

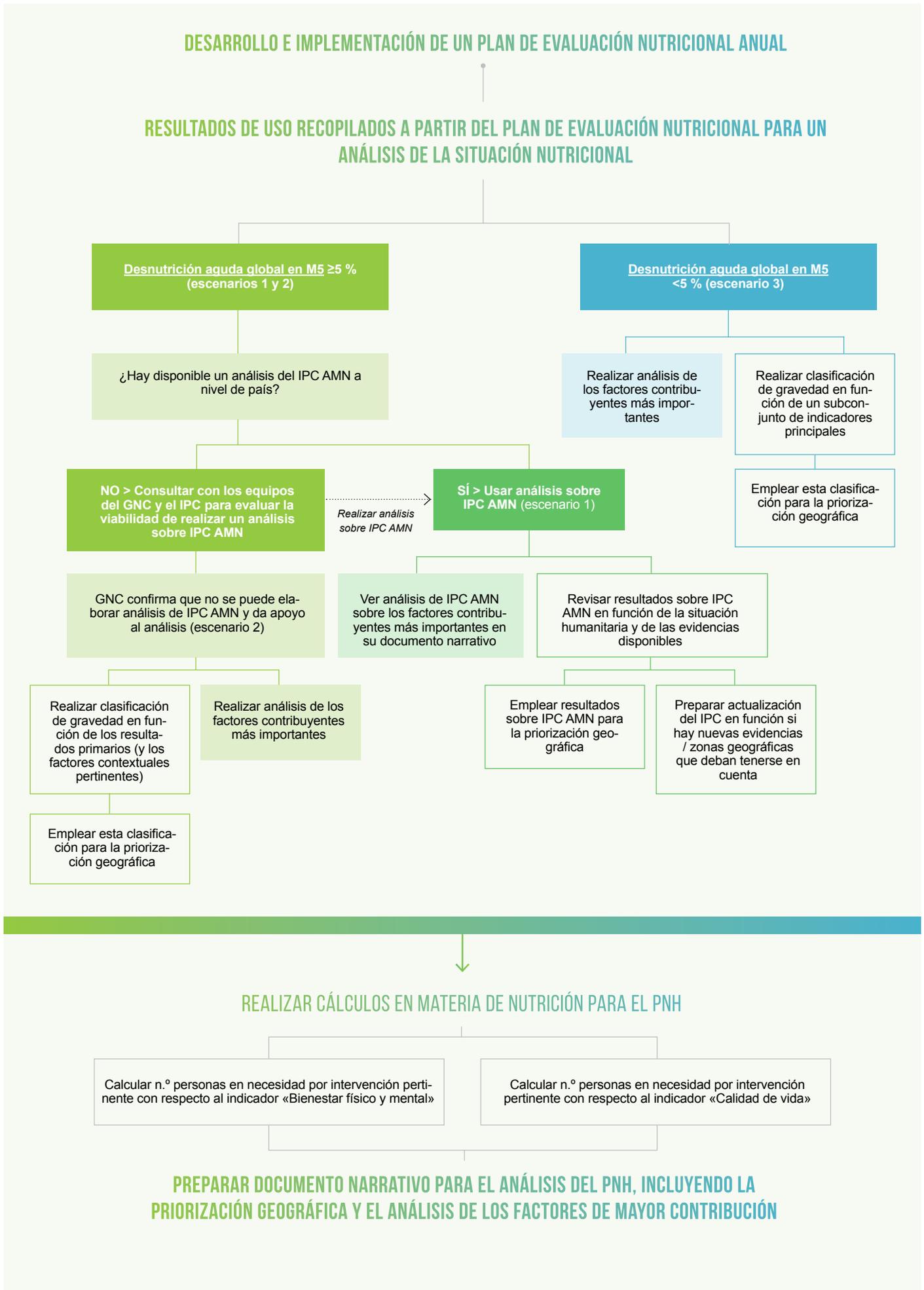


# ORIENTACIÓN PARA UN ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES HUMANITARIAS SOBRE NUTRICIÓN

## Pasos para realizar un análisis de las necesidades humanitarias sobre nutrición

El objetivo de esta orientación es definir los pasos (resumidos en la Figura 1 que aparece a continuación) para llevar a cabo un análisis sobre la situación nutricional. Asimismo, este documento identifica la información para el Panorama de las necesidades humanitarias (PNH,) que, a su vez, puede ser utilizada para los planes de respuesta y las actualizaciones, con independencia de si el sistema del clúster del IASC ha sido o no activado. Esto incluye el desarrollo e implementación de un plan anual de evaluación sobre nutrición y un análisis anual de la situación nutricional (o su alineación con los resultados sobre el IPC AMN), junto con los factores contribuyentes más importantes, además del cálculo del número de personas en necesidad y otras cifras clave para el PNH.

Figura 1. Resumen de los pasos para llevar a cabo un análisis de las necesidades humanitarias en materia de nutrición



# ÍNDICE

<b>Pasos para realizar un análisis de las necesidades humanitarias sobre nutrición</b>	<b>01</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Calcular el número de PIN para los escenarios 1 y 2</li><li>• Calcular el número de PIN para el escenario 3</li></ul>	41
<b>Limitaciones</b>	<b>04</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entradas en el PRH</li></ul>	42
<b>Abreviaturas</b>	<b>05</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conclusión</li></ul>	43
<b>Lista de tablas</b>	<b>06</b>		
<b>Lista de figuras</b>	<b>06</b>		
<b>Glosario</b>	<b>07</b>		
<b>Objetivo, destinatarios y alcance</b>	<b>10</b>		
<b>1 Desarrollo de un plan de evaluación nutricional anual</b>	<b>12</b>		
<b>2 Realización de un análisis de la situación nutricional</b>	<b>16</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Indicadores nutricionales «principales» recomendados para la planificación de la respuesta</li></ul>	18		
<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Escenario 1</u> Situaciones humanitarias en las que la prevalencia de DAG en M5 es <math>\geq 5</math> % con un análisis existente del IPC AMN</li></ul>	27		
<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Escenario 2</u> Situaciones humanitarias en las que la prevalencia de DAG en M5 es <math>\geq 5</math> % y no se puede realizar un análisis del IPC AMN</li></ul>	27		
<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Escenario 3</u> Situaciones humanitarias en las que la prevalencia de la DAG en M5 es <math>&lt; 5</math> %</li></ul>	29		
<b>3 Prepare las ilustraciones esenciales sobre nutrición para el Panorama de las necesidades humanitarias y el Plan de respuesta posterior (solo aplicable a los clústeres del IASC)</b>	<b>32</b>		
		<b>Referencias</b>	<b>43</b>
		<u>Anexo 1</u> Componentes esenciales del Marco analítico del IPC AMN	44
		<ul style="list-style-type: none"><li>• Resultados</li><li>• Factores contribuyentes clave o determinantes</li></ul>	45
		<u>Anexo 2</u> Apreciaciones en materia de género para las evaluaciones y los análisis de las necesidades nutricionales	46
		<ul style="list-style-type: none"><li>• Recopilación de información de género para guiar la planificación de una respuesta en materia de nutrición</li><li>• Un paso más cerca de las intervenciones en materia de nutrición transformadoras de las relaciones de género</li></ul>	47
		<u>Anexo 3</u> Ejemplo de un plan de evaluación anual sobre nutrición	48
		<u>Anexo 4</u> Terminología esencial del Panorama de las necesidades humanitarias y el Plan de respuesta	49
		<u>Anexo 5</u> Información mínima requerida para los PNH de la sección de nutrición	50



## RECONOCIMIENTOS

Esta nota orientativa ha sido elaborada por el clúster de nutrición global (GNC) y su desarrollo ha sido posible gracias al apoyo prestado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional sobre la base de las condiciones convenidas en el acuerdo n.º 720FDZ20IO00019. Las opciones expresadas en esta publicación son exclusivas de los autores y no reflejan necesariamente la opinión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

