Níger, 2014
Madres examinan a sus hijos para detectar los primeros síntomas de la malnutrición.
© EC/ECHO/Anouk Delafortrie

03

Tres cuestiones que hay que atender con urgencia

PUNTOS CLAVE

1 Se calcula que la carencia de micronutrientes afecta a un número significativo de personas en todo el mundo, pero todavía disponemos de muy poca información sobre el nivel y las carencias de micronutrientes. Es preciso recopilar más información y datos de vigilancia fundamentales para hacer progresos sustanciales de cara al logro de las metas mundiales.

2 La fragilidad, el conflicto y la violencia constituyen una pesada carga para la salud, los medios de subsistencia, la seguridad alimentaria y la nutrición de las poblaciones. Las formas diversas y superpuestas de la malnutrición requieren respuestas que superen los compartimentos estancos tradicionales y hagan frente a todas las formas de malnutrición. Las comunidades humanitarias y de desarrollo han de crear plataformas comunes y establecer marcos y mecanismos de financiación conjuntos que aborden con eficacia las necesidades nutricionales en aras de una repercusión inmediata y a largo plazo.

3 Al recabarse más datos, ha quedado de manifiesto la importancia de invertir en la nutrición de los adolescentes, sobre todo de las niñas y las adolescentes. Pese a que se está dedicando más atención a los adolescentes como grupo nutricionalmente vulnerable que presenta necesidades nutricionales únicas en el ciclo biológico, todavía se los descuida con frecuencia. Nuevas investigaciones, programas y políticas innovadoras parecen capaces de descubrir formas de desarrollar hábitos alimentarios adecuados y duraderos en la adolescencia, por ejemplo escuchando la opinión de los jóvenes afectados por la malnutrición.

Introducción

En este capítulo destacamos tres esferas que en los últimos años se han revelado esenciales para aliviar la carga de la malnutrición: la necesidad de mejorar los datos sobre la prevalencia de las carencias de micronutrientes, la adopción de un nuevo enfoque para abordar todas las formas de malnutrición en situaciones de crisis y el aprovechamiento del nuevo énfasis en la malnutrición de los adolescentes. El capítulo ofrece una serie de perspectivas sobre la situación actual y señala varios elementos de progreso que podrían servir de base de cara al futuro.

Se necesitan más y mejores datos sobre la carga de la deficiencia de micronutrientes[1]

Carencias notables de datos acerca de la deficiencia de micronutrientes

Pese a los avances que se describen en el capítulo 2, todavía existen carencias enormes en los datos disponibles para comprender la naturaleza y el alcance de todas las formas de malnutrición. Numerosos países aún no recopilan los datos necesarios para comprender plenamente la naturaleza de la carga de malnutrición, la dieta o los indicadores de los progresos. Se requieren datos subnacionales más exhaustivos que permitan entender dónde se soportan esas cargas y cuáles son las causas directas y subyacentes de la malnutrición en esas zonas concretas, a fin de dirigir mejor los programas e intervenciones. La falta de datos dificulta nuestra comprensión de diversos factores que contribuyen a la malnutrición.

Una de las demoras más destacadas se observa en los pocos progresos notables efectuados en la recopilación, el análisis y el uso de datos sobre la deficiencia de micronutrientes. Aunque antiguas estimaciones indican que al menos una tercera parte de la población mundial padece alguna forma principal de deficiencia de micronutrientes[2], existen déficits considerables en cuanto al número de personas y a quién experimenta realmente las distintas formas de deficiencia de micronutrientes en el mundo actual. Entre ellas se encuentran la anemia ferropénica y la carencia de yodo, zinc y vitamina A.

La comunidad de la nutrición cita a menudo el dato siguiente: "Más de 2.000 millones de personas en todo el mundo padecen una deficiencia crónica de micronutrientes, una afección que se conoce como 'hambre oculta'"[3]. Sin embargo, cabe preguntarse hasta qué punto resulta fiable esa cifra y cómo podemos validar los datos de que disponemos. ¿Cuál es la situación de la deficiencia de micronutrientes en poblaciones vulnerables desde el punto de vista nutricional, tales como los menores de 5 años, las mujeres y las adolescentes? Estas preguntas se antojan fundamentales para aumentar la rendición de cuentas, mejorar las decisiones programáticas, y vigilar y evaluar los progresos conducentes al objetivo de eliminar las principales deficiencias de micronutrientes. La necesidad de la revolución impulsada por los datos que se enfatiza en el *Informe de la Nutrición Mundial 2016* mantiene sin lugar a dudas toda su vigencia hoy, y la necesidad de datos relativos a las deficiencias de micronutrientes para hacer un seguimiento de la situación es más acuciante que nunca.

Se han logrado mejoras encomiables en la recopilación de datos sobre los micronutrientes, incluido el Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales (VMNIS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se trata del único sistema de vigilancia que hace un seguimiento de la situación mundial de las poblaciones en cuanto a vitaminas y minerales[4]. Aporta información útil sobre las deficiencias de micronutrientes en más de 150 países, procedente de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) de Estados miembros, así como de otras encuestas nacionales representativas. La base de datos contiene ya 40 indicadores de la situación de 17 micronutrientes o afecciones relacionadas con los micronutrientes y cubre tanto la deficiencia como el exceso[5]. No obstante, en gran medida todavía abarca únicamente los datos sobre la vitamina A, el yodo y la anemia, y aún debe incorporarse una cantidad razonable de datos referentes a la prevalencia de otras carencias de micronutrientes en numerosos países.

Pese a las meritorias iniciativas para corregir los déficits de datos, tales como la reciente encuesta sobre micronutrientes de Ghana[6], la obtención de datos precisos todavía plantea dificultades. Los datos incompletos, de calidad inadecuada y poco representativos a menudo resultan problemáticos, y los países suelen carecer de recursos suficientes para actualizar las cifras de prevalencia y hacer un seguimiento de la evolución de la cobertura[7].

Las EDS no recopilan un conjunto completo de datos sobre el nivel de micronutrientes, y la reunión de datos difiere entre los países que

realizan esas encuestas. La mayoría de los países recogen información por hogares acerca de la anemia, la ingesta de alimentos con alto contenido de vitamina A y hierro, la suplementación con micronutrientes (vitamina A y hierro o ácido fólico) y la presencia de la sal yodada[8].

Otro motivo de preocupación es que en la evaluación de numerosos micronutrientes no se dispone de protocolos normalizados, con lo que podría producirse fácilmente una distorsión de los datos. A menudo los indicadores indirectos con los que se evalúa el hambre oculta no resultan adecuados, un aspecto que se hace especialmente patente al determinar el nivel de hierro de las poblaciones. La prevalencia de la ferropenia suele obtenerse a partir de la concentración de hemoglobina en la sangre[9]; no obstante, una estimación reciente demuestra que la anemia solo se asocia con la deficiencia de hierro en los niños en edad preescolar y las mujeres no embarazadas en edad reproductiva en el 25% y el 37% de los casos, respectivamente[10]. Tales supuestos distorsionan nuestra percepción de la contribución de la ferropenia a la anemia y nos llevan a asumir erróneamente que todas las personas con anemia tienen una deficiencia de hierro (porque las pruebas de la anemia miden los niveles de hemoglobina), sin tener en cuentan las diversas causas de la anemia (p. ej., infecciones, malaria, helminto, hemoglobinopatías y deficiencia de otros micronutrientes). De ese modo, se pone en entredicho nuestra capacidad para elegir las intervenciones oportunas y seleccionar indicadores adecuados para evaluar la repercusión[11]. Asimismo, la tasa de prevalencia de la deficiencia de zinc se calcula a partir de predicciones del riesgo nacional de una ingesta de zinc inadecuada, basadas en el suministro de alimentos del país. Esas predicciones señalan el riesgo de que la ingesta de zinc sea insuficiente, no un resultado biológico de deficiencia de zinc[12]. La concentración sérica de zinc tampoco es un indicador idóneo de la deficiencia de zinc: puede aplicarse de manera fiable en las poblaciones, pero no a nivel particular.

La importancia de disponer de datos fiables sobre los micronutrientes

Obtener datos precisos es esencial para fundamentar y supervisar la repercusión de los objetivos de las políticas y programas dirigidos a reducir las deficiencias de micronutrientes. Al planificar intervenciones encaminadas a reducir la deficiencia de micronutrientes han de desarrollarse métodos eficaces de evaluación y vigilancia para identificar a las poblaciones en riesgo y hacer un seguimiento de los progresos a lo largo del tiempo[13]. Por ejemplo, numerosos países recopilan datos sobre los niveles de anemia, la ingesta de alimentos con alto contenido de vitamina A y hierro, la suplementación con micronutrientes (vitamina A y hierro o ácido fólico) y la presencia de la sal yodada en los hogares, lo que posibilita un seguimiento básico

TABLA 3.1
Cobertura de programas de suplementación con micronutrientes y yodación de la sal

INDICADOR DE LA COBERTURA O LA PRÁCTICA	NÚMERO DE PAÍSES CON DATOS	PORCENTAJE MÍNIMO	PORCENTAJE MÁXIMO	PORCENTAJE MEDIO	MEDIANA DE LOS PAÍSES CON DATOS
Niños de 0 a 59 meses con diarrea que recibieron tratamiento de zinc	46	0,1	50,2	8,6	2,8
Niños de 6 a 59 meses que recibieron 2 dosis de suplemento de vitamina A	58	4,5	86,4	57,0	60,9
Niños de 6 a 59 meses que recibieron suplementos de hierro en los 7 últimos días	56	1,3	45,4	14,6	11,6
Mujeres que han dado a luz en los últimos 5 años y recibieron hierro y ácido fólico durante el embarazo más reciente	62	22,6	96,6	74,6	81,0
Ingesta de sal yodada en los hogares	52	18,0	99,8	82,7	90,9

Fuente: Kothari M. y Huestis A., a partir del *Informe de la Nutrición Mundial 2016* y las bases de datos mundiales de UNICEF, 2018.
Notas: Datos recopilados mediante el STATcompiler y extraídos de las Encuestas Demográficas y de Salud nacionales del período 2005-2017.

de la cobertura de los programas principales. La tabla 3.1 muestra el porcentaje de mujeres y niños que necesitan suplementos de micronutrientes y tienen acceso a ellos, así como el consumo de sal yodada en los hogares (caso destacado 3.2).

Es preciso invertir en la recopilación de datos periódicos, nacionalmente representativos y de calidad elevada sobre los micronutrientes[14]. Se requieren indicadores que no estén afectados por los estados patológicos y que tengan en cuenta factores ambientales y relacionados con el uso, así como innovaciones en los marcadores biológicos de nivel y función. En ese sentido, los nuevos enfoques que aplican las tecnologías "ómicas" —genómica, metabolómica y proteómica[15]— parecen prometedores, incluso con miras a su utilización en los puntos de atención. Todas las EDS deben evaluar la ingesta y el nivel de múltiples micronutrientes, y debe aumentarse la frecuencia de las encuestas nacionales sobre nutrición, que han de incluir datos sobre los niños pequeños y las mujeres en edad reproductiva, entre ellas las adolescentes.

En aras de una formulación de políticas eficaz, también se requieren datos desglosados por segmentos de ingresos y grupos de edad esenciales. A la espera de mejores datos, el caso destacado 3.1 subraya la nueva base de datos mundial de nutrientes, que calcula los nutrientes disponibles en cada país. Si bien no resuelve las numerosas lagunas de datos relativos a los micronutrientes, sí representa un paso adelante de cara a conocer mejor de qué nutrientes disponemos en el suministro de alimentos.

