



**DIRECTRICES PROGRAMÁTICAS  
PARA PROTEGER LA NUTRICIÓN  
DE LAS MUJERES Y LAS  
ADOLESCENTES  
EN ENTORNOS HUMANITARIOS**

# Reconocimientos

**El Grupo de Nutrición y Desarrollo Infantil de la División de Programas de UNICEF en Nueva York preparó esta publicación.**

**Autores:** Megan Gayford y Emily Mates.

Los revisores técnicos y colaboradores pertenecían al Grupo de trabajo sobre nutrición materna del Clúster Mundial de Nutrición: Philip James (copresidente), Eric Anderson, Diane Ashley, Brooke Bauer, Erin Boyd, Rimu Byadyar, Adelaide Challier, Korrily De Polnay, Maggie Holmesheroan, Loulou Kobeissi, Emily LaRose, Natalie Sessions, Casie Tesfai, Mija Ververs y Charity Zvandaziva.

Bridget Fenn y Tamsin Walters desarrollaron el primer borrador de este documento de directrices fundamentado en la revisión de la evidencia adjunta.

**Agradecemos las revisiones y colaboraciones adicionales de (en orden alfabético):**

Hassan Ali Ahmed, Chloe Angood, Victor Aguayo, Cecile Basquin, Andrew Beckingham, Geraldine Bellocq, Annalies Borrel, Anne Celine Delinger, Anteneh Dobamo, Lauren Galvin, Christine Heckman, Jasinta Hyachits Achen, Claire Johnson, Robert Johnston, Alinane Kamlongera, Kirsten Lange, Rowena Merritt, Victoria Mwemba, Louise Mwrigi, Anu Narayan, Rebecca Olson, Naina Qayyum, Neil Raw, Omar Robles, Vilma Tyler y Marjorie Volege...

**Agradecemos las aportaciones de colegas que contribuyeron con su tiempo para un taller técnico en Nairobi, Kenia (en orden alfabético):** Rashid Abdulai, Jacinta Achen, Linnet Achieng, Olivia Agutu, Ubah Ahmed Farah, Robert Ackatia-Armah, Rosalie Asis, Ladidi Bako-Aiyegbusi, Olayinka Chuku, Pradiumna Dahal Grace Gichohi, Rita Juan Demetry, Simon Karanja, James Kingori, Ines Lezama, Alina Michalska, John Mukisa, Abdulrahim Mure, Victoria Mwenda, Mercy Ndegwa, Arthur Pagiwa, Christiane Rudert, Nulna Salpham, Kanvir Singh, Khalid Tahir, Supa Teferi, Yurika Ueda, Marjorie Volege, Jesca Wude Murye, David Yuang Apiu y Charity Zvandaziva.

Bridget Fenn y Tamsin Walters facilitaron el taller.

**Nuestra gratitud especial al personal del Programa Mundial de Alimentos, que proporcionó información valiosa y colaboraciones en todo el documento (en orden alfabético):** Diane Ashley, Sara Bernadini, Saskia De Pee, Gwenaelle Garnier, Hajra Hafezurrehman, Geraldine Honton, Lynnda Keiss, Britta Schumacher y Lindsey Wise.

**Edición y diseño:** Julia D'Aloisio (edición), Nona Reuter (diseño)

*El UNICEF agradece el apoyo recibido por parte de la Oficina de Asistencia Humanitaria, la Agencia de Desarrollo Internacional de los EE.UU. para el desarrollo de esta revisión de la evidencia.*

Citas sugeridas: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Directrices programáticas para proteger la nutrición de las mujeres y las adolescentes en entornos humanitarios del UNICEF.* 2024

Septiembre de 2024

**Créditos fotográficos:** portada: © UNICEF/UN0627278; página 9: © UNICEF/UNI530157/Elfatih; página 11: © UNICEF/UN0756003/Fernández; página 15: © UNICEF/UN0742513; página 18: © UNICEF/UNI396648/Zehbrauskas; página 20: © UNICEF/UN0791857/Mojtba Moawia Mahmoud; página 30: © UNICEF/UN0686647/Abdalrasol; página 38: © UNICEF/UNI518155/Franco.

# Índice

<b>Reconocimientos</b>	<b>2</b>
<b>Siglas</b>	<b>4</b>
<b>Introducción y finalidad</b>	<b>5</b>
<b>Contexto</b>	<b>7</b>
<b>1. Evaluación de la situación nutricional de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en entornos humanitarios</b>	<b>8</b>
<b>PASO 1.1</b> Identificar los procesos existentes de análisis de la situación nutricional y de evaluación de las necesidades nutricionales	9
<b>PASO 1.2</b> Revisar los datos secundarios para evaluar los riesgos	10
1.2.1 Indicadores individuales	10
1.2.2 Indicadores de hogar y comunitario	11
<b>PASO 1.3</b> Analizar y resumir los datos secundarios	13
<b>PASO 1.4</b> Recopilar nuevos datos primarios, si es factible y se necesitan	13
1.4.1 Datos primarios cuantitativos	13
1.4.2 Datos primarios cualitativos	14
<b>PASO 1.5</b> Finalizar el análisis de la situación nutricional	15
<b>2. Intervenciones nutricionales para mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en entornos humanitarios</b>	<b>16</b>
<b>INTERVENCIÓN 2.1</b> Examen de la situación nutricional	19
<b>INTERVENCIÓN 2.2</b> Suplementación con macronutrientes	21
<b>INTERVENCIÓN 2.3</b> Suplementación con micronutrientes: Suplementos que contienen hierro y otras medidas para prevenir la anemia	22
<b>INTERVENCIÓN 2.4</b> Educación y asesoría nutricional	23
<b>Intervención 2.5</b> Protección social sensible a la nutrición: Los programas de asistencia sensibles a la nutrición, incluida la ayuda alimentaria o transferencias (efectivo o cupones)	25
<b>Intervención 2.6</b> Empoderamiento de las mujeres y programación de género transformadora	26
<b>3. Planificación de la respuesta basada en el escenario</b>	<b>29</b>
<b>4. Monitoreo y aprendizaje</b>	<b>33</b>
4.1 Monitoreo	33
4.2 Aprendizaje	35
<b>5. Consideraciones importantes para la programación</b>	<b>36</b>
5.1 Preparación	36
5.2 Promoción	37
5.3 Inclusión de la discapacidad	37
5.4 Rendición de cuentas a las poblaciones afectadas	38
5.5 Mitigación del riesgo de VG	38
Anexo 1 Tabla con los recursos orientativos más útiles	39
Anexo 2 Mensajes de promoción genéricos para mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia	40
Anexo 3 Normas mínimas de Esfera	41
<b>Notas finales</b>	<b>43</b>

# Siglas

<b>CBI</b>	Compromisos básicos para la infancia en la acción humanitaria
<b>CIF-DA</b>	Clasificación integrada por fases de seguridad alimentaria sobre la desnutrición aguda
<b>CP</b>	Cuidados prenatales
<b>EPE</b>	Energía y proteínas equilibradas (suplementos)
<b>GNC</b>	Clúster Mundial de Nutrición
<b>HAF</b>	Hierro y ácido fólico
<b>HB</b>	Hemoglobina
<b>IASC</b>	Comité Permanente Interinstitucional
<b>IMC</b>	Índice de masa corporal
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PB</b>	Perímetro braquial
<b>PIPMMNU</b>	Preparación internacional prenatal con micronutrientes múltiples de las Naciones Unidas
<b>PMA</b>	Programa Mundial de Alimentos
<b>PRE</b>	Preparación y respuesta de emergencia
<b>PRH</b>	Plan de respuesta humanitaria
<b>RNH</b>	Revisión de necesidades humanitarias
<b>SMART</b>	Monitoreo y Evaluación Estandarizados de Alivio y las Transiciones (Encuesta)
<b>SMM</b>	Suplementos de micronutrientes múltiples
<b>VG</b>	Violencia de género
<b>WASH</b>	Agua, Saneamiento e Higiene

# Introducción y finalidad

Estas directrices se crearon para los grupos temáticos/sectores para la nutrición, el personal del programa del UNICEF y del Programa Mundial de Alimentos (PMA), así como para otros practicantes que diseñan o implementan una respuesta nutricional en los entornos humanitarios. Estas respuestas nutricionales pueden incluir evaluaciones o intervenciones para mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en entornos humanitarios.

**Este documento está estructurado mediante cinco preguntas principales** que los practicantes implicados

en el diseño de la respuesta nutricional deberán responder.

- 1. ¿Cuál es la situación nutricional** de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en este contexto humanitario?
- 2. ¿Qué intervenciones nutricionales** protegen el estado nutricional de las mujeres y las adolescentes vulnerables en contextos humanitarios?
- 3. ¿Qué intervenciones hay que realizar para priorizar** a las mujeres y las adolescentes vulnerables en función del contexto humanitario específico?
- 4. ¿Cómo supervisar las intervenciones nutricionales** para mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia vulnerables?
- 5. ¿Cuáles son las otras consideraciones importantes** al programar para la población de mujeres y adolescentes vulnerables?

## CUADRO 1



### Definición de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia

A lo largo de las directrices, el término mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia se usará, a menos que se haga referencia a todas las mujeres y niñas de 15 a 49 años o solo las adolescentes de entre 15 y 19 años.

Por mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia se entiende mujeres y adolescentes entre el periodo de embarazo hasta los dos años de postparto, independiente de su elección de amamantar, una alimentación mixta o no amamantar.

Estas directrices se fundamentan en tres documentos: (1) los Compromisos básicos del UNICEF para la infancia en la acción humanitaria 2020<sup>1</sup>, que indica el compromiso del UNICEF a prevenir todas las formas de desnutrición en las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia; (2) las Directrices programáticas del UNICEF sobre la nutrición materna<sup>2</sup>, que subraya el compromiso del UNICEF de apoyar un paquete mínimo de intervenciones de prevención para las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en emergencias y (3) el [Manual sobre alimentación y nutrición del PMA](#), que describe intervenciones específicas y sensibles nutricionales para esta población.

Este documento de directrices se alinea con el [principio rector de la OMS](#)<sup>3</sup> de que las madres y cuidadoras y sus lactantes son interdependientes. El cuidado basado en evidencia que cubre las necesidades tanto de las madres y cuidadoras y de sus lactantes es fundamental, como se reconoce que la salud y bienestar de uno de ellos está vinculado íntimamente con la salud y bienestar del otro. Es primordial que todos los actores clave reconozcan el valor tanto de la madre y la cuidadora como del lactante como individuos y como un par interdependiente.

Estas directrices están fundamentadas por la evidencia actual sobre la nutrición de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en contextos humanitarios.<sup>4,5</sup> Si bien algunas intervenciones afectan a un objetivo específico, como la reducción de la anemia, estas directrices presentan recomendaciones de intervenciones para las que existe evidencia y que contribuyen al **objetivo final de proteger el estado nutricional de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia durante situaciones humanitarias**. Estas directrices se diseñaron para ser un documento dinámico que se revisará periódicamente. Con la escasez de evidencia actualmente disponible sobre “qué funciona” para esta población en los entornos humanitarios, estas directrices también defienden las “prácticas recomendadas” que los practicantes pueden adoptar mientras tanto, hasta que surja más evidencia.



Document  
Nomoro Khaba  
Gomboroni  
Part 1  
17th Nov 2013

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

17th Nov 2013

# Contexto

Más de mil millones de mujeres y adolescentes padecen desnutrición, la mayoría proveniente de deficiencias en los micronutrientes esenciales y la anemia<sup>6</sup>, pero también incluye bajo peso y baja estatura. Las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia tienen un riesgo nutricional mayor en comparación con sus iguales no embarazadas ni en periodo de lactancia. Además del coste físico, los requisitos adicionales de energía del embarazo durante el segundo y tercer trimestres es de unas 300 a 390 kcal/día<sup>7,8</sup>, y el coste energético adicional de la lactancia exclusiva de un lactante menor de 6 meses se estima en unas 630 a 650 kcal/día<sup>9</sup>. Las necesidades de micronutrientes también aumentan durante el embarazo y la lactancia, por lo que las mujeres y las adolescentes son especialmente vulnerables a la anemia durante este periodo. La anemia durante el embarazo puede producir una mayor pérdida de sangre durante el parto, lo que aumenta el riesgo de una hemorragia postparto y de mortalidad maternal<sup>10</sup>.

**En entornos humanitarios o de emergencia<sup>a</sup>**, esta situación se puede deteriorar aún más. La vulnerabilidad nutricional de las mujeres a menudo reducen su resiliencia a las crisis. La desnutrición existente puede agravarse aún más por los factores contextuales que impulsan las crisis humanitarias, o que son consecuencia de ellas, incluida la exposición a la violencia, la interrupción de los servicios, el sustento y el apoyo, y el aumento de las desigualdades<sup>11</sup>. En el contexto de la crisis alimentaria y nutricional mundial actual, el UNICEF calcula que el número de mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia con malnutrición aumentó un 25 % entre 2020 (5,5 millones) y 2022 (6,9 millones) en 12 países en crisis<sup>12</sup>.

Si bien existe alguna evidencia en entornos de desarrollo, actualmente hay evidencia limitada sobre el estado nutricional de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia y sobre las respuestas programáticas eficaces en los contextos humanitarios. Las evaluaciones e indicadores del propio estado nutricional y bienestar de las mujeres y las adolescentes se suele considerar secundario a los resultados infantiles y de los lactantes. Es más, existe una falta de directrices claras relacionadas con la evaluación de la nutrición durante el embarazo y el periodo de lactancia y los paquetes de respuesta adecuados para mujeres y adolescentes para abordar sus propias necesidades nutricionales y de salud, además de las de sus lactantes.

Estas directrices buscan reunir los elementos principales de las directrices existentes (Anexo 1), que son relevantes para la nutrición de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia, y reforzar estas directrices, de ser posible, mediante la evidencia más actual. Estas directrices se diseñaron para usarse en conjunto con los documentos, enfoques y mecanismos existentes para evaluar el contexto humanitario y planear una respuesta adecuada. Se centran en los elementos específicos que necesitan integrarse o incluirse para abordar la nutrición durante el embarazo y la lactancia. Estas directrices

asumen que se llevaron a cabo evaluaciones y análisis rutinarios y estándar de las crisis para abordar la situación de seguridad alimentaria e informar sobre la focalización geográfica y los enfoques a nivel hogar. Luego describe los enfoques adicionales o focalizados que se deben incluir para las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia.

Si bien es esencial que se siga investigando para fundamentar los enfoques a medida, en la ausencia de evidencia clara, el embarazo y la lactancia se consideran juntos en estas directrices, salvo en los lugares en los que existe evidencia para separar las intervenciones. También hay evidencia insuficiente que sugiera enfoques específicos para las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia; sin embargo, la promoción y la programación que intentan retrasar el matrimonio precoz y la edad del primer embarazo son intervenciones críticas para las adolescentes en entornos humanitarios.

En todas las culturas, una consideración fundamental a la hora de programar es reconocer que las mujeres y las adolescentes viven y trabajan dentro de unidades familiares y sistemas comunitarios. Por lo tanto, es vital que las intervenciones se diseñen para que sean integrales y funcionen a nivel individual, familiar/hogar y comunitario. La importancia de obtener una mayor comprensión del impacto que tienen las crisis en estos sistemas y cómo los roles, las relaciones y los sistemas de apoyo pueden haber cambiado, no se pueden subestimar. Las intervenciones sugeridas también deben tener en cuenta los aspectos prácticos de las mujeres, con la comprensión de sus múltiples papeles y responsabilidades en casa y en el trabajo, incluidas las formas de trabajo no remunerado.

a El término “emergencia” se usa indistintamente con el término “humanitario”. Los entornos de emergencia o humanitarios incluyen una fase de emergencia aguda, recuperación y situación prolongada con necesidades humanitarias.

# 1. Evaluación de la situación nutricional de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en entornos humanitarios

Un objetivo primordial de la respuesta nutricional es proteger el estado nutricional de las mujeres y las adolescentes durante el embarazo y el periodo de lactancia. Para diseñar una respuesta adecuada al contexto, es importante analizar la situación nutricional. La inclusión de los datos sobre mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia ayudarán a garantizar que las intervenciones se incluyan posteriormente en el plan nutricional presupuestado.

## CUADRO 2.



### Análisis de la situación nutricional

Un análisis sólido de la situación nutricional es fundamental para:

- identificar el problema, su escala y gravedad
- establecer las causas principales del riesgo nutricional
- identificar los grupos de mayor riesgo
- comprender y priorizar las necesidades de las intervenciones locales
- estimar la cantidad de personas que necesitan asistencia
- comprender la viabilidad de las estrategias de implementación
- promover el apoyo y los recursos
- actuar como una base de referencia para supervisar el impacto (y el costo/costo-eficacia) de las intervenciones o adaptar la respuesta para una situación que mejora o empeora.

Esta sección subraya los pasos para reforzar el análisis de la situación nutricional de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en entornos humanitarios para fundamentar el diseño de la respuesta nutricional. Los pasos son los siguientes:

-  **1.1** Identificar los procesos y los productos de análisis de la situación nutricional y de evaluación de las necesidades.
-  **1.2** Revisar los datos secundarios sobre mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia para evaluar el riesgo
  - ▶ **1.2.1** Indicadores individuales
  - ▶ **1.2.2** Indicadores de hogar y comunitario
-  **1.3** Analizar y resumir los datos secundarios y decidir si se necesitan datos primarios
-  **1.4** Recopilar nuevos datos primarios, de ser necesario y factible
-  **1.5** Finalizar el análisis de la situación nutricional

## PASO 1.1

### Identificar los procesos existentes de análisis de la situación nutricional y de evaluación de las necesidades nutricionales

El primer paso es identificar qué procesos de análisis de la situación nutricional y de evaluación de las necesidades nutricionales ya existen o están planificados. Esto se debe a que es preferible usar los procesos existentes como punto de entrada en lugar de llevar a cabo un análisis independiente de la situación. Cualquier análisis existente de la situación, de cualquier fuente, se debe considerar y aumentar con los datos disponibles relacionados con las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia.