El grupo de trabajo del GNC para el PNH, creado bajo la supervisión del grupo técnico del sistema de información nutricional (perteneciente a la Alianza Técnica del GNC), supervisó la preparación de este documento, liderada por la coordinadora adjunta del GNC, Anna Ziolkovska. El GNC quiere hacer un reconocimiento a la contribución técnica de Victoria Sauveplane, quien se encargó de elaborar el borrador inicial. Queremos expresar un sincero agradecimiento a las y los miembros del cuerpo especial: Alessandro Iellamo (Save the Children, Comité Directivo del Grupo Central de IFE), Anna Ziolkovska (Equipo de Coordinación del GNC), Douglas Jayasekaran (Unidad de Apoyo Global de la CIF), Gwenaelle Garnier (PMA), Hassan Ali Ahmed (Acción contra el Hambre, Canadá), Lilian Kastner (UNICEF), Louise Mwirigi (UNICEF), David Rizzi (Equipo de Coordinación del GNC), Shabib AlQobati (Equipo de Coordinación del GNC) y Yara Sfeir (Equipo de Coordinación del GNC); asimismo, queremos agradecer su colaboración a las y los miembros del grupo de trabajo del SIN bajo la Alianza Técnica del GNC por su apoyo en la identificación de los indicadores principales: Alexandra Rutishauser-Perera (Acción contra el Hambre, Reino Unido), Andi Kendle (IMC), Esther Busquet (IMC), Kerstin Hanson (PMA), Oleg Bilukha (CDC), Suzanne Brinkmann (IMC).

## LIMITACIONES

Esta nota orientativa de alcance internacional es un documento dinámico diseñado para agilizar el análisis de las necesidades humanitarias sobre nutrición que se revisará en función de los resultados y las lecciones que aprendamos a raíz de su uso. No obstante, es importante tener en cuenta las limitaciones de las que adolece: 1) Varios de los indicadores «principales» de los otros sectores (WASH, Seguridad alimentaria o Salud) propuestos en la Tabla 1 deberán discutirse con las contrapartes de sus correspondientes clústeres/sectores antes de incluirlos en el análisis de la situación nutricional. 2) La tabla de puntuación preliminar propuesta para el *análisis de la situación nutricional del escenario 3* no se basa en evidencias sólidas, sino en un sistema de tres niveles que asigna más puntos a ciertos indicadores «principales» en relación con otros (pueden consultarse los detalles en la p. 16) con valores de corte propuestos en función de las estimaciones generales, que se ajustarán en función de los resultados que obtengamos a partir de su uso. 3) Los países pueden adaptar estas orientaciones en función de sus necesidades y del contexto y, por tanto, es posible que se pierda cierta comparabilidad entre países. Para cualquier sugerencia o recomendaciones sobre cómo seguir mejorando esta orientación, recomendamos ponerse en contacto con el equipo de coordinación del GNC.

# ABREVIATURAS

<b>4W</b>	Quién, qué, dónde y cuándo (por sus siglas en inglés)	<b>IPC</b>	Clasificación integrada de las fases de la seguridad alimentaria
<b>AEN</b>	Acciones esenciales en nutrición	<b>JIAF</b>	Marco conjunto de análisis intersectorial (por sus siglas en inglés)
<b>ALNP</b>	Alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as	<b>M2</b>	Menores de 2 años
<b>ALNP-E</b>	Alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as y cuidados en emergencias	<b>M5</b>	Menores de 5 años
<b>AMN</b>	Desnutrición aguda	<b>ME</b>	Mujeres embarazadas
<b>BSFP</b>	Programa de alimentación complementaria (Blanket)	<b>MEL con VIH</b>	Mujeres embarazadas y lactantes con VIH
<b>CCN</b>	Coordinador del clúster de nutrición	<b>MEL</b>	Mujeres embarazadas y lactantes
<b>CDC</b>	Centros para el control y prevención de enfermedades (por sus siglas en inglés)	<b>MER</b>	Mujeres en edad reproductiva
<b>CMAM</b>	Manejo de la desnutrición aguda a nivel comunitario (por sus siglas en inglés)	<b>MICS</b>	Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (por sus siglas en inglés)
<b>DAG</b>	Desnutrición aguda global	<b>ML</b>	Mujeres lactantes
<b>DAGc</b>	Desnutrición aguda global combinada (indicador agrupado resultado de la combinación de la DAG según el PTZ y la DAG según el MUAC)	<b>MUAC</b>	Circunferencia del brazo (por sus siglas en inglés)
<b>DAM</b>	Desnutrición aguda moderada	<b>NeE</b>	Nutrición en emergencias
<b>DASc</b>	Desnutrición aguda severa combinada (indicador agrupado resultado de la combinación de la DAS según el PTZ y la DAS según el MUAC)	<b>OCHA</b>	Oficina de coordinación de asuntos humanitarios de Naciones Unidas (por sus siglas en inglés)
<b>DDSE</b>	Datos desglosados por sexo y edad	<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>DGA</b>	Desnutrición grave aguda	<b>PIN</b>	Personas en necesidad (por sus siglas en inglés)
<b>DI</b>	Desplazados internos	<b>PMA</b>	Programa Mundial de Alimentos
<b>DVA</b>	Deficiencia de vitamina A	<b>PNH</b>	Panorama de las necesidades humanitarias
<b>EC del GNC</b>	Equipo de Coordinación del GNC	<b>PRH</b>	Plan de respuesta humanitaria
<b>ENA</b>	Evaluación nutricional de emergencia (software)	<b>PTZ</b>	Puntuación z de peso para la talla
<b>GNC</b>	Clúster de nutrición global (por sus siglas en inglés)	<b>RUSF</b>	Alimentos complementarios listos para el consumo (por sus siglas en inglés)
<b>Grupo central de IFE</b>	Grupo promotor de personas expertas y recursos técnicos sobre ALNP-E.	<b>RUTF</b>	Alimentos terapéuticos listos para el consumo (por sus siglas en inglés)
<b>GSU</b>	Unidad de apoyo global (por sus siglas en inglés)	<b>SIN</b>	Sistema de información nutricional
<b>GTT del SIN</b>	Grupo técnico de trabajo del Sistema de información nutricional	<b>SLM</b>	Sucedáneo de la leche materna
<b>HINI</b>	Intervenciones nutricionales de gran impacto (por sus siglas en inglés)	<b>SMART</b>	Monitoreo y evaluación estandarizados en situaciones de emergencia y transición (por sus siglas en inglés)
<b>IASC</b>	Comité Permanente entre organismos (por sus siglas en inglés)	<b>TEZ</b>	Puntuación z de talla para la edad (por sus siglas en inglés)
<b>IMC</b>	International Medical Corps	<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (por sus siglas en inglés)
<b>IMO</b>	Responsable de la gestión de la información	<b>VG</b>	Violencia de género
<b>IPC AMN</b>	Clasificación integrada de las fases de la seguridad alimentaria de la desnutrición aguda	<b>WASH</b>	Agua, saneamiento e higiene

## LISTA DE TABLAS

---

- Tabla 1** Indicadores principales sobre nutrición para el análisis de la situación nutricional
- Tabla 2** Definiciones de las categorías de cifras de población con necesidades humanitarias
- Tabla 3** Lista de apreciaciones y adaptaciones a la hora de llevar a cabo el análisis sectorial sobre nutrición
- Tabla 4A** Resumen de los cálculos de PIN por *sobrepeso y desnutrición aguda y crónica*
- Tabla 4B** Resumen de los cálculos de PIN por *práctica de ALNP*
- Tabla 4C** Resumen de los cálculos de PIN por *deficiencia de micronutrientes*

## LISTA DE FIGURAS

---

- Figura 1** Resumen de los pasos para llevar a cabo un análisis de las necesidades humanitarias sobre de nutrición
- Figura 2** Tabla de puntuación sobre la fiabilidad del IPC AMN para la evidencia de necesidades nutricionales
- Figura 3** Representación de las categorías generales de cifras de población con necesidades humanitarias
- Figura 4** Subconjunto de áreas de interés extraídas de las AEN propuestas por la OMS

