencia y concienciación pública son esenciales para garantizar unas mejores políticas así como el desarrollo de acciones pertinentes de respuesta a la desnutrición. Los elementos clave de este proceso son las autoridades gubernamentales nacionales, la sociedad civil y los socios de desarrollo. A destacar las iniciativas para mejorar la comprensión de las medidas requeridas para conseguir los ODM de erradicar el hambre y reducir la mortalidad materno-infantil.

Aunque la Comisión posee un mandato específico y una ventaja comparativa en materia de acción humanitaria, con respecto a ciertos actores locales, el imperativo humanitario de salvar vidas y reducir las tasas de desnutrición aguda debe cumplirse, siempre que sea posible, de manera que no debilite las capacidades locales o descuide las políticas nacionales. Por consiguiente, se debería respaldar y fortalecer la capacidad local relacionada con la gestión cotidiana del problema persistente de la desnutrición aguda y con la gestión de crisis futuras, en la medida de lo posible.

4.2.5 Investigación

Con un crecimiento de la concienciación de la causalidad multisectorial de la desnutrición y un incremento de las opciones programáticas para responder a este fenómeno, la recopilación de pruebas sólidas y actualizadas sobre la eficacia y la eficiencia de diferentes formas de asistencia se convierte hoy en más esencial que nunca.

La Comisión reconoce la necesidad de contribuir a la base de evidencias sobre la eficacia y la eficiencia de diversas intervenciones para hacer frente a la desnutrición, considerando la diversidad de contextos (urbanos, pastorales,

agrícolas, agudos/crónicos, situaciones de desplazamiento, etc.) y las necesidades de colectivos de población específicos (mujeres/hombres; diferentes grupos de edad; personas con discapacidad; colectivos étnicos y socioculturales; grupos distintos desde el punto de vista económico). La Comisión continúa, por consiguiente, apoyando la investigación operativa en materia de nutrición con arreglo a las siguientes condiciones:

- La investigación no es un punto de entrada para llevar a cabo una operación: las operaciones se deberían justificar por necesidades humanitarias y no por la investigación.
- El contexto debería permitir que la investigación fuera llevada a cabo con eficacia: el lugar de investigación debería ser accesible y no variar durante todo el período de investigación de manera que garantice unos resultados adecuados de calidad.
- Los socios deben estar ejecutando operaciones de calidad que estén en curso en el área del proyecto propuesto y deben tener los conocimientos técnicos necesarios para dirigir cualquier investigación propuesta.
- La investigación de los socios debería respetar los estándares internacionales de investigación, incluida la validación de los protocolos por un comité científico internacional y, si fuera posible, por uno nacional, a través de la adecuada participación de las autoridades locales y de las comunidades.
- Se debe garantizar, en todo momento, la transparencia de la documentación y de la difusión de los resultados de la investigación.

Mercado en el distrito de Kati, Malí. © Unión Europea, 2006 - foto por EC/ECHO/Anouk Delafortrie



Myanmar: necesidades humanitarias urgentes en el estado de Rakhine. © Unión Europea, 2013 - foto por EC/ECHO/Mathias Eick

5. Respuestas programáticas

Aldea de Tolkobey, Níger. © Unión Europea, 2012 - foto por EC/ECHO



La Comisión apoya las estrategias globales de nutrición dirigidas a salvar vidas, cuyo objetivo es abordar los niveles de desnutrición en situaciones de emergencia. Estas incluyen intervenciones que han demostrado su eficacia y su eficiencia tanto en la lucha contra la desnutrición aguda moderada y severa como contra las deficiencias específicas de micronutrientes.

Se requieren otros programas para analizar las causas inmediatas y subyacentes de la desnutrición (véase el marco conceptual), contribuyendo, asimismo, a crear las bases y el entorno propicio necesarios con el fin de mantener los beneficios nutricionales en el tiempo. Esto comprende las intervenciones que han demostrado ser eficaces para abordar las causas subyacentes de la desnutrición, como la mejora del acceso al agua potable y la mejora de la seguridad alimentaria de los hogares a través de intervenciones basadas en la agricultura y en la ganadería.

Estudio de caso operacional - Níger: «El coste de la alimentación» (Cost of Diet): una herramienta analítica para informar sobre las intervenciones nutricionales

En mayo de 2011, Save the Children UK (SC UK) dirigió una “evaluación Cost of Diet (CoD)” en la región de Zinder, en el sur de Níger. El objetivo no era otro que comprender mejor las causas económicas subyacentes de la desnutrición.

La herramienta de análisis CoD, desarrollada por Save the Children UK, con el apoyo de la Comisión, se diseñó para calcular el coste de la alimentación más económica que permita satisfacer las necesidades nutricionales de las familias y contenga exclusivamente los alimentos disponibles a nivel local. Dicho instrumento combina datos sobre los precios de los alimentos, el consumo y la disponibilidad con información obtenida a partir de entrevistas a los miembros de la familia acerca de sus hábitos alimenticios y su estilo de vida. Puede usarse para calcular la proporción de hogares de una zona que no pueden permitirse tener una dieta nutritiva y la magnitud de la brecha entre los ingresos actuales y la cantidad de dinero que se necesita para satisfacer las necesidades en el hogar.

En Zinder, se podían encontrar alimentos nutritivos en el

mercado. El análisis CoD encontró, sin embargo, que durante la temporada de carestía, el coste mínimo de alimentación sobrepasa los niveles de ingresos de los hogares pobres. Mediante la identificación de la magnitud de dicha brecha relacionada con los ingresos, SC UK y otros socios pudieron diseñar programas a medida (por ejemplo, a través de la ayuda en efectivo y bonos).

Lección aprendida: No hay “una única talla para todos” como respuesta a una situación específica de desnutrición en cualquier situación de emergencia. En función de la situación socioeconómica de un hogar, el funcionamiento del mercado, los activos de los medios de vida y el nivel de resiliencia, las intervenciones humanitarias en materia de nutrición pueden variar. La herramienta CoD puede resultar muy útil para la comprensión de las dificultades a las que se enfrentan los hogares afectados por una crisis a nivel de acceso a alimentos nutritivos y, en especial, para la promoción de prácticas IYFC dirigidas a niños de más de seis meses basada en el uso de alimentos complementarios apropiados disponibles en los mercados locales.

5.1 Salud y nutrición

5.1.1 Gestión de la desnutrición aguda moderada y severa

Puede que sea necesario intervenir específicamente en la gestión de la desnutrición aguda moderada y severa de los colectivos más vulnerables (en general, niños menores de cinco años así como mujeres embarazadas y lactantes), en los casos en los que esté indicado por una evaluación de necesidades y a su vez no cubiertas por el sistema de salud. Las estrategias para la gestión de la desnutrición aguda en los contextos de crisis deben estar estrechamente vinculadas a los esfuerzos de promoción de la seguridad nutricional para toda la población afectada por una situación de emergencia.

La elección de la intervención depende de la prevalencia de la desnutrición aguda (moderada y severa) de los factores agravantes, del contexto local y de la dinámica de la crisis (en especial, desde el punto de vista de capacidades para poder acceder a los grupos afectados). La Comisión pone de relieve la importancia de:

- La detección temprana de la desnutrición aguda a nivel comunitario y búsqueda intensiva de casos a través de la movilización de la comunidad;
- La prestación de tratamiento ambulatorio para los individuos que padecen desnutrición aguda severa sin complicaciones médicas. El número de casos de MAS sin complicaciones se estima en un 80-90% del número total de casos de MAS.

“ Las estrategias para la gestión de la desnutrición aguda en los contextos de crisis deben estar estrechamente vinculadas a los esfuerzos de promoción de la seguridad nutricional para toda la población afectada por una situación de emergencia. ”

Nutrición. Burundi. ©
Unión Europea, 2012 -
foto por EC/ECHO



Estudio de caso operacional - Etiopía: Fortalecimiento de las capacidades del Ministerio de Salud para una respuesta humanitaria más eficaz y una mayor resiliencia

Etiopía presenta una de las tasas de mortalidad más altas del mundo de niños menores de cinco años y es un país crónicamente vulnerable a las crisis alimentarias y nutricionales.

En 2003 – 2004, una crisis alimentaria y nutricional que se extendió por todo el país puso de manifiesto la escasa capacidad de los centros nutricionales terapéuticos existentes para el tratamiento de la desnutrición aguda severa. Dicha situación llevó al Ministerio de Salud (MoH, por sus siglas en inglés) a comenzar a trabajar con sus socios para ampliar los servicios de nutrición en la zona. La ONG internacional Concern Worldwide impulsó un programa de apoyo al MoH con el fin de establecer servicios adecuados para tratar a un gran número de niños con MAS durante las temporadas “tranquilas”. Esta intervención incluía el fortalecimiento de capacidades con el fin de aumentar rápidamente estos servicios en momentos de crisis. El proyecto tenía como objetivo mitigar los retrasos en la puesta en marcha de nuevos programas terapéuticos en respuesta a las crisis.

El programa proporcionó un paquete de “apoyo básico” para el MoH, que consistía en formación, supervisión conjunta, visitas de intercambio de experiencias, talleres y asistencia en la movilización de la comunidad. Asimismo, se brindó apoyo mediante la incorporación de CMAM en la Estrategia de Nutrición Nacional y sus líneas directrices.