En todos los contextos, los gobiernos deben recibir apoyo antes de las crisis para que incluyan datos sobre esta población en sus procesos de planificación rutinaria/anual para los servicios de salud y nutrición, para que estos servicios se puedan planificar y dotar de recursos adecuadamente. La información luego estará disponible para fundamentar la respuesta más adecuada cuando suceda la crisis. Los procesos de preparación ante emergencias y de planificación de contingencias a nivel de grupo temático/sector incluye por lo general el paso del análisis de la situación nutricional.

En algunos contextos humanitarios existe un ciclo de planificación humanitaria anual. En estos países, se desarrollan anualmente una **Revisión de las necesidades humanitarias (RNH) y un Plan de respuesta humanitaria (PRH)**<sup>13</sup>, que sirven como un plan de respuesta entre organismos y, generalmente, incluyen varias prioridades sectoriales, incluida la nutrición. El PRH se puede actualizar entre los ciclos anuales si se producen cambios importantes en la situación humanitaria.

La **Orientación para el análisis de las necesidades humanitarias sobre nutrición**<sup>14</sup> desarrollada por el Clúster Mundial de Nutrición (GNC) proporciona una orientación detallada para llevar a cabo un análisis de la situación nutricional de grupos temático/sector para la nutrición con el fin de fundamentar el proceso de planificación humanitaria. Esta orientación es útil para desarrollar un análisis de la situación nutricional, independiente de si se está desarrollando un RNH y un PRH.

La **Clasificación integrada por fases de desnutrición aguda (CIF-DA)** es una herramienta para analizar la situación nutricional que se emplea en contextos humanitarios prioritarios, donde lo permiten los recursos. Brinda una escala común para clasificar la gravedad y la magnitud de la desnutrición aguda en una población determinada y apoya los cálculos de la cantidad de casos de niños y mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia, junto con acciones programáticas nutricionales recomendadas.

Resulta de vital importancia que se considere cuidadosamente a las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia y que se incluyan todos los datos relevantes en el análisis de la situación nutricional del grupo temático que fundamente el RNH y el PRH, o los planes de respuesta del sector nutricional.

**Recomendación** Evaluar los procesos de análisis de la situación nutricional existente en el contexto e identificar las oportunidades para incluir o reforzar los datos y el análisis de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia.



## PASO 1.2

### Revisar los datos secundarios para evaluar los riesgos

En la mayoría de contextos será necesario buscar más fuentes de datos para reforzar el análisis de la situación nutricional. Los indicadores y fuentes de datos que se pueden considerar en la revisión de los datos secundarios se subraya a continuación. En el análisis se deberán incluir los datos más actuales.

#### 1.2.1 Indicadores individuales

##### Indicadores nutricionales cuantitativos individuales

Los principales indicadores nutricionales individuales relacionados con el estado nutricional durante el embarazo y la lactancia que ya se pueden estar recopilando de alguna manera o por al menos un sistema **son**:

TABLA 1. Indicadores y umbrales

Indicador	Información del umbral
<b>Altura, peso e índice de masa corporal (IMC)<sup>a</sup> (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<p><b>Individual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;18.5 kg/m<sup>2</sup> se considera un IMC bajo para las mujeres adultas</li> <li>&lt;-2 desviaciones estándar (DE) por debajo de la mediana de referencia de la OMS del IMC para la edad<sup>b</sup> de las adolescentes</li> </ul> <p><b>Población:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Según la OMS, entre el 20 y 39 % se considera de elevada prevalencia de bajo de peso en mujeres evaluadas por el IMC y el 40 % o superior se considera una prevalencia muy elevada<sup>15</sup></li> </ul>
<b>Perímetro braquial (PB) (cm)</b>	<p><b>Individual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;23 cm umbral de riesgo de desnutrición<sup>c</sup></li> </ul> <p><b>Población:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;20 % se considera indicativo de una vulnerabilidad nutricional baja, 20–39 % es indicativo de una vulnerabilidad nutricional media y &gt;40 % es indicativo de una vulnerabilidad nutricional alta (PB bajo &lt;23 cm) en la población</li> </ul>
<b>Diversidad dietética/ diversidad dietética mínima para la mujer</b>	<p><b>Individual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5 de los 10 grupos alimentarios consumidos es una diversidad dietética mínima</li> </ul> <p><b>Población:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción de mujeres entre los 15 y 49 años que alcanzan este mínimo en una población se puede usar como un indicador indirecto de una suficiencia de micronutrientes mayor, una dimensión importante de la calidad de la dieta</li> </ul>
<b>Anemia; niveles de hemoglobina (HB) (g/L)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La OMS define la anemia en las mujeres embarazadas como una concentración de hemoglobina de &lt;110 g/L y &lt;120 g/L en mujeres no embarazadas (a nivel del mar)</li> </ul> <p><b>Población:<sup>d</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;5 %: no es un problema de salud pública; 5 a 19 %: problema de salud pública medio; 20 a 39 %: problema de salud pública moderado; ≥40 %: problema de salud pública grave</li> </ul>

Si bien no se han establecido umbrales de población, se deben considerar los siguientes indicadores individuales:

- **Consumo de micronutrientes** [suplementos: vitamina A, hierro, folato, zinc, vitamina D, calcio, suplementos de micronutrientes múltiples (SMM), sal yodada]
- **Riesgo de enfermedades infecciosas** (VIH, tuberculosis, enfermedad parasitaria o transmitidas por el agua, etc.)
- **Riesgo de enfermedades no contagiosas** (incluido el consumo de alimentos no saludables, presión arterial elevada, consumo elevado de sal, diabetes, obesidad)

a El IMC puede no ser una medida adecuada del estado nutricional en las mujeres o adolescentes que están embarazadas o amamantando a lactantes menores de 6 meses.

b IMC para la edad <-2 DE por debajo de la mediana de referencia de crecimiento de la OMS. La OMS define la adolescencia como el periodo entre las edades de 10 y 19 años. La Comisión de Lancet sobre Adolescentes (2016) la definió como el periodo entre las edades de 10 y 24 años. A efectos de esta revisión, el rango de edades de interés fue entre 15 y 19 años.

c O según el protocolo nacional.

d Prevalencia de valores límite de la importancia sanitaria de la OMS, 2008

### 1.2.2 Indicadores de hogar y comunitario

Para complementar los datos individuales o en situaciones en las que no existen datos actualizados o confiables que no sean específicos para los resultados nutricionales de mujeres durante el embarazo y el periodo de lactancia (como datos antropométricos, de deficiencias de micronutrientes o de consumo/diversidad alimentaria), se pueden usar datos a nivel hogar y comunitario existentes o

secundarios para determinar qué mujeres y adolescentes en riesgo necesitan apoyo. Estos tipos de datos pueden servir como información para definir el contexto en el que viven las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia, además pueden resaltar los puntos de entrada mediante los cuales se podrían implementar los programas de nutrición.



El tipo de información necesaria para este análisis contextual más profundo y específico para el periodo de embarazo y lactancia, si bien no es exhaustivo, **incluye:**

TABLA 2. Información de hogar y comunitaria

<b>Hogar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estructura del hogar</b> (por ejemplo, mujeres solteras, mujeres jefas de familia y condición socioeconómica)</li> <li>• <b>Inseguridad alimentaria en el hogar</b> mediante la <b>Puntuación de consumo de alimentos</b>; el <b>Índice de estrategias de afrontamiento</b>; la <b>Escala de experiencia de inseguridad alimentaria</b>; e información sobre la asequibilidad de dietas para el hogar e información sobre la distribución y aprovechamiento compartido de alimentos intrafamiliares</li> <li>• <b>El entorno sanitario</b>, incluido el acceso más amplio de las mujeres a los servicios sanitarios y a aquellos específicos al embarazo y lactancia, como el cuidado prenatal, el cuidado postnatal y asesoría nutricional; acceso a agua y saneamiento seguros, y acceso a servicios sanitarios sexuales y reproductivos</li> <li>• Acceso a <b>servicios de nutrición, programas de protección social y programas de asistencia alimentaria</b></li> <li>• Acceso y disponibilidad de alimentos nutritivos asequibles que cumplan las <b>necesidades dietéticas</b> de los diferentes miembros de la familia (incluida información del mercado y las tendencias o cambios en el costo de las dietas nutritivas)</li> <li>• <b>La participación y empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones</b>; las normas y roles de género prevalentes; acceso y control sobre los recursos; la carga de tiempo de las mujeres y el acceso a redes de apoyo</li> </ul>
<b>Comunidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusión <b>económica de las mujeres</b></li> <li>• Desplazamiento <b>de la población</b></li> <li>• <b>Dinámicas de género</b></li> <li>• <b>Riesgos relacionados con</b> la violencia de género (VG)<sup>a</sup></li> <li>• Acceso a <b>apoyo adecuado para las personas embarazadas de diversa</b> orientación sexual, identidad de género, expresión de género y características sexuales, y mujeres y adolescentes con discapacidades</li> <li>• <b>Asignación de servicios</b> comunitarios de salud y nutrición para las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia</li> </ul>

Al examinar las métricas de seguridad alimentaria, es importante usar más de un indicador validado para triangular la información, ya que cada indicador evalúa algunas pero no todas las dimensiones de la inseguridad alimentaria<sup>16</sup>.

a La violencia de género (VG) adopta muchas formas, incluida la violación, la agresión sexual, la violencia doméstica, el matrimonio infantil y el matrimonio precoz y forzado.

**1. Evaluación de la situación nutricional de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en entornos humanitarios**

**Fuentes de datos para los indicadores nutricionales (individual, hogar o comunitario)**

La Tabla 3 describe las principales fuentes de datos cuantitativos sobre mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia que pueden ya estar disponibles y pueden proporcionar puntos de entrada inmediatos, si están planificados para el futuro cercano, como parte de la recopilación de datos primarios según las siguientes recomendaciones.

TABLA 3. Datos y fuentes

Tipo de datos	Fuente
<b>Datos de estudio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuestas representativas nacionales a gran escala [por ejemplo, las encuestas demográficas y de salud, encuestas a base de indicadores múltiples, encuestas de Monitoreo y Evaluación Estandarizados de Alivio y las Transiciones (SMART), la encuesta sobre medición de los niveles de vida, así como las encuestas de consumo alimentario y de micronutrientes y dietético nacionales]</li> <li>Encuestas subnacionales sectoriales (por ejemplo, el SMART, el SMART rápido, encuesta sobre nutrición ampliada y estandarizada, análisis de deficiencias para cubrir los nutrientes, coste de la dieta, evaluaciones integrales de seguridad y vulnerabilidad alimentaria)</li> </ul>
<b>Datos de rutina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema de información sobre gestión de salud (DHIS2, antes conocido como Sistema de información sanitaria distrital, visitas clínicas de cuidado prenatal)</li> </ul>
<b>Datos de vigilancia<sup>a</sup></b>	<p>Los datos de vigilancia pueden proceder de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las encuestas representativas sectoriales repetidas (por ejemplo, el Sistema de Vigilancia Nacional, la Red de Sistemas de Alerta Temprana para Casos de Hambruna, la Evaluación Nacional de Riesgo y Vulnerabilidad)</li> <li>El monitoreo recurrente de ubicaciones seleccionadas (por ejemplo, instalaciones sanitarias, escuelas y puestos de vigilancia demográficos, como la Encuesta de Salud Mundial de los Estudiantes Escolarizados)</li> </ul>

Por lo general, los datos recopilados en las encuestas de hogar no distinguen entre mujeres adultas y adolescentes, o por embarazo y periodo de lactancia. Puede ser posible extraer los datos para permitir este desglose si los

<sup>a</sup> La vigilancia se define aquí como “la recopilación, análisis e interpretación sistemática y permanente de los datos básicos para la planificación, implementación y evaluación de una práctica de salud pública, integrada estrechamente con la disseminación puntual de estos datos a aquellas personas que lo deben saber”. [Teutsch SM, Thacker SB. Planning a public health surveillance system. Epidemiol. Bull. 1995; 16(1):1-6.].

indicadores se encuentran dentro de un conjunto de datos más grande y donde se han planteado preguntas en torno al embarazo y la lactancia, por ejemplo, en las evaluaciones de la diversidad dietética mínima para la mujer.

**Datos nutricionales cualitativos**

Los datos cuantitativos casi nunca están disponibles para responder a las preguntas importantes en torno al “por qué” los niveles de malnutrición son los que son. Por lo tanto, se recomienda una combinación de datos cuantitativos y cualitativos para proporcionar una imagen más completa de cualquier situación. Las evaluaciones cualitativas reúnen las opiniones de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia y de los familiares y miembros de la comunidad para adaptar intervenciones nutricionales específicas al contexto para optimizar su nutrición y salud. Esto se puede lograr, por ejemplo, explorando las vivencias y experiencias de las mujeres respecto a su propio bienestar y salud nutricionales preguntándoles su percepción de los riesgos y necesidades en su situación específica. Cuando sea posible, las opiniones y perspectivas de las adolescentes deben identificarse para fundamentar sus necesidades específicas en la respuesta nutricional.

Estos datos ya pueden estar disponibles en encuestas cualitativas, como la Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas u otros estudios etnográficos llevados a cabo en la población, como los estudios sobre género. Sin embargo, los entornos humanitarios de aparición repentina, es posible que se debe evaluar rápidamente la disponibilidad de esos datos.



**Recomendaciones:**

Definir ampliamente qué datos cuantitativos ya están disponibles sobre las mujeres y las adolescentes embarazadas en su contexto, a nivel individual, hogar y comunitario.

Cuando sea posible, extraer los datos desglosados para las mujeres adultas y adolescentes, y para el embarazo y la lactancia.

Complementar los datos cuantitativos con las fuentes disponibles de información cualitativa sobre mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia que proporcionen información sobre sus experiencias y riesgos nutricionales.

### PASO 1.3

#### **Analizar y resumir los datos secundarios**

La revisión de los datos secundarios debe proporcionar información sobre la situación nutricional de las mujeres durante el embarazo y la lactancia, así como información operativa sobre el contexto humanitario. Además de las fuentes específicas a la nutrición descritas anteriormente, considere cómo las otras fuentes de información específicas a la acción humanitaria pueden ayudar a contextualizar el análisis, por ejemplo, llamamientos urgentes, planes de respuesta humanitaria e informes de situación organizativa normalmente disponibles en [ReliefWeb](#). Pueden haber disponibles otras fuentes de datos secundarios en el contexto específico.

Una vez recabados los datos cuantitativos y cualitativos secundarios disponibles, se deberá analizar y resumir la información. En la medida de lo posible, se deberá guiar el marco del análisis de datos por lo que se ha usado para ampliar el análisis de la situación nutricional. Los practicantes pueden luego evaluar si existen datos suficientes sobre el estado nutricional durante el embarazo y la lactancia, y la programación relacionada con estas mujeres para determinar qué deficiencia de datos y programática existe. Si el análisis revela que hay datos secundarios inadecuados disponibles, se deberá recopilar datos primarios.

Se deberá considerar con cuidado el periodo de revisión de los datos secundarios con el contexto, especialmente en las situaciones en las que no hay datos actuales o de fácil acceso.



**Recomendación:** Se deberá realizar un resumen de la revisión de los datos secundarios para comprender la situación nutricional de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia y aclarar qué deficiencias de datos críticos existen.

### PASO 1.4

#### **Recopilar nuevos datos primarios, si es factible y se necesitan**

##### **1.4.1 Datos primarios cuantitativos**

En cualquier contexto, es probable que se planifiquen encuestas y evaluaciones rápidas en las que se podrían incluir indicadores adicionales sobre nutrición durante el embarazo y la lactancia; por lo que no se recomienda una encuesta independiente sobre esta población. Lo mejor es negociar la inclusión de indicadores nutricionales dentro de otras encuestas y evaluaciones antes de una crisis, por ejemplo, cuando los grupos temáticos/sectores están desarrollando una herramienta de evaluación rápida como parte del proceso de preparación.

Cuando la situación sea una crisis de aparición repentina, o es muy fluida, los practicantes deberán ser oportunos sobre dónde incluir las preguntas sobre mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en otras evaluaciones o encuestas sectoriales (es decir, salud, seguridad alimentaria) o multisectoriales. Un ejemplo de una evaluación de las necesidades multisectorial es la [Evaluación de las necesidades básicas](#),<sup>17</sup> que se pueden aplicar a las emergencias de aparición repentina y prolongadas. Puede ayudar a identificar y priorizar las barreras del lado del suministro y la demanda para adecuar la nutrición, y cómo las comunidades locales piensan que se pueden superar estas barreras.

Las encuestas de hogar sectoriales a pequeña escala como las [encuestas SMART](#), son la fuente principal de datos para la nutrición durante las emergencias humanitarias. Para medir la desnutrición durante el embarazo y la lactancia, se recomienda incluir la medición del perímetro braquial en todas las encuestas SMART.

En algunos entornos humanitarios, se llevará a cabo un examen de detección del perímetro braquial en niños entre 6 y 59 meses para detectar y derivar a los niños para un tratamiento para la emaciación. Esto presenta una oportunidad para recopilar el perímetro braquial de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia, y si los datos de detección sistemática se recopilan con rigor mediante la [herramienta de recopilación del PB](#),<sup>18</sup> estos datos también pueden fundamentar la prevalencia indirecta de desnutrición en esta población.

En algunos contextos, puede ser necesario considerar como se pueden aprovechar los procesos de supervisión. Por ejemplo, la inclusión de una sola pregunta sobre la diversidad alimentaria de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia, la asistencia social u otra supervisión postdistribución pueden proporcionar información crítica sobre el riesgo nutricional en una crisis aguda, cuando no es factible recopilar otras fuentes de datos.

### **1.4.2 Datos primarios cualitativos**

La recopilación de datos cualitativos debe implicar conversaciones (ya sean entrevistas a informantes clave o grupos de enfoque) con las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia, así como con otros familiares y miembros de la comunidad (es decir, maridos o parejas, madres o suegras, líderes femeninos comunitarios y organizaciones locales de mujeres). Otras rutas para la recopilación de datos cualitativos puede ser a través de grupos juveniles o grupos de apoyo de la sociedad civil, aquellos que apoyan a personas de diversa orientación sexual, identidad y expresión de género y características sexuales, así como a personas con discapacidades. Esto ayudará a iluminar y comprender las dinámicas y roles diferentes de las comunidades y hogares.