- **Alimentación complementaria:** proceso que se inicia cuando la alimentación con leche materna exclusiva ya no es suficiente para cumplir los requisitos nutricionales de un lactante y, por tanto, se necesitan otros alimentos y líquidos además de la leche materna.
- **Alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as (ALNP):** término que describe las prácticas de alimentación recomendadas para lactantes (<12 meses) y niños/as pequeños/as (entre 12 y 23 meses). Estos programas se centran en la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva; la introducción segura, adecuada y a su debido tiempo de la alimentación complementaria y la continuidad de la lactancia materna; y, finalmente, las cuestiones relacionadas con políticas y leyes relacionadas con la creación de entornos favorables para las mujeres y sus hijos/as que abarquen aspectos cruciales, tales como: la alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as y cuidados en emergencias (ALNP-E), el cumplimiento de la guía operativa para la ALNP-E, la comercialización de leche de fórmula para lactantes, SLM, la alimentación complementaria de consumo para lactantes y niños/as pequeños/as, los protocolos y orientaciones relativos al sistema de salud, las comunidades, los entornos de trabajo y las condiciones laborales de las mujeres.
- **Análisis situacional:** proceso deliberado por el que se analiza la actual situación humanitaria frente a una emergencia, los factores relacionados con dicha emergencia y sus consecuencias; este proceso también incluye la evaluación de estrategias alternativas y la recomendación de un plan de emergencia.
- **Circunferencia del brazo (MUAC):** distancia que se toma con el brazo izquierdo en posición recta en un punto medio entre el hombro (acromion) y el codo (olécranon) y que se emplea para evaluar la desnutrición aguda o la emaciación. En niños/as de entre 6 y 59 meses, un MUAC <115 mm indica desnutrición grave; un MUAC entre 115 mm y <125 mm indica una desnutrición moderada. Un MUAC bajo (<125 mm) combinado con la presencia de edema con fóvea bilateral recibe el nombre de DAG según el MUAC.
- **Clasificación integrada de las fases de la seguridad alimentaria (IPC):** escala común utilizada a nivel internacional que se emplea para la clasificación de la gravedad y magnitud de la inseguridad alimentaria y la desnutrición. Incluye un proceso por el que se elabora un consenso técnico basado en evidencias entre las partes interesadas clave, un enfoque para consolidar una amplia variedad de evidencias y una vía para prestar conocimientos con un enfoque accional de cara a la toma de decisiones estratégicas, además de una plataforma para garantizar un análisis riguroso y neutral.
- **Cribados:** evaluaciones rápidas de la población realizadas principalmente para identificar a las personas que puedan presentar desnutrición y derivarlas a un servicio de evaluación y tratamiento más detallado a menudo prestado en un centro de salud o centro comunitario.
- **Datos desglosados por sexo y edad:** uno de los métodos más eficaces para comprender las diferentes necesidades que tiene una población es la recopilación de datos desglosados por sexo y edad (DDSE) y un análisis de los mismos que incluya, en parte, la perspectiva de género (roles establecidos como construcción social, comportamientos, actividades y atributos que una determinada sociedad considera adecuados para los hombres y para las mujeres) y el análisis generacional, todo ello adecuado al contexto de un país, región y crisis concretos.
- **Deficiencia de micronutrientes:** carencia de determinados minerales y vitaminas esenciales debida a una ingesta alimentaria insuficiente o a una absorción insuficiente o utilización subóptima de vitaminas o minerales. Se pueden desarrollar signos y síntomas clínicos de carácter específico.
- **Desnutrición aguda:** resultado provocado por una reducción (repentina y) drástica de la ingesta alimentaria o por una enfermedad, a menudo agravado por prácticas alimentarias subóptimas en lactantes y niños/as pequeños/as que conllevan una pérdida de peso (con consecuencias graves para la salud). Existen dos grados de desnutrición aguda de una persona: severa y moderada. La desnutrición aguda es una cuestión central porque los niños y niñas que padecen desnutrición aguda severa (DAS) tienen 9 veces más posibilidades de fallecer en comparación con los que no la padecen<sup>1</sup>. La desnutrición aguda global (DAG) en niños/as de 0-59 meses se evalúa a partir de los índices nutricionales de la relación entre el peso y la talla (PTZ) y la circunferencia del brazo (MUAC) —que se conocen, respectivamente, como DAG según el PTZ y DAG según el MUAC— y los síntomas de edema con fóvea bilateral, o bien a partir de un indicador agrupado de las dos primeras relaciones conocido como el DAGc.
- **Desnutrición crónica:** proceso clasificado por niveles de retraso del crecimiento en función de la relación estandarizada entre altura y edad (puntuación z) en niños/as (es decir, altura o talla según sexo y edad específicos). El retraso del crecimiento está provocado por la incapacidad persistente para cumplir los requisitos mínimos de absorción de micronutrientes y macronutrientes, por la frecuente reincidencia de episodios de desnutrición aguda o por una combinación de estos.

<sup>1</sup> Olofin I, McDonald CM, Ezzati M, Flaxman S, Black RE, et al. (2013) [Associations of Suboptimal Growth with All-Cause and Cause-Specific Mortality in Children under Five Years: A Pooled Analysis of Ten Prospective Studies](#).

- **Desnutrición:** consecuencia de una ingesta o absorción alimentaria inadecuada o de una enfermedad o trastorno. Entre sus formas principales está la desnutrición aguda (emaciación, delgadez o edema con fóvea bilateral), la desnutrición crónica (retraso del crecimiento), el bajo peso (combinación de retraso del crecimiento y emaciación) y las deficiencias de micronutrientes (p. ej., deficiencia de vitamina A o hierro).
- **Edema:** acumulación excesiva de líquidos en el espacio extracelular del cuerpo. El edema con fóvea bilateral (retención de líquidos a ambos lados del cuerpo) es un signo clínico de desnutrición aguda severa y se denomina edema nutricional.
- **Estacionalidad:** variación estacional de los diversos factores que afectan a la situación nutricional de una persona, como, por ejemplo, enfermedades, el clima, la migración, fuentes de alimentos y el ciclo agrícola.
- **Evaluación de las necesidades:** conjunto de actividades necesarias para comprender una determinada situación que implica la recopilación, actualización y análisis de datos relativos a la población de interés (necesidades, capacidades, recursos, etc.).
- **Evaluaciones armonizadas:** procesos mediante los cuales las agencias recopilan, procesan y analizan datos por separado que, sin embargo, son suficientemente comparables (gracias al uso de conjuntos de datos comunes operacionales, de indicadores clave y de la sincronización geográfica y temporal) para poder compilarse en una única base de datos con el objetivo de emplearlos en un análisis compartido.
- **Evaluaciones coordinadas:** también conocidas como evaluaciones conjuntas o multisectoriales, se llevan a cabo cuando se planifican y desarrollan evaluaciones en colaboración con otros agentes humanitarios, cuyos resultados se comparten en beneficio de una comunidad con necesidades humanitarias más amplia con el objetivo de identificar las necesidades de la población afectada por una situación humanitaria.
- **Incidencia:** cálculo de proporción de casos nuevos de una enfermedad o trastorno que presenta una población durante un plazo específico (en general, en un año).
- **Inclusión de la discapacidad:** estrategia que se logra cuando las personas con discapacidad (ver definición más adelante) participan decisivamente en todas sus diversidades, cuando sus derechos se fomentan y cuando las cuestiones sobre discapacidad se abordan según lo acordado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD, por sus siglas en inglés).
- **Intervenciones sensibles a la nutrición:** abordan los determinantes subyacentes a la desnutrición (es decir, la seguridad alimentaria, los adecuados recursos para los cuidados específicos relativos al ámbito materno, del hogar y de la comunidad, así como el acceso a los servicios de salud y a un entorno seguro e higiénico).
- **Intervenciones específicas en nutrición:** abordan los determinantes inmediatos de la nutrición de lactantes y niños/as pequeños/as y su desarrollo (es decir, alimentos e ingesta de nutrientes adecuados, alimentación, prácticas de cuidados y crianza, y baja prevalencia de enfermedades infecciosas).
- **Lactancia materna exclusiva:** práctica de alimentación únicamente con leche materna (incluidas la extraída y la de una nodriza) sin añadir ningún otro alimento ni bebida (incluida el agua) durante los primeros seis meses de vida. Esta alimentación, no obstante, permite que el lactante ingiera soluciones de rehidratación oral (SRO), gotas y jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos)<sup>2</sup>.
- **Marco analítico:** ecosistema metodológico que tiene por objeto el abordaje de un problema mediante procesos lógicos y orientados a la producción de sentido que están basados en marcos teóricos (una representación general y visual de lo que se va a investigar) y conceptuales (cómo se obtienen y analizan los datos) necesarios para estimular y comprender las condiciones humanitarias en las que viven las poblaciones afectadas.
- **Medidas antropométricas:** medidas de la talla, forma y proporciones del cuerpo humano (p. ej., la altura, el peso y el MUAC) que sirven para determinar el estado nutricional de una persona o población mediante la comparación de sus índices (p. ej., peso por talla) con la norma, sus referencias o valores de corte<sup>3</sup>.
- **Normas de género:** conjunto de normas y expectativas a las que generalmente se ajustan las mujeres y los hombres, dentro de un marco que definen una sociedad, cultura y comunidad concretas en un momento determinado. Interiorizadas desde edades tempranas, las normas de género pueden establecer el ciclo vital de la socialización y estereotipación por género. Aunque las normas de género se aprenden, no son ni estáticas ni universales y sufren cambios a lo largo del tiempo.
- **Personas con discapacidades:** población con alguna discapacidad a largo plazo de carácter sensorial, físico, psicosocial, intelectual u otros y que, debido a varias barreras, no logra participar ni tener acceso a los programas, servicios o protección de tipo humanitario. Las personas con discapacidades son un grupo diverso. Las discapacidades pueden ser de varios tipos y pueden representar a diferentes identidades (mujeres, indígenas, menores, etc.).
- **Personas mayores:** término que hace referencia a personas de 50 años o más y que tiene en cuenta la construcción