Las medidas que se apliquen en las políticas y programas también pueden servir para corregir las deficiencias de micronutrientes, por ejemplo mediante una mayor diversidad alimentaria (capítulo 4)[16]. El caso destacado 3.2 hace hincapié en otro planteamiento —la fortificación a gran escala— que, si bien ha hecho avances, todavía se enfrenta a obstáculos notables para su implantación eficaz.

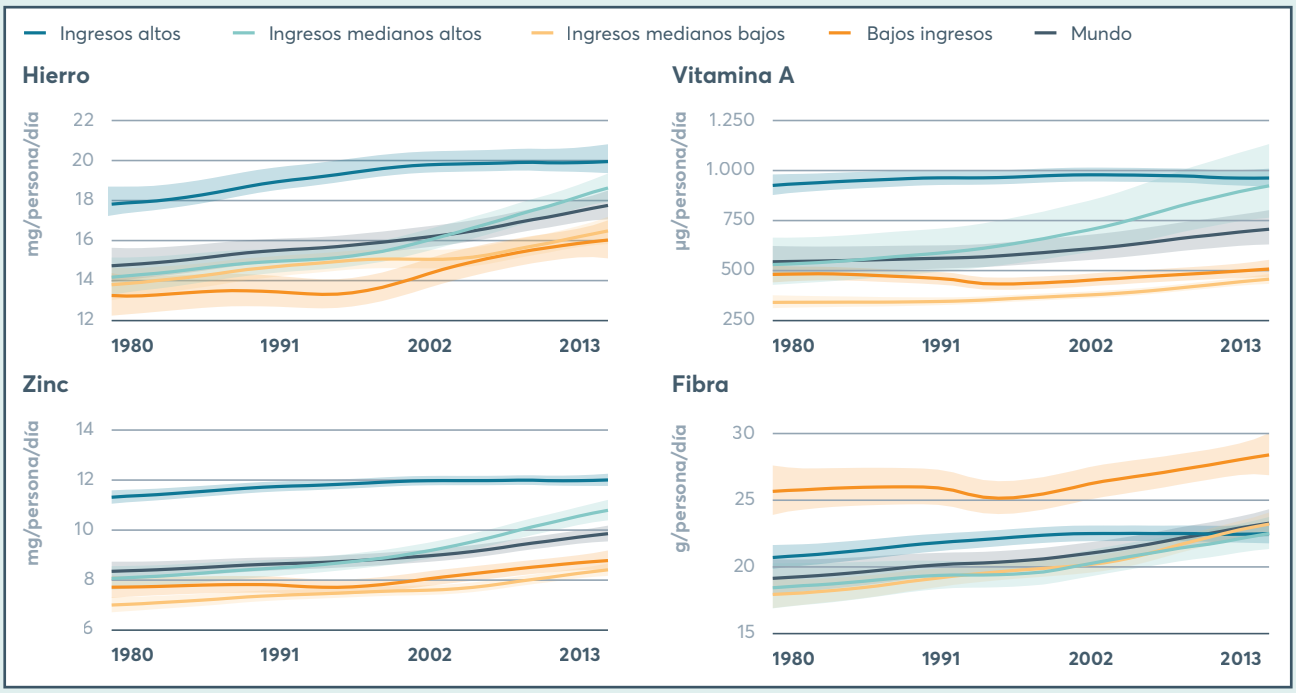
Una base de datos mundial de nutrientes

Ashkan Afshin y Josef Schmidhuber[17]

A fin de superar la falta de datos sobre los micronutrientes, la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO), en colaboración con el Institute for Health Metrics and Evaluation, ha creado la base de datos mundial de nutrientes. En ella se ofrecen estimaciones sobre la disponibilidad de 156 nutrientes en los países entre 1980 y 2013. Para crear la base de datos se combinaron los datos acerca de la disponibilidad de casi 400 productos alimentarios y agrícolas de la cuentas de utilización de suministros de la FAO y los artículos alimentarios de la base de datos de alimentos y nutrientes del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Posteriormente, tras ajustar la parte no comestible de los alimentos, se calculó la disponibilidad de cada nutriente en los países, para lo que se sumó la aportación de cada artículo alimentario a la disponibilidad de cada nutriente.

Las estimaciones de esta base de datos indican que, paralelamente al aumento de la energía disponible en el mundo, la disponibilidad de la mayoría de los micronutrientes también ha crecido en la mayoría de los países. En la figura 3.1 se observa la disponibilidad en gramos por persona y día de los principales nutrientes, entre ellos la fibra, el hierro, el zinc y la vitamina A, a lo largo de los últimos decenios. Los datos indican que, a escala mundial y en países pertenecientes a categorías de ingresos diversas, la disponibilidad de esos nutrientes ha aumentado. Sin embargo, la tasa de incremento no es la misma en todos los países, y se observaron variaciones notables en función del grado de desarrollo socioeconómico.

FIGURA 3.1
Disponibilidad de fibra, hierro, zinc y vitamina A en el mundo y por categoría de ingresos, 1980-2013



Fuente: Base de datos mundial de nutrientes, 2018.

Una de las ventajas de esta base de datos es que las estimaciones se han corroborado comparándolas con los datos referentes al consumo de encuestas nacionales representativas sobre nutrición. Así pues, permite describir las deficiencias nutricionales en los países de forma más precisa y determinar las fuentes alimentarias de cada nutriente, con lo que fundamenta las intervenciones enfocadas a la nutrición que se propongan abordar esas deficiencias. Aunque cabe señalar que la disponibilidad de alimentos o nutrientes no equivale a su ingesta real, estos datos constituyen una fuente de información clave para detectar deficiencias o excedentes en el consumo de energía y la ingesta de nutrientes de un país. Los países, los organismos internacionales, los donantes y los investigadores pueden utilizar esa información como una herramienta fundamental de promoción con ánimo de mejorar la formulación de políticas alimentarias y nutricionales.

CASO DESTACADO 3.2

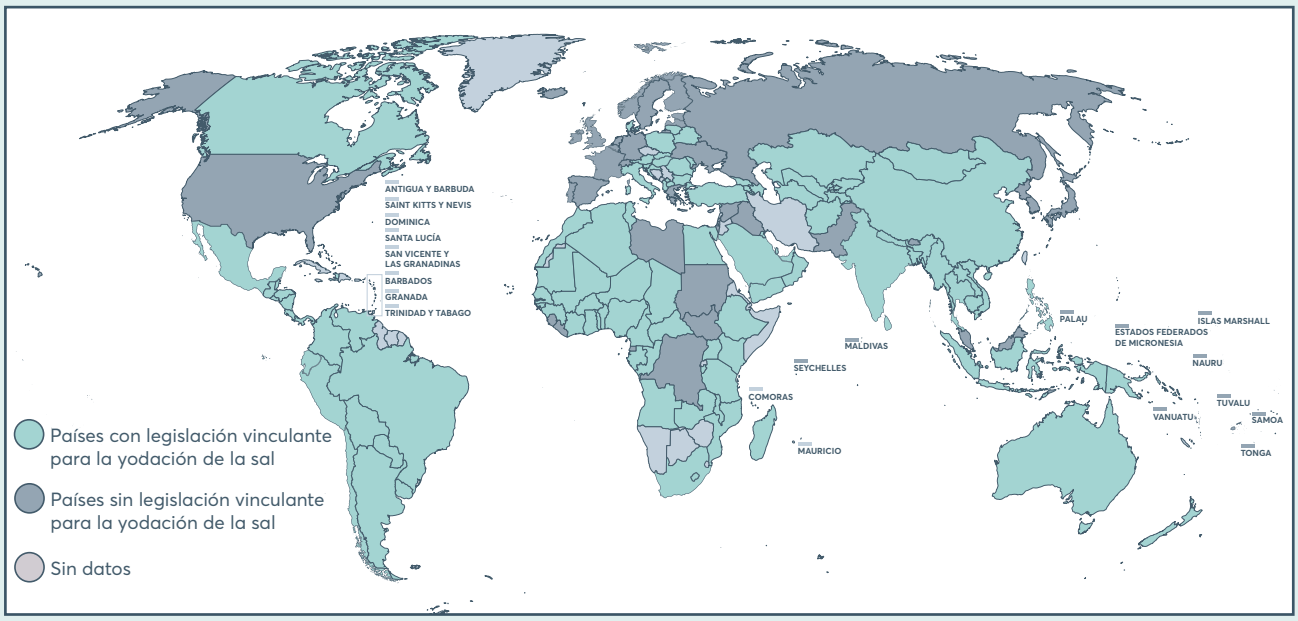
La fortificación a gran escala como medio para corregir las deficiencias de micronutrientes

Greg S. Garrett, Jonathan Gorstein, Roland Kupka y Homero Martínez

La fortificación de alimentos a gran escala tiene por objeto mejorar la ingesta de nutrientes al añadir vitaminas y minerales esenciales a los alimentos que han de procesarse de algún modo antes de llegar al mercado[18]. Se pone en práctica desde hace casi un siglo, desde la década de 1920, cuando en Suiza y los Estados Unidos se procedió a la fortificación voluntaria de la sal con yodo. El Reino Unido y el Canadá fueron los primeros países que establecieron por ley la fortificación obligatoria de la harina de trigo y la sal en 1940 y 1949, respectivamente. En los últimos años se han efectuado avances significativos en este ámbito: 86 países exigen ya que al menos un tipo de cereal se fortifique con hierro o ácido fólico (13 aprobaron leyes al respecto entre 2014 y 2017), y 29 cuentan ahora con programas nacionales de fortificación de los aceites comestibles con vitamina A (12 legislaron la cuestión en este período).

Un examen sistemático de 41 informes y 76 trabajos de investigación concluyó que en los países de ingresos bajos y medianos existen pruebas sólidas de efectos en la salud allí donde la fortificación tuvo una cobertura y un cumplimiento elevados[19]. El avance más notable se ha producido en la yodación de la sal. La tabla 3.1 muestra que la cobertura media en los hogares de la sal yodada es del 83% en los 52 países para los que se dispone de datos. El número de países donde la yodación de la sal es obligatoria ha ido aumentando de manera constante y asciende ya a 108 (figura 3.2). Entre 2014 y 2017, por ejemplo, seis países aprobaron nuevas leyes relativas a la yodación de la sal[20]. A partir de la información disponible sobre el uso de sal yodada, la Red Mundial del Yodo e UNICEF calculan que en el mundo, actualmente, la consumen más de 6.000 millones de personas[21]. Esta cifra representa el logro más significativo hasta la fecha de la fortificación de alimentos a gran escala[22]. Solo en 19 países se observa todavía una ingesta insuficiente de yodo, un cambio extraordinario con respecto a los 110 países de 1993[23]. (Este cálculo aplica la definición de la OMS de una ingesta adecuada de yodo, que se refiere a personas adultas con una concentración mediana de yodo en la orina igual o superior a 100 µg/L).

FIGURA 3.2
Legislación nacional para la yodación de la sal



Fuente: Global Fortification Data Exchange 2018.

A la yodación de la sal se atribuye la prevención de 750 millones de casos de bocio en los últimos 25 años[24]. Etiopía es un buen ejemplo de progreso nacional: en 2005, la cobertura de la sal yodada se situaba en el 4,2%[25]; para finales de 2014, el 95% de los hogares tenía acceso a la sal yodada (sal con cualquier cantidad de yodo), y el 42,7% tenía acceso a sal yodada correctamente[26]. Se logró por medio de un esfuerzo específico transversal a distintos niveles con la participación de alianzas público-privadas, centrado en mejorar las cadenas de suministro, involucrar al sector privado, restaurar los compromisos públicos de aplicación de la legislación relativa a la yodación y aprovechar la asistencia técnica facilitada por organismos internacionales.

Un examen reciente de los programas nacionales de fortificación de alimentos a gran escala destaca una serie de lecciones clave para el éxito[27].