Al saber que no es posible recopilar datos completos (ya sean cualitativos o cuantitativos) en contextos poco seguros o cambiantes, se puede obtener información rápida para fundamentar las respuestas programáticas mediante un número mínimo de preguntas enfocadas que apuntan a las necesidades más apremiantes en la situación determinada. Considere cómo se pueden plantear una o dos preguntas sobre las necesidades de las mujeres durante el embarazo y la lactancia en los puntos de tránsito o distribución, en instalaciones sanitarias y otros puntos de contacto, en función de qué es factible en el contexto.

Estas son otras metodologías de evaluación y recursos que tener en cuenta:

- **Análisis de género rápido:** Una herramienta para comprender las normas culturales y de género, la voluntad de las mujeres<sup>a</sup> y las barreras y los facilitadores para las prácticas nutricionales durante el embarazo y la lactancia, incluido el rol de otras personas influyentes en la comunidad/hogar.<sup>b</sup>
- **El marco de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad:** El marco ayuda a identificar las barreras a las que se enfrentan las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia a la hora de acceder a la ayuda y servicios humanitarios, incluidos los servicios de salud y nutrición.

- **El coste de la dieta:** Un método combinado de evaluación que determina cuánto cuesta una dieta nutritiva y si las personas afectadas por la crisis la pueden adquirir. En el caso de las mujeres y las adolescentes vulnerables, puede ayudar a identificar las deficiencias en las necesidades básicas y requisitos nutricionales (asumiendo que hay disponibles alimentos locales).
- **Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas:** Una encuesta que examina los conocimientos, actitudes y prácticas; puede enfocarse en cuestiones específicas como el agua, el saneamiento y la higiene (WASH), o las normas culturales, las preferencias alimentarias o tabúes en torno al cuidado de lactantes o el embarazo y la lactancia.
- El **menú de medidas de mitigación del riesgo de VG** adaptado al sector nutricional. Este menú de preguntas cualitativas y cuantitativas se puede usar como recurso para identificar preguntas específicas sobre la disponibilidad de servicios, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, estrategias de afrontamiento y mitigación de riesgo de VG que se incluirán en otras encuestas o evaluaciones.



**Recomendación** Identificar dónde se pueden incluir preguntas enfocadas sobre mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en otras encuestas, evaluaciones y procesos de monitoreo, en vez de crear una encuesta independiente.

<sup>a</sup> La capacidad de las mujeres y las adolescentes para adoptar acciones deliberadas y perseguir los objetivos, sin amenazas de violencia o represalias. Las tres expresiones básicas de la voluntad son: la toma de decisiones, el liderazgo y la acción colectiva. Estos no son solo ingredientes de la voluntad; sino que son maneras en las que las mujeres y las adolescentes pueden ejercer su voluntad en sus vidas.

<sup>b</sup> El documento del consorcio Bridging Research & Action in Conflict Settings for the Health of Women and Children (BRANCH) titulado "Investigación de la entrega de las intervenciones sanitarias y nutricionales para mujeres y niños en entornos de conflicto: una recopilación de estudios de casos específicos del Consorcio BRANCH" proporciona algunos ejemplos de las preguntas cuantitativas y cualitativas, así como de las fuentes de datos.

## PASO 1.5

### Finalizar el análisis de la situación nutricional

El objetivo del análisis de la situación nutricional es fundamentar una respuesta nutricional en un contexto específico, incluidas las mujeres y las adolescentes que están embarazadas o en periodo de lactancia. Al identificar los datos secundarios (individual, hogar y comunitario) y en caso necesario, recopilar datos primarios e incluirlos en el análisis de la situación, se establecerá una justificación más fuerte para incluir intervenciones que protegen el estado nutricional de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en la respuesta nutricional.

Estas directrices asumen que en la mayoría de situaciones, habrá un proceso de análisis de la situación nutricional que abarque tanto la situación nutricional como el impacto y el contexto humanitario más amplio, y que este proceso

puede servir como punto de entrada para reforzar el análisis para las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia. Cuando este no sea el caso, se deberá desarrollar un breve resumen de los datos disponibles y de la interpretación de los diferentes riesgos de este grupo para fundamentar la justificación de intervenciones para esta población (sección 2). Este resumen también puede ser útil para financiar las propuestas y mensajes de promoción.

La Sección 3 de estas directrices (página 29) describe cómo usar este análisis de la situación para determinar el riesgo nutricional a nivel de población y cómo priorizar las intervenciones para el periodo de embarazo y de lactancia en un contexto determinado.



# 2. Intervenciones nutricionales para mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en entornos humanitarios

Esta sección proporciona una descripción general de las **intervenciones nutricionales** basadas en evidencia para mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en entornos humanitarios, y cómo las intervenciones nutricionales están posicionadas dentro del enfoque sistémico del UNICEF para la nutrición maternal e infantil. Describe la evidencia para cada intervención nutricional y subraya las recomendaciones para su uso en función de la evidencia actual. Se puede encontrar una revisión de la evidencia completa [aquí](#).

La Estrategia de nutrición del UNICEF 2020 a 2030 reconoce el rol de cinco sistemas (alimentación, salud, agua y saneamiento, educación y protección social) a la hora de garantizar resultados nutricionales positivos para todas las mujeres y las adolescentes. Un enfoque sistémico está diseñado para asegurar que los actores clave de estos sistemas tengan más responsabilidad para mejorar la nutrición materna en todos los contextos, incluso durante las crisis humanitarias. Las intervenciones se deben centrar en usar un enfoque que refuerce los sistemas en los contextos humanitarios, siempre que sea factible.

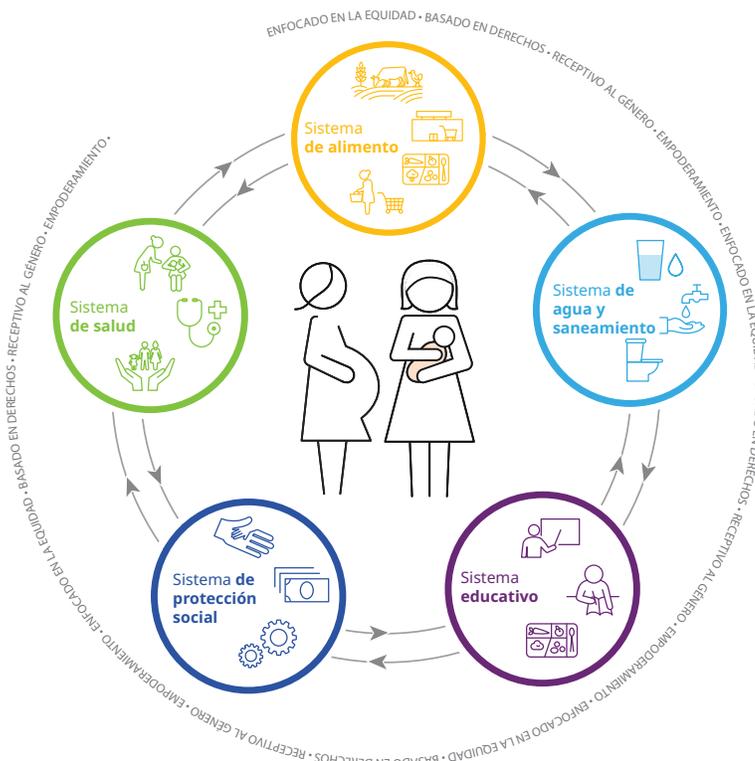


FIGURA 1. Enfoque sistémico del UNICEF para la nutrición maternal e infantil

Las Directrices programáticas del UNICEF sobre la nutrición materna subraya el compromiso del UNICEF de apoyar un paquete mínimo de intervenciones nutricionales de prevención durante el embarazo y la lactancia en todos los contextos. La OMS hace hincapié en la evaluación nutricional y la disposición de un conjunto de intervenciones nutricionales integradas en las Recomendaciones de la OMS sobre cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva<sup>19</sup>. Las intervenciones descritas en estos documentos se enumeran en la Tabla 4 a continuación.

Después del enfoque sistémico, los gobiernos y otros participantes encargados de la ejecución de programas deben realizar estas intervenciones aprovechando los sistemas de alimentación, salud, agua y saneamiento, así como de educación y protección social (Figura 1). Usando el sistema de agua y saneamiento como ejemplo, esto incluiría los esfuerzos para mejorar la disposición y al acceso a instalaciones de agua y saneamiento adecuadas y seguras. Ver la Tabla 4 a continuación para conocer las intervenciones prioritarias para mujeres y adolescentes en contextos humanitarios en los diferentes sistemas.

**TABLA 4. Las intervenciones sectoriales para mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en contextos humanitarios**

Sector	Intervenciones prioritarias en contextos humanitarios
<b>Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados prenatales de calidad programados, incluida la supervisión de aumento de peso saludable en línea con la cobertura recomendada de cuatro o más visitas de cuidados prenatales</li> <li>• Apoyar al personal de parto calificado</li> <li>• Cuidado postnatal rutinario precoz a los dos días de dar a luz</li> <li>• Vacunas de rutina (según los protocolos nacionales), incluso en las zonas de difícil acceso</li> <li>• Desparasitación y medidas de control de la malaria</li> <li>• Acceso seguro e ininterrumpido a servicios sanitarios de calidad a través de instalaciones sanitarias funcionales, actividades domiciliarias, escolares y comunitarias, incluida la planificación familiar postparto</li> <li>• Prevención adecuada a la edad y género de calidad, así como diagnóstico y tratamiento de las principales causas de enfermedad, acceso a programas de tratamiento y cuidados del VIH, así como cuidado clínico para la violencia sexual y doméstica</li> <li>• Acceso a la detección sistemática para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial</li> </ul>
<b>Agua y saneamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso al menos a los estándares mínimos de agua potable y otra agua para lavar, cocinar y acceso a jabón</li> <li>• Acceso a letrinas y artículos de higiene menstrual adecuados, incluido un mecanismo de recogida y eliminación</li> <li>• Acceso a cambio social y de comportamiento para el conocimiento, comportamiento y prácticas en materia de higiene</li> </ul>
<b>Alimentación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a ayuda alimentaria adecuada o transferencias sociales que cubra el aumento de sus necesidades nutricionales</li> <li>• Fortificación de los alimentos básicos y fortificación de los alimentos domésticos</li> </ul>
<b>Protección</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de casos y sistemas de derivación para VG</li> <li>• Espacios seguros para mujeres y adolescentes</li> <li>• Planificación de la seguridad, incluyendo opciones de alojamiento temporal para las supervivientes que se enfrentan a riesgos de seguridad permanentes</li> <li>• Participación comunitaria para proporcionar información sobre servicios de respuesta a la VG y contribuir a la prevención</li> <li>• Protección contra la explotación y el abuso sexual</li> <li>• Apoyo psicosocial y para la salud mental</li> </ul>
<b>Protección social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a transferencias sociales, con vinculaciones a intervenciones para alimentos nutritivos mejorados, prácticas y acceso a servicios</li> <li>• Vinculaciones a otros programas/intervenciones de protección social, incluyendo seguros, generación de ingresos, etc.</li> </ul>
<b>Educación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso continuo a la educación para las adolescentes, así como para las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia</li> <li>• Educación para adolescentes para evitar el embarazo precoz</li> <li>• Acceso a programas de comidas escolares</li> <li>• Programas de apoyo psicosocial y de salud mental inclusivos, apropiados a la edad y género realizados en las escuelas y entornos de aprendizaje</li> </ul>

## 2. Intervenciones nutricionales para mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en entornos humanitarios



Se recomienda que las intervenciones sectoriales se agrupen juntas para cubrir las necesidades de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia según el contexto, y dirigir las a los niveles individual, hogar y comunitario simultáneamente.

Una consideración vital de la programación es que en todas las culturas, las mujeres y las adolescentes se encuentran dentro de los sistemas comunitarios y los *“sistemas familiares que determinan los roles, relaciones, patrones de comunicación y dinámicas del poder”*<sup>20</sup>. Por lo tanto, las intervenciones deben ser integrales y actuar a nivel individual, familiar/hogar y comunitario. También es importante obtener una comprensión de cuál es el impacto que tiene la situación de crisis/humanitaria sobre estos sistemas y cómo los roles, relaciones y sistemas de apoyo pueden haber cambiado. La programación de las intervenciones también debe considerar los aspectos de la conveniencia para las mujeres, considerando sus varios roles y responsabilidades, tanto en casa como en el trabajo, junto con el cuidado de los niños.

### CUADRO 3.



### La importancia de ser inclusivo

El concepto de “inclusión” reconoce que algunas mujeres y adolescentes se enfrentan a riesgos adicionales y barreras para acceder a intervenciones nutricionales durante el embarazo y la lactancia debido a las intersecciones entre el género, la edad y otros factores de la diversidad, como la discapacidad, etnia, condición migratoria, etc. Un enfoque inclusivo busca entender proactivamente estas experiencias diversas, identificar estas barreras y abordarlas, lo que podría requerir que se adapte la forma en que se diseñan y desempeñan las intervenciones nutricionales.

En cuanto a definir la “familia”, una definición inclusiva abarca a cualquier grupo de personas que forman un hogar con base en el respeto mutuo, el amor y el apoyo para el bienestar mutuo. Esta definición reconoce la complejidad y la riqueza de la familia, que puede incluir hogares monoparentales, hogares con miembros de la familia que residen o no ahí, padres o madres del mismo género, así como aquellos con crianza compartida, madres o padres adoptivos, madres o padrastros y abuelos o abuelas.

También es importante reconocer la naturaleza diversa de la paternidad y maternidad, así como las distintas formas en las que las personas podrían desempeñar estos roles. Reconocer y aceptar la diversidad de experiencias en la paternidad y maternidad, así como las estructuras familiares, es crucial para fomentar la inclusión y el entendimiento.

FIGURA 2. Marco para la respuesta



La Figura 2 describe el vínculo entre los objetivos de una respuesta nutricional y las seis intervenciones nutricionales principales para las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en entornos humanitarios.

- 1. Examen de la situación nutricional**
- 2. Suplementación con macronutrientes: suplementos energéticos y proteicos equilibrados (EPE)**
- 3. Suplementación con micronutrientes: suplementos que contienen hierro y otras medidas para prevenir la anemia y las deficiencias de micronutrientes**
- 4. Educación y asesoría nutricional**
- 5. Protección social sensible a la nutrición**
- 6. Empoderamiento y programación de género transformadora**

### INTERVENCIÓN 2.1

#### Examen de la situación nutricional

El examen de la situación nutricional es el proceso que identifica a las mujeres y las adolescentes en riesgo de desnutrición durante el embarazo y la lactancia materna para que puedan ser derivadas y admitidas en servicios o programas para la recuperación nutricional.

En los contextos humanitarios, el examen de la situación

nutricional puede llevarse a cabo en instalaciones para la atención a la salud o como parte de los servicios de divulgación y los examen de detección masivos, en conjunto con un examen de la situación nutricional para niños y niñas de hasta 5 años de edad.

La antropometría de las mujeres y las adolescentes (de 15 a 49 años de edad) tradicionalmente se evalúa mediante el IMC kg/m<sup>2</sup> o el IMC para la edad<sup>a</sup>. Sin embargo, el IMC podría no ser una medida adecuada del estado nutricional en mujeres y niñas que están embarazadas o en periodo de lactancia para lactantes menores a 6 meses de edad<sup>b</sup>. En su lugar, se utiliza **el perímetro braquial (PB)** en entornos humanitarios, ya que es una forma conveniente, factible y eficaz de evaluar el estado nutricional. El PB está estrechamente relacionado con el IMC, tanto en mujeres embarazadas como en mujeres que no están embarazadas, sin importar la edad gestacional<sup>21,22</sup>.

Aunque gran parte de la investigación actual sobre el PB ha sido operativa en lugar de formativa y con muestras relativamente pequeñas. La evidencia indica que un PB bajo está asociado con la anemia en las mujeres embarazadas<sup>23,24</sup>, la anemia en recién nacidos<sup>25</sup>, la depresión en las mujeres<sup>26</sup> y un bajo peso al nacer en los lactantes<sup>27,28</sup>. La reciente investigación en diversos países en África y Asia generó un consenso sobre que un PB de <23 cm en una mujer embarazada está asociado con un mayor riesgo de lactantes con bajo peso al nacer.

a IMC para la edad <-2 DE por debajo de la mediana de referencia de crecimiento de la OMS. La OMS define la adolescencia como el periodo entre las edades de 10 y 19 años. La comisión de *The Lancet* sobre la salud y el bienestar adolescente (2016) la definió como el periodo entre las edades de 10 a 24 años. Para el propósito de esta revisión, el rango de edad de interés fue de 15-19 años.

b De acuerdo con la OMS, el IMC puede utilizarse para las mujeres en periodo de lactancia a partir de los 6 meses posteriores al parto. Serie de informes técnicos 854, pág. 110. Organización Mundial de la Salud (1995). El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos 854. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.



**Recomendaciones:** La recomendación provisional es utilizar el PB de <23 cm para identificar a todas las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia en riesgo de desnutrición para su derivación/admisión en programas de recuperación nutricional<sup>a,b</sup>.

todas las adolescentes embarazadas o en periodo de lactancia (definidas como <19 años de edad) deben incluirse en intervenciones apropiadas al contexto, sin importar su medida del PB.

El examen de detección del PB para las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia debe estar integrado en los servicios de salud, la divulgación en las comunidades y cualquier esfuerzo de examen de detección en masa llevado a cabo por los servicios de salud y nutrición, o por otros participantes/sectores, cuando sea viable.

La evidencia sobre los límites del PB después del embarazo en mujeres adultas es limitada; por ejemplo, para las **mujeres en periodo de lactancia** y para **las adolescentes embarazadas**. Considerando las necesidades de las **adolescentes en periodo de lactancia** y embarazadas para cubrir su crecimiento al mismo tiempo que el crecimiento de un lactante, en combinación con el aumento de su vulnerabilidad en la mayoría de los contextos, esta orientación recomienda que se considere a **todas** las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en las intervenciones para proteger su estado nutricional, sin importar la medida de su PB.



CUADRO 4.