<sup>2</sup> Tal como lo define la Organización Mundial de la Salud en sus [recomendaciones para la alimentación de lactantes](#).

<sup>3</sup> Para obtener más información sobre los índices, referencias y valores de corte: Cashin, K. & Oot, L. (2018) [GUIDE TO ANTHROPOMETRY A practical tool for Program Planners, Managers and Implementers](#).

social del envejecimiento en países con rentas entre bajas y medias, en comparación con la edad de jubilación aplicada en países con rentas altas.

- **Prevalencia:** cálculo de la proporción de personas de una población que están afectadas por una enfermedad o trastorno en un momento específico del tiempo.
- **Sobrepeso:** proceso por el que una persona acumula demasiada grasa corporal y tiene un peso por encima del esperado para una persona sana de su misma altura. Su forma más grave es la obesidad<sup>4</sup>. El sobrepeso y la obesidad son trastornos complejos con múltiples causas, incluyendo el desequilibrio entre las calorías ingeridas y consumidas, bajos niveles de actividad física y trastornos médicos y genéticos, entre otras. Aunque la desnutrición sigue siendo la principal preocupación en países en desarrollo, en términos generales, el sobrepeso y la obesidad

están asociados a un mayor número de fallecimientos en comparación con la población que está por debajo del peso ideal. Lo que anteriormente solo se consideraba un problema en países con rentas altas es ahora una amenaza contra la salud pública cada vez mayor en países de todo el mundo. Esto agrava la carga de la desnutrición en muchos países en desarrollo que siguen estando afectados por una alta prevalencia de desnutrición.

- **Sucedáneo de la leche materna:** cualquier alimento comercializado o representado de otro modo como un elemento de sustitución parcial o total de la leche materna, tanto si es adecuado o no a tal efecto.
- **Violencia de género:** término amplio para describir todo acto nocivo perpetrado contra la voluntad de una persona y que se base en diferencias de carácter social (género) entre hombres y mujeres.

<sup>4</sup> Cashin, K. & Oot, L. (2018) GUIDE TO ANTHROPOMETRY A practical tool for Program Planners, Managers and Implementers.



# OBJETIVO, DESTINATARIOS Y ALCANCE

El objetivo de esta pauta orientativa es proporcionar a las personas implicadas en la coordinación para la nutrición las herramientas, la información y los recursos necesarios para llevar a cabo un análisis de la situación nutricional, a partir de los cuales identifiquen la información para el Panorama de las necesidades humanitarias que pueda ser utilizada para los planes de respuesta y las actualizaciones, incluido el Plan de respuesta humanitaria (PRH). Aplicable a los diferentes contextos nacionales y a los diferentes tipos de situaciones humanitarias —desde las de inicios más lentos a las más bruscas, pasando por desastres naturales, conflictos y crisis prolongadas—, este documento sirve como complemento a las existentes [directrices del Ciclo de Programa Humanitario](#) y tiene por objeto garantizar una respuesta colectiva basada en evidencias, orientada a los resultados y a la que puedan contribuir los clústeres y las organizaciones. Los apartados de estas orientaciones están organizados teniendo en cuenta un enfoque basado en diferentes escenarios: el escenario 1, para situaciones en las que se puede realizar o utilizar un análisis sobre la desnutrición aguda; el escenario 2, para situaciones en las que no se puede llevar a cabo un análisis sobre el IPC AMN y la principal preocupación es una DAG en menores de cinco años ( $\geq 5\%$ ); o el escenario 3, para situaciones en las que hay una DAG  $< 5\%$  (resumida en la Figura 1 anterior). En función del país, se deberán seguir los siguientes pasos:

- Desarrollo de un plan de evaluación nutricional anual.
- Realización de un análisis de la situación nutricional en función de uno de los tres escenarios mencionados.
- Preparación de las cifras clave sobre nutrición para el PNH y su consiguiente PRH (solo aplicable a los clústeres del IASC).



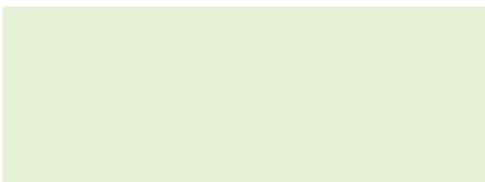


Syrian Arab Republic.  
© UNICEF/UNI308394/Sanadiki

Estas orientaciones deberían servir, a partir de un calendario indicativo, como **guía para los debates y la creación de consensos sobre el análisis situacional y el análisis de las necesidades sobre nutrición en situaciones de crisis, además de sobre la planificación y supervisión de una respuesta a las mismas**, tanto si se ha activado o no el sistema del clúster del IASC.

Estas orientaciones están diseñadas para utilizarse:

- junto con la hoja de cálculo adjunta, una herramienta denominada **Calculadora para el análisis de necesidades humanitarias sobre nutrición del clúster de nutrición**,
- que incluye símbolos ► o pasos clave descritos en recuadros especiales.
- Se puede consultar más información, herramientas y recursos en recuadros:



- junto con los puntos clave destacados por el símbolo ■ .

**Estas notas orientativas operacionales están especialmente dirigidas a las personas encargadas de la coordinación del clúster de nutrición (CCN), a responsables de la gestión de la información (IMO), a colaboradores del clúster de nutrición y al personal de la agencia líder del clúster**, además de a otras personas implicadas en la coordinación para la nutrición en situaciones humanitarias. Asimismo, pueden servir de ayuda para los equipos de coordinación y los colaboradores de los sectores que trabajan en temas sobre nutrición, así como a los colaboradores de otros clústeres o sectores; en concreto, a aquellos que trabajan estrechamente con resultados sobre nutrición o que se encargan de las consolidaciones y análisis situacionales de las necesidades de las poblaciones afectadas en materia de nutrición. Los resultados que recogen estas observaciones son pertinentes para todos los agentes de ayuda humanitaria, incluidos, entre otros: los responsables de la toma de decisiones, los coordinadores de ayuda humanitaria, los equipos de coordinación de ayuda humanitaria (HCT, por sus siglas en inglés), las organizaciones humanitarias que colaboran en las evaluaciones coordinadas, los legisladores, los donantes, y las autoridades de ámbito nacional y local durante las fases de preparación y respuesta interinstitucionales en situaciones humanitarias.