- Tienen en cuenta el número de personas malnutridas, dónde viven y los alimentos que consumen. La obtención de resultados depende de qué alimentos se fortifiquen y su grado de procesamiento industrial.
- Integran la fortificación en un conjunto más amplio de estrategias nacionales sobre nutrición.
- Los Gobiernos nacionales aportan la capacidad y los recursos necesarios y asumen un compromiso sostenido para controlar la calidad de manera efectiva.
- Llevan a cabo exámenes periódicos en los que comprueban los supuestos acerca de los patrones de alimentación.
- Exigen la fortificación para hacer frente a una necesidad o riesgo significativo en el ámbito de la salud pública.

No obstante, varios obstáculos impiden que la fortificación de alimentos a gran escala tenga una repercusión plena en la salud pública. En primer lugar, numerosos países con una carga elevada de hambre oculta todavía no han iniciado un programa de fortificación. Por ejemplo, 62 países de ingresos bajos y medianos aún no aplican programas obligatorios de fortificación del trigo, el maíz o el arroz, pese a que cumplen los criterios generales[28] para poner en marcha la intervención[29]. Asimismo, seleccionar vehículos alimentarios adecuados —que consuma de manera habitual una gran parte de la población, sobre todo los grupos más vulnerables— y establecer mecanismos de cumplimiento eficaces aumentará de manera sustancial la repercusión potencial de los programas de fortificación[30].

En segundo lugar, la calidad y conformidad de los alimentos fortificados debe reforzarse e integrarse en los sistemas rutinarios de control de los alimentos. Un examen de las actividades externas de garantía de la calidad de los programas de fortificación de alimentos básicos en 25 países concluyó que el porcentaje medio de alimentos que cumple las normas nacionales se sitúa entre el 45% y el 50%[31]. De igual modo, varios estudios realizados entre 2014 y 2017 en nueve lugares de siete países de ingresos bajos y medianos observaron que las tasas de cobertura no son elevadas[32]. En término medio, solo el 35% de la harina de trigo que se consume en esos nueve lugares es fortificable (se somete a un procesamiento industrial), y solo se fortificó el 18,5% de la harina de trigo disponible. Casi 3 de cada 4 personas (el 72%) consume aceite comestible fortificable, pero solo se había fortificado el 42% del aceite. En lo que respecta a la harina de maíz, el 48% de la población consume maíz fortificable, pero solo se había fortificado el 29%[33].

Cabe concluir que esa baja cobertura, unida al escaso cumplimiento de las normas nacionales, es el problema más grave al que se enfrentan los países que ya ejecutan programas obligatorios de fortificación de alimentos a gran escala, que no obtendrán los resultados de salud previstos.

En tercer lugar, la mayoría de los programas de fortificación se han acometido como intervenciones verticales que apenas se han armonizado. Pese a que muchos de los mismos agentes y partes interesadas participan en la fortificación de distintos vehículos alimentarios, los programas no se han vinculado entre sí a fin de descubrir posibles sinergias y oportunidades para que su diseño, implementación y seguimiento sean más eficientes.

Por último, pocas evaluaciones de los programas nacionales han medido el impacto de la fortificación en los resultados biológicos (p. ej., en la anemia ferropénica) y funcionales (p. ej., en el desarrollo infantil)[34].

Necesidad crítica de un nuevo enfoque para hacer frente a todas las formas de malnutrición en las crisis

Entender las crisis y la fragilidad

El Banco Mundial calcula que alrededor de 2.000 millones de personas viven en países afectados por la fragilidad, el conflicto y la violencia[35], y considera que 36 países o territorios están en situación de fragilidad en este momento[36]. Las crisis adoptan formas diversas, tales como el deterioro de la gobernanza, las crisis políticas prolongadas, la transición después de un conflicto y los procesos frágiles de reforma, a menudo en un contexto de desastre de los recursos naturales y cambio climático. El Banco Mundial también calcula que el porcentaje de personas que viven en la extrema pobreza en zonas afectadas por conflictos aumentará un 50% de aquí a 2030[37].

Las crisis están provocando un desplazamiento masivo de la población, ya sea dentro de las fronteras de un país (desplazados internos) —según las estimaciones, 40 millones de personas—, o como refugiados en los países vecinos —unos 25,4 millones de personas—[38]. Se trata del mayor volumen de desplazamientos de la historia reciente, y se calcula que aproximadamente 201 millones de personas de todo el mundo necesitan asistencia humanitaria[39]. Más de dos tercios de los refugiados proceden de tan solo cinco países —Sudán del Sur, Somalia, el Afganistán, Myanmar y la República Árabe Siria, y más de la mitad tienen menos de 18 años—[40]. La perturbación de las masas de población aumenta el riesgo de malnutrición, inseguridad alimentaria y social y enfermedad, pérdida de medios de subsistencia y oportunidades económicas, y muerte[41].

Uno de los mensajes fundamentales del *Informe de la Nutrición Mundial 2017* es que la paz y la estabilidad (ODS 16) son esenciales para una nutrición adecuada. Sin embargo, la inestabilidad y los desastres vinculados al clima siguen afectando a un número de países cada vez mayor. Representan un factor significativo a la hora de explicar por qué 124 millones de personas de 51 países sufren una notable inseguridad alimentaria[42]. El *Informe Mundial sobre las Crisis Alimentarias* señala que la cifra había aumentado en 11 millones de personas desde 2016, lo que equivale a un incremento del 11%. Se deduce también que el incremento se debe al estallido o la intensificación de conflictos y a la inseguridad en países como el Yemen, Nigeria (en el norte), la República Democrática del Congo, Sudán del Sur y Myanmar. La sequía prolongada también ha sido importante en países como Kenya, Somalia y Uganda, así como en África Meridional.

El *Informe de la Nutrición Mundial 2017* también destaca que ese año se declaró una hambruna en Sudán del Sur y se comunicó un elevado riesgo de hambruna en el norte de Nigeria, Somalia y el Yemen. Según las estimaciones, las crisis en esos cuatro países provocaron el desplazamiento de unos 10 millones de personas, y se clasificó en crisis a 31,6 millones[43]. En vista de la situación, las necesidades de financiación humanitaria se han duplicado con creces en esos cuatro países, de 2.900 millones de dólares en 2013 a más de 6.500 millones en 2017, y en este momento se calcula que la cifra en 2018 ascenderá a 7.270 millones de dólares[44].

Coexistencia de todas las formas de malnutrición en las crisis

Históricamente, las iniciativas contra la malnutrición en situaciones de crisis se han centrado en salvar vidas, detectando y tratando casos de emaciación y protegiendo y promoviendo la alimentación de los lactantes y los niños pequeños. Esa labor es fundamental cuando los índices de emaciación son elevados, han aumentado o existe el peligro de que aumenten, por ejemplo en países en riesgo de hambruna como Somalia, el Yemen, Sudán del Sur y Nigeria (en el norte).

Sin embargo, la realidad de la carga de malnutrición es hoy mucho más compleja. La mayoría de los niños del mundo que sufren emaciación no viven en un contexto humanitario —y la emaciación no es el único problema en las crisis—. Las nuevas pruebas indican que la fragilidad, el conflicto y la violencia repercuten en todas las formas de malnutrición. La emaciación y el retraso del crecimiento se producen tanto en contextos de crisis como de estabilidad, y existen vínculos y causas comunes entre sus formas[45]. Los niños pequeños soportan una carga mayor de la emaciación y el retraso del crecimiento coexistentes (véase el caso destacado 2.5 del capítulo 2), y las embarazadas expuestas a un conflicto dan a luz a niños de menor peso —de manera que los efectos adversos del conflicto se transmiten a la generación posterior—[46].

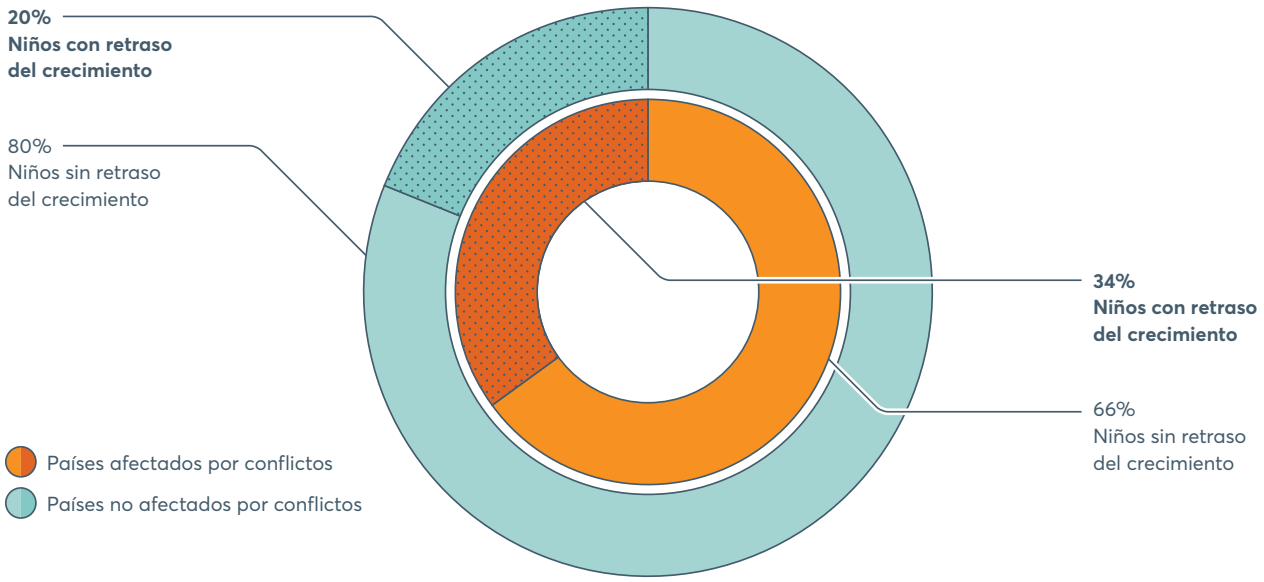
Si bien es de sobra conocido que el riesgo de emaciación aumenta en los contextos de crisis, cada vez más pruebas apuntan a que existen niveles elevados de retraso del crecimiento, que incluso aumentan, en las crisis prolongadas. Los datos sobre el retraso del crecimiento en los países arrojan vínculos de interés; por ejemplo, que la prevalencia del retraso del crecimiento es notablemente mayor en los países afectados por conflictos que en el resto (figura 3.3).

Otras estimaciones indican que entre el 45% y el 75%[47, 48] de la carga mundial de retraso del crecimiento se sitúa en Estados frágiles. Se trata de un margen muy amplio que indica la necesidad de más datos y análisis que confirmen esos cálculos[49].

De igual modo, hasta hace poco tiempo, las deficiencias de micronutrientes (excepto cuando se produjo una oleada de brotes de escorbuto y deficiencias de vitamina B en contextos de refugiados en la década de 1980 y principios de la década de 1990) y las enfermedades no transmisibles o la obesidad apenas han recibido atención de los responsables de dar una respuesta a las crisis. Eso empieza a cambiar: cada vez se reconoce en mayor medida que las diversas formas de malnutrición constituyen una pesada carga en los contextos de crisis prolongadas y complejas[50].

Las enormes poblaciones de refugiados de Oriente Medio son un ejemplo de la superposición de las cargas de la emaciación, el retraso del crecimiento, las deficiencias de micronutrientes y la obesidad. En el caso destacado 3.3 se describen una serie de medidas adoptadas para hacer frente a todas las formas de malnutrición en las poblaciones de refugiados afectados por crisis del Líbano.