En 2008, se registró un drástico incremento en la prevalencia de MAS en dos regiones de Etiopía, principalmente ocasionado por los efectos de la sequía. En muchos distritos, la magnitud de los números de casos desbordó las capacidades de tratamiento. El MoH tomó la decisión de descentralizar los servicios de CMAM hacia los puestos de atención primaria a través de la contratación de promotores de salud. Esto se logró con rapidez,

movilizando el apoyo de numerosas agencias (UNICEF, OMS y ONG). Los resultados han sido sorprendentes:

- En un plazo de 4 meses, 455 puestos de salud (50% de los distritos) instalados en las dos regiones afectadas gestionaron programas terapéuticos ambulatorios (OTP, por sus siglas en inglés), atendiendo así a 27.000 niños afectados por MAS. Los resultados²⁶ cumplían los estándares mínimos Esfera. Esto llevó a una aceleración de los esfuerzos para aumentar las actividades de CMAM en las demás regiones.
- La ampliación de actividades de CMAM ha permitido un mayor acceso a la información relativa a los ingresos por MAS en una amplia zona del país. Los datos de seguimiento del programa aumentan la capacidad de los actores humanitarios para responder a tiempo a los incrementos en la prevalencia de MAS, en lugar de depender de la realización a largo plazo de encuestas nutricionales. Durante los meses de marzo y abril de 2011, los informes de CMAM mostraban un incremento del 90% en el número de ingresos, lo que llevó a UNICEF y a otros socios ejecutores a desplegar una respuesta humanitaria utilizando fondos de reserva/de contingencia, mientras que las discusiones de apoyo adicional todavía estaban en curso.

Lección aprendida: El presente caso destaca los beneficios asociados a un “enfoque sistemático”, donde las intervenciones de nutrición en situaciones de emergencia se basan en las capacidades existentes. Dicho enfoque sólo es posible con la presencia de un mecanismo de financiación apropiado que tienda puentes entre las intervenciones humanitarias y las de desarrollo.

- El tratamiento en centros hospitalarios de personas que sufren MAS con complicaciones médicas (se calcula que hay un 10-20% del número total de casos de MAS). Puede incluir centros nutricionales terapéuticos, hospitales o centros de estabilización; la identificación apropiada de complicaciones médicas y el acceso a un tratamiento apropiado (dirigido a salvar vidas); y, por último, el seguimiento adecuado posterior a la derivación de un paciente y al alta hospitalaria, en particular, en la gestión de la desnutrición aguda severa (en los centros de estabilización y a través de programas de consulta externa).
- Los programas de alimentación complementaria que tratan los casos de desnutrición aguda moderada;
- El acceso concomitante a asistencia sanitaria gratuita.

La Comisión acoge con satisfacción los avances realizados durante los últimos años a través de la introducción y la ampliación de los enfoques comunitarios para CMAM. La Comisión reconoce especialmente la importancia de los alimentos terapéuticos listos para su consumo, que han sido parte esencial del éxito de dicho enfoque. CMAM tiene como objetivo proporcionar un tratamiento eficaz a todos los niños que sufren desnutrición aguda moderada o severa, descentralizando el tratamiento y proporcionándolo a aquellos que lo necesitan, suprimiendo la necesidad de hospitalizaciones prolongadas y estimulando la comprensión y el compromiso de la población meta acerca de la desnutrición aguda. Se reducen las barreras de acceso al tratamiento así como se realiza, con mayor frecuencia, el diagnóstico precoz del estado nutricional. Dicho diagnóstico precoz de la desnutrición aguda combinado con un tratamiento efectivo a nivel comunitario puede reducir, en gran medida, las tasas de mortalidad e incrementar la cobertura de la población afectada.

La amplitud de la desnutrición en situaciones de emergencia se percibe en términos de número de personas afectadas (más niños padecen desnutrición aguda moderada) y en términos de mortalidad (el riesgo es mayor para aquellos que sufren desnutrición aguda severa). La gestión de la desnutrición aguda, por lo tanto, requiere considerar las estrategias relativas a MAM de forma paralela a las relativas a MAS, de manera que pueda haber coherencia y un progreso constante. Un enfoque multisectorial resulta absolutamente necesario para tratar la desnutrición aguda moderada, por ejemplo, a través de una asistencia alimentaria humanitaria pero también por medio de un acceso mejorado a la atención sanitaria, así como al saneamiento y al agua potable.

“ La amplitud de la desnutrición en situaciones de emergencia se percibe en términos de número de personas afectadas [...] y en términos de mortalidad. ”

Alimentación del lactante y de los niños pequeños en situaciones de emergencia (IYCF-E)

En el contexto de la asistencia humanitaria nutricional, la IYCF hace referencia a una gama de intervenciones en materia de nutrición y de cuidado que refuerzan la supervivencia y mejoran el crecimiento de los niños. Éstas incluyen un apoyo adecuado y basado en evidencias a la lactancia materna (exclusiva) y al asesoramiento, fórmulas o intervenciones alimentarias de emergencia cuando sea necesario, intervenciones de alimentación complementaria enriquecida con nutrientes para los niños de más de seis meses, así como apoyo para la mejora de las prácticas de cuidado, de desarrollo y de protección del niño. En términos más generales, la IYCF abarca la nutrición materno-infantil, incluyendo la gestión de la desnutrición aguda en lactantes. Se debería prestar especial atención a todas las prácticas culturales en torno a la lactancia materna y a la alimentación que podrían discriminar a las niñas.

La Comisión busca mantener las disposiciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y otras resoluciones pertinentes de la OMS (y exige a sus socios que respeten las mismas normas). Las donaciones inapropiadas en especie (como las fórmulas para lactantes, la leche en polvo, los biberones y las tetinas) están desaconsejadas por la Comisión, de acuerdo con las Directrices Operativas en IYCF-E y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

En una crisis humanitaria, se deben tener en cuenta otras influencias menos reconocidas sobre prácticas de IYCF que incluyen seguridad, privacidad y refugio para madres. Los

Estudio de caso operacional - Myanmar: La experiencia de una madre joven durante el ciclón de 2008 y las posteriores inundaciones

La madre de Jasmine se acercaba al final de su embarazo cuando tuvo lugar el ciclón. Ella y sus cuatro hijos se vieron afectados por la tormenta mientras caminaban hacia la aldea, que estaba a varios días a pie desde donde se encontraban. Buscó refugio en un monasterio donde conoció a una mujer que tenía tres hijos, todos mayores de 8 años. Cuando llegó el momento de desalojarles del monasterio por la fuerza, la madre de Jasmine notó que estaba a punto de dar a luz y, por lo tanto, veía casi imposible volver a hacer el viaje de regreso a la aldea con sus hijos, por lo que se quedó con la familia que había conocido en el monasterio. Jasmine pesó 2,5 kg al nacer y su madre decidió que no podía cuidar de ella y la dejó con la familia que le había acogido. Seis semanas más tarde, Jasmine pesaba 2,3 kg.

Las consejeras de lactancia apoyaron a la madre adoptiva de Jasmine para que la volviera a amamantar durante aproximadamente 10 días. Le recomendaron darle el pecho tan a menudo como le fuera posible durante el día (al menos, cada dos horas) así como durante la noche, las veces que necesitara (toda la familia dormía en una alfombra que estaba colocada debajo de la única mosquitera que había en toda la casa). También le enseñaron la forma mediante la cual tenía que preparar la leche materna en polvo y la alimentación con taza. Le

dijeron que le diera a Jasmine la suficiente leche materna como para satisfacerla (alrededor de 6 o 7 veces al día) y que ella se tomara lo que sobrara o se lo diera a uno de los chicos. Cuando se observaba a Jasmine mamando, era evidente que succionaba con eficacia para extraer la leche del pecho (se agarraba correctamente al pezón haciendo tomas largas y lentas, dando grandes tragos, mientras tenía una expresión relajada en su rostro y sus manos se iban relajando a medida que se iba alimentando y, finalmente, después de mamar se quedaba dormida). Sus excrementos mostraban, asimismo, que estaba recibiendo una cantidad suficiente de leche materna. A partir de ese momento, le comentaron a la madre adoptiva de Jasmine que redujera el número de tomas durante el día. Dos semanas más tarde, la madre adoptiva de Jasmine dejó por completo de darle leche de fórmula para lactantes.

Jasmine recibe actualmente lactancia materna exclusiva, se ha recuperado y ha superado su peso al nacer.

Lección aprendida: Dicho ejemplo muestra la importancia de priorizar la IYCF-E. Gracias a expertos y a un apoyo específico, se puede evitar la degradación del estado nutricional de los lactantes incluyendo en la medida en que sea necesaria alimentos terapéuticos.

componentes psicosociales de la nutrición (incluyendo las dimensiones psicosociales, emocionales y sociales de la salud y del bienestar de un niño y de la madre) son de gran importancia, ya que pueden tener un impacto considerable sobre el estado nutricional. La nutrición guarda una estrecha relación con las prácticas de cuidado y el estado nutricional del niño se suele determinar tanto por las prácticas de alimentación, como por el ambiente familiar y la atención recibida por parte de los cuidadores principales y por los alimentos consumidos. La evidencia también indica que la inclusión de la estimulación psicosocial para las madres y los niños en programas de tratamiento de la desnutrición puede mejorar la salud a largo plazo y el desarrollo de los niños.²⁷

El reciente estudio sobre la gestión de la desnutrición aguda del lactante (MAMI, por sus siglas en inglés)²⁸ confirma que una alta prevalencia de emaciación en los lactantes menores de 6 meses constituye un problema de salud pública que precisa de una respuesta humanitaria. Existe una necesidad urgente de incrementar nuestro conocimiento sobre la manera de diagnosticar la desnutrición aguda en este grupo de edad, mejorar la comprensión de las causas y las consecuencias y mejorar las intervenciones para tratarla. De forma más específica, es necesario explorar las modalidades, los costes y el impacto de integrar el apoyo de la IYFC en

27 - Nahar; B., Hamadani, J.D., Ahmed, T., Tofail, F.; Rahman, A.; Huda; S.N.; et al (2008): Effects of psychosocial stimulation on growth and development of severely malnourished children in a nutrition unit in Bangladesh. *European Journal of clinical nutrition*; September 2008.