#### Ganancia de peso gestacional<sup>29</sup>

Para asegurar el crecimiento fetal saludable durante el embarazo, una ganancia de peso adecuada es esencial. Las directrices para el cuidado prenatal de la OMS (2016) más recientes hacen referencia a las recomendaciones del Instituto de Medicina para una ganancia de peso gestacional saludable como:

- Mujeres debajo del peso normal al inicio del embarazo: ganancia 12,5-18 kg
- Mujeres con peso normal al inicio del embarazo: ganancia 11,5-16 kg
- Mujeres con sobrepeso al inicio del embarazo: ganancia 7-11,5 kg
- Mujeres con obesidad al inicio del embarazo: ganancia 5-9 kg

Como nota, actualmente, un grupo asesor técnico dirigido por la OMS examina si estos estándares necesitan actualización.

En los contextos humanitarios, es de suma importancia monitorear de forma periódica la ganancia de peso gestacional en cada contacto de cuidado prenatal durante todo el embarazo, así como la prestación de información y asesoría nutricional.

a Se debe considerar que algunos países desarrollaron directrices para los límites del PB en distintos entornos y estas deben consultarse, de estar disponibles.

b Hasta que haya evidencia más robusta disponible que pueda distinguir los límites diferenciados para las mujeres y las adolescentes en periodo de lactancia,

## INTERVENCIÓN 2.2

### **Suplementación con macronutrientes**

Para la suplementación con macronutrientes, los suplementos EPE pueden proporcionarse a mujeres y adolescentes en riesgo de desnutrición durante el embarazo y la lactancia en entornos con inseguridad alimentaria. Los suplementos EPE también se recomiendan en la actualización de la serie sobre Nutrición Materna e Infantil de The Lancet en 2021<sup>30</sup> y se incluyen como una intervención clave en el Plan de acción global de las Naciones Unidas sobre la emaciación infantil<sup>31</sup>. Su objetivo es suplementar la dieta con calorías y micronutrientes para proteger el estado nutricional o para ayudar a la recuperación nutricional (véase el Cuadro 5).

CUADRO 5.

#### **Suplementos de energía y proteínas equilibradas<sup>32,33</sup>**

EPE es el término genérico para los suplementos existentes en diversas formas, incluidos los cereales, galletas, productos lácteos, bebidas enriquecidos o suplementos en polvo en sobres o que pueden prepararse utilizando ingredientes disponibles localmente.

- **Los suplementos nutricionales a base de lípidos** proporcionan >50 % la de energía a partir de la grasa (incluidos los ácidos grasos). Cuando estos suplementos se proporcionan en cantidades medianas y grandes, pueden considerarse EPE.
- **Un suplemento nutricional a base de lípidos** formulado para proporcionar micronutrientes en las mismas cantidades que los SMM del PIPMMNU.
- **Los alimentos preparados enriquecidos, incluido el maíz/mezcla de trigo y soja de trigo y soja,** que se utilizan comúnmente en los programas de nutrición suplementaria también son EPE.

Las pruebas utilizadas para informar la recomendación de la OMS sobre el uso de EPE en poblaciones con malnutrición definieron los EPE como aquellos en los que la proteína proporciona menos del 25 por ciento del total del contenido energético. Con frecuencia, la EPE (aunque no necesariamente) se enriquecen con micronutrientes o se administran junto con el hierro o el ácido fólico (HAF) o los SMM<sup>a</sup>.

La evidencia del impacto de los EPE en los resultados en la maternidad, como la anemia materna y la ganancia de peso gestacional, está mezclada, pero es prometedora. Los EPE pueden, sin embargo, proporcionar una valiosa fuente de suplementos que no solo ayudan a cubrir los requisitos nutricionales adicionales del embarazo y la lactancia, sino que también ayudan a reducir las experiencias negativas del hambre y el estrés en las situaciones extremadamente difíciles.

En la sección 3, se describen varios escenarios para informar las intervenciones recomendadas con base en el nivel de vulnerabilidad nutricional existente a nivel de población. La siguiente recomendación de suplementos EPE hace referencia a dichos escenarios.



### **Recomendaciones:**

- Se deben proporcionar EPE a todas las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en contextos de vulnerabilidad nutricional alta.
- El IMC debe estar destinado a mujeres y adolescentes con un PB bajo (<23 cm) durante el embarazo y la lactancia para apoyar la recuperación nutricional en los contextos con una vulnerabilidad nutricional media.
- Todas las adolescentes embarazadas o en periodo de lactancia (definidas con <19 años de edad) deben incluirse en las intervenciones de suplementación con macronutrientes, sin importar la medida de su PB, hasta que haya más evidencia robusta disponible.

a Los SMM están formulados para contener la ingesta diaria recomendada de 15 micronutrientes. La fórmula estandarizada que debe utilizarse en el Preparado Prenatal Internacional para Micronutrientes Múltiples de Naciones Unidas (PIPMMNU). Contiene las siguientes dosis de micronutrientes: 30 mg de hierro, 15 mg de zinc, 2 mg de cobre, 65 µg de selenio, 150 µg de yodo; vitamina A equivalente a 800 µg de retinol; 1,4 mg de vitamina B1; 1,4 mg de vitamina B2; 18 mg de vitamina B3 (niacina); 1,9 mg de vitamina B6; 400 µg de vitamina B9 (ácido fólico); 2,6 µg de vitamina B12; 70 mg de vitamina C; 200 UI de vitamina D; 10 mg de vitamina E.

### INTERVENCIÓN 2.3

#### **Suplementación con micronutrientes: Suplementos que contienen hierro y otras medidas para prevenir la anemia**

La provisión de suplementos de micronutrientes busca cerrar la brecha de los mayores requisitos de micronutrientes del embarazo y la lactancia y las bajas ingestas en la dieta que se observan frecuentemente en los entornos humanitarios, debido a la reducción del acceso a las dietas saludables, diversas y equilibradas.

Una declaración conjunta de 2007 de las Naciones Unidas (OMS, PMA, UNICEF) indica que, debido al aumento del riesgo de múltiples deficiencias de micronutrientes en emergencias humanitarias, las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia deben ingerir SMM diariamente para cubrir su ingesta de nutrientes recomendada<sup>34</sup>. Este suplemento debe ingerirse además de los alimentos enriquecidos recibidos.

Las recomendaciones adicionales pertinentes de la OMS<sup>35</sup> sobre la suplementación con micronutrientes durante el embarazo y la lactancia incluyen<sup>a</sup>:

- **Suplementos de HAF orales diarios** como parte del cuidado prenatal que contengan de 30 a 60 mg de hierro elemental y 400 µg de ácido fólico para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, el bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro. (Nota: esta recomendación no aplica si se proporcionan SMM en su lugar).
- **Suplementos de calcio diarios** (1,5-2,0 g de calcio elemental oral) para mujeres y adolescentes embarazadas en poblaciones con una baja ingesta en la dieta, para la prevención de la preeclampsia<sup>36</sup>.
- En los contextos donde la vitamina A es un problema de salud grave, se recomiendan los **suplementos de vitamina A** para la prevención de la ceguera nocturna en mujeres y adolescentes embarazadas, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, hasta una dosis máxima de 10 000 UI diaria o una dosis semanal de hasta 25 000 UI<sup>b</sup>. También se ha asociado la vitamina A con una reducción en la anemia durante el embarazo. La suplementación con vitamina A no se recomienda para las adolescentes o mujeres en el periodo posparto, ya que la evidencia disponible no respalda la reducción en la morbilidad o mortalidad materna o infantil.

a Además, la OMS recomienda suplementos con HAF como una intervención de salud pública para las mujeres y las adolescentes que menstrúan y que viven en entornos donde la prevalencia de la anemia es de 20 por ciento o mayor, para mejorar sus concentraciones de hemoglobina y el estado de su hierro, así como reducir su riesgo de anemia. En los entornos donde existe una alta prevalencia de anemia (40 por ciento o mayor), se recomienda la suplementación con hierro. Los suplementos de HAF semanales pueden implementarse en zonas endémicas de la malaria, pero esto debe realizarse únicamente a la par de medidas para prevenir, diagnosticar y tratar la malaria. Se alienta a los participantes a incluirlos como parte de la nutrición en intervenciones en emergencias y al preparar los PRH para desarrollar un catálogo adquisiciones y facilitar la respuesta inmediata, incluida la logística de la provisión de suplementos.

b No se recomienda una única dosis de suplemento de vitamina A mayor a 25 000 UI, pues no existe certeza de su seguridad.

La OMS hace hincapié en que los educadores en salud deben comprender las necesidades de micronutrientes y el metabolismo, así como cualquier otro efecto potencialmente adverso de los suplementos, como la toxicidad. También es importante entender las variaciones dietéticas regionales y locales, las diferentes prácticas culturales, los distintos métodos de procesamiento y preparación de alimentos al buscar gestionar la anemia e implementar intervenciones con micronutrientes<sup>37</sup>.

También es importante asegurar una buena cobertura, la adopción y adherencia a los protocolos de suplementación. La cobertura y cumplimiento deficientes fueron identificados como desafíos mayores en los programas de suplementación con hierro.



#### **Recomendaciones:**

- Los suplementos que contienen hierro deben proporcionarse a todas las mujeres y las adolescentes durante el embarazo y la lactancia.
- Se recomiendan los SMM para todas las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en los contextos humanitarios.
- Cuando los SMM no estén disponibles, se debe proporcionar suplementos de HAF. Si ya se proporcionan suplementos de HAF con éxito, esto debe continuar.

## INTERVENCIÓN 2.4

### Educación y asesoría nutricional

La “asesoría” nutricional frecuentemente se utiliza de forma intercambiable con “información” y “educación”, aunque la “asesoría” debe hacer más que informar y educar. La asesoría nutricional durante el embarazo y la lactancia es un proceso interactivo entre un prestador de servicios y una mujer u otros miembros clave de la familia, en la que se intercambia información y se proporciona apoyo para que ella pueda tomar decisiones, con el apoyo de su familia, y actúe para mejorar su nutrición.

La OMS recomienda que la asesoría sobre la alimentación saludable debe estar integrada en los cuidados prenatales<sup>38</sup>. Una de las prioridades programáticas del UNICEF es mejorar la **cobertura y calidad de la asesoría nutricional** antes y durante el embarazo y durante la lactancia<sup>39</sup>.

En los contextos humanitarios, puede ser particularmente desafiante proporcionar asesoría nutricional cuya cobertura, calidad y equidad sean buenas. Sin embargo, como parte de las intervenciones para el cambio social y de comportamiento más amplias, el uso de un conjunto de enfoques que fortalezcan la asesoría nutricional comienza con una comprensión del contexto, incluidas las barreras y los facilitadores de los servicios de asesoría nutricional, así como la adopción de prácticas nutricionales óptimas. Las consideraciones también deben incluirse en los enfoques que fortalecen y mejoran que se posibilite un ambiente para la asesoría nutricional, el diseño de los servicios de asesoría, las estrategias para fortalecer las plataformas de prestación de servicios y la capacidad del personal de salud y el personal de salud comunitario.

Diseñar intervenciones para el cambio de comportamiento requiere un compromiso de consultar a la población destinataria, entender sus barreras y qué les motiva a cambiar, así como adaptar las intervenciones a los contextos que facilitan el cambio, incluidos el ambiente y las redes sociales. Es importante considerar que la asesoría nutricional debe ir más allá de simplemente proporcionar información; en su lugar, debe brindar herramientas a las mujeres para que tomen decisiones, incluso al enfrentar desafíos.

#### CUADRO 6.

### La educación, la asesoría y el cambio social y de comportamiento en torno a la nutrición<sup>40,41,42</sup>

#### Educación y asesoría nutricional

La educación nutricional presenta información general relacionada con la salud y la nutrición, a menudo, a grupos en las salas de espera en clínicas o en entornos comunitarios.

La asesoría nutricional es una interacción de dos vías mediante la cual un cliente y un asesor capacitado interpretan los resultados de una evaluación nutricional, identifican las necesidades nutricionales individuales y los objetivos, discuten maneras de lograr esos objetivos y acuerdan los próximos pasos.

La educación y la asesoría en torno a la nutrición son estrategias que se utilizan ampliamente para mejorar el estado nutricional de las mujeres durante el embarazo. Estas estrategias se centran principalmente en:

- Promover una dieta saludable al aumentar la diversidad y cantidad de los alimentos que se consumen
- Promover una ganancia de peso adecuada mediante la ingesta energética y proteica suficiente y equilibrada
- Promover el uso consistente y continuo de suplementos de micronutrientes, suplementos alimenticios o alimentos enriquecidos.

#### Cambio social y de comportamiento

El cambio social y de comportamiento se centra fundamentalmente en entender a las personas. Profundiza en las complejidades de cómo y por qué las personas toman decisiones y aprovecha este conocimiento para transformar las normas sociales positivamente y cambiar los comportamientos. Al basarse en las perspectivas de las ciencias sociales y de comportamiento, desempeña un papel crucial en desarrollar políticas y programas, haciéndolos más acorde al comportamiento humano real y el funcionamiento de las sociedades, así como garantizar que estén contextualizados y en sintonía con las comunidades a quienes buscan servir.

---

## 2. Intervenciones nutricionales para mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en entornos humanitarios

Para diseñar e implementar asesoría nutricional eficaz o intervenciones para el cambio social y de comportamiento más amplias, los datos cualitativos deben recopilarse durante las evaluaciones para comprender mejor las realidades que las mujeres viven durante el embarazo y la lactancia, a partir de las limitaciones de los contextos humanitarios. Esto incluye considerar las complejas raíces o las causas subyacentes de sus prácticas nutricionales, la forma en que las personas interactúan o toman decisiones y cómo acercarse a las comunidades y empoderarlas para cocrear soluciones a fin de mejorar su salud, su bienestar y sus comportamientos relacionados con los alimentos. Puede ayudar a enfocarse en acciones pequeñas y factibles que las mujeres y los miembros de su familia puedan tomar, así como acciones concretas para otras personas (p. ej., parejas/esposos, abuelas, etc.) a fin de que apoyen las acciones de las mujeres.

Aunque el tiempo puede ser limitado y la oportunidad para las actividades de educación y asesoría en torno a la nutrición en entornos humanitarios, la asesoría y el apoyo son aún más cruciales en situaciones en las que las estructuras de servicios y de apoyo normales han sido interrumpidas. Cuando sea posible, se debe intentar ofrecer espacios donde las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia puedan discutir sus preocupaciones y recibir asesoría y apoyo para mejorar su nutrición y bienestar. Estos espacios podrían ser espacios integrados con objetivos múltiples; por ejemplo, espacios de apoyo para la alimentación de lactantes y niños pequeños<sup>43</sup> (áreas para madres y lactantes, espacios para la alimentación de lactantes y niños pequeños, etc.) o centros con servicios múltiples (p. ej., puntos azules), donde se puedan abordar la asesoría y otras necesidades prioritarias. La asesoría nutricional debe estar integrada en otros servicios de salud de apoyo, incluidos los cuidados psicosociales y el apoyo contra la VG, cuando estén presentes.



### Recomendaciones:

- Incluir la educación y la asesoría nutricionales durante el embarazo y la lactancia como una intervención nutricional básica en cada respuesta humanitaria y asegurar que se priorice desde el principio.
- Asegurar la supervisión periódica para apoyar a la comunidad y al personal de salud ubicado en los establecimientos en la facilitación de educación y asesoría nutricionales de calidad.
- Integrar los enfoques de cambio social y de comportamiento que buscan mejorar la nutrición de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en la acción a nivel comunitario en los contextos humanitarios.
- Considerar enfoques alternativos para proporcionar asesoría y consejos cuando las restricciones de movilidad interrumpen los servicios rutinarios.
- Brindar espacios seguros para las mujeres y las adolescentes a fin de discutir las preocupaciones y recibir asesoría nutricional y apoyo al bienestar durante el embarazo y la lactancia.

## INTERVENCIÓN 2.5

### Protección social sensible a la nutrición: Los programas de asistencia sensibles a la nutrición, incluida la ayuda alimentaria o transferencias (efectivo o cupones)

Las mujeres y adolescentes son especialmente vulnerables a los impactos negativos de la inseguridad alimentaria<sup>44</sup> debido al aumento de los requisitos nutricionales durante el embarazo<sup>45</sup> y la lactancia<sup>46</sup>. La inseguridad alimentaria puede ser un factor de riesgo para la depresión, ansiedad, estrés y las dietas de calidad deficiente durante el embarazo, así como la interrupción de la lactancia. También aumenta la vulnerabilidad física y psicosocial de las mujeres y las adolescentes embarazadas y el posparto durante estos periodos<sup>47</sup>. Es importante abordar la inseguridad alimentaria en el hogar para garantizar que se cubren los requisitos nutricionales de las mujeres; por ejemplo, en hogares con una mayor seguridad alimentaria, es menos probable que se comparta algún suplemento destinado a las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia con otros miembros del hogar. La evidencia demuestra que el impacto nutricional es mayor cuando las transferencias monetarias y otras formas de asistencia se entregan de manera predecible, regular y oportuna<sup>48</sup>.

Existe evidencia clara de los impactos positivos de los programas de asistencia social sensibles a la nutrición —como la ayuda alimentaria y la asistencia en efectivo/cupones— en los resultados relacionados con la dieta materna. Sin embargo, la evidencia sobre cómo pueden generar mejoras en los resultados nutricionales maternos aún no es clara.

Las intervenciones de programas de asistencia social tienen mayor probabilidad de mejorar la nutrición materna cuando incluyen un sólido componente de cambio social y de comportamiento. Incluir a las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en las intervenciones humanitarias de asistencia en efectivo/cupones probablemente aumente su acceso a los servicios y mejore la calidad de sus dietas mediante la mejora de su poder adquisitivo. Es importante fomentar los vínculos entre los programas de asistencia social y otros programas específicos de salud y nutrición, como la gestión de la desnutrición aguda y la provisión de suplementos de micronutrientes para proteger el estado nutricional de forma integral. La transferencia proporcionada mediante la asistencia social puede aumentar el consumo de una dieta más nutritiva, pero para asegurar las mejoras en el acceso, la asequibilidad, disponibilidad y estabilidad de alimentos nutritivos, es necesario que se formen vínculos con actividades en torno al sistema de alimentos. Por ejemplo, con programas agrícolas para mejorar la disponibilidad de alimentos nutritivos o los esfuerzos nacionales para el enriquecimiento de los alimentos.