FIGURA 3.3
Comparación de la prevalencia del retraso del crecimiento en países en conflicto y en el resto de países



Fuente: Development Initiatives, a partir de los datos de 2018 del índice INFORM para la gestión de los riesgos y de las estimaciones conjuntas sobre la malnutrición[51].
Notas: Prevalencia ponderada por población a partir de los datos disponibles de 148 países. Se considera que un país está afectado por un conflicto cuando obtiene 7 o más puntos en el indicador del índice INFORM referente a la "intensidad actual de un conflicto sumamente violento".

CASO DESTACADO 3.3

Medidas para hacer frente a todas las formas de malnutrición entre refugiados en el Líbano

Hala Ghattas, Zeina Jamaluddine y Chaza Akik

Se calcula que, en este momento, 1 de cada 5 personas que residen en el Líbano es un refugiado. El Líbano, un pequeño país mediterráneo de ingresos medianos, acoge a 992.127 refugiados sirios registrados que llegaron al país a partir de 2011[52], así como a entre 260.000 y 280.000 refugiados palestinos[53] que viven en el país desde 1948 y a otros 32.274 refugiados palestinos procedentes de Siria[54]. En el Líbano, que se enfrenta a sus propios retos en materia de nutrición (los cuales evolucionan con rapidez), los refugiados a largo plazo padecen cargas superpuestas de pobreza, inseguridad alimentaria, alimentación inadecuada, sobrepeso y obesidad crecientes e índices elevados de enfermedades no transmisibles.

La mayor parte de los refugiados palestinos viven en malas condiciones en campamentos y agrupamientos urbanos y dependen del Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente (OOPS) —que está sobrecargado— para acceder a servicios de educación, atención de salud y asistencia social. El 62% de los hogares sufre inseguridad alimentaria, y el 47% de las personas de 25 a 59 años padece una enfermedad crónica —la hipertensión y la diabetes son las más frecuentes—[55].

En 2018 se calculó que el conflicto sirio había contribuido al desplazamiento interno de 6,2 millones de personas y al de otros 5,1 millones de refugiados en los países vecinos: Jordania, el Líbano y Turquía[56]. Los refugiados llegados de Siria se han dispersado en el Líbano desde 2011 y viven en comunidades de acogida o asentamientos informales de tiendas de campaña. Su seguridad alimentaria empeora año tras año. El consumo pobre o marginal de alimentos en los hogares aumentó del 13% en 2014 al 38% en 2017[57, 58]. El consumo de carne, fruta y verduras con alto contenido de micronutrientes es especialmente bajo[59, 60]. La diversidad de la dieta de los niños también es baja: tan solo el 9% de niños de 6 a 23 meses alcanzaron los niveles de diversidad mínima de la alimentación[61]. En 2016, la prevalencia mundial de la malnutrición aguda y el retraso del crecimiento en los niños de 0 a 59 meses era del 2% y el 15%, respectivamente[62]. Paralelamente, el 34% y el 29% de las personas adultas de 18 a 69 años padecen sobrepeso u obesidad, respectivamente; el 49% tiene hipercolesterolemia[63]; y en más de la mitad de los hogares de refugiados sirios hay alguien a quien se ha diagnosticado 1 de 5 enfermedades no transmisibles[64].

Ante tales retos, las organizaciones humanitarias han puesto en marcha programas para satisfacer las necesidades tanto agudas como básicas de los refugiados y atender a sus necesidades de atención de salud a largo plazo. He aquí algunos ejemplos:

Alimentación escolar y formación en nutrición

El Programa Mundial de Alimentos (PMA) dirige un programa de alimentación escolar en 38 centros públicos que atienden tanto a niños libaneses como a refugiados sirios[65]. En lugar de centrarse en aumentar la ingesta de calorías, el PMA adaptó su programa a las necesidades del contexto con el propósito de aportar diversidad a la dieta mediante la provisión de fruta fresca y leche y formación sobre nutrición en las escuelas.

Dos escuelas de enseñanza primaria del OOPS han puesto a prueba el innovador programa Healthy Kitchens ("cocinas saludables"), en el que mujeres refugiadas capacitadas en seguridad alimentaria e higiene entregan a diario un refrigerio saludable a los escolares refugiados palestinos. En las pruebas piloto se han observado mejoras en la seguridad alimentaria, el apoyo social y la salud mental de las mujeres, un incremento de la diversidad de la alimentación de los niños y un descenso del consumo de bebidas y postres azucarados por parte de los niños[66, 67].

Programas de asistencia alimentaria y con efectivo

A lo largo de los años se han puesto en marcha varios programas específicos de cupones electrónicos para alimentos y efectivo para fines múltiples con ánimo de facilitar alimentos y cubrir otras necesidades básicas de distintas subpoblaciones de refugiados vulnerables, entre ellas los sirios y los palestinos. Las evaluaciones de repercusión muestran que la asistencia con efectivo para fines múltiples propicia un incremento del gasto en alimentos, pero no mejora el acceso a los servicios de atención de salud.

Tanto los cupones electrónicos para alimentos como el efectivo contribuyeron a mejorar la diversidad de la dieta y otros indicadores de seguridad alimentaria. En ese sentido, la asistencia mediante efectivo sin restricciones obtuvo mejores resultados que los cupones electrónicos.

Fortalecimiento de los sistemas locales de atención a la salud

En colaboración con el Ministerio de Salud Pública del Líbano, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) ha respondido a las necesidades básicas de atención sanitaria y a la carga elevada de enfermedades no transmisibles de los refugiados sirios brindando apoyo al sistema de atención primaria de salud mediante la subvención de la atención y un sistema de remisión a la atención secundaria y terciaria. El 75% —es decir, tres cuartas partes— de los costos de tratamiento que reúnen los requisitos están cubiertos, porcentaje que alcanza el 100% en el caso de los subgrupos vulnerables. El OOPS también administra un sistema integral de atención primaria de salud que ofrece una cobertura total a los refugiados palestinos, incluidos programas de detección específicos relacionados con las enfermedades no transmisibles, así como un sistema de remisión que abarca el 90% de la atención secundaria y terciaria. Un proyecto piloto innovador desarrollado en los centros de atención primaria de salud tanto públicos como del OOPS ha puesto a prueba una aplicación de salud en línea que ha servido para mejorar la detección y remisión de casos de enfermedades no transmisibles.

En este contexto, queda pendiente garantizar la sostenibilidad de esos programas encaminados a fomentar la alimentación saludable en la infancia y aumentar la seguridad alimentaria y el acceso a los servicios sanitarios de esas poblaciones vulnerables a lo largo del tiempo, sobre todo ante la creciente amenaza que los recortes presupuestarios representan para los organismos humanitarios.

Aumentar la resiliencia nutricional intensificando los vínculos entre la labor humanitaria y la de desarrollo[68]

Una cuestión novedosa importante es cómo fomentar la resiliencia frente a la malnutrición cuando aumenta la fragilidad y la inestabilidad y en relación con las distintas formas de malnutrición. El impulso de la agenda en favor de la resiliencia ha sido la toma de conciencia de que aproximadamente un 86% de la asistencia humanitaria internacional se dirige a países afectados por crisis a medio y largo plazo[69]. Sin embargo, la mayoría de las veces la asistencia adopta la forma de programas a corto plazo incapaces de impulsar la resiliencia que las poblaciones afectadas por crisis necesitan para evitar el deterioro de su estado nutricional.

De forma gradual se está descubriendo qué hace falta para fomentar la resiliencia nutricional, incluidas la planificación de la preparación, la alerta temprana y la capacidad de refuerzo para ampliar los sistemas y la capacidad humana y financiera e involucrar a sectores diversos[70, 71]. En ese proceso de fomento de la resiliencia resulta fundamental unir a las comunidades de desarrollo y humanitarias[72]. Se contribuiría así, especialmente en las crisis prolongadas, a debatir y desarrollar políticas y marcos conjuntos, a concebir mecanismos de financiación predecibles y a "equilibrar" los programas de la gama de intervenciones directas sobre nutrición de gran repercusión y otros programas sectoriales, por ejemplo los de protección social.

De manera acorde con la falta de reconocimiento de la malnutrición más allá de la emaciación en contextos de crisis, históricamente la emaciación y el retraso del crecimiento se han abordado de forma compartimentada en los ejes humanitario y de desarrollo: la alta prevalencia de la emaciación se ha considerado una cuestión "humanitaria", mientras que el retraso del crecimiento se relacionaba con el "desarrollo"[73]. Los debates acerca del modo de acercar a ambas comunidades se intensificaron en la Cumbre Humanitaria Mundial de 2016, cuyos participantes demandaron estrechar los vínculos entre los programas humanitarios y en favor del desarrollo[74]. Uno de los compromisos de acción claves derivados de la cumbre consiste en "superar la división entre lo humanitario y el desarrollo"[75], propósito que se ha descrito como el "fortalecimiento del vínculo entre la acción humanitaria y el desarrollo". Posteriormente, la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCAH) ha elaborado el marco "Una nueva manera de trabajar", que también demanda una relación más estrecha en el análisis, la planificación, la coordinación y la financiación de la acción humanitaria y el desarrollo en aras del logro de resultados colectivos.

Organizaciones como el PMA, con decenios de experiencia en la provisión de asistencia humanitaria, están pasando de mecanismos de respuesta en emergencias a corto plazo a una financiación durante un período de 3 a 5 años e incorporando metas específicas de reducción del retraso del crecimiento en sus estrategias nacionales de 3 a 5 años. Bajo la supervisión del Comité Permanente entre Organismos[76], el Grupo Temático Mundial sobre Nutrición, que apoya la coordinación de la respuesta en este ámbito en situaciones de crisis, cada vez hace más hincapié en los paquetes integrados de prevención de la hambruna, que incluyen medidas relacionadas con la nutrición, la seguridad alimentaria, el agua, el saneamiento y la higiene, y la salud. Ese tipo de programas se ejecutaron por primera vez en el norte de Nigeria, Sudán del Sur, Somalia y el Yemen en 2017. Algunos países también reconocen la necesidad de fomentar la resiliencia mediante un enfoque más orientado al "desarrollo" en lo que antes se consideraban contextos "humanitarios". El planteamiento del Gobierno de Kenya es un buen ejemplo de enfoque nacional de la resiliencia. Demuestra que una mayor orientación al desarrollo puede reducir la carga sobre la respuesta humanitaria tradicional, lo que redunda en beneficio de las poblaciones propensas a las crisis.

Las comunidades de la acción humanitaria y el desarrollo que tratan de estrechar vínculos se encuentran, entre otras dificultades, con la falta de datos desglosados y agregados que representen el alcance, los vínculos y los patrones de las diversas formas de malnutrición. Así pues, se requieren mejores datos para promover con eficacia el tipo de reforma institucional que permita abordar de manera adecuada las múltiples cargas antes y después de las crisis y durante estas. Combinar un mayor número de pruebas que describan las múltiples cargas con la eficacia de intervenciones capaces de hacer frente a las diversas formas de malnutrición de forma simultánea debería servir para acelerar las reformas institucionales. Estas podrían sustentar posteriormente un conjunto de respuestas de desarrollo y humanitarias más exhaustivo.