28 - *Management of Acute Malnutrition in Infants (MAMI) Project* commissioned by the Global Nutrition Cluster; Summary Report. ENN; October 2009.

los programas de CMAM, y las intervenciones que abordan la desnutrición aguda en lactantes precisan ser actualizadas mediante la innovación, la investigación y las consideraciones de las lecciones del pasado.

Desnutrición aguda en adolescentes y adultos

Aunque la gestión de la desnutrición aguda en niños menores de cinco años ha mejorado de forma considerable en la última década, aún existen lagunas en la evidencia sobre el tratamiento de la desnutrición aguda en adolescentes y adultos. La experiencia muestra que las necesidades nutricionales específicas de adolescentes y adultos requieren estrategias adaptadas de ayuda más allá de la asistencia alimentaria. Por lo tanto, es imperativo que los adolescentes y los adultos desnutridos tengan acceso a un tratamiento y a un apoyo adecuados.

Las mujeres y las adolescentes son especialmente vulnerables debido a su papel productivo, reproductivo y social.²⁹ La desnutrición en las mujeres contribuye a la mortalidad materna y está directamente relacionada con un debilitamiento en el estado nutricional y un retraso en el crecimiento de los niños. La desnutrición materna también está ligada al bajo peso al nacer que, a su vez, se traduce en una mayor morbilidad y mortalidad infantil así como en discapacidades a largo plazo y en enfermedades crónicas. Por consiguiente, la Comisión alienta a una atención sistemática en las intervenciones que abordan la desnutrición en mujeres en edad reproductiva, en especial durante el embarazo y el período de lactancia en el marco de todos los contextos humanitarios, y sigue de cerca la calidad del trabajo de aquellos socios cuyo desempeño tiene un impacto específico en dicho colectivo.

“ La experiencia muestra que las necesidades nutricionales específicas de adolescentes y adultos requieren estrategias adaptadas de ayuda más allá de la asistencia alimentaria. ”

La Comisión también garantiza que las necesidades especiales de otros grupos específicos dentro del número de casos beneficiarios (por ejemplo, personas con discapacidad, personas mayores, personas enfermas crónicas) se integran en el diseño de respuestas humanitarias en nutrición.

5.1.2 Gestión de las carencias/de las deficiencias de micronutrientes (MND, por sus siglas en inglés)

La Comisión reconoce la evidencia internacional creciente recopilada en los últimos años en relación con la MND y su impacto específico en la morbilidad, mortalidad y desarrollo cognitivo de los niños. Más del 10% de las defunciones de niños menores de cinco años son atribuidas a las deficiencias en vitamina A, cinc, hierro y yodo.³⁰

Sobre la base de una evaluación de necesidades, la Comisión apoya, por consiguiente, las estrategias nutricionales para tratar y prevenir la MND durante emergencias. La combinación de opciones de respuesta adoptadas depende del nivel y la gravedad del problema:

29 - Las mujeres son las principales cuidadoras de los niños y quienes toman las decisiones importantes con respecto al consumo de alimentos de sus hijos. La educación y el estatus la mujer en la sociedad están directamente relacionados con el estado nutricional de los niños que están bajo su cuidado.

30 - Véase la tabla 6 en: Black, R.E. et al, for the *Maternal and Child Undernutrition Study Group*, *Lancet* 2008; 371: 243

- Suministro de alimentos frescos que son complementarios a una ración alimentaria general (por ejemplo, a través de bonos de alimentos frescos);
- Suministro de productos alimenticios enriquecidos,³¹ como los cereales enriquecidos, CSB+/++ (mezcla de maíz y soja), suplemento nutricional a base de lípidos, sal yodada y/o polvos o granulados para enriquecer los alimentos a domicilio en la ración general;
- Atención especial a la calidad de la alimentación complementaria para los niños menores de dos años;
- Distribución de suplementos de micronutrientes,³² ya sea como micronutriente único (por ejemplo, vitamina A para niños, ácido fólico/hierro para las embarazadas) o como suplemento a nivel de la población³³ en el caso de deficiencias generalizadas de micronutrientes específicos, tales como el escorbuto (carencia de vitamina C), la pelagra (carencia de niacina) y el beriberi (carencia de vitamina B y tiamina);
- Integración de los micronutrientes en la prevención y el tratamiento de determinadas enfermedades. El cinc ha demostrado ser eficaz en la gestión de enfermedades diarreicas (prevención de episodios futuros así como reducción en la duración de episodios en curso) que, a su vez, pueden tener graves consecuencias nutricionales;
- El suministro de vitamina A, junto con, por ejemplo, vacunas contra el sarampión, puede ayudar a proteger a los niños contra infecciones. Por consiguiente, la Comisión apoya las intervenciones dirigidas a incorporar el cinc y la vitamina A en la prestación de los servicios de atención médica (por ejemplo, a través del suministro de zinc con Sales de Rehidratación Oral de baja osmolaridad (SRO).

5.1.3 Prevención de la desnutrición ligada a la enfermedad

La desnutrición puede venir desencadenada y puede agravarse por las enfermedades; por consiguiente, el apoyo a un acceso gratuito a la asistencia sanitaria y la promoción de un entorno saludable son un componente esencial en la prevención y tratamiento de la desnutrición aguda.

La sinergia entre la desnutrición, las carencias de micronutrientes y las diversas enfermedades infecciosas y parasitarias es bien conocida (como enfermedades diarreicas, VIH/SIDA, tuberculosis, leishmaniosis, infección por helmintos intestinales, infecciones respiratorias, malaria y sarampión). La desnutrición y las deficiencias de micronutrientes facilitan la infección y algunas infecciones pueden derivar, directa o indirectamente, en el desarrollo de la desnutrición y en carencias de micronutrientes. Sin embargo, en la estructura actual de los programas nutricionales, no es frecuente abordar la importancia de las enfermedades subyacentes.

Al tiempo que se lucha contra la desnutrición en situaciones de emergencia, la Comisión busca proporcionar una asistencia sanitaria urgente adecuada, teniendo en cuenta las necesidades específicas de los niños menores de cinco años y sus madres, así como de las mujeres embarazadas. Dichas intervenciones pueden incluir:

³¹ - Véase OMS/FAO (2006) : *Guidelines on food fortification with micronutrients* y OMS (2009), *Recomendaciones sobre la fortificación de las harinas de trigo y de maíz : Declaración de consenso provisional*.

³² - Véase OMS (2006).

³³ - Véase OMS-PAM-UNICEF, *Joint Statement on Preventing and controlling micronutrient deficiencies in populations affected by an emergency, 2007*.

- La desparasitación como parte de los programas integrados de salud infantil,
- La prevención y el tratamiento temprano de enfermedades diarreicas,³⁴
- La prevención y el tratamiento temprano de sarampión y malaria.³⁵

El acceso a una asistencia sanitaria de atención primaria (básica) debería garantizarse a quienes son más vulnerables a la desnutrición. De acuerdo con la posición de la Comisión sobre el cobro de tarifas a los pacientes³⁶ en situaciones humanitarias, la asistencia sanitaria debería ser gratuita en el lugar de prestación, con el fin de asegurar, en la medida de lo posible, que el acceso de todos los posibles beneficiarios a los servicios de salud queda garantizado.

La Comisión desea garantizar una provisión (considerando la calidad y la seguridad de los productos) y un almacenamiento apropiados de insumos médicos y nutricionales necesarios para prevenir la desnutrición relacionada con enfermedades.

“ El acceso a una asistencia sanitaria de atención primaria (básica) debería garantizarse a quienes son más vulnerables a la desnutrición. ”

El pre posicionamiento regional de suministros esenciales, o el apoyo a los stock nacionales de preparación para emergencias puede facilitar respuestas a tiempo, si son adecuadamente gestionados y apoyados por medio de sistemas de información fiables.

5.2 Asistencia alimentaria humanitaria y nutrición

Las opciones de respuesta deben estar motivadas por el contexto y pueden incluir:

Asistencia alimentaria general:

- Distribución sin condiciones de efectivo o bonos (del valor de un producto básico o de un valor monetario) repartidos de manera general;
- Distribución de productos alimentarios gratuitos de forma general (distribución alimentaria general), incluyendo la provisión de alimentos enriquecidos adecuados para los niños pequeños.

Asistencia alimentaria selectiva:

La asistencia alimentaria selectiva (TFA, por sus siglas en inglés) tiene como objetivo llegar a los **hogares con mayor inseguridad alimentaria** (independientemente de si está en marcha una distribución alimentaria general). Dichas intervenciones deben basarse en un análisis de la economía doméstica (HEA, por sus siglas en inglés):

- Distribución sin condiciones de dinero en efectivo o bonos dirigida a determinados grupos de población (del valor de un producto básico o de un valor monetario)

34 - Véase WHO/UNICEF, *Joint Statement on Clinical Management of Acute Diarrhoea*, 2004.

35 - Véase *Conclusions and recommendations of the WHO Consultation on prevention and control of iron deficiency in infants and young children in malaria-endemic areas* (2006, en proceso de revisión)

36 - Documento de posicionamiento de DG ECHO sobre tarifas de los usuarios en atención primaria de salud en crisis humanitarias, Abril 2009. «En situaciones de emergencia, la DG ECHO promoverá el acceso a la atención sanitaria para todos y, en particular, para los más pobres y los más necesitados y desalentará a los socios para aplicar cualquier sistema de cuota de usuario. Si no se garantiza ninguna fuente alternativa de ingresos para el pago de los salarios o los gastos ordinarios o para la reposición de medicamentos o suministros médicos, la DG ECHO debe tomar una decisión bien informada y considerar cubrir la brecha financiera. Cualquier elección debe basarse en consideraciones del contexto nacional y político y en las posibles consecuencias de la supresión de la cuota de usuario».