### Recomendaciones:

- Los programas de asistencia social pueden diseñarse deliberadamente para abordar la nutrición materna, con actividades adaptadas para lograr este objetivo.
- El diseño de la respuesta nutricional y las estrategias de implementación deben incluir enlaces con programas de asistencia social relevantes y apropiados para el contexto, cuando estén disponibles.
- Al establecer a quién están destinados los programas de asistencia social, se debe considerar incluir a las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia de hogares vulnerables (con apoyo “adicional” que continúe hasta que sus hijos tengan 2 años de edad).
- Las transferencias deben diseñarse para promover el acceso a una dieta de calidad. Esto podría incluir complementar la transferencia al hogar con suplementos individuales diseñados específicamente para el embarazo y la lactancia, en forma de asistencia en efectivo o ayuda en especie, incluida la provisión de EPE, cuando sea apropiado.

**2. Intervenciones nutricionales para mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en entornos humanitarios**

**INTERVENCIÓN 2.6**

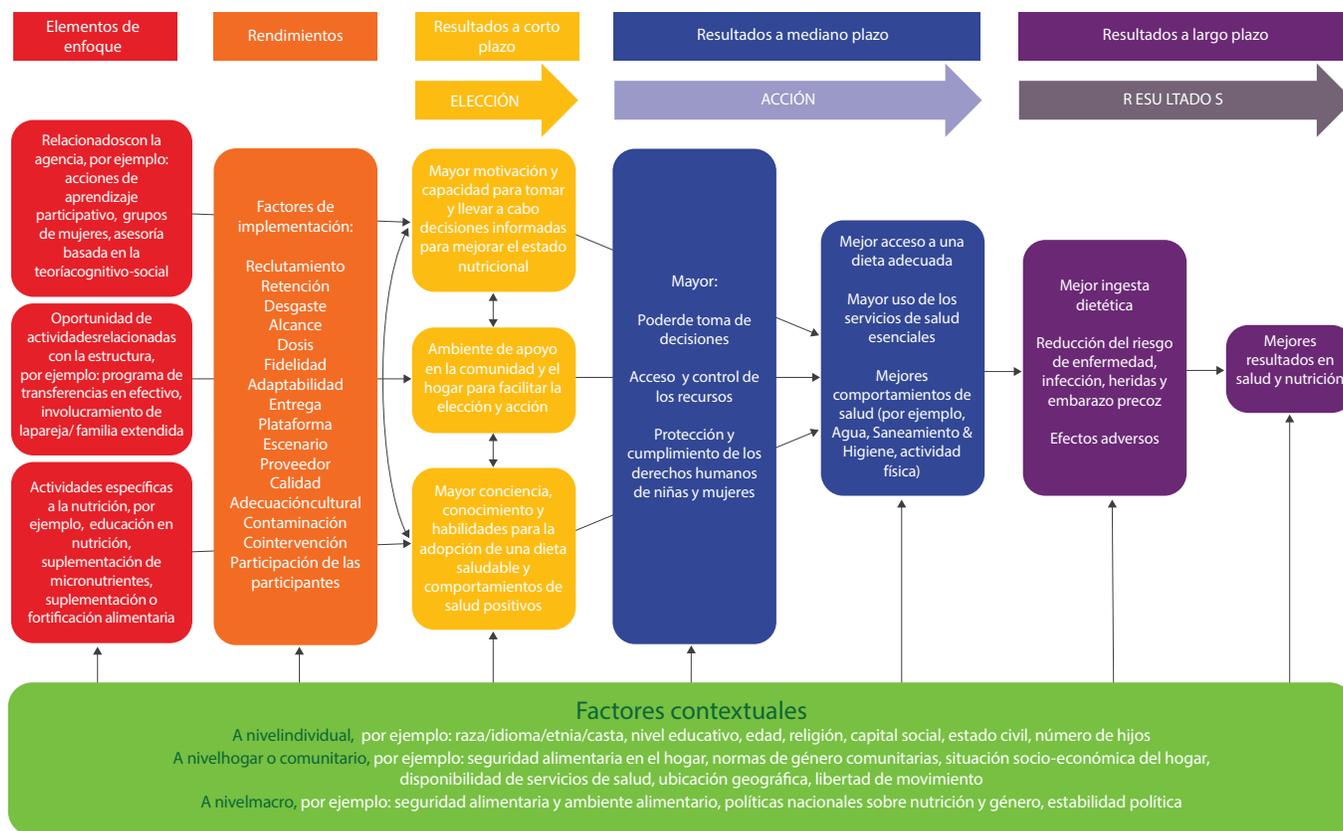
**Empoderamiento de las mujeres y programación de género transformadora**

Promover el empoderamiento de las mujeres, niñas y personas con diversas identidades de género es un aspecto fundamental de la programación de género transformadora. Una definición útil del empoderamiento es “la ampliación de la capacidad de las personas para tomar decisiones estratégicas en su vida en un contexto donde esta capacidad se les ha negado previamente”<sup>49</sup>.

La Figura 3 ilustra cómo los enfoques que fomentan el empoderamiento de las mujeres pueden generar mejores resultados nutricionales para las mujeres<sup>50</sup>. La primera columna, “elementos del enfoque”, describe los ingredientes necesarios para lograr estos resultados. Las intervenciones nutricionales deben diseñarse para fomentar la agencia y apoyar las oportunidades para las mujeres, con el fin de asegurar el máximo beneficio. Si falta alguna de estas, es probable que las mejoras en los resultados nutricionales sean limitadas. Los factores contextuales transversales incluyen importantes entornos

culturales, políticos y legales que a menudo restringen el empoderamiento de las mujeres en muchos contextos y que necesitarán abordarse simultáneamente.

Aunque las emergencias de aparición repentina pueden no ser el momento ideal para iniciar actividades aisladas de empoderamiento, es importante asegurar que las intervenciones nutricionales multisectoriales descritas antes (es decir, aquellas relacionadas con el agua y saneamiento, salud, alimentos) respondan al género y sean inclusivas en cuanto su diseño para cubrir las necesidades únicas de las mujeres y las adolescentes y garantizar que se beneficien de las actividades del programa por igual. Además, la interrupción de los sistemas, procesos y convenciones en los entornos humanitarios puede presentar nuevas oportunidades para una programación de género transformadora que aborde las normas y roles de género subyacentes en el hogar. La decisión de que las adolescentes y las mujeres participen significativamente en la toma de decisiones relativa a la programación, la mitigación de riesgos y las asociaciones también puede ayudar a promover el liderazgo y la resiliencia de las adolescentes y las mujeres.



**FIGURA 3. Modelo lógico: Intervenciones nutricionales basadas en el empoderamiento para mejorar el estado nutricional de las mujeres**

Fuente: Riddle, A. et al. (2021). PROTOCOL: The effects of empowerment-based nutrition interventions on the nutritional status of women of reproductive age in low- and middle-income countries. *Campbell Systematic Review*, 17(3).

Hay varias herramientas que se desarrollaron para medir el empoderamiento, la agencia y la inclusión de las mujeres, así como identificar las barreras que deben abordarse. Véase la sección 3 en la [revisión de la evidencia](#) para obtener una lista de estas herramientas.

**CUADRO 7.**

**Enfoques de género transformadores**

Un enfoque de género transformador puede ayudar a promover la igualdad de género al:

- Fomentar un examen crítico de las desigualdades los roles de género, las normas y las dinámicas de poder
- Reconocer y fortalecer las normas positivas que apoyan la igualdad y un entorno propicio
- Promover la posición relativa de las mujeres, niñas y los grupos marginados
- Desafiar y transformar las estructuras, políticas y sistemas subyacentes y las normas sociales ampliamente aceptadas que perpetúan y legitiman las desigualdades de género.

que es esencial progresar en la acción humanitaria con perspectiva de género y de que deben considerarse los enfoques de género transformadores en entornos humanitarios, cuando sea posible (Figura 4). En la comunidad nutricional, existe un creciente reconocimiento de que los enfoques basados en el género no solo se enfocan en las adolescentes y las mujeres, sino que también buscan examinar y cambiar las normas, los roles y las responsabilidades para los niños y los hombres y abordar las causas fundamentales estructurales y sociales de la desigualdad de género.

El [Marco de género transformador para la nutrición](#)<sup>51</sup> es otra herramienta de referencia que ofrece un marco para mejorar el análisis de género, el diseño de soluciones y el monitoreo y evaluación de los enfoques nutricionales, así como las intervenciones que promueven el empoderamiento de las adolescentes y las mujeres. El [Marcador de género con edad del Comité Permanente Interinstitucional \(IASC\)](#)<sup>52</sup> tiene una hoja de consejos específica para la nutrición que proporciona ejemplos de una buena programación para la igualdad de género en la nutrición.

Últimamente, ha habido un mayor reconocimiento de

UNICEF utiliza la herramienta de diagnóstico del espectro de género para evaluar la efectividad del desarrollo o intervención humanitaria al lidiar con la desigualdad de género en el diseño, implementación, monitoreo o evaluación del programa

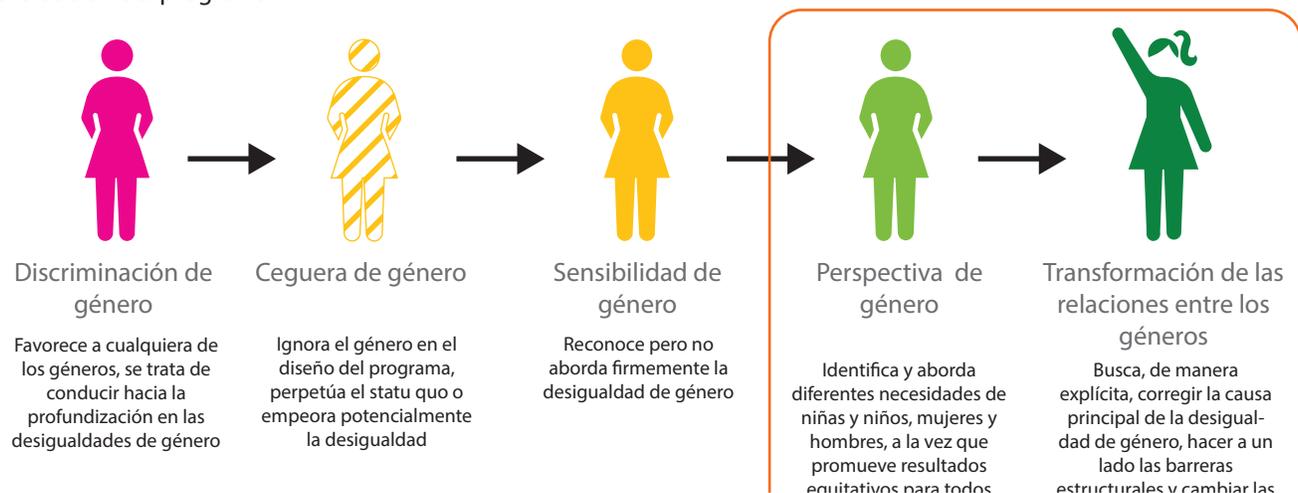


FIGURA 4. Continuum de género y acción humanitaria



### Recomendaciones:

- Las intervenciones nutricionales en los entornos humanitarios deben buscar fomentar la agencia de las mujeres, así como apoyar las oportunidades nuevas y existentes para las adolescentes y las mujeres, para asegurar el máximo beneficio.
- Las intervenciones multisectoriales deben diseñarse con perspectiva de género, como mínimo. Cuando sea posible, se deben considerar las intervenciones de género transformadoras.
- El diseño del programa debe considerar las preocupaciones o sugerencias de las propias mujeres y adolescentes.
- Los enfoques de género deben considerar los roles y responsabilidades de los hombres y los niños, así como los de las adolescentes y las mujeres.

CUADRO 8.

### El sobrepeso y la obesidad en las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia<sup>53,54,55</sup>



El enfoque de esta orientación es proteger a las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia de la desnutrición y deficiencias de micronutrientes en los contextos humanitarios. Sin embargo, muchos países de bajos y medianos ingresos ahora experimentan altos niveles de sobrepeso y obesidad que generalmente afectan más a las mujeres que a los hombres, debido a entornos alimentarios poco saludables y poco regulados, los bajos niveles de actividad física, las circunstancias económicas restringidas y los factores socioculturales o una combinación de estos.

Durante el embarazo y la lactancia de forma particular, el riesgo de morbilidad y complicaciones asociadas aumenta en las mujeres y las adolescentes, como la diabetes gestacional, la hipertensión relacionada con el embarazo y los partos por cesárea, así como la retención de peso posparto, la obesidad y las enfermedades no transmisibles en la vejez.

Los países experimentan una crisis humanitaria también podrían tener una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en las mujeres y las adolescentes que están embarazadas o en periodo de lactancia. Esto podría necesitar respuestas diferentes/alteradas a la crisis.

En estos contextos, es esencial asegurar que existen políticas y regulaciones, como aquellas que:

1. Regulan la ayuda alimentaria para asegurar que los programas de ayuda alimentaria/asistencia en efectivo/cupones excluyen los alimentos y bebidas ultraprocesados altos en grasa, azúcar y sal.
2. Consideran el entorno alimentario existente, lo que incluye proporcionar protección de la mercadotecnia de bebidas y alimentos no saludables o establecer estándares para lo que puede venderse cerca de las áreas donde viven las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia, como en campamentos para personas refugiadas o desplazadas internamente.
3. Incluyen intervenciones de cambio social y de comportamiento que apoyen las políticas y la regulación para abordar el sobrepeso y la obesidad en un entorno determinado.

# 3. Planificación de la respuesta basada en el escenario

Esta sección describe las intervenciones nutricionales recomendadas para las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en los contextos humanitarios (Figura 5).

Considerando el amplio rango de las situaciones humanitarias, la Figura 5 orienta a los practicantes al ilustrar una variedad de escenarios (con base en los niveles de

vulnerabilidad nutricional existentes) y el nivel en el que estas intervenciones se facilitan en la población (es decir, en lo individual, en el hogar y en la comunidad).

El nivel de la vulnerabilidad nutricional se evalúa a partir de la prevalencia de un PB bajo (<23 cm) en las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia<sup>a</sup>. Cuando estos datos no estén disponibles, se deben considerar otros datos, como una clasificación de gravedad de CIF de malnutrición aguda

FIGURA 5. Resumen de las intervenciones recomendadas a nivel individual, del hogar y comunitario con base en el contexto nutricional subyacente.

Nivel de población de vulnerabilidad nutricional	Alto (cumple 1 o más de estos criterios)	Medio (cumple 1 o más de estos criterios)	Bajo (cumple 1 o más de estos criterios)
 <b>Individual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mujeres embarazadas y en periodo de lactancia baja PB <math>\geq 40\%</math></li> <li>IMC &lt;18,5 kg/m<sup>2</sup> entre mujeres de edad reproductiva <math>\geq 40\%</math></li> <li>CIF de desnutrición aguda 4-5</li> <li>CIF de inseguridad alimentaria aguda (IAA) 4-5</li> <li>Prevalencia de MAG <math>\geq 15\%</math> en niños 6-59 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mujeres embarazadas y en periodo de lactancia bajo PB <math>\geq 20-39\%</math></li> <li>IMC &lt;18,5 kg/m<sup>2</sup> entre mujeres de edad reproductiva <math>\geq 20-39\%</math></li> <li>CIF de desnutrición aguda 2 o 3</li> <li>CIF de inseguridad alimentaria aguda 3</li> <li>Prevalencia de MAG <math>\geq 10-15\%</math> en niños 6-59 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mujeres embarazadas y en periodo de lactancia bajo PB &lt;20%</li> <li>IMC &lt;18,5 kg/m<sup>2</sup> entre mujeres de edad reproductiva &lt;20%</li> <li>Prevalencia de MAG 0-9% m2 en niños 6-59 meses</li> </ul>
 <b>Hogar</b>	Detección sistemática del PB Suplementación de proteínaenergética para todas las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia SMM/HAF Asesoría de nutrición	Detección sistemática del PB Energía y proteínas equilibradas dirigidas (PB <23 cm y todos los PBG <19 años) SMM/HAF Asesoría de nutrición	SMM/HAF Asesoría de nutrición
 <b>Comunidad</b>	Cambio de comportamiento social Empoderamiento de las mujeres	Cambio de comportamiento social Empoderamiento de las mujeres	Cambio de comportamiento social Empoderamiento de las mujeres

**Energía y proteínas equilibradas:** Proteína de energía equilibrada; **IMC:** índice de masa corporal; **MAG:** malnutrición Aguda Global; **HAF:** hierro y Ácido Fólico; **CIF:** clasificación integrada por fases de seguridad alimentaria; **SMM:** suplementos de micronutrientes múltiples; **PB:** perímetro braquial

a Al considerar el riesgo a nivel de población, de acuerdo con la OMS, para las mujeres debajo del peso normal evaluadas por un IMC bajo (kg/m<sup>2</sup>) una prevalencia de 20-39% se considera alta y 40% o mayor se considera una prevalencia muy alta. Aunque estas directrices abordan a las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en lugar de la población de mujeres en general, estos umbrales se aplicaron al PB como una herramienta recomendada para el examen de detección y destinar la suplementación con macronutrientes en esta población en los entornos humanitarios.

### 3. Planificación de la respuesta basada en el escenario

y de CIF de inseguridad alimentaria aguda o la prevalencia de malnutrición aguda global (Figura 5), además de otras consideraciones contextuales que impactan la nutrición, como brotes de enfermedades o desplazamientos de la población. Realizar un análisis de la situación nutricional, como se describe en la sección 1, ayudará a los practicantes a unir los distintos factores que podrían contribuir a la vulnerabilidad nutricional en las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia.

En la mayoría de los contextos, es poco probable que la gravedad de la situación se adapte idóneamente a una gravedad alta, media o baja, por ello es necesaria una “mejor estimación”. Como tal, los socios deben unirse para discutir la evidencia disponible y determinar el nivel de vulnerabilidad de la población lo mejor que puedan.