La financiación es otra cuestión importante. Entre los contextos de gran fragilidad y afectados por conflictos se encuentran Sudán del Sur, donde más de la mitad de la ayuda se destina a fines humanitarios[77], y Somalia, que recibe ayuda humanitaria continuada desde hace unos tres decenios y donde más de la mitad de la ayuda (el 56%) ha sido humanitaria[78]. En esos contextos, hay margen para que los Gobiernos sean más transparentes y rindan más cuentas de sus procesos de ayuda y financiación, y para que los donantes sean menos aversos al riesgo y consideren la financiación plurianual, los recursos comunes y la ayuda presupuestaria directa con el objetivo final de poner en marcha servicios financiados y controlados por los Gobiernos. Los asociados en la ejecución también podrían plantearse desde una perspectiva más estratégica cómo mejorar los servicios del Gobierno y otros organismos locales mediante la integración de programas y la creación de programas sostenibles y ampliables en esos entornos complejos. La comunidad humanitaria no puede fomentar por sí sola la resiliencia nutricional sin contar con la participación real de los agentes del desarrollo y sin considerar cómo pueden utilizar los fondos humanitarios de manera más flexible y orientada a la resiliencia o el desarrollo. Hasta la fecha, la financiación es a corto plazo e impredecible, mientras que la planificación de actividades se basa en ciclos de proyectos que se repiten cada año, los cuales, si bien salvan vidas, no son capaces de prevenir la malnutrición.

En el caso destacado 3.4 se describe un enfoque concebido con miras a facultar a los sistemas de salud para gestionar con eficacia cualquier incremento repentino de la emaciación y, al mismo tiempo, colaborar con diversos sectores para prevenir la emaciación y el retraso del crecimiento en la respuesta a una crisis.

El enfoque de Kenya en aras de la resiliencia

Jeremy Shoham y Carmel Dolan

La economía de Kenya está en auge, y el país se plantea un ideal de desarrollo ambicioso de aquí a 2030. Así pues, la estructura del sistema humanitario ha sido reemplazada en gran medida por una mayor inversión pública en el fomento de la resiliencia, programas de protección social y sistemas de respuesta temprana.

Uno de los elementos clave para la nutrición es la integración en el sistema de salud del tratamiento de la emaciación y un modelo de refuerzo que posibilita una respuesta de tratamiento en las zonas áridas y semiáridas más propensas a las crisis. En los últimos años, el Gobierno de Kenya ha creado programas de protección social en esas zonas vulnerables (con un 65% de financiación estatal) y un programa de transferencia de efectivo dirigido a hasta medio millón de personas. El Gobierno también financia programas de protección social para los ancianos, las personas con discapacidad grave y los niños huérfanos y vulnerables, y un programa de transferencia de efectivo para la creación de activos que ejecuta el PMA.

Los programas en favor de la resiliencia se han convertido en un componente principal del plan de desarrollo a medio plazo del país y representan un pilar fundamental del marco para poner fin a las emergencias provocadas por las sequías (EDE, por sus siglas en inglés). Un aspecto esencial para el marco EDE es el fortalecimiento de los sistemas que hacen posible una respuesta temprana a las amenazas antes de que estalle una crisis a gran escala, por ejemplo mediante la diversificación de los medios de subsistencia y la anticipación a los riesgos. Esas medidas han reducido en gran medida la necesidad de una respuesta humanitaria más tradicional en Kenya. La Autoridad Nacional de Gestión de la Sequía, que implanta el EDE, combina los programas humanitarios y en favor del desarrollo y está descentralizada en los 23 condados más vulnerables. La nutrición representa una preocupación transversal, y el retraso del crecimiento es uno de los indicadores clave para hacer un seguimiento de los progresos del EDE.

En 2011, la respuesta a la grave sequía en el Cuerno de África, que afectó a amplias zonas de Kenya, fue tardía, estuvo mal coordinada, contó con un nivel reducido de inversión y liderazgo gubernamental y prestó poca atención al fomento de la resiliencia; se produjeron muchos casos de emaciación y muerte de niños. En contraste, la respuesta a la sequía de 2016-2017 comenzó en una fase más temprana y, si bien la emaciación infantil siguió siendo elevada en muchos condados afectados, hubo menos muertes. En general, la respuesta a la sequía de 2016-2017 dio muestras de progresos en el modo en que los sistemas de Kenya se orientaron a reducir los riesgos y a responder con mayor rapidez y eficacia a la crisis. Varios factores contribuyeron a ello y, conjuntamente, han posibilitado un fortalecimiento considerable de los vínculos entre la acción humanitaria y el desarrollo. Se han observado los siguientes factores:

1. Crecimiento económico nacional: Kenya se considera hoy un país de ingresos medianos bajos.

2. Sólido liderazgo del Gobierno en la respuesta a la crisis; los asociados humanitarios se dedicaron a paliar deficiencias en lugar de asumir la respuesta de primera línea, y las inversiones de los asociados para el desarrollo se armonizaron con las prioridades nacionales de reducción del riesgo.

3. La delegación de responsabilidades gubernamentales desde 2012 ha dado libertad a las administraciones locales para gestionar directamente los presupuestos, determinar las prioridades de los condados y dar una respuesta temprana a las nuevas crisis.

4. Elaboración y aplicación inicial del marco EDE con vistas a reforzar los vínculos entre sectores y entre los sistemas humanitarios y de desarrollo.

5. Fortalecimiento de los sistemas sanitarios y creación de un modelo de refuerzo de la capacidad para el tratamiento temprano de la emaciación.

6. Puesta en marcha de sistemas ampliables de protección social para las personas más vulnerables.

CASO DESTACADO 3.5

Tender puentes entre la acción humanitaria y de desarrollo

Anushree Rao

En 2013, en la primera cumbre Nutrición para el Crecimiento, Concern Worldwide prometió contribuir con 116,7 millones de dólares a programas de nutrición, principalmente en Estados frágiles. Ese compromiso financiero se cumplió antes de lo previsto, y se prometieron otros 100 millones entre 2018 y 2020. Los fondos se están utilizando para poner a prueba y aplicar soluciones ampliables en algunas de las zonas y poblaciones de más difícil acceso, incluidos programas concebidos para tratar la malnutrición aguda y aumentar la resiliencia frente a ella.

Entre los objetivos de la financiación se encontraba ampliar su modelo de refuerzo para la gestión comunitaria de la malnutrición aguda. Dicho modelo faculta a los sistemas de salud de entornos frágiles para tratar con eficacia la malnutrición aguda, al accionar los umbrales que reclaman sumar una respuesta humanitaria reforzada a la gestión rutinaria de la malnutrición aguda. Se ha aplicado ya en Kenya, Uganda y el Níger, y en cierta medida en el Chad. La prueba piloto en el condado de Marsabit (Kenya) demostró que la alerta y la acción tempranas, conjuntamente con los programas de nutrición a más largo plazo, pueden ayudar a tender puentes entre la acción humanitaria y de desarrollo. Una evaluación concluyó que el sistema de salud estaba mejor preparado para hacer frente a un mayor número de casos de malnutrición aguda durante las crisis predecibles sin menoscabar la labor sanitaria y nutricional a largo plazo. El Gobierno de Kenya está interesado en este momento en integrar la gestión comunitaria del incremento repentino de la malnutrición aguda en los centros sanitarios que prestan servicio en otras zonas propensas a la sequía.

Concern Worldwide también ha financiado programas encaminados a fomentar la resiliencia frente a la malnutrición aguda. Por ejemplo, un programa para impulsar la resiliencia de la comunidad frente a la malnutrición aguda (CRAM, por sus siglas en inglés) en el Chad se propuso mejorar la nutrición de los niños pequeños y fomentar la resiliencia comunitaria frente a conmociones y tensiones con efectos perjudiciales en la salud y la nutrición. El programa llegó a 4.000 hogares con un paquete de servicios integrados de nutrición y salud; agua, saneamiento e higiene; y agricultura y gestión ganadera climáticamente inteligentes. Una evaluación de las repercusiones del programa CRAM[79] concluyó que ofreció protección frente al auge de la emaciación y el retraso del crecimiento; propició un mayor índice de lactancia materna exclusiva entre niños menores de 6 meses; aumentó el acceso a pozos de sondeo y letrinas, y su utilización; e impulsó el conocimiento (aunque no la práctica) del lavado de manos. En las poblaciones en las que se aplicó el programa, los índices de emaciación se estabilizaron, mientras que incrementaron en los grupos de control; y la prevalencia del retraso del crecimiento en los niños de los asentamientos con CRAM fue un 7% más baja que en los asentamientos de control. El programa CRAM demostró que integrar diversos sectores como la agricultura, el agua, el saneamiento y la higiene, los medios de subsistencia, el género y la salud puede mejorar notablemente la situación de malnutrición de los niños. No obstante, todavía hay dudas con respecto a la repercusión del programa CRAM en la inseguridad alimentaria.

Carga de la malnutrición en adolescentes

Cada vez hay una mayor conciencia de la importancia de la salud y la nutrición de los adolescentes y de que invertir en esta etapa crucial de la vida es fundamental para alcanzar las metas y objetivos mundiales[80]. En 2017 y 2018 se efectuaron dos llamamientos a la acción en el ámbito de la nutrición de los adolescentes. En 2017, en la Cumbre Mundial sobre la Nutrición de Milán, se presentó el Programa de Acción para Reducir la Disparidad en la Nutrición de las Mujeres y las Niñas, en el que se instó a la comunidad de la nutrición a adoptar un enfoque basado en el ciclo de vida que priorice a los adolescentes[81]. Asimismo, en 2018 se publicó otro llamamiento a la acción: "Better Data Now to Drive Better Policies and Programs in the Future" ("Mejores Datos Hoy para Impulsar Mejores Políticas y Programas Mañana"). El llamamiento se hizo público después de una consulta a las partes interesadas, que tuvo lugar en octubre de 2017, acerca de la "Nutrición de las adolescentes: pruebas, directrices y deficiencias", coorganizada por el proyecto SPRING de USAID (fortalecimiento de alianzas, resultados e innovaciones en el ámbito de la nutrición a nivel mundial) y la Organización Panamericana de la Salud. Más de 100 organizaciones se han adherido ya, dando fe de su compromiso con este importante grupo etario. El llamamiento prioriza siete medidas que abarcan el déficit de datos, las políticas, los indicadores y la vigilancia.

Siete medidas prioritarias para mejorar la nutrición de las adolescentes[82]

1. Involucrar a los adolescentes y asociarse con ellos de cara al diseño y la implementación de estudios, políticas, programas, reglamentos y directrices que reconozcan que se ha colaborado con éxito con los adolescentes en otros sectores y aprendan de esas experiencias.

2. Evaluar el modo en que las políticas y reglamentos sobre nutrición conforman el entorno alimentario e influyen en la nutrición de los adolescentes y la calidad de su alimentación.

3. Desarrollar y utilizar indicadores normalizados para evaluar la salud, la nutrición y el bienestar social y emocional de los adolescentes.

4. Velar por que se incluya a los adolescentes en la vigilancia nacional de la nutrición, con un muestreo adecuado en las encuestas de población y desglosados en los datos procedentes del seguimiento rutinario de programas.

5. Realizar estudios cuantitativos y cualitativos para medir, analizar y abordar los factores determinantes subyacentes de la malnutrición y los factores propios de cada contexto que repercuten en las decisiones alimentarias de los adolescentes, su dieta y prácticas de alimentación, su actividad física y su bienestar social y emocional.

6. Diseñar estudios sobre la implementación con vistas a mejorar la ejecución, el uso, la rentabilidad y la escala de los programas, analizando la utilización de los programas y plataformas existentes cuando sea posible.

7. Llevar a cabo evaluaciones rigurosas de las intervenciones a fin de evaluar su repercusión y determinar la combinación y dosis adecuada de macro y micronutrientes, así como la edad y duración óptimas de las intervenciones dirigidas a los adolescentes con el propósito de mejorar los resultados de crecimiento y desarrollo.