**El Apéndice 1 incluye detalles sobre cómo estas cifras contribuyen al marco conjunto de análisis intersectorial (JIAF, por sus siglas en inglés).**

# 1 | DESARROLLO DE UN PLAN DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL ANUAL



# 1. DESARROLLO DE UN PLAN DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL ANUAL

*Plazo indicativo: último trimestre del año anterior o primeros meses del año corriente*

Un SIN es un conjunto de procesos integrados y coordinados a nivel central para la recopilación, el análisis y la interpretación de datos nutricionales. Estos datos se transforman en información tangible y se difunden con el objetivo de tomar decisiones de forma oportuna y eficaz para mejorar la salud de una población desde el punto de vista de la nutrición. Con el objetivo de poder establecer las estrategias de respuesta adecuadas, el desarrollo y el mantenimiento periódico de un plan de evaluación anual en materia de nutrición (ver las orientaciones del Anexo 2) es lo que garantiza que se disponga de datos actualizados y de calidad para llevar a cabo análisis situacionales (o de tendencias) en materia de nutrición y, de este modo, prestar ayuda en las zonas objetivo o a las poblaciones vulnerables que están en mayor riesgo o que tienen mayor necesidad de asistencia nutricional. Una vez activado el sistema del clúster del IASC, este plan debería vincularse directamente con el Ciclo de Programa Humanitario. Asimismo, deberán tenerse en cuenta los aspectos estacionales y la opinión de los responsables de la toma de decisiones, ya que estos tienen un papel importante en la definición de las unidades de análisis, la cobertura geográfica y la consiguiente preparación del Panorama de las necesidades humanitarias y de sus planes de respuesta.

Además, puede que también sean aplicables las apreciaciones para una posible elaboración de un calendario anual del IPC en función de la situación humanitaria en concreto (ver Recuadro A para obtener más detalles).

## RECUADRO A.

### DESARROLLO DE UN CALENDARIO ANUAL DE LA CIF

En los casos en los que puede ser necesario elaborar un análisis sobre el IPC AMN (p. ej., DAG  $\geq 5\%$ ), es importante empezar las reuniones con el Equipo de Coordinación del GNC y con la Unidad de Apoyo Global del IPC sobre los recursos necesarios, el calendario y los requisitos financieros para una posible ejecución del IPC en el terreno.

A continuación se enumeran los pasos recomendados para colaborar en la contextualización del plan de evaluación en materia de nutrición, un documento liderado por el grupo de trabajo técnico (GTT) del SIN o su equivalente<sup>5</sup>:

<sup>5</sup> Se pueden consultar más detalles sobre los roles y responsabilidades del GTT del SIN [aquí](#).

01

Comentar cuáles son los datos de resultados nutricionales que hay disponibles (ver Anexo 1) —incluidos los datos desglosados por sexo, edad, discapacidad y otras características de la diversidad—, así como los que faltan y son necesarios para la toma de decisiones y la planificación.

02

Comentar cuáles son los indicadores para los factores de contribución clave que hay disponibles (es decir, causas/factores de la desnutrición; ver Tabla 1 siguiente y Anexo 1), así como los que faltan o son necesarios. Acordar con otros clústeres o sectores cuáles son los indicadores que tienen en cuenta la nutrición y que se incluirán en sus metodologías de evaluación y su justificación para su recopilación y uso. Cuando sea necesario, acordar si dichos indicadores (no) pueden o (no) deben recopilarse como parte de las evaluaciones en materia de nutrición (p. ej., vacunación del sarampión) para evitar que se dupliquen esfuerzos.

A la hora de revisar los datos primarios necesarios, debe tenerse en cuenta la importancia de los datos desglosados por sexo, edad y discapacidad. Asimismo, es importante tener en cuenta las barreras relacionadas con el género (ver Anexo 2) y las normas de género que pueden afectar negativamente a los resultados nutricionales. Por ejemplo, puede que las mujeres no tengan la capacidad de decidir en su casa lo que comen o cómo invierten el dinero, o bien puede que existan tabúes o prácticas culturales relacionados con la alimentación y con el consumo de alimentos que pueden afectar negativamente a las niñas. Deben tenerse en cuenta las consultas<sup>6</sup> y otros métodos cualitativos (como, por ejemplo, debates con grupos focales) para pedir y escuchar la opinión de la comunidad, ya que a partir de estos métodos se puede obtener información sobre a quiénes afecta de forma distinta y por qué motivos.

03

Identificar las carencias de datos fundamentales en función de lo anteriormente mencionado y debatir los medios para obtenerlos directamente mediante la recopilación de datos primarios, un aspecto que a menudo se puede solventar con la [metodología SMART](#). Esto a veces puede variar en función de la situación humanitaria y, en concreto, durante un brote o pandemia<sup>7</sup>.

04

Desarrollar y coordinar un plan de evaluación anual en materia de nutrición (ver Anexo 3) que esté armonizado con otros sectores para contribuir a la coordinación de las evaluaciones nutricionales y sus resultados, teniendo en cuenta los plazos para el análisis de datos, las apreciaciones

<sup>6</sup> Se pueden obtener más detalles sobre las consultas a mujeres y niñas [aquí](#).

<sup>7</sup> [Aquí](#) se pueden encontrar las apreciaciones para la recopilación de datos primarios durante la pandemia de la COVID-19.

05

clave (ver Recuadro B siguiente) y la fiabilidad de determinados métodos de recopilación en comparación con otros (ver Figura 2). Se pueden consultar orientaciones adicionales en las páginas 161-162 de la [versión 3.0 del Manual técnico del IPC](#). Es preferible que todas las evaluaciones se realicen durante la misma estación para mejorar la comparabilidad de los datos. Asimismo, los datos deberían analizarse tan pronto como sean recopilados.

Revisar las herramientas de evaluación y los cuestionarios —y modificarlos, si es necesario— para garantizar que se ha tenido en cuenta todo el conjunto de indicadores específicos en materia de nutrición y los que la tienen en cuenta.

06

Garantizar la implementación del plan y la validación oportuna de los datos recopilados.

07

Asegurarse de que los resultados se comparten con las partes interesadas pertinentes y de que se almacenan en formato consolidado para facilitar los posibles análisis de tendencias o de la situación nutricional posteriores.

#### RECUADRO B. APRECIACIONES CLAVE A LA HORA DE REVISAR LOS DATOS PARA LA TOMA DE DECISIONES Y LA PLANIFICACIÓN

- **Accesibilidad:** En algunos casos, la naturaleza de la crisis humanitaria (p. ej., conflictos) puede limitar el acceso a las organizaciones para recopilar las evidencias adecuadas, así como afectar a la cobertura geográfica que se presta. En tales casos, deben seguirse las apreciaciones alternativas —ver el resumen de las orientaciones del IPC para la recopilación de datos en zonas con acceso limitado/ sin ayuda humanitaria (pp. 193-195 de la versión 3.0 del Manual técnico de la CIF; se pueden obtener orientaciones más detalladas solicitándolas a la Unidad de Apoyo Global de la CIF).
- **Idoneidad:** Es mejor seleccionar un número reducido de indicadores bien consolidados en función de la experiencia previa y del consenso al que hayan llegado los expertos.
- **Factores contextuales:** el contexto (p. ej., la doble carga de la desnutrición, una epidemia de sarampión, malaria), los acontecimientos (p. ej., sucesos políticos), cambios en las actividades del programa nutricional, desabastecimiento, etc.
- **Cobertura demográfica:** posibilidad de utilizar determinados indicadores como indicador de las necesidades de todo un grupo poblacional o tan solo de un subconjunto (p. ej., prevalencia de DAS en M5).
- **Desglose:** se puede realizar por grupo poblacional, edad, sexo, discapacidad y otras características de la diversidad (p. ej., desplazados internos o estado de la comunidad de acogida, zonas urbanas/ rurales, origen étnico o religión) o bien por nivel administrativo cuyos resultados de una encuesta pueden ser representativos a nivel de la unidad de análisis. Es importante tener siempre en cuenta la forma y los motivos por los que diferentes grupos pueden quedar afectados de forma distinta.
- **Representatividad:** medida que sirve para saber cómo una muestra refleja adecuadamente o de forma precisa a la población de la que se ha extraído, a menudo garantizada mediante métodos de muestreo (aleatorio) probabilístico.
- **Estacionalidad:** fluctuaciones de la desnutrición por variación estacional; la información sobre la influencia de la estacionalidad se puede establecer a partir de los datos de admisión de un centro de alimentación o de los datos sobre vigilancia nutricional de ámbito nacional.
- **Métodos estadísticos y de gestión de datos fiables:** uso de métodos adecuados y estadísticamente viables para la recopilación, el análisis y la gestión de datos que garantizan una interpretación precisa.
- **Transparencia:** claridad en las fuentes y métodos utilizados para recopilar datos y utilizar los cálculos y todas las observaciones técnicas y metodológicas.
- **Unidades de análisis:** en lo que respecta a la nutrición, la mayoría de indicadores son de tipo individual (p. ej., DAG) y están agrupados por grupo geográfico o afectado en términos de representatividad de los resultados (ver Tabla 3 más abajo).