Estudio de caso operacional - Níger: El papel de las transferencias en efectivo en la reducción de la desnutrición en los hogares extremadamente pobres

En 2008, Save the Children UK (SC UK) puso a prueba un programa de transferencia en efectivo con miras a proporcionar una red de protección social en el distrito de Tessaoua, situado en la región de Maradi (Níger). En colaboración con las autoridades locales y con la financiación de la Comisión, SC UK asistió a 1.500 de los hogares más pobres con el fin de cubrir la brecha entre el coste de los alimentos que compraban y sus ingresos durante la temporada de carestía.

Los beneficiarios fueron identificados sobre la base de un análisis de economía doméstica (HEA, por sus siglas en inglés) y la clasificación de la riqueza. Se prestó especial atención a los hogares en los que había viudas, personas con discapacidad, madres y cuidadores de niños menores de cinco años. Todos los beneficiarios vivían en zonas de gran inseguridad alimentaria. En cada familia, una mujer recibía ayuda directa en especie repartida en tres partes iguales, en función de su participación en las sesiones de sensibilización en materia de desnutrición y de salud pública.

SC UK supervisó 100 hogares en tres ocasiones: antes del proyecto, un mes después de la primera distribución de efectivo (en el pico máximo del período de hambre) y un mes después de la distribución final. Los resultados mostraron que las transferencias monetarias brindaron la oportunidad a los hogares más pobres de satisfacer sus necesidades alimentarias mínimas, mientras

disfrutaban de una dieta más variada. La inyección de efectivo en la comunidad estimuló al pequeño comercio e incrementó los niveles de ingresos locales, ya que las personas que recibían la transferencia trabajaban en sus propios campos en lugar de competir por trabajo como jornaleros.

Se pudo constatar una mejora del estado nutricional en los niños menores de cinco años. Este fenómeno, sin embargo, no se sostuvo en el tiempo. Una explicación podría ser que las transferencias de efectivo a las familias con niños pequeños podrían ser más eficaces si se hubieran acompañado de suplementos de micronutrientes y medidas de prevención de enfermedades, ya que el efectivo por sí sólo no podía hacer frente a la complejidad de la inseguridad nutricional. No obstante, las familias eran más capaces de satisfacer sus necesidades energéticas y era menos probable que solicitaran créditos o hipotecas durante la temporada de carestía si recibían transferencias de dinero.

Lecciones aprendidas: Las transferencias de efectivo potencialmente tienen un impacto positivo en la estimulación de los mercados locales y en la diversidad alimentaria. Sin embargo, necesitan venir acompañadas de intervenciones específicas de nutrición y salud, para tratar la complejidad de la seguridad nutricional, prestando especial atención a los niños menores de cinco años.



Bangladesh - noviembre 2012. © Unión Europea, 2012 - foto por EC/ECHO/WFP/Rein Skullerud



Una vendedora de pescado presenta su cupón alimenticio. © Unión Europea, 2011 - foto por EC/ECHO/Said Penda Mbombo

- Distribución de productos alimentarios gratuitos dirigida a determinados grupos de población (distribuciones determinadas de alimentos);
- Distribución de alimentos, dinero en efectivo o bonos dirigida a determinados grupos de población, a cambio de tiempo o trabajo del beneficiario (por ejemplo, dinero por trabajo, alimentos por trabajo, alimentos por formación, alimentos por activos);

La distribución general de alimentos complementarios tiene como objetivo llegar a las personas **mas vulnerables en terminos de nutricion** (en especial, niños pequeños, embarazadas y mujeres lactantes). Dichas intervenciones deben realizarse sobre la base de datos sólidos relacionados con la vigilancia nutricional.

La seguridad alimentaria y las intervenciones de medios de vida constituyen instrumentos potencialmente eficaces³⁷ para la prevención de la desnutrición (tal y como se ha señalado en el marco conceptual).

37 - Bhutta Z. et al. (2008): *What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival*. Maternal and Child Undernutrition Study Group. *The Lancet* 371 (9610) p417-440.

Estudio de caso operacional - Somalia: Un programa de transferencia de efectivo y cupones para alimentos

La sequía de 2011 en el Cuerno de África tuvo un impacto muy grave en las poblaciones vulnerables de Somalia, que ya se habían visto afectadas por una guerra de larga duración. El 20 de julio, por primera vez en casi 30 años, Naciones Unidas declaró oficialmente la presencia de una situación de hambruna en dos regiones del sur del país (CIF Fase 5). Los niños somalíes seguían atrapados en una crisis crónica y recurrente de desnutrición, con una Malnutrición Aguda Global media (MAG) a escala nacional que sobrepasaba de forma considerable el umbral de emergencia. Para responder a las urgentes necesidades de las poblaciones más vulnerables, UNICEF –con el respaldo de la Comisión– lanzó su mayor programa de efectivo y cupones de la historia en situaciones de emergencia:

El programa se dirigió a 360.000 personas (60.000 hogares): los beneficiarios directos eran los niños severamente desnutridos de menos de cinco años y las familias afectadas por la sequía del sur de Somalia.

El objetivo era reducir (al menos) por debajo del umbral de emergencia el exceso de mortalidad causada por deficiencias nutricionales.

La intervención se basaba en la provisión de suministros nutricionales y en la distribución de transferencias de efectivo y cupones. UNICEF realizó 6 rondas de distribución por un valor total de 60 millones de dólares; cada ronda mensual comprendía 58 dólares en cupones y 100 dólares en efectivo distribuidas por hogar.

Dado el gran volumen de fondos dedicados a la transferencia de efectivo y a los bonos, así como la novedad de las intervenciones de efectivo, la expectativa en cuanto a resultados fue muy alta:

Tras tres distribuciones de efectivo, se podían constatar los primeros signos de recuperación de la resiliencia; la mejora del poder adquisitivo de los hogares muy pobres desencadenó un incremento en la compra de alimentos, de ganado y las inversiones de pequeñas empresas.

El impacto nutricional positivo de la intervención era evidente: aumentó el número de comidas por día (de 1 a 2 en el caso de los adultos y de 1 a 3 en el caso de los niños) y también mejoró la diversidad alimentaria. Asimismo, entre octubre de 2011 y febrero de 2012, la prevalencia de MAS disminuyó de 12% a 8%.

Lecciones aprendidas: En general, los programas de transferencia de efectivo a gran escala pueden tener éxito.

En contextos complejos afectados por un conflicto es posible realizar un seguimiento colaborativo y a gran escala .

Mercados que funcionan de manera eficiente y el sistema Hawala (Wester Union local) han sido factores clave que permitieron el impacto rápido de la intervención.

Un seguimiento común ha mejorado la programación y la evaluación del impacto global.

Con un análisis de la respuesta adecuado, los datos existentes indican que las transferencias en efectivo pueden tener un impacto positivo en la ingesta de alimentos y, por lo tanto, deberían considerarse como una herramienta clave en la gestión de la desnutrición. No obstante, como también ocurre con la asistencia alimentaria en especie, la evaluación del impacto exacto de dichas transferencias en los cambios del estado nutricional sigue siendo un desafío.³⁸

La Comisión se compromete a abordar esta brecha a través de: (i) la promoción de la integración sistemática de objetivos e indicadores pertinentes desde el punto de vista nutricional en las operaciones de asistencia alimentaria humanitaria que apoya (incluyendo sistemas de información sobre seguridad



Una mujer beneficiaria de ayuda humanitaria en Colombia. © Unión Europea, 2012 - foto por EC/ECHO/I. Coello

38 - Bailey, S and Hedlund, K. (2012): *The impact of cash transfers on nutrition in emergency and transitional contexts*.

alimentaria); y (ii) la consideración de una investigación operativa que contribuya a la obtención de datos sobre el desempeño comparativo entre diferentes estrategias y productos. En el caso de (i), esto se puede lograr, por ejemplo, a través de medidas antropométricas o índices de diversidad alimentarias y niveles de consumo de alimentos.

En los casos en los que hacer frente a la desnutrición es un objetivo importante de las intervenciones de seguridad alimentaria, la Comisión comienza interviniendo en aquellas áreas donde la prevalencia de desnutrición aguda es la más elevada.

En lo que respecta a la gestión de MAM, sigue siendo una prioridad la necesidad de evidencias que demuestren la ventaja comparativa de productos de nutrición especializados (como RUSF y alimentos compuestos enriquecidos). No obstante, los alimentos complementarios—tal y como su nombre indica—, están dirigidos a complementar una alimentación existente (cuando ésta es deficiente en cantidad y/o calidad) y, por consiguiente, se precisa un análisis exhaustivo de la situación para justificar esta elección de respuesta específica. La Comisión reconoce la eficacia potencial que los productos alimentarios enriquecidos y/o ricos en nutrientes pueden tener en el tratamiento y la prevención de la desnutrición aguda. Sin embargo, la Comisión respalda exclusivamente el uso de productos nutricionales especializados cuando las condiciones específicas sean consideradas apropiadas y haya un estricto seguimiento de su eficacia e impacto.³⁹

Por otra parte, se reconoce que la alimentación complementaria no debería, en ningún caso, competir con la lactancia materna, ni comprometerla (para niños de 6 a 23 meses, aunque no sean alimentados exclusivamente con leche materna). Por lo tanto, es importante que la alimentación complementaria se acompañe de medidas dirigidas a promover y supervisar la continuación de la lactancia materna.

5.3 Agua, Saneamiento e Higiene (WASH) y nutrición

Los factores ambientales pueden contribuir, en gran medida, a la aparición y gravedad de la desnutrición. La falta de agua potable, una mala calidad de los sistemas de saneamiento y unas prácticas de higiene inadecuadas favorecen la propagación de enfermedades infecciosas. Como tales, están directamente relacionados con la alteración del crecimiento, un deficiente sistema inmunológico y un incremento en la morbilidad y mortalidad.⁴⁰ La Comisión promueve, por consiguiente, la integración de objetivos específicos de la nutrición en las respuestas humanitarias de WASH, en contextos de crisis, allí donde la desnutrición constituye una de las principales preocupaciones humanitarias.