Esos llamamientos se hacen a raíz del reconocimiento de que la adolescencia es una etapa de la vida fundamental para promover entre niños y niñas una nutrición adecuada y un bienestar robusto en la edad adulta. La adolescencia[83] (de los 10 a los 19 años) no solo representa una fase de maduración sexual, sino también de rápido crecimiento, cuyos importantes cambios anatómicos, fisiológicos y sociales solo se ven superados por los que tienen lugar en el primer año de vida. Un conjunto internacional de pruebas cada vez mayor indica que en la adolescencia es posible cierto crecimiento "convergente" (altura); además, un crecimiento óptimo en esta etapa puede tener un efecto multiplicador en otros resultados clave, tales como una mejora cognitiva y una reducción del riesgo de padecer enfermedades no transmisibles[84]. Así pues, la adolescencia representa una "segunda oportunidad" para mejorar la salud y el estado nutricional de los propios adolescentes, así como para interrumpir el ciclo intergeneracional de malnutrición y mala salud.

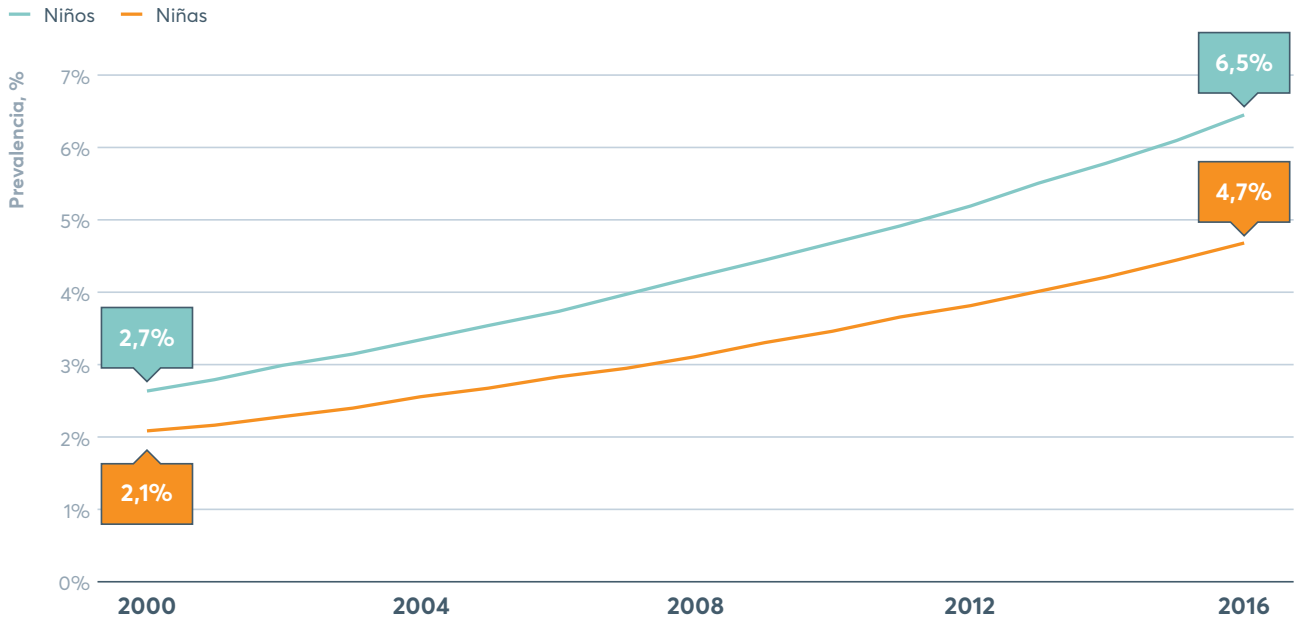
Es habitual que las adolescentes contraigan matrimonio: se trata de un dato importante, ya que se estima que 9 de cada 10 niñas menores de 18 años que dan a luz en los países en desarrollo están casadas[85]. El matrimonio precoz (es decir, justo después del inicio de la pubertad y antes de que las niñas alcancen la edad adulta) existe en numerosos países. En el Níger, por ejemplo, el 76% de mujeres contrajeron matrimonio antes de cumplir 18 años[86]. El embarazo durante la adolescencia acarrea riesgos adicionales debido a la inmadurez de las niñas, en particular el riesgo de mortalidad y de resultados adversos tanto para la madre como para el bebé[87]. Se calcula que el 95% de los partos de adolescentes se producen en países en desarrollo, y que el 19% de las jóvenes de los países en desarrollo se quedan embarazadas antes de cumplir los 18 años[88]. Las pruebas indican que un peso corporal demasiado bajo o demasiado alto antes del embarazo incrementa los riesgos para la madre y el niño. El peso inferior al normal antes del embarazo se asocia de manera significativa con los partos prematuros, un tamaño inferior al que corresponde al período de gestación y peso bajo al nacer. Asimismo, el sobrepeso y la obesidad antes del embarazo se asocian con un mayor riesgo de trastornos hipertensivos, preeclampsia y diabetes gestacional[89].

El período de la adolescencia es único en el ciclo de la vida humana a causa de su vulnerabilidad biológica, social y cultural. Se trata de un período de apertura a nuevas ideas, con lo que ofrece una oportunidad ideal para mejorar las conductas alimentarias en la escuela y el hogar y a través de la tecnología, por ejemplo en las redes sociales[90], lo que repercutirá en el estado nutricional en la edad adulta.

En la adolescencia también pueden consolidarse conductas potencialmente nocivas. Los datos actuales señalan que las conductas de alimentación poco saludables de los adolescentes se están agravando (véase el capítulo 4). Pese a que se ha dedicado mucha atención al peso inferior al normal en la adolescencia, los datos indican que se ha producido un incremento notable del sobrepeso y la obesidad en ese período (figura 3.4). Datos de 200 países demuestran que los índices de obesidad relativos tanto a los chicos como a las chicas adolescentes (de 10 a 19 años) aumentan cada año y alcanzaron el 6,5% y el 4,7%, respectivamente, en 2016. Resulta interesante que la carga sea mayor en los chicos; en la figura 3.4 se observa que la distancia entre los chicos y las chicas se amplía año tras año, aunque es preciso aclarar en mayor medida los mecanismos que subyacen a esta tendencia. En África, sin embargo, la prevalencia de la obesidad es mayor entre las chicas que entre los chicos (figura 3.5).

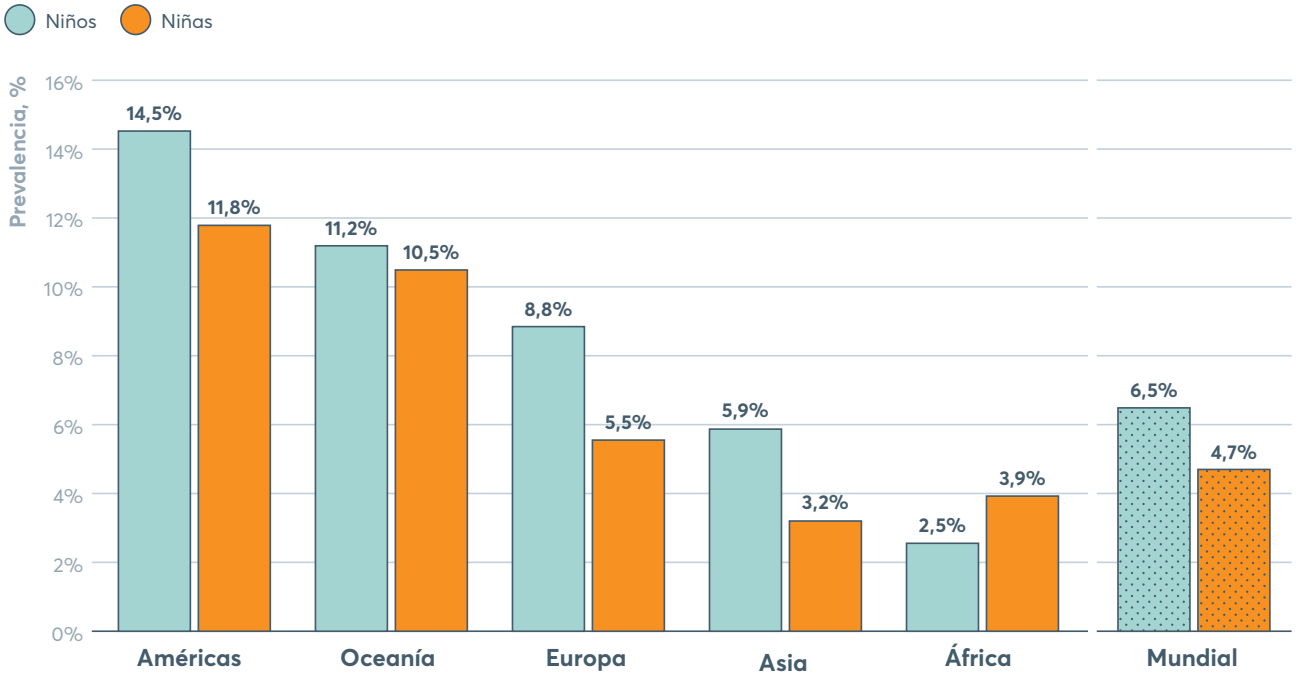
El desarrollo de nuevos estudios, programas y políticas sugiere que al menos ahora se está prestando más atención a esta etapa fundamental de la vida. En el caso destacado 3.5 se mencionan algunos de esos programas, que hacen pensar que se están adoptando enfoques innovadores con miras a incorporar las opiniones de los propios adolescentes.

FIGURA 3.4
Evolución de la obesidad en adolescentes de 10 a 19 años, 2000-2016



Fuente: Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.

FIGURA 3.5
Obesidad en adolescentes de 10 a 19 años, por región, 2016



Fuente: Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.
Notas: Cifras regionales a partir de datos de 195 países.

CASO DESTACADO 3.6

Incorporar la voz de los adolescentes: innovaciones en los estudios, programas y políticas que combaten la malnutrición en la adolescencia

Juliet Bedford, Sarah Parkinson, Ashish Kumar Deo, Siddharth Kanoria, Justin Stokes, Caroline Fall, Sabiha Sultana, Rudaba Khondker, Mary Penny y Knut-Inge Klepp

Una serie de estudios recientes arrojan luz sobre la nutrición de los adolescentes, una etapa de importancia esencial en la que las intervenciones pueden tener un efecto en cadena positivo. Por ejemplo, Young Lives es un estudio internacional de la pobreza infantil que hace un seguimiento de la vida de 12.000 niños de Etiopía, la India (estados de Andhra Pradesh y Telangana), el Perú y Viet Nam a lo largo de 15 años. Este estudio de una cohorte plurinacional está contribuyendo al nuevo conjunto de pruebas que apuntan a que, cuando se dan las condiciones propicias (incluidos programas específicos como las transferencias condicionales de efectivo), el crecimiento convergente es posible durante la infancia o adolescencia y se asocia a una mejora de la función cognitiva[91].

En este momento se están poniendo en marcha nuevos programas de investigación con ánimo de analizar en mayor detalle las intervenciones eficaces. Por ejemplo, Transforming Adolescent Lives through Nutrition (TALENT) es un consorcio de investigadores del Reino Unido, la India, Etiopía, Côte d'Ivoire, Kenya, Gambia y Sudáfrica dedicado a descubrir qué comen los adolescentes, qué influye en su dieta y cómo lograr que tengan una alimentación más saludable. Creado en febrero de 2018, el consorcio TALENT recibe financiación del Consejo de Investigación Médica del Reino Unido. En la primera fase se capacitará a nueve equipos de centros de la India y África para recopilar datos cualitativos sobre adolescentes jóvenes (de 10 a 12 años) y mayores (de 15 a 17 años). El objetivo consiste en entender qué determina las decisiones y conductas alimentarias de los adolescentes y cómo evolucionan esos factores a lo largo de la adolescencia. TALENT se servirá de esos nuevos conocimientos para desarrollar y evaluar intervenciones adaptadas a cada contexto y edad con vistas a mejorar la nutrición de los adolescentes. El proyecto está generando formas innovadoras de cocrear intervenciones con los propios adolescentes, sus comunidades y los encargados de la formulación de políticas encaminadas a mejorar la salud de los adolescentes ahora y en el futuro.