Las diferencias en las intervenciones recomendadas entre los tres contextos de vulnerabilidad nutricional son:

1. Ya sea que los suplementos EPE se recomienden para todas las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia (alta) o que solo se destine para aquellas con un PB bajo (media) o que no se proporcione en absoluto (baja) y
2. Ya sea que se recomiende ayuda alimentaria o transferencias monetarias para el hogar (únicamente alta y media).

Se deben implementar todas las otras intervenciones en los tres niveles diferentes (individual, hogar y comunidad), sin importar la vulnerabilidad nutricional existente en la población.

Estas directrices reconocen la amplia variedad de contextos de emergencia que los practicantes enfrentan y ofrecen algunas consideraciones para implementar las intervenciones para las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en cuatro diferentes contextos de respuesta: complejo, prolongado, transitorio y emergencias de salud pública .



<p><b>Contexto complejo:</b> cuando ha ocurrido una situación humanitaria aguda y múltiples sistemas se han visto interrumpidos. Podría haber conflicto, desplazamiento, interrupción de la disponibilidad y el acceso a los servicios básicos. En este contexto, se asume que acceso a los cuidados prenatales y otros servicios maternos se interrumpieron o son muy limitados.</p>	<p><b>Consideraciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si el cuidado prenatal y el acceso a la atención de salud básica en sitios estáticos se ve interrumpido, se deben explorar formas alternativas para llegar a las mujeres y las adolescentes, como equipos móviles de salud y nutrición. Considerar cómo fortalecer los equipos móviles para facilitar el paquete de intervenciones.</li><li>• Debe adaptarse la programación de suplementación de HAF/SMM de acuerdo con el contexto. En algunos contextos complejos, podría ser preferible una provisión de tres meses (o de seis meses) a una de un mes, para asegurar que la población reciba las cantidades recomendadas.</li><li>• Podría organizarse la distribución de ayuda alimentaria de carácter general y otras distribuciones para llegar a las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia, en particular con EPE, cuando se indique.</li><li>• En el contexto de un conflicto y desplazamiento, el apoyo contra la VG y el acoso psicosocial será esencial. Priorizar el establecimiento de lugares seguros y derivaciones a servicios de protección y otros servicios, cuando estén disponibles.</li><li>• La educación y la asesoría nutricionales deben adaptarse al contexto específico de seguridad alimentaria y al nivel de estrés que la población enfrenta. En algunos contextos, la asesoría necesitará estar enfocada en apoyar a las mujeres y las adolescentes para que cubran sus necesidades básicas de seguridad y apoyo vital.</li><li>• Es probable que la recopilación de datos rutinaria sea muy difícil, así que, cuando sea posible, incluir a las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en el examen de detección del PB cuando se registre el PB de los niños y niñas.</li></ul>
<p><b>Contexto prolongado:</b> cuando una situación humanitaria ya no es aguda y ya se establecieron los campamentos y asentamientos. Se cuenta con servicios de respuesta de salud y nutrición por lo menos a un nivel mínimo.</p>	<p><b>Consideraciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Esta situación ofrece la mejor oportunidad para implementar el paquete completo de intervenciones, incluidos la EPE específicas, si se indican.</li><li>• Enfocarse en el vínculo con otras respuestas sectoriales (referirse a la Tabla 4, página 17) y asegurar la coordinación eficaz entre los distintos servicios.</li><li>• Considerar como un enfoque que fortalezca los sistemas puede aplicarse en la prestación de todos los servicios (véase la sección 2).</li><li>• Considerar como se puede fortalecer el apoyo a las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en todos los servicios para la emaciación infantil y la nutrición de lactantes y niñas y niños pequeños, como aumentar el acceso a la asesoría, las derivaciones, la mitigación del riesgo de VG, etc.</li><li>• Abogar por vínculos sólidos con cualquier programación de asistencia en social, incluida la asistencia en efectivo.</li><li>• En todos los sectores, abogar y coordinar la inclusión de indicadores para mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en las encuestas y evaluaciones rutinarias, así como asegurar que la población se vea reflejada en cualquier actualización del análisis de la situación nutricional.</li></ul>

### Contexto transitorio en países con ingresos medios o altos:

generalmente un situación aguda, en la que la población, incluidas las adolescentes y las mujeres, se desplaza. La característica particular de esta plataforma de respuesta es el corto tiempo de contacto en los distintos puntos de tránsito y el acceso nulo o limitado a los servicios rutinarios. Los contextos de tránsito pueden ser caóticos y altamente desafiantes, especialmente al inicio y durante las primeras semanas de una crisis.

### Consideraciones

- La consideración primaria en cómo utilizar el corto tiempo de contacto para proporcionar el apoyo más esencial, especialmente si se considera que es más probable que las mujeres se encuentren bajo un estrés considerable durante su camino, en particular aquellas que están embarazadas o tienen niñas y niños a su cuidado.
- Cuando sea posible, integrar y posicionar el apoyo para las mujeres y niñas embarazadas y en periodo de lactancia en ubicaciones en donde buscan apoyo y servicios para sus hijos e hijas.
- Preguntar a las adolescentes y las mujeres qué es lo que más necesitan en ese momento de su camino. Esto puede informar el paquete para el apoyo y podría recaer fuera de las intervenciones descritas anteriormente. Por ejemplo, un espacio seguro podría incluir té caliente, aperitivos, acceso a estaciones de carga, asesoría, derivaciones e información sobre qué servicios están disponibles más adelante en su camino.
- Los sitios de tránsito pueden estar llenos de diferentes personas participantes y voluntarias proporcionando servicios y asistencia. La coordinación eficaz es esencial para maximizar el apoyo y evitar la duplicación en la respuesta.
- El examen de detección para el PB no se está indicado en los entornos de ingresos medios o altos, puesto que se asume que es un contexto con baja vulnerabilidad nutricional. Cualquier dato recopilado debe enfocarse en la información cualitativa sobre las necesidades de las mujeres y las adolescentes.

### Crisis de salud pública:

generalmente, una situación aguda que involucra el brote de una enfermedad o epidemia, lo que restringe gravemente o incluso desborda los servicios de salud y nutrición existentes. Dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, el personal de salud y nutrición puede verse afectado, lo que compromete su capacidad para responder. Las diferentes enfermedades tendrán distintos efectos en el estado nutricional. En los contextos con vulnerabilidad nutricional alta o media, las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia podrían verse rápidamente afectadas y experimentar estados y resultados nutricionales que se deterioran.

### Consideraciones

- Es probable que existan limitaciones operativas importantes para facilitar eficazmente una respuesta apropiada para las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia, por ello se requiere una evaluación cuidadosa de las oportunidades de facilitación, adaptada al contexto.
- Cuando se admiten a las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en un establecimiento para su tratamiento, considerar si existe acceso a alimentos nutritivos y adecuados y si se requieren suplementación para evitar la pérdida de peso y el deterioro nutricional.
- En las situaciones que requieran de cuarentena, considerar cómo esto afecta la capacidad de las mujeres para cuidar de sí mismas, de su familia y cubrir sus necesidades básicas. En este caso, podría requerirse una contextualización altamente específica.
- En las crisis de salud pública, cuando una mujer o adolescente en periodo de lactancia está enferma, es probable que su apetito se vea afectado y que haya un marcado aumento en su vulnerabilidad nutricional, en particular si la enfermedad es prolongada.
- Se debe vincular la salud mental y el apoyo psicosocial a la respuesta nutricional.
- A menos que haya una razón clínica específica, no se debe separar a los lactantes y las niñas y niños pequeños de sus madres.
- La orientación para la respuesta a la crisis de salud pública generalmente se enfoca en (1) los resultados de las mujeres embarazadas en los lactantes o (2) las prácticas de la madre al alimentar al lactante (p. ej., apoyo a la lactancia continuo) y omite acciones para apoyar las necesidades de la madre. Al aplicar otras directrices, considerar cómo las necesidades de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia pueden considerarse de una manera significativa.

# 4. Monitoreo y aprendizaje

El monitoreo y el aprendizaje son aspectos críticos de la programación. Estos procesos pueden ser útiles para:

- Dar seguimiento al progreso hacia los objetivos y determinar si se alcanzarán los objetivos y metas como se planearon.
- Evaluar el desempeño del programa, identificar obstáculos y desafíos y ayudar a identificar dónde se necesitan los ajustes.
- Proporcionar retroalimentación al gobierno y los socios relevantes.
- Entender la eficacia y la eficiencia de las intervenciones.
- Tomar decisiones sobre cuándo finalizar las intervenciones.

La administración simple y los sistemas de información pueden reducir la carga en el personal del programa, mientras se ofrece información útil y suficiente para garantizar la eficacia del programa. Por lo tanto, se recomienda que los practicantes consideren claramente la información que recopilan y que se utilizará para informar y mejorar el desempeño del programa.

## 4.1 Monitoreo

La Tabla 5 a continuación proporciona ejemplos de información del monitoreo del programa que podría recopilarse, para cada una de las cinco áreas de intervención descritas anteriormente en estas directrices. El GNC recopiló una lista exhaustiva de **indicadores**<sup>56</sup> que podría ser una referencia útil para los indicadores adicionales. Cuando sea posible, se aconseja el desglose entre las mujeres embarazadas y las mujeres en periodo de lactancia, así como las adolescente y niñas.

TABLA 5. Intervenciones e indicadores de ejemplo para el monitoreo

Área de intervención	Intervención	Ejemplo de indicadores para el monitoreo
<b>General</b>		<input type="checkbox"/> La existencia de un documento de política/directrices para las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en entornos humanitarios (sí/no) <b>Indicadores de ejemplo que puedan incluirse en la política/directrices nacionales</b> <input type="checkbox"/> # de mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia examinadas por bajo peso <input type="checkbox"/> Establecimiento de criterios de entrada y salida para las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia (sí/no) <input type="checkbox"/> Definición del paquete de intervenciones para mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia (sí/no)
<b>Suplementación con macronutrientes</b>	Suplementos EPE	<input type="checkbox"/> # de mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia que reciben suplementos EPE <input type="checkbox"/> Proporción de mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia que reciben suplementos EPE
<b>Suplementación con micronutrientes</b>	Programación de HAF/SMM	<input type="checkbox"/> # de mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia que reciben suplementos de HAF o SMM durante más de 90 días (desglosado entre HAF y SMM, cuando sea posible) <input type="checkbox"/> Proporción de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia que reciben suplementos de HAF o SMM durante más de 90 días (desglosada entre HAF y SMM, cuando sea posible)
	Suplementación con calcio	<input type="checkbox"/> # de mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia que recibieron la cantidad recomendada de suplementos de calcio en su embarazo <input type="checkbox"/> Proporción de mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia que recibieron la cantidad recomendada de suplementos de calcio en su embarazo

4. Monitoreo y aprendizaje

Área de intervención	Intervención	Ejemplo de indicadores para el monitoreo
<b>Suplementación con micronutrientes (cont.)</b>	Suplementación con vitamina A	<input type="checkbox"/> # de mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia que recibieron suplementos de vitamina A <input type="checkbox"/> Proporción de mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia que recibieron suplementos de vitamina A
	Profilaxis de desparasitación	<input type="checkbox"/> # de mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia que recibieron medicamentos antiparasitarios <input type="checkbox"/> Proporción de mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia que recibieron medicamentos antiparasitarios
<b>Educación y asesoría nutricional</b>	Asesoría nutricional	<input type="checkbox"/> # de contactos en los que las adolescentes y las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia recibieron asesoría nutricional sobre alimentación saludable, actividad física, descanso y la ganancia de peso apropiada durante el embarazo <input type="checkbox"/> Proporción de los contactos de cuidados prenatales en un establecimiento en los que las adolescentes y las mujeres embarazadas recibieron asesoría nutricional sobre alimentación saludable, actividad física y la ganancia de peso apropiada durante el embarazo <input type="checkbox"/> # de espacios seguros establecidos para mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia
<b>Protección social</b>	Las transferencias sociales para las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia (asistencia en efectivo, cupones, alimentos)	<input type="checkbox"/> # de mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia destinatarias que reciben transferencias sociales <input type="checkbox"/> Proporción de mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia destinatarias que reciben transferencias sociales
<b>Empoderamiento y programación con perspectiva de género y transformadora</b>	Todas las intervenciones	<input type="checkbox"/> # de intervenciones que consideraron acciones con perspectiva de género en su diseño <input type="checkbox"/> # de intervenciones que consideraron acciones de género transformadoras en su diseño <input type="checkbox"/> # de intervenciones que recopilaron datos desglosados por sexo y edad

CUADRO 9.



### Normas mínimas de Esfera

Las normas mínimas de Esfera están basadas en la Carta Humanitaria, que describe los principios éticos y legales que inspiraron el proyecto Esfera. Fundado en 1997, Esfera busca mejorar la calidad y la rendición de cuentas de la asistencia humanitaria en cuatro sectores principales que salvan vidas: agua, saneamiento e higiene; seguridad alimentaria y nutrición; albergue y asentamiento, y salud. Sus normas mínimas e indicadores, que pueden utilizarse para dar seguimiento al progreso, se describen en el Manual Esfera, que se actualiza de forma regular y refleja el compromiso de Esfera con una respuesta humanitaria basada en los derechos y principios. Se basa en el respeto fundamental del derecho de las personas a estar completamente involucradas en las decisiones en torno a su recuperación.

El Manual está disponible en línea en [inglés](#), [francés](#), [español](#) y [árabe](#).

Las recomendaciones específicas pertinentes para la nutrición de las mujeres se detallan en el Anexo 3.

## 4.2 Aprendizaje

Como se describió anteriormente en cada una de las secciones de esta orientación, existen amplias brechas en nuestra comprensión de cómo evaluar e identificar con precisión la desnutrición en mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia. Sin la inclusión rutinaria de análisis situacionales nutricionales, las necesidades de esta población continuarán estando excluidas de la planificación, el financiamiento y la respuesta programática apropiada. Por lo tanto, es esencial no incluir solamente a las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia cualquier evaluación nutricional que se realice en su zona, sino también invertir en documentar la práctica, a fin de ayudar con la generación de conocimiento y el aprendizaje. Se describe un resumen de las brechas clave en la investigación en el Cuadro 10.

CUADRO 10.



### Brechas en la investigación en torno a las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia, pertinentes para la programación humanitaria

- Evidencia sobre la salud y el estado nutricional de las mujeres como resultados de las intervenciones [en contraste con los resultados de lactantes/niñas y niños (p. ej., bajo peso al nacer)]
- Investigación que examina los resultados de la intervención en torno al estado nutricional de las mujeres (p. ej., PB, peso o IMC) o anemia.
- Evidencia proveniente de los contextos humanitarios; un conjunto de evidencia en torno a “lo que funciona” en las situaciones humanitarias.
- Estudios que siguen el diseño y la modalidad comparables/estándar (incluidos los tamaños de las raciones cuando se proporcionen suplementos) de manera que los resultados puedan compararse y contrastarse y que los estudios puedan contribuir a un conjunto de evidencia. Actualmente, la heterogeneidad entre los estudios dificulta extraer conclusiones convincentes.
- Estudios o análisis individuales de adolescentes embarazadas versus mujeres embarazadas.
- Estudios específicos para mujeres en periodo de lactancia.
- Estudios que examinan cómo se pueden amplificar los resultados al implementar un paquete de intervenciones destinadas a las comunidades, así como a hogares y a individuos.

# 5. Consideraciones importantes para la programación

## 5.1 Preparación

La preparación es esencial para promover una respuesta nutricional oportuna, eficaz y eficiente. Cuando hay un grupo temático/sector para la nutrición a nivel de país, también es probable que haya un plan de preparación y respuesta de emergencia (PRE), desarrollado en colaboración con el gobierno y los socios.

En los países donde no hay un grupo temático/sector, los practicantes deben investigar dónde se apoyan los procesos para planificar la preparación ante emergencias. Este puede ser el Ministerio de Salud, la autoridad nacional para la Gestión de Desastres o una entidad equivalente.

El GNC desarrolló una caja de herramientas que detalla un [proceso de PRE](#) para apoyar los grupos temáticos/sectores para la nutrición en el desarrollo de un plan de PRE viable. Esto incluye ocho pasos, desde el análisis de riesgos y el monitoreo hasta las disposiciones operativas y acciones para la preparación.

Es importante considerar e incluir a las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia en todo el proceso estructurado de PRE. Los pasos clave en los que es importante tener en cuenta estas necesidades especiales incluyen:

### **Definición del escenario:**

- Anticipar la secuencia probable de eventos tras un impacto previsible que impactará/afectará negativamente a las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia (p. ej., el desplazamiento de la población durante el que podría cambiar el poder de la toma de decisiones, el acceso a los mercados podría cambiar o el acceso y la demanda de servicios de salud y nutrición podrían verse afectados).

### **Análisis de la respuesta y diseño de la respuesta:**

- Mapear las vulnerabilidades nutricionales con un enfoque en las adolescentes y las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, incluyendo los riesgos de desastres, para identificar las zonas de mayor vulnerabilidad.
- Garantizar que se consideren las necesidades de esta población (véase la sección 1) mediante la revisión de la información secundaria y la triangulación de datos de diferentes fuentes.

- Garantizar que los datos estén desglosados por sexo y edad para el mapeo de las vulnerabilidades nutricionales, para las personas en necesidad y los cálculos de las cifras destinatarias, además de cualquier metodología para la priorización (de acuerdo con el RNH/PRH).
- Consultar a las mujeres y las adolescentes sobre las modalidades de asistencia preferidas (basada en servicios, en especie o en efectivo/cupones).
- Considerar los riesgos de la evaluación asociados con la VG y la seguridad física al acceder a los servicios y la asistencia humanitaria.
- Garantizar que el personal nutricionista y de primera respuesta estén sensibilizados, como parte de los planes de desarrollo de capacidades, sobre cómo recibir divulgaciones de VG de manera segura y brindando apoyo, además de que puedan proporcionar información actualizada sobre servicios relativos a la VG (es decir, el uso de vías de derivación).