En estos contextos, la Comisión apoya aquellas intervenciones de saneamiento básico y cambios en el comportamiento que se consideran esenciales para la creación de un entorno saludable.⁴¹ Éstas incluyen:

39 - Seguimiento basado en los estándares mínimos (por ejemplo, ESFERA o protocolos nacionales); *Minimum Reporting Package*.

40 - La serie de *The Lancet* incluye intervenciones en materia de higiene y sobre el lavado de manos entre las medidas fundamentales para reducir el riesgo de diarrea. Las dimensiones relativas a la higiene y al lavado de manos en la preparación de alimentos son una parte importante del componente «cuidado de los niños» de los programas de nutrición, en particular en las zonas donde el agua y el saneamiento tienen una calidad deficiente. Véase UNICEF *Guidelines on hand washing and hygiene*.

41 - OMS/FAO 2006: *Guidelines on food fortification with micronutrients*.



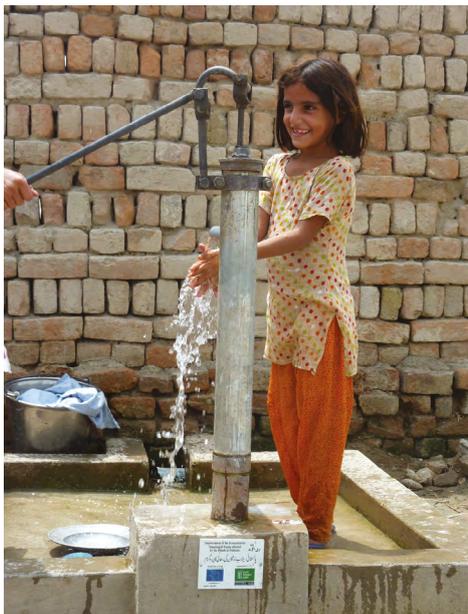
Este de Chad: Día Universal de la Infancia. © Unión Europea, 2011- foto por EC/ECHO/UNHCR, Frédéric Noy

- Intervenciones de abastecimiento de agua destinadas a garantizar el suministro de agua potable, en cantidad suficiente y en un corto espacio de tiempo.
- Intervenciones en materia de saneamiento, centradas en la evacuación inmediata y segura de excretas. Se da prioridad a la protección de las fuentes de agua potable de cualquier contaminación posible, en especial, la que se produce a través de excrementos de humanos y de animales.
- La promoción de la higiene basada en acciones inmediatas con mayor potencial para reducir el riesgo y la propagación de brotes epidémicos relacionados con la salud ambiental (en particular, el lavado de manos).

Siempre que sea posible, estas acciones son diseñadas y ejecutadas en coordinación con todos los grupos de interés relevantes, incluyendo a los líderes y/o a los representantes de las comunidades, y de acuerdo con las autoridades locales/nacionales.

La participación equitativa de hombres y mujeres en la planificación, la toma de decisiones y la gestión local de las operaciones de WASH en situaciones de emergencia contribuye a garantizar que toda la población tiene un acceso seguro y fácil a los servicios de WASH y que ese acceso a dichos servicios no tiene ningún impacto negativo sobre el estado nutricional de los colectivos vulnerables, en particular, de las mujeres y los niños. Existen dimensiones importantes de género que habría que tener en cuenta en materia de WASH, con el fin de evitar consecuencias que podrían ser perjudiciales para el bienestar de las mujeres (y los niños). Un diseño

“ Existen dimensiones importantes de género que habría que tener en cuenta en materia de WASH, con el fin de evitar consecuencias que podrían ser perjudiciales para el bienestar de las mujeres (y los niños). ”



Inundaciones en Pakistán. © Unión Europea, 2012-
foto por EC/ECHO/Malini Morzaria

sensible a las cuestiones de género y nutrición respalda, por ejemplo, la reducción de la carga de trabajo y el tiempo de recogida de agua para las mujeres, así como la mejora de la protección de las mujeres y de las niñas pequeñas a través de un diseño adecuado de instalaciones de WASH en los campos de refugiados o de desplazados.

Entre las medidas específicas destinadas a fortalecer el vínculo entre las intervenciones de WASH y la mejora de los resultados de nutrición, cabe enumerar las siguientes:

- La promoción de un paquete mínimo de WASH en los centros de salud (incluso clínicas móviles) para contribuir a un entorno saludable;
- Un acceso garantizado al agua para los más pobres a través de la cancelación de cuotas a los usuarios o, por ejemplo, mediante transferencias de efectivo para cubrir los costes asociados a un nivel mínimo de consumo;⁴²
- La construcción de letrinas debería evitar el riesgo de contaminación asegurando una distancia adecuada con respecto a los lugares donde se maneja la preparación de la comida, el agua potable, el almacenamiento de utensilios de cocina, etc. Las letrinas deberían construirse correctamente (por ejemplo, con capas de hormigón) con el objetivo de prevenir infecciones helmínticas;
- La inclusión de campañas de sensibilización en materia de nutrición en las estrategias de promoción de la higiene;
- El análisis previo a las intervenciones de la importancia de las fuentes de agua para los medios de vida y para la economía doméstica, con la finalidad de establecer servicios de suministro de agua potable y evitar tensiones entre las prioridades potencialmente contrapuestas de los diferentes grupos;
- El aprovechamiento de las operaciones humanitarias de WASH como una oportunidad para transferencias condicionales de efectivo o de alimentos, por medio del compromiso de los beneficiarios en la construcción de sus propios servicios de WASH.

42 - La prioridad humanitaria es que cualquier cuota de usuario debe ir acompañada de un compromiso para garantizar que las necesidades de los más vulnerables estén cubiertas y que nadie sea excluido en el acceso a los servicios de WASH.

6. Las preocupaciones comunes de los actores humanitarios y de desarrollo

Si bien es importante que los altos niveles de desnutrición crónica preexistentes sean tenidos en cuenta en el diseño de toda respuesta de emergencia, esto por sí solo no puede por lo general garantizar la activación de los mecanismos humanitarios que presten asistencia nutricional. En contextos que se caracterizan bien por la existencia de desnutrición crónica (retraso en el crecimiento) o bien por la persistencia de altos índices de desnutrición aguda (emaciación), o ambos, se requiere un enfoque a largo plazo, con el fin de garantizar modalidades de financiación previsibles y una estrecha colaboración con las autoridades gubernamentales nacionales.

Resulta esencial comprender que tales contextos son, en primer lugar, el resultado de graves factores estructurales que yacen fuera del ámbito de la asistencia humanitaria. Sin embargo, también es importante para todos los actores implicados reconocer que niveles elevados y constantes de desnutrición implican un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad y que el peso de la desnutrición asociado al subdesarrollo es aún mucho mayor que el asociado a las crisis de corta duración.

En este apartado del documento, se analizan los aspectos de las crisis nutricionales que se abordan mejor mediante la combinación de intervenciones llevadas a cabo por actores humanitarios y de desarrollo.

6.1 La desnutrición crónica (retraso en el crecimiento) en situaciones de emergencia

Aunque se reconoce que los altos niveles de retraso en el crecimiento pueden conducir a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, el retraso en el crecimiento

Birmania/Myanmar: estado de Wa. © Unión Europea, 2012 - foto por EC/ECHO/Evangelos Petratos



constituye el efecto de un déficit nutricional prolongado y un problema de desarrollo y el fenómeno no se puede detener simplemente al hacer frente a sus efectos. Combatir el retraso en el crecimiento requiere un enfoque a largo plazo, con modalidades de financiación previsibles y una estrecha colaboración con las autoridades gubernamentales nacionales.

En este sentido, la asistencia humanitaria en materia de nutrición no ofrece ninguna ventaja comparativa. Por consiguiente, la Comisión no recurre en principio a la asistencia humanitaria para hacer frente a la desnutrición crónica y aboga, en cambio, por otros instrumentos/actores para responder.

Aunque no justifica una respuesta de emergencia, la preexistencia de altos niveles de desnutrición es tomada en cuenta en el diseño de las respuestas, como posible indicador de la vulnerabilidad de una población determinada.

“ La Comisión insiste en la necesidad de maximizar [...] y evitar el aislamiento de los esfuerzos en la respuesta humanitaria. ”

6.2 VIH/SIDA

La infección por VIH puede causar deficiencias nutricionales en forma de reducción de ingesta de alimentos, incremento en las necesidades metabólicas y consumo deficiente de nutrientes. Un estado nutricional deficiente puede acelerar el progreso de una enfermedad relacionada

con el SIDA, debilitar el uso y la respuesta al tratamiento antirretroviral y exacerbar el impacto socioeconómico del virus. Esto, a su vez, puede tener un impacto mayor, ya que la infección por VIH reduce la productividad económica y, por consiguiente, la seguridad alimentaria.

La Comisión reconoce el impacto positivo que una alimentación y nutrición adecuadas tiene en la gestión del VIH y el SIDA.⁴³ Los niños afectados por VIH requieren una atención especial para asegurar sus necesidades adicionales para el crecimiento y el desarrollo, en línea con las directrices de la OMS.⁴⁴

De conformidad con sus directrices sobre el apoyo a las personas que viven con VIH/SIDA⁴⁵ en situaciones humanitarias, cuando se producen crisis nutricionales o alimentarias en zonas con una alta prevalencia de VIH/SIDA, la Comisión considera aumentar su respaldo en materia de nutrición para aquellos afectados por VIH/SIDA (por medio de intervenciones nutricionales adecuadas o a través de suplementos alimentarios en relación con el tratamiento antirretroviral). No obstante, el punto de entrada para la asistencia humanitaria en materia de nutrición debe ser la amenaza o la presencia de una crisis alimentaria o nutricional y no la prevalencia de una enfermedad crónica con implicaciones nutricionales.