Co-CREATE[92] es otro programa de investigación iniciado en 2018. El proyecto, financiado por la Unión Europea, reúne un consorcio de universidades, órganos nacionales de salud pública y organizaciones de la sociedad civil, y se prolongará hasta 2023. Su propósito es prevenir el sobrepeso y la obesidad en adolescentes europeos mediante la promoción de dietas más saludables y la actividad física. Los aspectos innovadores clave del proyecto son que incluye y hace partícipes a los adolescentes en todas las esferas del proyecto, incluida la presencia de la organización juvenil Press (la rama juvenil de Save the Children en Noruega) como asociado oficial del consorcio; el énfasis de las políticas y un enfoque sistemático del análisis de políticas (en lugar de centrarse en una sola política o medida, como sucede en una gran parte de las investigaciones en este ámbito); y el énfasis marcado en la desigualdad social, por ejemplo en la distinta repercusión que las intervenciones y medidas normativas tienen o podrían tener en los diversos grupos sociales que se estudian.

CASO DESTACADO 3.6

Entre 2016 y 2018, otro proyecto utilizó un conjunto de herramientas creativas para facilitar la participación de los adolescentes y descubrir de primera mano sus prioridades y experiencias. Dirigido por Anthrologica y el PMA, en el proyecto participaron más de 1.300 chicas y chicos adolescentes de Camboya, Kenya, Guatemala y Uganda. Los adolescentes participaron en talleres en los que usaron herramientas como las cámaras Polaroid para destacar cuestiones relacionadas con el acceso a los alimentos, las culturas alimentarias y las ambiciones en ese ámbito. Los participantes plasmaron en autorretratos y grafitis sus experiencias personales y elaboraron mapas de redes sociales para analizar la relación con sus grupos de compañeros, su hogar, sus comunidades más amplias, las figuras más influyentes y sus canales de comunicación favoritos. Una de las principales conclusiones de la investigación fue la recomendación generalizada de los adolescentes: "debéis hablar nuestro idioma" y "debéis acercaros a nosotros".

El estudio sobre las motivaciones de los adolescentes, llevado a cabo a principios de 2018 por la Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición y Quantum Consumer Solutions en Bangladesh, también adoptó un planteamiento innovador para profundizar en las perspectivas de los adolescentes. Partiendo del trabajo desarrollado anteriormente, que demuestra que la nutrición y la salud no suelen ser factores fundamentales a la hora de tomar decisiones, aplicó métodos etnográficos y cualitativos para analizar las perspectivas vitales no declaradas, irracionales y atractivas de los adolescentes con ánimo de descubrir sus motivaciones. El objetivo era servirse de las motivaciones identificadas para diseñar mensajes sobre nutrición en los que la mejora de la calidad de la alimentación sea acorde con la satisfacción de los deseos y objetivos de los adolescentes.

El Gobierno de Bangladesh también está intensificando sus esfuerzos centrados en los adolescentes. Desde 2010, las políticas nacionales de Bangladesh en materia de educación, infancia, salud, nutrición y población incorporan medidas relacionadas con el desarrollo de los adolescentes, sobre todo de las niñas. En 2017, el Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia englobó todos esos aspectos en la Estrategia Nacional de Salud de los Adolescentes para el período 2017-2030. Lo que hace única a esta estrategia es que involucra a los adolescentes en su diseño y considera de forma amplia y holística el concepto de salud con vistas a satisfacer las necesidades de salud y nutricionales generales de los adolescentes. La estrategia también abarca la violencia contra los adolescentes, la salud mental de los adolescentes y cuestiones transversales relacionadas con la comunicación para el cambio social y de conducta, los adolescentes vulnerables y los adolescentes que viven en situaciones difíciles.

NOTAS

Capítulo 3

1 Redactado por Kraemer, K. Sight y Life.

2 OMS, 2006. *Guías para la fortificación de alimentos con micronutrientes.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

3 OMS, 2006 (véase la nota 2).

4 Aburto N. J., Rogers L., De-Regil L. M. *et al.* "An evaluation of a global vitamin and mineral nutrition surveillance system". *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 63:2, 2013, págs. 105-113. Disponible en: www.alanrevista.org/ediciones/2013/2/?i=art1.

5 OMS, 2018. Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales (VMNIS). "Base de datos sobre micronutrientes". Disponible en: http://www.who.int/vmnis/database/es/ (consultado el 29 de mayo de 2018).

6 Universidad de Ghana, GroundWork, Universidad de Wisconsin-Madison, KEMRI-Wellcome Trust y UNICEF, 2017. *Ghana Micronutrient Survey 2017.* Accra (Ghana). Disponible en: http://groundworkhealth.org/wp-content/uploads/2018/06/UoG-GroundWork_2017-GHANA-MICRONUTRIENT-SURVEY_Final_180607.pdf.

7 Sanghvi T., Van Ameringen M., Baker J. *et al.*, 2007. *Vitamin and mineral deficiencies technical situation analysis: a report for the Ten Year Strategy for the Reduction of Vitamin and Mineral Deficiencies.* Publicado por la Fundación Internacional para la Nutrición para la Dependencia de Publicaciones de la Universidad de las Naciones Unidas.

8 EDS, 2014. *Tabulation plan for DHS Final Report.* Capítulo 11, "Nutrition of children and adults". Washington D. C.: USAID.

9 Gorstein J., Sullivan K. M., Parvanta I. y Begin F., 2007. *Indicators and Methods for Cross-Sectional Surveys of Vitamin and Mineral Status of Populations.* Iniciativa por los Micronutrientes (Ottawa) y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Atlanta). Disponible en: www.who.int/vmnis/toolkit/mcn-micronutrient-surveys.pdf.

10 Petry N., Olofin I., Hurrell R. F. *et al.* "The proportion of anemia associated with iron deficiency in low, medium, and high human development index countries: a systematic analysis of national surveys". *Nutrients*, 8:11, 2016, pág. 693.

11 Pasricha S. R., Armitage A. E., Prentice A. M. y Drakesmith H. "Reducing anaemia in low income countries: control of infection is essential". *BMJ*, 362, 2018, pág. k3165.

12 Ruel-Bergeron J. C., Stevens G. A., Sugimoto J. D. *et al*, 2015. "Global Update and Trends of Hidden Hunger, 1995-2011: The Hidden Hunger Index". *PLoS One* 10(12): e0143497. Disponible en: http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0143497 (consultado el 24 de mayo de 2018); IZiNCG. "Assessment of the risk of zinc deficiency in populations and options for its control". *Food and Nutrition Bulletin*, 25: supl. 2, 2004, págs. 94S-203S.

13 Trowbridge, F. L., 2018. "Surveillance of micronutrient deficiency". Universidad de las Naciones Unidas. Disponible en: http://archive.unu.edu/unupress/food/8F154e/8F154E05.htm (consultado el 24 de mayo de 2018).

14 Gorstein J., Sullivan K. M., Parvanta I. y Begin F. (véase la nota 9).

15 El término "ómicas" se refiere a las tecnologías colectivas utilizadas para analizar las funciones, las relaciones y las acciones de los diversos tipos de moléculas que componen las células de un organismo.

16 Ruela M. T., Quisumbinga A. R. y Balagamwala M. "Nutrition-sensitive agriculture: What have we learned so far?". *Global Food Security*, 17, 2018, págs. 128-153. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221191241730127X.

17 Schmidhuber J., Sur P. y Fay K. "The Global Nutrient Database: availability of macronutrients and micronutrients in 195 countries from 1980 to 2013". *The Lancet Planetary Health*, 2(8), 2018, págs. e353-e368.

18 Garrett G. S. ha contribuido a la redacción de esta sección.

19 Osendarp, S. J. M., 2018. "Large-Scale Food fortification and Biofortification in Low- and middle-Income Countries: A Review of Programs, Trends, Challenges, and Evidence Gaps". *Food and Nutrition Bulletin*, 39(2), págs. 175-205. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0379572118774229.

20 Global Fortification Data Exchange. "Providing actionable food fortification data". Disponible en: www.fortificationdata.org.

21 UNICEF estima que el 86% de la población de los países de ingresos bajos y medianos tiene acceso a sal yodada, es decir, que 5.420 millones de personas (el 86% de 6.300 millones) usan sal yodada. La Red Mundial del Yodo calcula que la población de los países industrializados asciende a 1.300 millones de personas y que la mitad de la sal utilizada es yodada, principalmente en los alimentos y condimentos procesados, lo que significa que 650 millones de personas consumen sal yodada. Por tanto, el total asciende a 6.100 millones de personas.

22 Pearce E. N., Andersson M. y Zimmermann M. B. "Global iodine nutrition: where do we stand in 2013?" *Thyroid*. 23:5, 2013, págs. 523-528.

23 UNICEF, 2018. "Globally, 86% of the population has access to iodized salt". Datos de UNICEF. Disponible en: https://data.unicef.org/topic/nutrition/iodine-deficiency/ (consultado el 26 de mayo de 2018).

24 Gorstein J., Bagriansky J. y Kupka R. "Estimating the impact of salt iodization on clinical iodine deficiency over the past 25 years". Presentado para su publicación, 2018.

25 Chuko T., Bagriansky J. y Tucker Brown A., 2015. "Ethiopia's long road to USI", *IDD Newsletter*, Red Mundial del Yodo. Mayo de 2015, vol. 43-2. Disponible en: www.ign.org/cm_data/IDD_may15_1.pdf.

26 IFPRI, 2016. *Informe de la Nutrición Mundial 2016*. "De la promesa al impacto: terminar con la malnutrición de aquí a 2030". Washington, D. C.: IFPRI. Disponible en: www.ifpri.org/publication/global-nutrition-report-2016-promise-impact-ending-malnutrition-2030.

27 Aaron G. J., Friesen V. M., Jungjohann S. *et al*. "Coverage of large-scale food fortification of edible oil, wheat and maize flours varies greatly by vehicle and country but is consistently lower among the most vulnerable: results from coverage surveys in eight countries". *The Journal of Nutrition*, 147(5), 2017.

28 Este cálculo se basa en los datos legislativos de 2017 suministrados por la Iniciativa para la Fortificación de los Alimentos; los datos de consumo basados en las estimaciones de la FAO sobre la disponibilidad de arroz, sémola de maíz o harina de trigo conforme al consumo mínimo de 75 g/día recomendado por la OMS para que la fortificación satisfaga las necesidades de micronutrientes de las mujeres en edad reproductiva; y la clasificación de los países de ingresos bajos, medianos y altos establecida por el Banco Mundial en 2017. Sería necesario investigar la aplicación a fin de comprobar cuáles de estos 62 países no muelen industrialmente o importan la mayor parte de los cereales que consumen, de modo que los alimentos producidos a partir de ellos no son fortificables.

29 Garrett G. S. y Bailey L. B., 2018. "A public health approach for preventing neural tube defects: folic acid fortification and beyond". *Annals of the New York Academy of Sciences*.

30 Aaron G. J., Friesen V. M., Jungjohann S. *et al*. "Coverage of large-scale food fortification of edible oil, wheat and maize flours varies greatly by vehicle and country but is consistently lower among the most vulnerable: results from coverage surveys in eight countries". *The Journal of Nutrition*, 147(5), 2017, págs. 984S-994S.

31 Luthringer C. L., Rowe L. A., Vossenaar M. y Garrett G., 2015. "Regulatory monitoring of fortified foods: Identifying barriers and good practices". Disponible en: www.ghspjournal.org/content/3/3/446.