Figura 2. Tabla de puntuación sobre la fiabilidad del IPC AMN en relación con las evidencias sobre necesidades nutricionales

F <sub>2</sub> = Fiable F <sub>1</sub> = Ligeramente fiable		Relevancia temporal (T)	
		Buena (T <sub>2</sub> )	Limitada (T <sub>1</sub> )
Solvencia del método (M)	Buena (M <sub>2</sub> )	R <sub>2</sub>	R <sub>1</sub> -
	Limitada (M <sub>1</sub> )	R <sub>1</sub> +	X
Parte B: Orientaciones generales para la evaluación de M y T			
Solvencia del método (M)	Buena (M <sub>2</sub> )	<p>DAG basada en el PTZ a partir de encuestas representativas a nivel de la unidad de análisis, con la precisión adecuada y validadas por una autoridad de ámbito nacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Encuestas agrupadas con ≥25 clústeres</li> <li>Encuestas simples o sistemáticas con ≥150 observaciones</li> </ul>	
	Limitada (M <sub>1</sub> )	<p>DAG basada en el PTZ que cumple parcialmente la representatividad y los estándares de calidad; o bien DAG basada en el MUAC obtenida a partir de métodos mínimamente aceptables.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Encuestas representativas a nivel de la unidad de análisis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estimaciones «validadas con prudencia» (únicamente para la DAG basada en el PTZ)</li> <li>Estimaciones de la DAG basada en el MUAC a partir de encuestas</li> </ul> </li> <li><b>DAG basada en el PTZ a partir de encuestas desglosadas representativas a nivel de una unidad administrativa superior</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>≥ 5 clústeres y ≥100 observaciones</li> </ul> </li> <li><b>DAG basada en el PTZ/MUAC a partir de centros de vigilancia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>≥5 centros por cada unidad de análisis con ≥200 observaciones en total (si es una zona rural, se aceptan ≥5 centros con 100 observaciones)</li> </ul> </li> <li><b>DAG basada en el MUAC a partir de cribados</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cribado exhaustivo (puerta a puerta) efectuado a nivel de la unidad de análisis (&gt;80 % cobertura) o</li> <li>Cribado de ≥3 centros (seleccionados aleatoriamente o intencionadamente por motivos de variabilidad) de la unidad de análisis y ≥200 observaciones seleccionadas aleatoriamente o exhaustivamente (&gt;80 % cobertura) a partir de cada centro y con convergencia de las estimaciones de dichos centros</li> </ul> </li> <li><b>Encuestas de zonas similares</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>DAG basada en el PTZ a partir de un encuesta realizada con un buen método en una zona similar</li> </ul> </li> </ul>	
Relevancia temporal (T)	Buena (T <sub>2</sub> )	<p><b>Evidencias que reflejan las condiciones actuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evidencias recopiladas durante el mismo período del análisis, siempre que haya estacionalidad</li> <li>Evidencias recopiladas en cualquier momento a lo largo de los 12 meses anteriores, <b>si no hay estacionalidad o si los factores contribuyentes de la DA no sufren ninguna alteración importante</b></li> </ul>	
	Limitada (T <sub>1</sub> )	<p><b>Evidencias que se infiere reflejan las condiciones actuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estimaciones inferidas sobre evidencias recopiladas en el plazo de los últimos 6 meses, pero fuera del mismo periodo de desnutrición aguda</li> <li>Evidencias históricas recopiladas durante el mismo período de desnutrición aguda de, como mínimo, 2 años similares en el transcurso de los últimos 5 años, que se emplearán únicamente en ausencia de alteraciones inusuales</li> </ul>	

# 2 | REALIZACIÓN DE UN ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL



## 2. REALIZACIÓN DE UN ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL

*Plazo indicativo: de 1 a 3 meses por ciclo de análisis, en función del calendario estacional de desnutrición, la cobertura geográfica y otros parámetros; esto excluye el tiempo necesario para su planificación. En países con procesos recurrentes del PNH/PRH, tiende a darse entre los meses de agosto y octubre.*

El objetivo de un análisis de la situación nutricional es **definir o clasificar la gravedad de una situación humanitaria determinada entre las zonas geográficas afectadas en función de la magnitud de las necesidades nutricionales de la población** para, en consecuencia, orientar la toma de decisiones estratégicas y operacionales. Este análisis aborda las cuestiones siguientes: gravedad, zonas más afectadas y momento en que fueron afectadas, número de personas, motivos, población y características principales de la situación.

Este análisis tiene también como objetivo llegar a un **consenso** sobre la clasificación de la gravedad en función de la magnitud de las necesidades nutricionales (p. ej., prevalencia de las diferentes formas de desnutrición) de los grupos poblacionales vulnerables (es decir, aquellos más afectados o expuestos) y sus factores clave (o factores contribuyentes), dividiéndolos en categorías representativas para dar apoyo a la respuesta. Esto implica una revisión crítica de los datos disponibles (p. ej., los resultados del plan de evaluación anual en materia de nutrición), el contexto y las tendencias existentes para cada zona geográfica afectada. Es posible que también se necesite información matizada para decidir si es necesario ampliar el tratamiento y la prevención de la desnutrición en las poblaciones afectadas en función de las siguientes preguntas:

- Quelle est la prévalence des différentes formes de •  
¿Cuál es la prevalencia de las diferentes formas de desnutrición (p. ej., resultados relativos a la desnutrición aguda y crónica, deficiencias de micronutrientes) en las zonas geográficas de interés? ¿Hay diferencias importantes que deban tenerse en cuenta según los grupos de edad (p. ej., lactantes, población adulta con enfermedades crónicas, personas mayores) o el sexo (p. ej., las niñas M5 tienen más probabilidades de sufrir desnutrición)?
- ¿La desnutrición afecta a unas zonas geográficas más que a otras, además de presentar niveles altos o cada vez más elevados de los factores que la provocan (p. ej., lagunas sobre el consumo de alimentos individuales)?
- ¿Hay ciertos medios de subsistencia o grupos socioeconómicos, de edad o de género (p. ej., mujeres embarazadas y lactantes) más afectados por la desnutrición en comparación con otros? ¿Cuáles son los factores que los hacen vulnerables ante la desnutrición (p. ej., normas sociales relacionadas con dietas)?

- ¿Existen tendencias, tanto estacionales como a largo plazo, en la prevalencia de la desnutrición?

Según el marco identificado en el Anexo 1 y los diferentes pasos en función de los diferentes escenarios (Figura 1), este análisis está dirigido generalmente por la persona responsable de la coordinación del clúster de nutrición y codirigido por representantes gubernamentales de ámbito nacional en asociación con los socios del clúster. A modo de ejemplo, serían las instituciones o entidades de la sociedad civil, un socio de recursos, agencias de Naciones Unidas, miembros del grupo de trabajo técnico del SIN o equivalentes y —solo si procede— el grupo de trabajo técnico del IPC (ver Recuadro C).

Estos representantes deben reunirse para acordar el alcance y los aspectos de interés en los que se basará el análisis de la situación nutricional con la idea de determinar cuál de los escenarios (1, 2 o 3) es el más pertinente en función del contexto. **Únicamente se puede seleccionar un escenario aplicable a todo el país.** Si la DAG en M5 se sitúa en torno al 5 % (es decir, en un valor entre los escenarios 2 y 3) en las zonas de interés afectadas y no es posible disponer de un análisis del IPC AMN (escenario 1), la **prevalencia mayoritaria** entre todas las zonas afectadas será la que determine el escenario que se deberá emplear.