43 - UN General Assembly Special Session Declaration of Commitment on HIV/AIDS (2001) y la Political Declaration on HIV/AIDS (2006) reconocen que la seguridad alimentaria y la nutrición están relacionadas con el VIH. El artículo 28 de la Declaración política resuelve «integrar la asistencia alimentaria y nutricional» en las respuestas al VIH, «con el objetivo de que todos los seres humanos, en todo momento, tengan acceso a alimentos suficientes, saludables y nutritivos que les permitan satisfacer sus necesidades energéticas y sus preferencias alimentarias para llevar una vida sana y activa, como parte de una respuesta integral al VIH/SIDA».

44 - OMS 2009. Guidelines for an integrated approach to nutritional care of HIV-infected children (6 month-14 years).

45 - DG ECHO HIV Guidelines, Documento aprobado el 8 de octubre de 2008.

El vínculo entre el VIH/SIDA y la nutrición

El VIH puede exacerbar los efectos de las crisis humanitarias. Asimismo, el hecho de desplazarse de un entorno estable, la inseguridad alimentaria y la pobreza pueden incrementar la vulnerabilidad al VIH. Las catástrofes humanitarias ocurren a menudo en zonas de alta prevalencia del VIH. En situaciones de emergencia, hay un acceso reducido a alimentos básicos, servicios de salud, agua y saneamiento. Dichos factores representan problemas especiales para las personas que viven con VIH y que tienen necesidades nutricionales específicas. Las personas que viven con VIH (incluso aquellas sin síntomas) tienen más necesidades energéticas, de modo que el acceso a alimentos es de especial importancia para ellas. En situaciones de emergencia, los servicios básicos de salud, así como los servicios de apoyo y de tratamiento del VIH son a menudo interrumpidos. Por consiguiente, es probable que haya un desorden

en los tratamientos antirretrovirales, los programas de asistencia domiciliaria y los programas de apoyo nutricional y de cuidados paliativos. El estado de salud de las personas que viven con VIH puede deteriorarse rápidamente en estas condiciones, resultando en una carga adicional para los servicios de emergencias ya saturados. Dado que las desigualdades de género pueden verse también exacerbadas, existe una gran probabilidad de que tales desigualdades den lugar a un aumento desproporcionado de la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH, en comparación con el resto de la población. Además, las emergencias a menudo conducen a la separación de las familias y al colapso de los sistemas de apoyo social para individuos que se encuentran fuera de las estructuras familiares tradicionales, afectando, en especial, a las personas que sufren de VIH.

Actividades importantes a tener en cuenta

1. Integración del VIH en todos los aspectos de atención en emergencias: prevención, educación, salud, servicios básicos, planificación y gestión;
2. Apoyo alimentario específico;
3. La salud y la alimentación materno-infantil;
4. Tratamiento y cuidado del VIH;
5. Tratamiento de la desnutrición aguda severa;
6. Redes de apoyo, incluyendo apoyo a los medios de vida y atención a domicilio;
7. Higiene alimentaria, saneamiento, agua, cobijo;
8. Protección

Recomendaciones específicas para la salud y la alimentación de madres e hijos

- Es recomendable la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses para todos los lactantes independientemente de la exposición al VIH (nota: las condiciones mínimas para una alimentación con leche materna segura en lo que concierne a los bebés recién nacidos de madres seropositivas no se suele aplicar en situaciones de crisis).
- Las pruebas de detección del VIH se deben realizar en los servicios de salud materna para identificar a las mujeres seropositivas. Las mujeres seropositivas deberían recibir ARV (tratamiento antirretroviral) durante el embarazo y el parto, con el fin de reducir la probabilidad de transmitir el virus a sus hijos.
- Se debe animar a las mujeres seropositivas a continuar con la lactancia durante 12 meses, junto con la introducción de alimentos complementarios. Cuando las mujeres lactantes son seropositivas, tanto ellas como sus hijos deberían recibir un ARV durante el tiempo de lactancia materna y una semana más después de que la lactancia haya cesado.
- Debido a que las mujeres y los niños están expuestos a un mayor riesgo de malnutrición, se les debería hacer un chequeo con frecuencia para controlar su crecimiento, su estado nutricional y su enfermedad.

6.3 Coherencia, coordinación y complementariedad

6.3.1 Ser más eficaces en la coordinación de ayuda humanitaria y desarrollo: un camino hacia la resiliencia

“ La Comisión garantiza, en la medida de lo posible, que las necesidades nutricionales a corto y largo plazo sean abordadas de forma integrada y articulada, para evitar brechas y duplicaciones en la asistencia, asegurar la continuidad y maximizar la sostenibilidad. ”

En línea con el nuevo marco político en materia de resiliencia y la Comunicación de la Comisión sobre Resiliencia,⁴⁶ la Comisión insiste en la necesidad de maximizar un apoyo sostenible, intersectorial y multisectorial hacia la desnutrición a largo plazo y evitar el aislamiento de los esfuerzos en la respuesta humanitaria, con el objetivo de fortalecer la resiliencia de las comunidades más vulnerables.

En particular, respetando las diferencias en cuanto a los principios y los objetivos, se debería incluir un análisis y una planificación

46 - European Commission, Communication on *The EU Approach to Resilience: Learning from Food Security Crises*, COM(2012) 586 final.

Estudio de caso operacional - Pakistán: Una programación conjunta entre actores humanitarios y de desarrollo en situación de catástrofe natural

Las devastadoras inundaciones que asolaron Pakistán en 2010 sacaron a la luz la grave situación de desnutrición ya extendida en el país, tanto a nivel crónico como agudo.

En este contexto, la mayoría de las respuestas humanitarias internacionales estaban, en general, concentradas en el tratamiento de la desnutrición aguda por medio de respuestas basadas en la alimentación, prestando poca atención a las inversiones a largo plazo que son necesarias para evitar tal deterioro. El apoyo a la seguridad alimentaria, a los medios de subsistencia y a la agricultura no está explícitamente ligado a la lucha contra la desnutrición.

La DG ECHO y la Delegación de la Unión Europea (DUE) en Pakistán reconocieron la necesidad de prestar mayor atención al diseño de programas con el fin de abordar mejor el problema de la desnutrición.

Desde la “perspectiva humanitaria”, las intervenciones de la Comisión en materia de nutrición y de asistencia alimentaria se basan en una combinación global de actividades que abordan las causas probables de la desnutrición en las zonas afectadas por las inundaciones en Pakistán. Entre ellas, cabe destacar:

- Apoyo al programa CMAM a través de UNICEF y ONGs

- Apoyo al PMA para la distribución de alimentos y efectivo a gran escala (principalmente sujeta a los programas de trabajo)
- Programas de seguridad alimentaria flexibles diseñados de acuerdo con el contexto local a través de una alianza de 6 ONG internacionales

Desde la “perspectiva de desarrollo”, cabe enumerar las siguientes intervenciones apoyadas por el programa temático de seguridad alimentaria (FSTP, por sus siglas en inglés):

- Transferencias de efectivo condicionadas para las comunidades afectadas por las inundaciones
- Protección integrada que ofrece a las mujeres y a los niños un lugar seguro donde pueden participar en debates relacionados con la nutrición y el cuidado infantil
- Seguimiento de la desnutrición aguda infantil y del régimen alimentario de las mujeres

Retos: Esta experiencia en curso indica que los cambios sistemáticos, documentados y estructurados entre los actores humanitarios y de desarrollo son necesarios para tratar las causas inmediatas, subyacentes y básicas de la desnutrición.

conjuntos con los socios de desarrollo, con la finalidad de incrementar las sinergias.⁴⁷

La Comisión garantiza, en la medida de lo posible, que las necesidades nutricionales a corto y largo plazo sean abordadas de forma integrada y articulada, para evitar brechas y duplicaciones en la asistencia, asegurar la continuidad y maximizar la sostenibilidad. Para ello, se promueve una estrecha coordinación con otros donantes internacionales y actores nacionales. Por ejemplo, el trabajo que se está llevando a cabo actualmente en las iniciativas globales y regionales (tales como la iniciativa para el fomento de la nutrición llamada SUN), puede presentar oportunidades significativas para una planificación conjunta más eficaz. Sin embargo, para que las intervenciones sean más eficaces, cada situación nacional



Asistencia humanitaria a los desplazados y comunidades de acogida en Mopti, región central de Malí. © Unión Europea, 2013 - foto por EC/ECHO/Anouk Delafortrie

47 - Por ejemplo, véase *Humanitarian Development Framework – a joint methodology between DG ECHO and DEVCO, 2012*

Estudio de caso operacional - Malí: Una programación conjunta en materia de nutrición entre actores humanitarios y de desarrollo

La separación entre emergencia y desarrollo puede crear desafíos en el diseño de respuestas adecuadas en un contexto dado. En Malí, por ejemplo, no siempre es posible realizar una distinción firme entre las intervenciones de emergencia y de desarrollo, por varios motivos:

- Las crisis nutricionales provocadas por un cambio brusco (por ejemplo, incremento en el precio de los alimentos o sequías) son, al mismo tiempo, el resultado de una pobreza crónica y de una vulnerabilidad arraigada. El mismo cambio brusco en un contexto menos pobre/vulnerable podría no desencadenar en una crisis (o crisis de magnitud similar).
- Dada su frecuencia, estas situaciones de crisis se convierten en “crónicas” y son un rasgo distintivo del paisaje maliense.
- Los niveles normales de emaciación en Malí, fuera de las condiciones de crisis, tienden a situarse por encima de los umbrales de emergencia comúnmente aceptados.