### **Planificar las disposiciones operativas para coordinar y facilitar la respuesta:**

- Garantizar que las directrices, protocolos y materiales de capacitación necesarios<sup>a</sup> estén disponibles para orientar una respuesta para las necesidades identificadas.
- Identificar dónde existen brechas de capacidades en la programación para mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia e informar un plan de fortalecimiento de capacidades.
- Garantizar que las metodologías y herramientas de evaluación incluyan una evaluación de las necesidades de las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia, y que estas necesidades se aborden en estrategias y actividades de promoción nutricional.
- Mapear los suministros y existencias necesarias e identificar y acelerar los procedimientos para adquisiciones y la entrega.
- Buscar la participación de las organizaciones lideradas por mujeres/de los derechos de las mujeres en todos los pasos de la planificación de la PRE. En la fase de preparación, identificar y desarrollar asociaciones con la sociedad civil y las organizaciones lideradas por mujeres.

<sup>a</sup> Se ofrece un breve [curso de capacitación sobre nutrición materna](#) en Agora.

CUADRO 11.



### Cómo acceder al apoyo técnico del GNC

Si surgen preguntas técnicas relacionadas con la preparación o en cualquier fase de una respuesta nutricional, se puede contactar al Clúster Mundial de Nutrición mediante la [página web del GNC](#).

## 5.2 Promoción

Es fundamental mejorar el estado de la nutrición materna para que las familias y las comunidades sean saludables y fuertes. También es útil para que los países desarrollen su capital humano y se vuelvan autosuficientes económicamente. Históricamente, los esfuerzos colectivos de los sectores globales humanitarios y de desarrollo se han dirigido en su mayoría a la nutrición infantil. Sin embargo, en los entornos humanitarios, las mujeres y las adolescentes suelen llevar la carga más pesada de la crisis, con graves impactos en su propio estado nutricional así como en su capacidad para apoyar embarazos saludables y mantener prácticas óptimas de alimentación infantil y roles de cuidado. Los hogares encabezados por mujeres con frecuencia son particularmente vulnerables.

Como se menciona a lo largo de este documento de directrices, es imperativo que las necesidades de las adolescentes y las mujeres vulnerables, en especial de quienes están embarazadas o en periodo de lactancia, se evalúen apropiadamente. Sin una clara comprensión de cuáles son sus necesidades, es poco probable que estas se incluyan subsecuentemente en la planificación y la prestación del servicio. Es esencial que el mensaje de promoción sea consistente, dirigido hacia el aumento de las inversiones y desencadene un cambio en la política para adoptar y escalar las intervenciones de nutrición materna, de manera que se establezca de forma eficaz a las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia como las destinatarias y que se les ofrezcan los servicios apropiados, en múltiples contextos humanitarios. Una vez que se activa un grupo temático para la nutrición, a menudo se desarrolla un informe breve sobre la promoción para ayudar a que se preste atención a las necesidades. El Anexo 2 detalla algunos mensajes de promoción genéricos que podrían adaptarse para la inclusión en dichos informes breves sobre la promoción y las oportunidades de promoción, así como las propuestas de financiamiento.

## 5.3 Inclusión de la discapacidad

Quince por ciento de la población mundial —por lo menos mil millones de personas— tiene alguna discapacidad, ya sea desde el momento que nació o que adquirió después en el transcurso de su vida. La inclusión comienza al comprender que la discapacidad es el resultado de las interacciones entre los entornos inaccesibles y una persona

que tiene impedimentos a largo plazo. Se puede lograr la inclusión cuando las personas trabajan para derribar las barreras físicas, cuando los servicios son accesibles para todas las personas, cuando las políticas benefician por igual a todas las personas y cuando la comunicación llega a cada persona, sin importar la discapacidad con la que viven. A continuación se encuentran algunas acciones específicas que considerar al diseñar una respuesta nutricional para las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia:

- Garantizar que las evaluaciones de las necesidades sean inclusivas para las mujeres y las adolescentes con discapacidades, quienes a menudo se enfrentan a barreras en el acceso a las intervenciones nutricionales en las emergencias. Esto incluye desglosar los datos de encuesta en los hogares utilizando las [preguntas del Washington Group](#),<sup>a</sup> además de incluir a las mujeres y las adolescentes con discapacidades en los enfoques cualitativos (como entrevistas a informantes clave o discusiones de grupos focales). En algunos casos, esto podría requerir un alcance dedicado para incluir a mujeres y adolescentes más marginadas, como quienes tienen discapacidades físicas o intelectuales más graves.
- Realizar auditorías de accesibilidad en toda la programación de nutrición para las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia a fin de identificar las barreras físicas, de comunicación y otras barreras para el acceso. Estas auditorías idealmente deben realizarse de forma participativa, con la participación de las mujeres y las adolescentes con discapacidades para identificar las barreras para el acceso, así como las soluciones posibles. También se alienta el monitoreo rutinario de la accesibilidad de las intervenciones nutricionales, incluido el desglose de indicadores sobre el acceso por discapacidad.
- Reconocer las barreras potenciales en los contextos humanitarios, trabajar para que la educación y la asesoría nutricionales se faciliten en formatos accesibles e inclusivos, lo que incluye aquellos para las mujeres y las adolescentes con discapacidades auditivas, visuales e intelectuales.
- Trabajar para lograr intervenciones nutricionales que aborden las necesidades de nutrición específicas de las mujeres y las adolescentes con discapacidades. Esto podría incluir abordar las dificultades para la alimentación o requisitos específicos en la dieta.
- Acercarse a organizaciones locales para personas con discapacidades, en particular aquellas lideradas por mujeres, para que participen en la planificación, implementación y monitoreo de las intervenciones nutricionales para las mujeres y niñas embarazadas y lactantes.

a Véase: <https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/>



## 5.4 Rendición de cuentas a las poblaciones afectadas

La rendición de cuentas a las poblaciones afectadas se define como un compromiso activo de usar el poder de forma responsable al considerar, rendir cuentas y responsabilizarse ante las personas a quienes las organizaciones humanitarias buscan asistir<sup>57</sup>.

Es altamente recomendable que se consulte a las mujeres y las adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia, que se les den roles únicos en la familia, en el hogar y en las estructuras comunitarias. Esto garantiza que sus conocimientos y deseos se vean reflejados en el diseño del programa y que la respuesta nutricional no cause ningún daño involuntario.

El GNC desarrolló el [Marco operativo sobre la rendición de cuentas a las poblaciones afectadas](#)<sup>58</sup> para los grupos temáticos para la nutrición. El marco ofrece ejemplos prácticos de cómo se ve la rendición de cuentas cuando se aplica a una respuesta nutricional e ideas de indicadores de desempeño para medir el progreso. El marco describe acciones para los ámbitos de transparencia/intercambio de información, la participación, la retroalimentación y las quejas.

## 5.5 Mitigación del riesgo de VG

El IASC afirmó claramente que: “Todos los participantes humanitarios deben ser conscientes de los riesgos de VG y —de manera colectiva, a fin de brindar una respuesta integral— han de prevenir y mitigar tales riesgos tan pronto como sea posible en sus ámbitos de actividad. De no tomar medidas contra la VG, los participantes humanitarios incumplirían sus responsabilidades más esenciales en la promoción y protección de los derechos de las poblaciones afectadas”<sup>59</sup>.

En la mayoría de los entornos las mujeres y las adolescentes son las usuarias principales de los servicios de nutrición, lo que quiere decir que —con base en las estadísticas mundiales— una de cada tres personas que entra en contacto con la programación de nutrición ha experimentado VG en algún punto de su vida. Debido a que los servicios de nutrición tienden a ser muy valorados y cuentan con la confianza de las comunidades, también son un lugar en donde las sobrevivientes de la VG buscan apoyo para abordar las consecuencias de la violencia, en especial en la ubicaciones donde no hay servicios especializados de respuesta a la VG disponibles. Como tal, identificar y abordar los riesgos relacionados con la VG en la programación de nutrición es crítico, incluida la perspectiva de no causar daño, pero también significa mejorar la eficacia y efectividad de los programas de nutrición. Algunas acciones básicas para la mitigación del riesgo de VG que puede implementar el personal de nutrición incluyen:

- Utilizar auditorías de seguridad (herramienta muestra de Sudán del Sur disponible [aquí](#)) para identificar e implementar los cambios estructurales necesarios o las adaptaciones a la facilitación del servicio.
- Aumentar la proporción de personal femenino y de voluntarias de salud comunitaria.
- Capacitar al personal de nutrición en la primera línea sobre cómo responder a las divulgaciones de VG de forma segura y apropiada ([Guía de bolsillo para la VG](#))
- Hacer de las [consultas a mujeres y adolescentes](#) un componente estándar del monitoreo y la evaluación programáticos.
- Otras recomendaciones específicas están disponibles en las [Directrices del IASC sobre la VG, Guía del área temática de nutrición](#).

## Anexo 1

# Tabla con los recursos orientativos más útiles

Año	Autor	Título	Enlace
2023	OMS	Guideline on the prevention and management of wasting and nutritional oedema (acute malnutrition) in infants and children under 5 years	<a href="#">WHO guideline on the prevention and management of wasting and nutritional oedema (acute malnutrition) in infants and children under 5 years</a>
2022	OMS	Guideline for integration of perinatal mental health in maternal and child health services	<a href="#">WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services</a>
2022	UNICEF	UNICEF Programming Guidance: Prevention of malnutrition in women before and during pregnancy and while breastfeeding	<a href="#">Programme Guidance on Maternal Nutrition   UNICEF</a>
2022	OMS	Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva	<a href="#">Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva</a>
2022	Interagency working group on reproductive health in crises	Success Depends on Collaboration Cross-Sector: Technical Brief on Maternal and Newborn Health and Nutrition in Humanitarian Settings	<a href="#">Success Depends on Collaboration: Cross-Sector Technical Brief on Maternal and Newborn Health and Nutrition in Humanitarian Settings   Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (iawg.net)</a>
2018	Asociación Esfera	El Manual Esfera: Carta humanitaria y las normas mínimas en la respuesta humanitaria	<a href="#">El Manual Esfera: Carta humanitaria y las normas mínimas en la respuesta humanitaria (Cuarta edición) (spherestandards.org)</a>
2018	Interagency working group on reproductive health in crises	Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios	<a href="#">IAWG   Inter-Agency Working Group on Reproduction Health in Crises (iawgfieldmanual.com)</a>
2019	OMS	Essential Nutrition Actions	<a href="#">Essential nutrition actions: mainstreaming nutrition through the life-course (who.int)</a>
2016	OMS	Recomendaciones de la OMS sobre cuidado prenatal para una experiencia positiva del embarazo	<a href="#">Recomendaciones de la OMS sobre cuidado prenatal para una experiencia positiva del embarazo</a>
2011	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)/PMA	Guidelines for selective feeding: The management of malnutrition in emergencies	<a href="#">UNHCR Guidelines for Selective Feeding.pdf (inee.org)</a>

## Anexo 2

# Mensajes de promoción genéricos para mujeres y adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia

- A ninguna niña o mujer debe negársele su derecho a la salud y nutrición de la más alta calidad posible, especialmente durante el embarazo y la lactancia. Las necesidades se agravan para las adolescentes y las mujeres que viven en entornos frágiles. El derecho de las adolescentes y las mujeres tienen a la nutrición debe priorizarse en las respuestas humanitarias.
- Para proteger los derechos de las mujeres embarazadas y sus hijos, es urgente aumentar la inversión en una nutrición adecuada y servicios prenatales de calidad para las mujeres y las adolescentes, especialmente en entornos frágiles y vulnerables.
- En el mundo, casi 1200 millones de mujeres y adolescentes sufren de deficiencia de vitaminas y otros nutrientes esenciales como el hierro, el zinc, el folato y el yodo. La malnutrición antes y durante el embarazo afecta tanto a la madre como al lactante, lo que aumenta el riesgo de afecciones que ponen en peligro la vida de la madre como una presión arterial alta, la eclampsia y anemia grave, así como el aumento del riesgo de muerte fetal o el nacimiento prematuro del lactante.
- La desnutrición debilita la inmunidad de las mujeres y las adolescentes a las infecciones y otras complicaciones que ponen en riesgo la vida. La nutrición deficiente también afecta la capacidad de las mujeres y las niñas para aprender, ganarse la vida y triunfar.
- Por lo menos 49 millones de adolescentes (10 a 19 años) y 154 millones de mujeres (20 a 49 años) están por debajo del peso normal debido a la falta de acceso a las dietas nutritivas y diversas necesarias para mantener un peso saludable. Asia del Sur, África Occidental y Central, y África Oriental y Meridional son las tres regiones con la mayor proporción debajo del peso normal y anemia entre las mujeres y las adolescentes.
- Transmitida por generaciones de las madres a sus hijos, la malnutrición tiene consecuencias de por vida para las mujeres y sus hijos. Las niñas que sobreviven y tienen hijos tienen mayor probabilidad de tener lactantes más vulnerables al retraso en el crecimiento o la emaciación, lo que prolonga el ciclo negativo de la pobreza intergeneracional y la desnutrición.
- La anemia es la principal causa de mortalidad materna y, a nivel mundial, la prevalencia de la anemia en las mujeres embarazadas ha permanecido en un alto porcentaje de 30 por ciento de forma persistente desde 2000. Casi 1 de 3 mujeres y adolescentes (571 millones) entre las edades de 15 a 49 años sufren de anemia, una afección prevenible comúnmente causada por la insuficiencia de hierro. Ninguna región avanza para alcanzar los objetivos mundiales de reducir la anemia a la mitad y el bajo peso al nacer en un 30 por ciento para 2030.
- Los suplementos de micronutrientes múltiples (SMM) que contienen 15 vitaminas y minerales esenciales en una sola tableta son una manera segura y económica de prevenir la anemia y mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y deben ser accesibles para todas las embarazadas como parte de mejores servicios de cuidado prenatal. Los SMM han demostrado reducir el bajo peso al nacer en 14 %, el nacimiento prematuro en 7 % y la muerte fetal en 8 %.
- Priorizar a las adolescentes y las mujeres en las respuestas humanitarias no solo es una cuestión de equidad, es esencial para el éxito de las intervenciones. A menudo las adolescentes y las mujeres se enfrentan a riesgos desproporcionados durante las crisis, incluido el aumento de la violencia, los riesgos para la salud y la inestabilidad económica. Al enfocarse en las necesidades específicas de las adolescentes y las mujeres, la respuesta aborda las vulnerabilidades y las barreras que evitan que tengan acceso a los servicios y recursos esenciales.
- Existe una necesidad urgente de aumentar las inversiones para escalar los esfuerzos para reducir la malnutrición en mujeres y adolescentes, principalmente en entornos vulnerables marcados por la pobreza extrema, las crisis humanitarias y los riesgos relacionados con el clima.
- Los gobiernos y los socios deben priorizar la recopilación de datos para evaluar las necesidades nutricionales de las mujeres y las adolescentes y movilizar los fondos para una programación eficaz en múltiples sistemas, incluida la salud y la protección social.

# Anexo 3

## Normas mínimas de Esfera

### – Recomendaciones específicas para las adolescentes y las mujeres

#### **Norma 2 sobre seguridad alimentaria y nutrición:**

- Para ofrecer una respuesta alimentaria apropiada es necesario conocer plenamente las necesidades nutricionales particulares de las mujeres embarazadas y lactantes, de los bebés y niñas y niños pequeños, de las personas mayores y de las personas con discapacidad. Para mejorar la seguridad alimentaria a nivel de unidad familiar también es necesario entender cómo se reparten las funciones. Las mujeres, por ejemplo, suelen tener mayor participación en la planificación y preparación de los alimentos para sus familias.
- Proporcionar información clara sobre la importancia de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y de la lactancia materna sin interrupción entre los 6 y los 24 meses, por razones de salud física y psicológica tanto de la madre como del niño.
- Admitir a las madres que amamantan a lactantes menores de 6 meses con malnutrición aguda en los programas de alimentación suplementaria, sea cual sea el estado nutricional materno.
- Proteger, promover y apoyar la lactancia exclusiva hasta los 5 meses, y la continuidad de la lactancia materna desde los 6 meses hasta los 2 años.
- Proporcionar acceso a una asesoría de lactancia cualificada para las madres embarazadas y lactantes.
- Prestar apoyo para la iniciación temprana de la lactancia exclusiva dirigido a todas las madres de recién nacidos.
- Ofrecer orientaciones sencillas sobre la lactancia exclusiva en los servicios de maternidad.
- Cuando se practique la alimentación mixta en lactantes de hasta 5 meses, apoyar la transición a la lactancia exclusiva.
- Proporcionar a las mujeres embarazadas y lactantes suplementos diarios que incluyan la dosis diaria de micronutrientes combinados necesarios para proteger las reservas de la madre y la composición de la leche materna, independiente de si reciben raciones enriquecidas.
- En caso de no disponer de productos de micronutrientes múltiples que contengan hierro, proporcionar diariamente suplementos de hierro y ácido fólico a las mujeres embarazadas y a aquellas que hayan dado a luz en los últimos 45 días. Continuar los suplementos de hierro y ácido fólico, cuando ya se suministren.
- Priorizar el acceso de las mujeres embarazadas y lactantes a transferencias de alimentos, efectivo o cupones, y otras intervenciones de apoyo.
- Si no se satisfacen las necesidades de las mujeres embarazadas y lactantes en los programas de asistencia con alimentos, efectivo o cupones, se debe seleccionar a estas mujeres para el suministro de alimentos enriquecidos. Proporcionar suplementos de micronutrientes de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.
- Organizar apoyo psicosocial para las madres angustiadas, incluida la derivación a servicios de salud mental en caso necesario. Organizar un apoyo adecuado para las madres con discapacidad. Crear lugares seguros en los campamentos y otros entornos colectivos para que las mujeres amamenten, como por ejemplo espacios preparados para bebés con zonas de lactancia exclusivas.
- Las madres que viven con el VIH deben recibir apoyo a la lactancia durante al menos 12 meses y durante un periodo de 24 meses o más mientras reciben terapia antirretroviral. Si no hay fármacos antirretrovirales disponibles, seleccionar la estrategia que ofrezca a los lactantes las máximas probabilidades de supervivencia sin VIH.
- La violencia de género, la desigualdad de género y la nutrición suelen estar relacionadas entre sí. La violencia doméstica puede representar una amenaza para la salud y el bienestar de las mujeres y de sus hijos e hijas. El personal de nutrición debe ofrecer una derivación comprensiva y confidencial a los cuidadores o menores expuestos a violencia de género o abuso infantil.
- Será relevante para toda la población obtener mucha más orientación para el tratamiento de la emaciación y otras deficiencias de micronutrientes, así como los programas de distribución de alimentos.
- Utilizar evaluaciones de riesgo basadas en la comunidad y otros sistemas de seguimiento participativo para contrarrestar cualquier circunstancia que pueda poner en peligro a determinados grupos o personas. Por ejemplo, el reparto de combustible o de estufas de consumo eficiente puede reducir el riesgo de agresión física y sexual a mujeres y niñas.
- Las transferencias monetarias complementarias, especialmente para familias o personas en situación de vulnerabilidad, como los hogares encabezados por mujeres o menores, o los hogares donde hay personas con discapacidad, pueden reducir el riesgo de explotación sexual y trabajo infantil.