Una vez acordado el escenario, los representantes deberán debatir la siguiente lista recomendada de indicadores «principales» entre los grupos poblacionales, las zonas geográficas o los aspectos temáticos acordados a la hora de consolidar las evidencias disponibles y fiables<sup>8</sup>. Al seleccionar los indicadores para el análisis de la situación nutricional, es importante recordar la importancia de los datos desglosados por sexo, edad y discapacidad. Pese a que los datos desglosados no se tienen en cuenta para establecer la clasificación de la gravedad de la situación, jugarán un papel importante a la hora de realizar la estimación de la magnitud de las necesidades nutricionales. Por ejemplo, tal como se puede extraer de la Figura 1 siguiente, es posible que los indicadores relativos al acceso al agua, saneamiento e higiene varíen mucho entre hombres y niñas adolescentes.

<sup>8</sup> Fiabilidad de los datos sobre resultados de nutrición en lo que respecta a la relevancia temporal y a la solvencia del método descrita en la Figura 2 más arriba.

### RECUADRO C. GRUPO DE TRABAJO TÉCNICO DE LA CIF

El grupo de trabajo técnico de la CIF, que puede ser de ámbito regional, nacional o subnacional, debe incluirse bajo una estructura ya existente en lugar de crear un organismo de coordinación en paralelo con un único objetivo. Deben establecerse unos términos de referencia claros que garanticen el compromiso con la alianza establecida con la CIF; esto incluye la finalidad y sus miembros, los roles y responsabilidades de estos, la presidencia, la copresidencia y su estructura y modalidades de trabajo. Se recomienda encarecidamente que todos los miembros que forman parte de la alta dirección de las organizaciones formalicen o firmen los términos de referencia. Para obtener más información sobre este grupo de trabajo técnico, contacte con la Unidad de Apoyo Global de la CIF.

## INDICADORES NUTRICIONALES «PRINCIPALES» RECOMENDADOS PARA LA PLANIFICACIÓN DE LA RESPUESTA

La siguiente lista recomendada de indicadores ha sido elaborada por el cuerpo especial del PNH del GNC y por los miembros del grupo de trabajo del SIN para las características de las fases y los umbrales de los estándares internacionales en referencia a la DAG y sus factores contribuyentes clave. El objetivo es **optimizar el proceso de este análisis y no está pensada para invalidar la larga lista de indicadores nutricionales que se pueden usar con finalidades de programación o supervisión**<sup>9</sup> (ver la pestaña ► **Registro de indicadores de la Calculadora para el análisis de necesidades humanitarias sobre nutrición del clúster de nutrición**).

<sup>9</sup> Ver el [Registro de indicadores del clúster de nutrición global](#) con la evaluación de las necesidades y los indicadores de supervisión del rendimiento.

En consonancia con el Marco analítico del IPC AMN anteriormente mencionado, en la Tabla 1 (también disponible en la pestaña ► **Umbrales de clasificación de la hoja de cálculo**) se sugiere una lista principal de indicadores cuya descripción se basa en los siguientes aspectos:

- **Categoría:** resultados primarios sobre nutrición, factores contextuales opcionales centrados en los grupos vulnerables comunes —cuya consideración puede ayudar a decidir los tipos de intervención más idóneos en una determinada situación humanitaria—, así como factores contribuyentes clave seleccionados por el cuerpo especial.
- **Alineación con el Marco analítico del IPC AMN** (*Anexo 1*): indicadores del estado nutricional, indicadores de mortalidad, causas inmediatas y subyacentes, así como otros aspectos.
- **Consecuencias humanitarias:** en lo que respecta a la nutrición, consecuencias para el «bienestar físico y mental» y la «calidad de vida» que, más adelante, serán importantes a la hora del análisis para determinar las cifras de población clave que son necesarias para la planificación de la respuesta. Pueden variar en función de si la DAG para M5 es  $\geq 5\%$  (escenarios 1 y 2) o  $< 5\%$  (escenario 3);
- **Umbrales y sus fuentes:** disponibles para cada indicador y aplicados en las fases de gravedad (basados en la terminología del IPC/OCHA). También pueden incluir los umbrales preliminares que se emplean únicamente en aquellos casos en los que no se dispone en ese momento de los globales para dicho indicador. Se trata de una limitación técnica importante, especialmente a la hora de evaluar la desnutrición aguda o crónica como **resultados primarios**.

El GNC es consciente y promueve el tratamiento de todas las formas de desnutrición aguda, incluyendo a todos los menores con MUAC y PTZ bajos o con edema con fóvea bilateral (conocidos como DAGc)<sup>10</sup>. No obstante, a efectos de este análisis situacional, se aplica la preferencia por la DAG basada en el PTZ<sup>11</sup>; la DAG basada en el MUAC únicamente deberá emplearse en ausencia del primer indicador y siempre en convergencia con las evidencias de factores contribuyentes para llegar a la conclusión final del análisis situacional.

<sup>10</sup> El indicador de la DAGc se emplea preferentemente en la Sección 3 de estas observaciones para el cálculo del número de personas con necesidades nutricionales para el PNH y el PRH. El [software ENA para la metodología SMART \(versión 2020\)](#) genera automáticamente estas cifras en las Tablas 3.7 y 3.8 en su informe del estudio.

<sup>11</sup> En consonancia con el IPC AMN, la clasificación de la DAG basada en el MUAC se basa en un análisis de la relación entre el PTZ y el MUAC en la zona de análisis y convergencia de evidencias. En aquellos casos excepcionales en los que la DAG basada en el MUAC revela una situación mucho más grave que la DAG basada en el PTZ (es decir, dos o más fases), también deberá tenerse en cuenta el primer indicador para la clasificación de las fases. Las clasificaciones basadas en el MUAC deben apoyarse en la relación entre la DAG basada en el PTZ y la DAG basada en el MUAC en la zona de análisis. La convergencia de las evidencias deberá centrarse en la evaluación del estado de los factores contribuyentes (p. ej., brote de una enfermedad o crisis de la seguridad alimentaria), así como en las tendencias históricas.