En Malí, es de suma importancia que un conjunto de medidas sea aplicado con el fin de responder de forma exhaustiva a la situación existente. Dichas medidas incluirán el tratamiento de la pobreza crónica, la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad de forma paralela a las acciones específicas de prevención y de tratamiento de la desnutrición. Este conjunto de medidas se ha proporcionado a través de la combinación de la asistencia humanitaria y de desarrollo de la Unión Europea:

- La asistencia humanitaria europea financia el tratamiento de la desnutrición aguda, la provisión

de información nutricional y la incidencia, instando al gobierno y a los actores de desarrollo a dar una mayor prioridad a la nutrición.

- La ayuda europea de desarrollo financia UNICEF para:
 - Seguir apoyando la información nutricional y el tratamiento de la desnutrición aguda;
 - Mejorar el trabajo de prevención a través, por ejemplo, de una campaña a favor de la lactancia materna realizada por el gobierno/UNICEF;
 - Ampliar la labor de incidencia (por ejemplo, por medio de una serie de eventos mediáticos nacionales e internacionales) para crear conciencia sobre el problema de la nutrición existente y movilizar a los actores para tratarla (por ejemplo, a nivel gubernamental central y descentralizado, por medio de redes comunitarias, etc.); y
 - Fortalecer el marco institucional y el entorno estratégico que rigen la nutrición en el país.

Dichos vínculos prácticos entre las intervenciones humanitarias y de desarrollo fueron posibles gracias a la coordinación de la ayuda europea de desarrollo en el sector de la salud y la ayuda humanitaria nutricional.

Lección aprendida: La coordinación eficaz de la ayuda humanitaria y de desarrollo no se limita a la complementariedad técnica, sino que requiere de un fuerte compromiso político hacia prioridades estratégicas a largo plazo en el campo de la nutrición.

A tal efecto, la Comisión participa activamente en la iniciativa AGIR (Alianza Mundial para la Iniciativa de Resiliencia por sus siglas en francés) en el Sahel.

debe analizarse de forma individual y las intervenciones deberían estar diseñadas según las necesidades y las ventajas comparativas de los actores disponibles.

La Comisión hace un esfuerzo para cumplir con los compromisos y los principios establecidos en el Consenso Europeo sobre Ayuda Humanitaria de 2007⁴⁸ y en la Comunicación de la Comisión sobre Resiliencia. En concreto, se presta atención a la articulación de los diferentes instrumentos de ayuda de la Comisión y al hecho de asegurar una consideración apropiada acerca de los problemas relacionados con la nutrición en las políticas de desarrollo y la planificación, haciendo especial énfasis en los documentos estratégicos de los países interesados.

Por consiguiente, la Comisión se esfuerza por introducir una mayor coherencia y complementariedad entre las intervenciones humanitarias y de desarrollo. En dicha perspectiva, y teniendo en cuenta el enfoque holístico necesario a la hora de abordar la desnutrición aguda, la Comisión alienta, siempre que sea posible, la adopción de una política sólida y la promoción de un diálogo a nivel de programas entre los actores de emergencia y de desarrollo que están involucrados directa o indirectamente en el campo de la nutrición.

Las medidas de preparación desempeñan un papel vital a la hora de garantizar la conectividad entre los ámbitos de desarrollo y de acción humanitaria. Las líneas de trabajo eficientes deberían poner el énfasis en la formación, el fortalecimiento de capacidades, la sensibilización, la puesta en marcha o la mejora de los sistemas locales de alerta temprana y de planes de contingencia, ya que todos ellos son especialmente pertinentes en lo referente a asistencia nutricional.

6.3.2 Gobernanza mundial y coordinación de la nutrición en situaciones de emergencia

Resulta fundamental una coordinación eficaz para el éxito de la gestión de la desnutrición en situaciones de emergencia. Para ello, la Comisión apoya el trabajo del Cluster Global de Nutrición (*Global Nutrition Cluster*)⁴⁹ con UNICEF como organismo líder, el Clúster de Seguridad Alimentaria y el Clúster de Salud.

La Comisión aboga por la coherencia y apoya una mejor coordinación de la nutrición en todos los sectores relevantes, a través del compromiso de todos los actores internacionales que están implicados en actividades nutricionales en situaciones de emergencia.

Asimismo, la coordinación y la cooperación necesitan ir más allá de los contextos operativos con el fin de garantizar una coherencia en la base de los datos científicos que informen acerca de las políticas y la práctica. Por este motivo, la Comisión mantiene el contacto con otros mecanismos internacionales relacionados con la nutrición, tales como el Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas (UNSCN), SUN y el grupo asesor de expertos de orientación sobre la nutrición (NUGAG), así como el Comité de Seguridad Alimentaria Mundial (CFS).

⁴⁸ - *Consenso Europeo sobre Ayuda Humanitaria, 2007: Section 2.4, Article 22; Section 3.4, Article 53; Section 5; Annex.*

⁴⁹ - *Global Nutrition Cluster.*

7. Anexos

7.1 Acrónimos

ARV	Tratamiento Antirretroviral
CFS	Committee on World Food Security (Comité de Seguridad Alimentaria Mundial)
CIF	Clasificación Integrada de las Fases de Seguridad Alimentaria
CMAM	Community-based Management of Acute Malnutrition (Gestión comunitaria de la desnutrición aguda)
CoD	Cost of Diet (Coste de la alimentación)
CSB (+/++)	Corn-Soy Blend (Mezcla de maíz y soja) (+/++ hace referencia a la suma de una mezcla de micronutrientes/ mezcla de micronutrientes y leche desnatada en polvo – que reemplaza el CSB de base)
DFID	Department for International Development – British Aid (Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido)
DG ECHO	Directorate General for Humanitarian Aid and Civil Protection (Dirección General de Ayuda Humanitaria y Protección Civil)
DUE	Delegación de la Unión Europea
Fe	Hierro
FSTP	Food Security Thematic Programme (Programa temático de seguridad alimentaria)
HEA	Household Economy Analysis (Análisis de la economía doméstica)
IASC	Inter-agency Standing Committee (Comité Permanente Entre Organismos)
IMC	Índice de Masa Corporal
IYCF(-E)	Infant and Young Child Feeding (in emergencies) (Prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño -en situaciones de emergencia-)
MAG	Desnutrición Aguda Global
MAM	Desnutrición Aguda Moderada
MAMI	Management of Acute Malnutrition in Infants (Gestión de la malnutrición aguda del lactante)
MAS	Desnutrición Aguda Severa
MND	Micronutrient Deficiency (Deficiencias de micronutrientes)
MoH	Ministry of Health (Ministerio de Salud)
MUAC	Mid-upper arm circumference (Perímetro Mesobraquial)
NUGAG	Nutrition Guidance Expert Advisory Group (Grupo asesor de expertos de orientación sobre la nutrición)
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OTP	Outpatient Therapeutic Programme (Programas terapéuticos de consultas externas o ambulatorias)
PMA	Programa Mundial de Alimentos
RUSF	Ready-to-use supplementary food (Alimentos complementarios listos para el consumo)
RUTF	Ready-to-use therapeutic food (Alimentos terapéuticos listos para su consumo)
SC UK	Save the Children, United Kingdom (Reino Unido)
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions (Metodología de seguimiento y evaluación estandarizados de socorro y transición)
SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (Evaluación semicuantitativa de acceso y cobertura)
SRO	Sales de Rehidratación Oral
SUN	Scaling up Nutrition (initiative/movement) (Iniciativa para el fomento de la nutrición)
TFA	Targeted Food Assistance (Asistencia alimentaria selectiva)
UE	Unión Europea
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNSCN	United Nation Standing Committee on Nutrition (Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas)
VARD	Vinculación entre Ayuda, Rehabilitación y Desarrollo
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
WASH	Water, Sanitation and Hygiene (Agua, saneamiento e higiene)

7.2 Nota sobre la terminología técnica

La **nutrición** hace referencia a la ciencia que se ocupa de la forma en la que los nutrientes y otras sustancias presentes en los alimentos actúan e interactúan en relación con la salud. El concepto de **seguridad nutricional**⁵⁰ implica disfrutar de una buena salud; un ambiente sano, adecuadas prácticas de cuidado y seguridad alimentaria de los hogares (véase la figura 1).

La **seguridad alimentaria** alude a la situación en la que todas las personas disponen, en todo momento, de acceso físico y económico a alimentos seguros, suficientes y nutritivos, que satisfagan sus necesidades nutricionales y sus preferencias alimentarias para desarrollar una vida activa y sana.⁵¹ Una familia (o un país) puede gozar de seguridad alimentaria para los individuos y, aun así, puede haber muchas personas que se encuentren en situación de inseguridad nutricional. La seguridad alimentaria es, por consiguiente, una condición necesaria pero no suficiente para la seguridad nutricional. El hambre es resultado de la inseguridad alimentaria, donde la ingesta de alimentos a nivel de la población no cumple los requisitos mínimos (la media es, en general, de 2.100 kcal por persona y por día).

El estado nutricional alude a la condición fisiológica de una persona que se deriva del equilibrio entre los requisitos nutricionales, la alimentación y la capacidad del organismo para utilizar dichos nutrientes. La **antropometría** es la utilización de medidas del cuerpo humano como indicador del estado nutricional (como en las encuestas nutricionales).

La **malnutrición** hace referencia a una condición física relacionada con el uso que el organismo hace de los nutrientes. Existen dos formas de malnutrición: la desnutrición y la sobrenutrición. En el presente documento se alude sólo a la **desnutrición**, ya que es esta forma de malnutrición la que constituye una preocupación específica de salud pública en situaciones de emergencia.

Una **emergencia** o una **crisis humanitaria** hacen alusión a un acontecimiento o una serie de acontecimientos que suponen una grave amenaza para la salud, la protección, la seguridad o el bienestar de una comunidad u otros grandes grupos de personas. La Comisión define el concepto de “emergencia” como una combinación de umbrales absolutos (tales como Esfera o la OMS) e indicadores relativos fijados en función de una norma contextual. Una crisis humanitaria viene desencadenada por un peligro o amenaza que puede ser de origen natural o antropogénico, evolucionar rápida o lentamente y ser de corta o larga duración.