### **Norma 6.1 sobre ayuda alimentaria**

- Garantizar que los menores de entre 6 y 24 meses tengan acceso a alimentos complementarios y que las mujeres embarazadas y lactantes tengan acceso a un apoyo nutricional adicional.
  - Aunque el valor nutricional es la consideración principal para prestar asistencia alimentaria, los productos deben resultar familiares para las personas destinatarias. También deben ser coherentes con las tradiciones religiosas y culturales, incluidos los tabús alimentarios para las mujeres embarazadas o lactantes.
  - Los menores de entre 6 y 59 meses, las mujeres embarazadas y lactantes, las personas que viven con el VIH y otros grupos vulnerables pueden ser destinatarios de alimentos suplementarios o ser objeto de estrategias de tratamiento nutricional y prevención.
  - Puede ser necesario prestar apoyo específico a las personas mayores, a las mujeres embarazadas y lactantes, a los menores no acompañados y separados y a las personas con discapacidad para que puedan recoger y conservar los alimentos que les corresponden. Una posibilidad es pedir a otros miembros de la comunidad que les ayuden o entregarles raciones más pequeñas con más frecuencia.
  - El PB puede utilizarse como herramienta de detección sistemática en mujeres embarazadas, por ejemplo, como criterio de admisión en un programa de alimentación. Dadas sus necesidades nutricionales adicionales, las mujeres embarazadas pueden encontrarse en mayor riesgo que otros grupos de población. El PB no cambia significativamente durante el embarazo.
- Cuando la transmisión de la malaria sea alta o moderada, se deben proporcionar redes de mosquito insecticida de larga duración a las personas y las familias con malnutrición grave, a las mujeres embarazadas, a los niños y niñas menores de 5 años, a los menores no acompañados y a las personas que viven con el VIH. Luego se priorizará a las personas en programas de alimentación suplementaria, a las familias con niños y niñas menores de 5 años y a las familias de mujeres embarazadas. Facilitar quimioprofilaxis a las mujeres embarazadas conforme a los protocolos nacionales y los patrones de resistencia. En zonas con una elevada mortalidad por malnutrición y sarampión, considerar la quimioprofilaxis de la malaria selectiva y estacional.
  - Proporcionar a todas las mujeres visiblemente embarazadas paquetes para un parto limpio, cuando no se pueda garantizar el acceso a centros de salud y proveedores de salud cualificados.
  - Es preciso coordinarse con el sector nutricional para garantizar que las mujeres embarazadas y lactantes sean remitidas a servicios de nutrición, según sea conveniente, por ejemplo, a programas selectivos de alimentación suplementaria.

# Notas finales

- 1 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2020). *Compromisos básicos para la infancia en la acción humanitaria*. Nueva York: UNICEF.
- 2 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2023). *Maternal Nutrition Programming Guidance*. Nueva York: UNICEF. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/115361/file/Maternal%20Nutrition%20Programming%20Guidance.pdf>
- 3 Organización Mundial de la Salud (2023). *WHO guideline on the prevention and management of wasting and nutritional oedema (acute malnutrition) in infants and children under 5 years*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/376075>
- 4 Lelijveld, N., Brennan, E., Wrottesley, S. V., Akwanyi, B. y James, P. T. (2022). Nutrición de mujeres y adolescentes en contextos humanitarios: estado actual de la cuestión. Red de Alimentación de Emergencias (ENN): Kidlington, Oxford, Reino Unido. Disponible en: [www.enonline.net/humanitarian-nutritionforwomen](http://www.enonline.net/humanitarian-nutritionforwomen)
- 5 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2023). *Desnutridas y olvidadas: Una crisis mundial de la nutrición de las adolescentes y las mujeres*. Nueva York: UNICEF. Disponible en: <https://www.unicef.org/reports/undernourished-overlooked-nutrition-crisis>
- 6 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2023). *Desnutridas y olvidadas: Una crisis mundial de la nutrición de las adolescentes y las mujeres*. Nueva York: UNICEF. Disponible en: <https://www.unicef.org/reports/undernourished-overlooked-nutrition-crisis>
- 7 Hytten, F. E. 1980. Nutrition. Págs. 163-192 en F. Hytten, editor y G. Chamberlain, editor, eds. *Clinical Physiology in Obstetrics*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- 8 Most, J., Dervis, S., Haman, F., Adamo, K. B. y Redman, L. M. (2019). Energy Intake Requirements in Pregnancy. *Nutrients*, 11(8), 1812. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6723706/>
- 9 van Raaij, J., Schonk, C. M., Vermaat-Miedema, S. H., Peek, M., y Hautvast, J. (1991). Energy cost of lactation, and energy balances of well-nourished Dutch lactating women: Reappraisal of the extra energy requirements of lactation. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 53, 612-9. Disponible en: 10.1093/ajcn/53.3.612.
- 10 Brabin, B. J., Hakimi, M. y Pelletier D. (2001). An analysis of anemia and pregnancy-related maternal mortality. *Journal of Nutrition* 131(2S-2),604S-14S; discussion 614S-5S.
- 11 James, P. Wrottesley, S., Lelijveld, N., Brennan, E., Fenn, B., Menezes, R. y Mates, E. (2022). Women's nutrition: A summary of evidence, policy and practice including adolescent and maternal life stages. Red de Alimentación de Emergencias (ENN): Kidlington, Oxford, Reino Unido.
- 12 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2023). *Desnutridas y olvidadas: Una crisis mundial de la nutrición de las adolescentes y las mujeres*. Nueva York: UNICEF. Disponible en: <https://www.unicef.org/reports/undernourished-overlooked-nutrition-crisis>
- 13 Comité Permanente Interinstitucional. *Humanitarian Planning*. Disponible en: <https://interagencystandingcommittee.org/humanitarian-planning>
- 14 Clúster Mundial de Nutrición (2021). *Orientación para el análisis de las necesidades humanitarias sobre nutrición*. Disponible en: [https://www.nutritioncluster.net/sites/nutritioncluster.com/files/2021-09/NC\\_Orientaci%C3%B3n%20para%20un%20an%C3%A1lisis%20de%20las%20necesidades%20humanitarias%20sobre%20nutrici%C3%B3n\\_V2\\_0\\_0.pdf](https://www.nutritioncluster.net/sites/nutritioncluster.com/files/2021-09/NC_Orientaci%C3%B3n%20para%20un%20an%C3%A1lisis%20de%20las%20necesidades%20humanitarias%20sobre%20nutrici%C3%B3n_V2_0_0.pdf)
- 15 Organización Mundial de la Salud (1995). El estado físico: uso e interpretación de la antropometría: informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos N.º. 854. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9241208546>
- 16 DataDent (2023). *Linking food security and nutrition through data: Metrics to use and core competencies needed for food and nutrition data literacy*. Disponible en: <https://datadent.org/2023/07/19/linking-food-security-and-nutrition-through-data-metrics-to-use-and-core-competencies-needed-for-food-and-nutrition-data-literacy/>
- 17 Save the Children y Okular Analytics (2018). *Basic Needs Assessment Guidance and Toolbox Part 1*. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/basic-needs-assessment-guidance-and-toolbox>
- 18 SMART. *MUAC Data Collection Tool*. Disponible en: <https://smartmethodology.org/survey-planning-tools/updated-muac-tool/>
- 19 Organización Mundial de la Salud (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. OMS: Ginebra. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- 20 Aubel, J., Martin, S. L., y Cunningham, K. (2021). Introduction: A family systems approach to promote maternal, child and adolescent nutrition. *Maternal and Child Nutrition*, 17,13228. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/mcn.13228>
- 21 Mishra K. G., Bhatia V., y Nayak, R. (2020). Association between mid-upper arm circumference and body mass index in pregnant women to assess their nutritional status. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(7), 3321-3327. Disponible en: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_57\_20.
- 22 Fakier, A., Petro, G., y Fawcus, S. Mi-upper arm circumference: A surrogate for body mass index in pregnant women. *South African Medical Journal*. 107. 606. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29025451/>
- 23 Widyantari, K., Dayani, T., y Hidayati, R. (2023). Anemia And Associated Risk Factors Among Pregnant Women: A Systematic Literature Review. *International Health Conference STIKes Panca Bhakti (IHCPB)*, 1(1), 1-27. Disponible en: <http://ejournal.pancabhakti.ac.id/index.php/ihcpb/article/view/244>
- 24 Berhe, B. et al. (2018). Prevalence of anemia and associated factors among pregnant women in Adigrat General Hospital, Tigray, northern Ethiopia. *BMC Research Notes*, 12(1):310. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6544916/>
- 25 Budiono, N., Dewi, D. y Dewi, S. (2022). Association Between Third Trimester Mid-Upper Arm Circumference (MUAC) and Anemia in Neonatus. *Journal of Widya Medika Junior*, 205-209. Disponible en: <https://doi.org/10.33508/jwmj.v4i3.4097>
- 26 Madeghe, B. A., Kogi-Makau, W., Ngala, S., y Kumar, M. (2021). Nutritional Factors Associated With Maternal Depression Among Pregnant Women in Urban Low-Income Settlements in Nairobi, Kenya. *Food and Nutrition Bulletin*. 42(3), 334-346. Disponible en: doi:10.1177/037957212111025123
- 27 Ververs, M. T., Antierens, A., Sackl, A., Staderini, N., y Captier, V. (2013). Which anthropometric indicators identify a pregnant woman as acutely malnourished and predict adverse birth outcomes in the humanitarian context? *PLoS Currents*, 5 10.1371/currents.dis.54a8b618c1bc031ea140e3f2934599c8
- 28 Kapil, S. (2022). Maternal Anthropometry and Current Nutritional Interventions to Prevent Adverse Birth Outcomes in the Humanitarian Context: A Systematic Review. Universidad Emory. Disponible en: <https://etd.library.emory.edu/concern/etds/st74cr77s?locale=en>
- 29 Organización Mundial de la Salud (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. OMS: Ginebra. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- 30 Keats, E. C. et al. (2021). Effective interventions to address maternal and child malnutrition: an update of the evidence. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 5(5), 367-384. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30274-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30274-1)
- 31 Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Mundial de Alimentos, Organización Mundial de la Salud (2020). *Global action plan on child wasting: a framework for action to accelerate progress in preventing and managing child wasting and the achievement of the Sustainable Development Goals*. Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/nutritionlibrary/publications/malnutrition/global-action-plan-child-wasting\\_58c36b82-d381-41c8-96f8-19332a8ea168.pdf?sfvrsn=79760143\\_3&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/nutritionlibrary/publications/malnutrition/global-action-plan-child-wasting_58c36b82-d381-41c8-96f8-19332a8ea168.pdf?sfvrsn=79760143_3&download=true)
- 32 Ciulei, M. A. et al. (2023). Nutritious supplemental foods for pregnant women from food insecure settings: Types, nutritional composition, and relationships to health outcomes. *Current Developments in Nutrition*, 7, 6. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2475299123247678>
- 33 Fundación Bill y Melinda Gates. (2017).

- Framework and specifications for the nutritional composition of a food supplement for pregnant and lactating women (PLW) in undernourished and low-income settings.* Disponible en: <https://dqo52087pnd5x.cloudfront.net/posters/docs/gatesopenres-187946.pdf>
- 34 OMS, PMA, UNICEF. (2007). Preventing and controlling micronutrient deficiencies in populations affected by an emergency: multiple vitamin and mineral supplements for pregnant and lactating women, and for children aged 6 to 59 months. <https://www.who.int/publications/m/item/WHO-WFP-UNICEF-statement-micronutrients-deficiencias-emergency>
- 35 Organización Mundial de la Salud (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.* Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- 36 Organización Mundial de la Salud (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.* Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- 37 Organización Mundial de la Salud (2017). *Nutritional Anaemias: Tools for Effective Prevention and Control.* Ginebra: OMS. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259425/9789241513067-eng.pdf?sequence=1>
- 38 Organización Mundial de la Salud (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.* Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- 39 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021). *UNICEF Technical Brief. Counselling to Improve Maternal Nutrition. Considerations for programming with quality, equity and scale.* Nueva York: UNICEF. <https://www.unicef.org/media/114566/file/Maternal%20Nutrition%20Counseling%20Brief.pdf>
- 40 FANTA (2016). MÓDULO 3: Nutrition Education and Counseling. Disponible en: <https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/NACS-Module-3-Counseling-May2016.pdf>
- 41 Organización Mundial de la Salud. *Nutrition Counselling During Pregnancy.* Última actualización el 9 de agosto de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/tools/elena/interventions/nutrition-counselling-pregnancy#:~:text=Nutrition%20education%20and%20counselling%20is%20a%20widely%20used,through%20sufficient%20and%20balanced%20protein%20and%20energy%20intake>
- 42 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Social and Behavior Change.* Disponible en: <https://www.unicef.org/social-and-behaviour-change>
- 43 Global Technical Assistance Mechanism for Nutrition (2020). *Supportive Spaces for Infant and Young Child Feeding in Emergencies Technical Brief.* Disponible en: <https://www.enonline.net/attachments/3639/Supportive-Spaces-for-Infant-and-Young-Child-Feeding-in-Emergencies.-Technical-Brief-September-2020..pdf>
- 44 McKay, F. H. et al. (2022). Systematic Review of Interventions Addressing Food Insecurity in Pregnant Women and New Mothers. *Current Nutrition Reports*, 11(3), 486-499. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9381473/>
- 45 Augusto, A. L. P. et al. (2020). Household food insecurity associated with gestational and neonatal outcomes: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20, 229. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-02917-9>
- 46 Gila-Díaz A. et al. (2021). Multidimensional approach to assess nutrition and lifestyle in breastfeeding women during the first month of lactation. *Nutrients*, 13(6), 1766. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/6/1766>
- 47 Augusto, A. L. P. et al. (2020). Household food insecurity associated with gestational and neonatal outcomes: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20, 229. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-02917-9>
- 48 Ecker, O., Maystadt, J. F. y Guo, Z. (2019). Can Unconditional Cash Transfers Mitigate the Impact of Civil Conflict on Acute Child Malnutrition in Yemen? Evidence from the National Social Protection Monitoring Survey. MENA working papers 17, International Food Policy Research Institute (IFPRI). Disponible en: <https://ebrary.ifpri.org/utils/getfile/collection/p15738coll2/id/133055/filename/133264.pdf>
- 49 Kabeer, N. (1999). Recursos, agencia, logros: Reflections on the measurement of women's empowerment. *Development and Change*. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1467-7660.00125>
- 50 Riddle, A. et al. (2021). PROTOCOL: The effects of empowerment-based nutrition interventions on the nutritional status of women of reproductive age in low- and middle-income countries. Campbell Systematic Review, 17(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8988768/>
- 51 World Vision (2020). *A Gender-Transformative Framework for Nutrition Advancing Nutrition and Gender Equality Together.* World Vision Canada 2020. Disponible en: [https://www.gendernutritionframework.org/\\_files/ugd/c632d7\\_a7d415dcfd8b-483288c8de14fa3d4744.pdf](https://www.gendernutritionframework.org/_files/ugd/c632d7_a7d415dcfd8b-483288c8de14fa3d4744.pdf)
- 52 Comité Permanente Interinstitucional (2021). Marcador de género con edad: Ficha de consejos de nutrición. Disponible en: <https://www.iascgenderwithagemarker.com/es/el-marcador-de-genero-con-edad-mge-del-iasc/>
- 53 Lelijveld, N., Brennan, E., Akwanyi, B., Wrottesley, S. V., y James, P. T. (2022). Nutrición de mujeres y adolescentes en contextos humanitarios: estado actual de la cuestión. Red de Alimentación de Emergencias (ENN): Kidlington, Oxford, Reino Unido. Octubre de 2022.
- 54 Organización Mundial de la Salud (2022). *Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva.* Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240045989#:~:text=Se%20proporciona%20un%20conjunto%20integral%20de%20recomendaciones%20para,prestaci%C3%B3n%20y%20la%20experiencia%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20recibida>
- 55 Asociación Esfera. (2018). *El Manual Esfera: Carta humanitaria y las normas mínimas en la respuesta humanitaria*, cuarta edición. Ginebra: Esfera. Disponible en: <https://spherestandards.org/wp-content/uploads/El-manual-Esfera-2018-ES.pdf>
- 56 Clúster Mundial de Nutrición (2020). Registro de indicadores (clúster de nutrición). Disponible en: <https://www.nutritioncluster.net/resources/indicators-registry-nutrition-cluster>
- 57 Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. *FAO in Emergencies Guidance Note: Accountability to Affected Populations.* Disponible en: [https://www.fao.org/fileadmin/user\\_upload/emergencies/docs/Guidance%20Note\\_Accountability\\_Publi.pdf](https://www.fao.org/fileadmin/user_upload/emergencies/docs/Guidance%20Note_Accountability_Publi.pdf)
- 58 Clúster Mundial de Nutrición (2020). *Nutrition Cluster Operational Framework on Accountability to Affected Population.* Disponible en: [https://www.nutritioncluster.net/sites/nutritioncluster.com/files/2020-04/15153\\_v04\\_NutritionFramework\\_AAP\\_PRINT.pdf](https://www.nutritioncluster.net/sites/nutritioncluster.com/files/2020-04/15153_v04_NutritionFramework_AAP_PRINT.pdf)
- 59 Comité Permanente Interinstitucional (2021). *Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria Coordinación y gestión de campamentos Seguridad alimentaria y agricultura Reducir el riesgo, promover la resiliencia e impulsar la recuperación.* Guía del área temática de nutrición, página 21. Disponible en: <https://gbvguidelines.org/es/>