32 Aaron G. J., Friesen V. M., Jungjohann S., 2017 (véase la nota 30).

33 Aaron G. J., Friesen V. M., Jungjohann S., 2017 (véase la nota 30).

34 Aaron G. J., Friesen V. M., Jungjohann S., 2017 (véase la nota 30).

35 AIF. "Conflict and fragility". Disponible en: http://ida.worldbank.org/theme/conflict-and-fragility.

36 Banco Mundial. "Harmonized List of Fragile Situations". Disponible en: www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/brief/harmonized-list-of-fragile-situations.

37 Banco Mundial. "Fragility, conflict and violence". Disponible en: www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/overview.

38 ACNUR, 2018. "Global Trends: Forced Displacement in 2017".

39 Development Initiatives, 2018. *Global Humanitarian Assistance Report 2018*. Disponible en: http://devinit.org/wp-content/uploads/2018/06/GHA-Report-2018.pdf.

40 ACNUR, 2018 (véase la nota 38).

41 ACNUR. "Nutrition and Food Security". Disponible en: www.unhcr.org/nutrition-and-food-security.html.

42 Conforme a la definición de la fase 3 o superior (es decir, de crisis) de la Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria en Fases (IPC). La IPC es el protocolo empleado para determinar la gravedad y la magnitud de la inseguridad alimentaria aguda. El Informe Mundial sobre las Crisis Alimentarias examina las fases más graves de la IPC —crisis (fase 3), emergencia (fase 4) y catástrofe o hambruna (fase 5)—, ya que estas indican el tamaño y la ubicación de las poblaciones que requieren asistencia urgente. Todos los datos sobre inseguridad alimentaria proceden de: Red de Información sobre Seguridad Alimentaria, 2018. *Global Report On Food Crises 2018*. Disponible en: https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000069227/download/?_ga=2.249914566.1100751467.1533206233-2100957799.1533206233.

43 ACNUR. "Nutrition and Food Security" (véase la nota 41).

44 Servicio de Seguimiento Financiero de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH) de las Naciones Unidas. Disponible en: https://fts.unocha.org/appeals/overview/2017; https://interactive.unocha.org/publication/globalhumanitarianoverview/.

45 ENN, 2018. *Child wasting and stunting: Time to overcome the separation. A Briefing Note for policy makers and programme implementers*. Disponible en: www.ennonline.net/attachments/2870/WaSt-policy-brief-June-2018.pdf.

46 Mansour, H. y Rees, D. I., 2011. "Armed Conflict and Birth Weight: Evidence from the al-Aqsa Intifada". *Journal of Development Economics*, 99(1), págs. 190-199. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304387811001209.

47 ENN (Khara T., Dolan C. y Shoham J.), 2015. *Stunting in protracted emergency contexts. What are the implications for humanitarian programming of responding to stunting in protracted emergency contexts, and what should we be doing about it?* ENN, Oxford (Reino Unido). Disponible en: https://www.ennonline.net/attachments/2454/Stunting-Brief-2015_WEB_01022016.pdf.

48 FAO, FIDA, UNICEF, PMA y OMS, 2017. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2017. Fomentando la resiliencia en aras de la paz y la seguridad alimentaria*. Roma: FAO, 2011. Disponible en: http://www.fao.org/3/a-I7695s.pdf.

49 Mates E., Shoham J., Khara T. y Dolan C., 2017. *Stunting in humanitarian and protracted crises*. Documento de debate de ENN. Disponible en: http://s3.ennonline.net/attachments/2716/Stunting-Brief-2017_WEB_2.pdf.

50 Perone S. A., Martinez E., du Mortier S. *et al*. "Non-communicable diseases in humanitarian settings: ten essential questions". *Conflict and Health*, 11:1, 2017.

51 A partir de datos sobre 148 países, procedentes del índice INFORM para la gestión del riesgo y de las estimaciones conjuntas de UNICEF, la OMS y el Grupo Banco Mundial sobre la malnutrición infantil.

52 Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, base de datos de estadísticas demográficas, 2018. Disponible en: http://popstats.unhcr.org/en/overview.

52 Chaaban J., Ghattas H., Habib R. R. *et al*., 2010. *Socio-Economic Survey of Palestinian Refugees in Lebanon*. Universidad Americana de Beirut y el OOPS.

53 OOPS, 2018. *Annual Operational Report 2017.* Disponible en: https://www.unrwa.org/sites/default/files/content/resources/2017_annual_operational_report_final_lr.pdf.

54 Chaaban J., Salti N., Ghattas H. *et al.*, 2016. *Survey on the Socioeconomic Status of Palestine Refugees in Lebanon 2015.* Informe publicado por la Universidad Americana de Beirut y el OOPS. Beirut: OOPS. Disponible en: https://www.unrwa.org/sites/default/files/content/resources/survey_on_the_economic_status_of_palestine_refugees_in_lebanon_2015.pdf.

56 Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, base de datos de estadísticas demográficas, 2018. Disponible en: http://popstats.unhcr.org/en/overview (consultado el 4 de octubre de 2018).

56 PMA, UNICEF y ACNUR, 2014. *Vulnerability Assessment of Syrian Refugees in Lebanon 2014*. Disponible en: https://fscluster.org/sites/default/files/documents/VASyR%202014%20FINAL.pdf.

58 PMA, UNICEF y ACNUR, 2017. *Vulnerability Assessment of Syrian Refugees in Lebanon 2017.* Disponible en: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/VASyR%202017.compressed.pdf.

58 PMA, UNICEF y ACNUR, 2017 (véase la nota 58).

60 OMS, 2017. Método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.

61 PMA, UNICEF y ACNUR, 2017 (véase la nota 58).

62 PMA, UNICEF y ACNUR, 2016. *Vulnerability Assessment of Syrian Refugees in Lebanon 2016*. Disponible en: https://data2.unhcr.org/fr/documents/download/43391.

63 OMS y Ministerio de Salud Pública del Líbano, *WHO Stepwise approach for non-communicable diseases risk factor surveillance, Lebanon, 2016-2017.* Disponible en: https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/Lebanon_STEPS_report_2016-2017.pdf.

64 Doocy S., Lyles E., Hanquart B. y Woodman M. "Prevalence, care-seeking, and health service utilization for non-communicable diseases among Syrian refugees and host communities in Lebanon". *Conflict and Health*, 10:1, 2016, pág. 21.

65 PMA, 2018. *WFP Lebanon Country Brief.* Disponible en: https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000100488/download/.

66 Jamaluddine Z., Ghattas H., Choufani J. y Sahyoun N. (editores), 2017. "The Healthy Kitchens, Healthy Children study; a community-based school nutrition intervention improves diet diversity in Palestinian refugee schoolchildren in Lebanon". *Annals of Nutrition and Metabolism*, 2017.

67 Ghattas H., Jamaluddine Z., Choufani J. y Btaiche R., 2017. "A Community-Based Intervention Improves Economic, Social and Food Security Outcomes of Refugee Women-The Healthy Kitchens Experience". *The FASEB Journal*, 31: supl. 1, 2017, 313.6.

68 Dolan C. y Shoham J, Director Técnico de ENN.

69 Development Initiatives, 2018 (véase la nota 39). La clasificación de las crisis en crisis a corto, mediano y largo plazo se determina en función del tiempo durante el cual el país ha recibido un porcentaje superior al promedio de su ayuda oficial para el desarrollo en la forma de asistencia humanitaria: >8 años = largo plazo, 3-7 años = mediano plazo.

70 ENN, 2015. *Nutrition and resilience: a scoping study.* Disponible en: www.ennonline.net/attachments/2450/Resilience-report-final.pdf.

71 Comisión Europea. *Building a resilience programme. Ten key lessons from the EU RESET programme in Ethiopia*. Disponible en: https://europa.eu/capacity4dev/file/80100/download?token=6FwZeQZ8.

72 Agenda for Humanity, 2016. "Grand Bargain". Disponible en: www.agendaforhumanity.org/initiatives/3861 (consultado el 19 de septiembre de 2018).

73 Agenda for Humanity, 2016 (véase la nota 72).

74 Asamblea General de las Naciones Unidas, 2016. Resultados de la Cumbre Humanitaria Mundial. Informe del Secretario General. Disponible en: https://undocs.org/es/A/71/353.

75 Agenda for Humanity. "Commitment to action: transcending humanitarian-development divides". Disponible en: www.agendaforhumanity.org/initiatives/3837 (consultado el 30 de septiembre de 2018).

76 El Comité Permanente entre Organismos (IASC) es el principal mecanismo para la coordinación interinstitucional de la asistencia humanitaria.

77 Development Initiatives, 2018 (véase la nota 39).

78 Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Solo incluye la ayuda de los donantes del CAD y los donantes multilaterales.

79 Concern Worldwide, 2017. *Evaluation Briefing Paper: Community Resilience to Acute Malnutrition Programme in Chad*. Disponible en: https://doj19z5hov92o.cloudfront.net/sites/default/files/resource/2017/03/cram_evaluation_brief.pdf.

80 Patton G. C., Sawyer S. M. y Santelli J. S. *et al*., 2016. "Our future: A Lancet commission on adolescent health and well being". *The Lancet*, 387:10036, 2016, págs. 2423-2478.

81 Cumbre de la Nutrición Mundial, 2017. An agenda for action to close the gap on women's and girls' nutrition. Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición 2016-2025. Disponible en: https://nutritionforgrowth.org/wp-content/uploads/2017/11/An-Agenda-For-Action-To-Close-The-Gap-On-Womens-And-Girls-Nutrition.pdf.

82 USAID, 2018. "Adolescent Nutrition call to action: Better Data Now to Drive Better Policies and Programs in the Future". Disponible en: www.spring-nutrition.org/about-us/news/adolescent-nutrition-call-action-better-data-now-drive-better-policies-and-programs.

83 Texto de Kamran Lassi Z. y Bhutta Z. A.

84 Prentice A. M., Ward K. A., Goldberg G. R. *et al*. "Critical windows for nutritional interventions against stunting". *The American Journal of Clinical Nutrition*, 97:5, 2016, págs. 911-918; Fink G., Rockers P. C., 2014. "Childhood growth, schooling and cognitive development: Further evidence from the Young Lives Study". *The American Journal of Clinical Nutrition*, 100, 2014, págs. 182-183; Turner T., Spruijt-Metz D., Wen C. F., Hingle M. D. "Prevention and treatment of pediatric obesity using mobile and wireless technologies: a systematic review". *Pediatric Obesity*, 10:6, 2015, págs. 403-409.

85 UNFPA, 2013. *Estado de la población mundial*. "Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes". Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

86 Girls not Brides. "Child marriage around the world". Disponible en: www.girlsnotbrides.org/where-does-it-happen.

87 UNFPA, 2012. *Marrying Too Young*. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MarryingTooYoung.pdf.

88 UNFPA, 2013 (véase la nota 85).

89 Dean S. V., Lassi Z. S., Imam A. M. y Bhutta Z. A. "Preconception care: nutritional risks and interventions". *Reproductive Health*, 11, 2014, pág. S3.

90 Turner T., Spruijt-Metz D., Wen C. F., Hingle M. D. "Prevention and treatment of pediatric obesity using mobile and wireless technologies: a systematic review". *Pediatric Obesity*, 10:6, 2015, págs. 403-409.

91 Young Lives, 2018. "Early is best but it's not always too late: Young Lives evidence on nutrition and growth in Ethiopia, India, Peru and Vietnam". Disponible en: www.younglives.org.uk/content/early-best-its-not-always-too-late-young-lives-evidence-nutrition-and-growth-ethiopia-india.

92 Instituto Noruego de Salud Pública. "Our team". Disponible en: www.fhi.no/en/studies/co-create/our-team.