La **desnutrición** comprende: i) limitación del crecimiento intrauterino que conduce a un bajo peso al nacer; ii) retraso del crecimiento; iii) emaciación y/o edema nutricional; y iv) deficiencias de micronutrientes esenciales. Las causas de la desnutrición son múltiples y específicas de cada contexto.

La **desnutrición** puede ser a corto (aguda) o a largo plazo (crónica). La **desnutrición aguda** en niños menores de cinco años se caracteriza por una emaciación (peso insuficiente en relación con la altura) y/o edema nutricional.

⁵⁰ - Gross, R. et al. (1998) in *Community Nutrition: Definition and Approaches. Encyclopaedia of Human Nutrition*. Ed. by Sadler, M., Strain S. and Caballero B. London.

⁵¹ - *La Cumbre Mundial sobre la Alimentación, 1996*

La **emaciación (marasmo)** es una condición derivada de la pérdida rápida de peso o la imposibilidad de ganar peso durante un corto período de tiempo. La desnutrición aguda puede ser moderada o severa. Juntas, constituyen el índice total (o global) de desnutrición aguda (MAG). La malnutrición aguda moderada (MAM) se define por una emaciación y una puntuación Z⁵² entre “menos 3” y “menos 2” de la mediana del peso en relación con la altura de la población de referencia; la Malnutrición Aguda Severa (MAS) es menor de 3 puntuaciones Z y/o se caracteriza por la presencia de un edema nutricional (edema bilateral con fóvea). Un edema nutricional puede ocultar la emaciación y, por consiguiente, puede no observarse bajo peso en relación con la altura. Una manera alternativa rápida para calcular la desnutrición aguda en niños, así como en mujeres embarazadas y lactantes, es la medición del perímetro mesobraquial (MUAC).

La gestión de la desnutrición aguda puede implicar el uso de **productos nutricionales** especializados, diseñados⁵³ para completar la alimentación con micronutrientes específicos, energía/proteínas o ambos. Dichos alimentos se usan normalmente para el consumo doméstico y se reparten a través de raciones completas, de distribuciones generales (a los grupos de riesgo) o de programas dirigidos a aquellas personas que sufren desnutrición aguda.

La **desnutrición crónica** causa un **retraso en el crecimiento**, es decir, una talla baja con relación a la edad (definida como <-2 puntos Z de la mediana del peso en relación con la edad, según los estándares de crecimiento de la OMS para los niños). Como el tiempo en que se padece es más largo, lo convierte en un mejor indicador para las deficiencias nutricionales prolongadas. La medida del retraso en el crecimiento resulta más útil para una planificación a largo plazo que para las situaciones de emergencia.

Las **deficiencias de micronutrientes** (MND) son una forma de desnutrición relacionada con las vitaminas y los minerales. Las carencias en hierro, yodo, vitamina A y cinc se encuentran entre las diez principales causas de muertes por enfermedad en los países en desarrollo.⁵⁴ Otras deficiencias que son más específicas para las situaciones de emergencia incluyen tiamina (B1), riboflavina (B2), niacina (B3) y vitamina C.

El **bajo peso** en niños constituye un indicador no específico de la desnutrición, ya que incluye a niños que representan bajo peso con relación a la talla (emaciación) o baja talla en relación con la edad (retraso en el crecimiento). Se define como <-2 puntos Z de la mediana del peso con relación a la edad, según los estándares de crecimiento de la OMS. Las tablas de crecimiento basadas en el peso correspondiente a la edad se utilizan para el seguimiento del crecimiento en los centros de salud. En situaciones de emergencia, la relación peso-edad puede utilizarse para indicar la presencia de un problema si los datos sobre desnutrición aguda no están disponibles.

La **desnutrición en adultos** es, en general, evaluada mediante el uso del Índice de Masa Corporal (IMC)⁵⁵ o el perímetro mesobraquial (MUAC, por sus siglas en

52 - Las puntuaciones Z (o puntos de la desviación estándar) es la desviación que separa el valor de un individuo con respecto al valor promedio de la población de referencia, dividido por la desviación estándar (o desviación típica) de la referencia.

53 - Los conceptos “alimentos listos para el consumo” (RUF, por sus siglas en inglés) y “alimentos terapéuticos listos para su consumo” (RUTF, por sus siglas en inglés) son empleados con frecuencia.

54 - Black R. et al. (2008): Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences. Lancet 371, 243-260.

55 - Peso dividido entre la estatura expresada en metros elevada al cuadrado (kg/m²)

inglés). La desnutrición de las madres embarazadas y lactantes se identifica por medio del sistema MUAC y de los síntomas clínicos (falta de un aumento de peso adecuado durante el embarazo). En el caso de las mujeres, una talla baja debido a un retraso en el crecimiento pasado (talla inferior a 145 cm en el caso de las mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años) puede dar lugar a resultados adversos del embarazo.

La desnutrición y la mortalidad son indicadores tardíos de una crisis humanitaria. Es imprescindible que la información sobre salud, seguridad alimentaria, agua, saneamiento e higiene se utilice para interpretar las estimaciones de la desnutrición. La definición de la OMS en relación con los **umbrales**⁵⁶ para guiar dicha interpretación varía y debe usarse con precaución y teniendo en cuenta la especificidad de cada contexto (además, los umbrales de la prevalencia de la desnutrición aguda moderada y severa de los niños menores de cinco años están sujetos a los ajustes en función de los estándares de crecimiento revisados por la OMS en 2006). Un análisis de las tendencias puede desvelar un empeoramiento de la situación incluso si los umbrales no han sido superados. No obstante, las definiciones de la OMS proporcionan un punto de partida interesante para evaluar la gravedad de una crisis humanitaria.

7.3 Políticas y directrices que apoyan el presente documento de trabajo de los servicios de la Comisión

Este documento se basa en numerosas políticas, normas y directrices internas y externas. Estas se enumeran a continuación, de manera que el presente documento pueda ser leído y comprendido dentro de su contexto.

Internas

La base jurídica del mandato humanitario de la Unión Europea está definida en el **Reglamento sobre ayuda humanitaria** (junio, 1996)⁵⁷. Con este objeto, se realizan intervenciones en materia de nutrición en situaciones de crisis con el objetivo de atender las necesidades humanitarias, pero incluyen apoyo para la prevención o la mitigación de catástrofes naturales, así como la recuperación post emergencia a corto plazo.

Este documento de posición incorpora los principios fundamentales, los objetivos y las normas para la acción humanitaria de la Unión Europea, que aparecen contemplados en el **Consenso sobre la Ayuda Humanitaria** (2008).⁵⁸

La **Comunicación de la Comisión sobre la Asistencia Alimentaria Humanitaria y el documento de trabajo de los servicios de la Comisión**⁵⁹ proporciona un marco para asegurar el consumo de una alimentación adecuada, necesaria para la seguridad nutricional.

⁵⁶ - Umbral de emergencia de MAG > 15 %; Umbral de emergencia de la mortalidad >2/10,000/día, OMSv

⁵⁷ - Reglamento (CE) Nº 1257/96 del Consejo, 20 de junio de 1996 relativo a la ayuda humanitaria JO L 163, 2.7.1996, p. 1-6.

⁵⁸ - Consenso Europeo sobre la Ayuda Humanitaria, 2007 OJ L C25/01, 30.1.2008

⁵⁹ - Comisión Europea, Comunicación en la ayuda alimentaria humanitaria. COM (2010)126 final, marzo 2010

La **Comunicación de la Comisión sobre el papel de la Unión Europea en la salud global y el documento de trabajo de los servicios de la Comisión.**⁶⁰

La **Comunicación de la Comisión sobre un marco político de la Unión Europea para ayudar a los países en desarrollo a hacer frente a los desafíos de la seguridad alimentaria.**⁶¹

Las necesidades nutricionales de los grupos específicos vulnerables son tratadas en **DG ECHO HIV Guidelines** (octubre, 2008) y en el **Documento de trabajo de los servicios de la Comisión sobre infancia en situaciones de emergencia y crisis** (2008); y

La **Comunicación de la Comisión sobre la Reducción del Riesgo de Desastres** (2009) identifica el fortalecimiento de capacidades en contextos propensos a catástrofes naturales, como un objetivo adecuado durante una respuesta humanitaria.

Externas

El Proyecto Esfera. La Carta Humanitaria y las Normas Mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre. 2011.

Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. OMS, 1977.

Guiding Principles for Feeding Infants and Young Children during Emergencies. OMS, 2004.

Food and Nutrition Needs in Emergencies, ACNUR/UNICEF/PMA/OMS, 2004).
Management of Acute Malnutrition in Infants (MAMI) Project Review. Proyecto desarrollado por el IASC Global Nutrition Cluster. Summary Report, ENN. Octubre 2009.

Guidelines on **Infant and Young Child Feeding in Emergencies.** IFE Core Group. Febrero 2007.

Community Based Management of Severe Acute Malnutrition. Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas (SCN) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Mayo, 2007.

Preventing and controlling micronutrient deficiencies in populations affected by an emergency. Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2007.

WHO Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children. Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2009.

60 - Comisión Europea, *Comunicación en el Papel de la UE en la salud mundial.* COM (2010)128 final, marzo 2010

61 - Comisión Europea, *Comunicación en marco estratégico de la UE para ayudar a los países en vías de desarrollo a enfrentarse a los retos relativos a la seguridad alimentaria.* COM (2010)127 final, marzo 2010

**Página web
ECHO**



<http://www.facebook.com/ec.humanitarian.aid>

https://twitter.com/eu_echo

<https://twitter.com/kgeorgievaeu>