Factores contribuyentes clave	Causas subyacentes (WASH)	Número de hogares con acceso a una fuente mejorada de agua potable	Calidad de vida	El agua proviene de una fuente mejorada de agua potable in situ	El agua proviene de una fuente mejorada de agua potable, con tiempos de recogida que no superan los 30 minutos entre ida/vuelta, incluido el tiempo de espera en cola	El agua proviene de una fuente mejorada de agua potable cuyo tiempo de recogida supera los 30 minutos entre ida/vuelta, incluido el tiempo de espera en cola	El agua proviene de una fuente no mejorada de agua potable	El agua proviene directamente de ríos, lagos, pozos, etc.	Corresponde al número de hogares asignados a cada opción de respuesta en las evaluaciones específicas sobre WASH, evaluaciones multisectoriales sobre las necesidades (MSNA) o matriz sobre seguimiento de los desplazamientos (DTM), o bien incluidos en las evaluaciones a nivel de zona (como los estudios SMART) tal como sugieren los compañeros de WASH para el Marco conjunto de análisis intersectorial (JIAF). El porcentaje mayoritario de hogares que entran en una fase indica la clasificación de las fases en general (ver Limitaciones, p. 3). Consultar con los compañeros del clúster WASH global de ámbito local en caso de utilizar este indicador para el análisis de factores contribuyentes.
		Número de hogares con acceso a suficiente cantidad de agua para beber, cocinar, ducharse, lavar y otros usos domésticos	Calidad de vida	Suficiente agua para beber, cocinar, mantener la higiene personal y otros usos domésticos O BIEN más de 50 l/d/p	Suficiente agua para beber, cocinar Y mantener la higiene personal. PERO NO para otros usos domésticos O BIEN 15 l/d/p o más, pero menos de 50	Suficiente agua para beber Y cocinar O mantener la higiene personal, O BIEN 9 l/d/p o más, pero menos de 15	Suficiente agua para beber PERO NO para cocinar Y mantener la higiene personal, O BIEN 3 l/d/p o más, pero menos de 9	Sin agua suficiente para beber O BIEN menos de 3 l/d/p	
		Número de hogares con acceso a un servicio de saneamiento funcional y mejorado	Calidad de vida	Acceso a servicios de saneamiento mejorados, sin compartirlos con otros hogares	Acceso a servicios de saneamiento mejorados, compartidos con menos de 20 personas	Acceso a servicios de saneamiento mejorados, compartidos con más de 20 personas	Acceso a servicios de saneamiento no mejorados O BIEN a servicios mejorados compartidos con más de 50 personas	Evacuación de las heces humanas en espacios abiertos o con residuos sólidos	
		Número de hogares con acceso a equipamientos para el lavado de manos en funcionamiento, con agua y jabón disponibles o % de hogares con acceso a jabón	Calidad de vida	El hogar dispone de jabón Y de un lavabo para manos dentro con jabón y agua corriente		El hogar dispone de jabón PERO no de un lavabo para manos dentro con jabón y agua corriente		El hogar no dispone de jabón	
Causas subyacentes (Inmunización)	Cobertura de vacunas DIAP3 (DPT3/PENTA3) en <1 año, por unidad administrativa	Bienestar físico y mental	> 90%	85% - 90%	75% - 85%	65% - 75%	< 65%	Estos datos pueden estar disponibles a través de proyecciones; en tal caso, debe comprobarse y anotarse la calidad de los mismos. En algunos estudios, los datos recogidos incluyen a niños y niñas de entre 12 y 23 meses. Es necesario asegurarse de que se referencia el intervalo de edades de los datos de interés. Tan solo se ha probado el primer umbral y hay evidencias que lo respaldan. El resto se han seleccionado arbitrariamente y no deben considerarse como cálculos de precisión en esta etapa.	
	Cobertura rutinaria de vacunación contra el sarampión (%)	Bienestar físico y mental		No se han propuesto umbrales				No de la lista oficial del GHC de indicadores de salud «principales». Se debe emplear la opinión consensuada y la de los expertos en función de los expertos a nivel nacional para el análisis de los factores contribuyentes.	
	Cobertura rutinaria de vacunación contra la poliomielitis (%)	Bienestar físico y mental		No se han propuesto umbrales					
	Cobertura rutinaria de suplementación en vitamina A (%)	Bienestar físico y mental		No se han propuesto umbrales					
	Cobertura de la campaña de vacunación contra el sarampión (%)	Bienestar físico y mental		No se han propuesto umbrales					
	Cobertura de la campaña de vacunación contra la poliomielitis (%)	Bienestar físico y mental		No se han propuesto umbrales					
	Cobertura de la campaña de suplementación en vitamina A (%)	Bienestar físico y mental		No se han propuesto umbrales					
	Cobertura de la vacunación contra el sarampión a partir de encuestas (%)	Bienestar físico y mental		No se han propuesto umbrales					
Cobertura de la vacunación contra la poliomielitis a partir de encuestas (%)	Bienestar físico y mental		No se han propuesto umbrales						

	Cobertura de la suplementación en vitamina A partir de encuestas (%)	Bienestar físico y mental	No se han propuesto umbrales					No de la lista oficial del GHC de indicadores de salud «principales». Se debe emplear la opinión consensuada y la de los expertos en función de los expertos a nivel nacional para el análisis de los factores contribuyentes.	
	Cobertura de todas las vacunas básicas a partir de encuestas (%)	Bienestar físico y mental	No se han propuesto umbrales						
	Porcentaje de niños/as entre 6 meses y 15 años que han recibido la vacuna contra el sarampión	Bienestar físico y mental	>95 % en zonas rurales/urbanas >90 % en zonas rurales o dispersas	<94-85 % en zonas urbanas y rurales <89 - 84 % en zonas dispersas o rurales	75%-85%	65%-75%	<65%	Este indicador se utiliza para realizar una estimación de la tasa de vacunación de la estrategia total del PAI. Para evitar una estimación por encima de la real, se emplea la tasa de vacunación contra el sarampión ya que esta es habitualmente inferior a la de la DtAP3. Ambos indicadores deben calcularse anualmente y pueden convertirse en un buen indicador del rendimiento del sistema sanitario. Es necesario evaluar la calidad de los datos disponibles. Tan solo se ha probado el primer umbral y hay evidencias que lo respaldan. El resto se han seleccionado arbitrariamente y no deben considerarse como cálculos de precisión en esta etapa.	
Factores contribuyentes clave	Número de casos o tasa de incidencia de determinadas enfermedades pertinentes para el contexto local (cólera, sarampión, meningitis aguda u otras)	Bienestar físico y mental	No se han propuesto umbrales. Uso de la información consensuada y la opinión de los expertos.	Este indicador es principalmente un cálculo a nivel nacional y no se puede agrupar fácilmente para utilizarlo a un nivel superior. La lista de enfermedades es específica para el contexto. La recopilación de datos puede presentar problemas dado que la vigilancia de los centros de salud puede tener una sensibilidad baja con respecto a aquellos trastornos para los que la población no solicita asistencia habitualmente. El acceso a los servicios sanitarios es otro factor.	Número de casos de determinadas enfermedades pertinentes para el contexto local (cólera, sarampión, meningitis aguda u otras, COVID-19)	Bienestar físico y mental	No se han propuesto umbrales. Uso de la información consensuada y la opinión de los expertos.	Este indicador es principalmente un cálculo a nivel nacional y no se puede agrupar fácilmente para utilizarlo a un nivel superior. La lista de enfermedades es específica para el contexto. La recopilación de datos puede presentar problemas dado que la vigilancia de los centros de salud puede tener una sensibilidad baja con respecto a aquellos trastornos para los que la población no solicita asistencia habitualmente. El acceso a los servicios sanitarios es otro factor. Consultar con los compañeros del GHC local en caso de utilizar este indicador para el análisis de factores contribuyentes.	
	Causas inmediatas (Estado de salud)	Tasa de letalidad (TL) para la mayoría de enfermedades	Bienestar físico y mental	No se han propuesto umbrales					Combinación de gravedad de las enfermedades y calidad de la asistencia médica. Lo más probable es que haya un sesgo hacia arriba porque normalmente tan solo los casos más graves se presentan en la clínica. Este indicador es principalmente un cálculo a nivel nacional y no se puede agrupar fácilmente para utilizarlo a un nivel superior. La lista de enfermedades es específica para el contexto. La recopilación de datos puede presentar problemas dado que la vigilancia de los centros de salud puede tener una sensibilidad baja con respecto a aquellos trastornos para los que la población no solicita asistencia habitualmente. El acceso a los servicios sanitarios es otro factor. Consultar con los compañeros del GHC local en caso de utilizar este indicador para el análisis de factores contribuyentes.
		Proporción de M5 con diarrea durante las últimas dos semanas	Bienestar físico y mental	No se han propuesto umbrales					
		Prevalencia de VIH/sida	Bienestar físico y mental	No se han propuesto umbrales					
		Proporción de M5 con fiebre en zonas con riesgo de malaria	Bienestar físico y mental	No se han propuesto umbrales					
		Proporción de M5 que sufrieron infecciones respiratorias agudas (IRA) durante las dos últimas semanas	Bienestar físico y mental	No se han propuesto umbrales					
		Número de casos notificados de cólera o diarrea acuosa aguda	Bienestar físico y mental	No se han propuesto umbrales					

Factores contribuyentes clave

Causas subyacentes <sup>15</sup> (Disponibilidad y acceso a los servicios de atención médica)	Porcentaje de centros sanitarios que ofrecen un paquete básico de servicios médicos (incluidos los servicios sobre nutrición)	Calidad de vida	No se han propuesto umbrales					No de la lista oficial del GHC de indicadores de salud «principales». Se debe emplear la opinión consensuada y la de los expertos en función de los expertos a nivel nacional para el análisis de los factores contribuyentes.
	Decisiones en materia de salud extraídas de encuestas sobre población	Calidad de vida	No se han propuesto umbrales					No de la lista oficial del GHC de indicadores de salud «principales». Se debe emplear la opinión consensuada y la de los expertos en función de los expertos a nivel nacional para el análisis de los factores contribuyentes.
	Porcentaje de población que puede acceder a la atención primaria de salud en el plazo de una hora caminando desde el domicilio	Calidad de vida	≥ 80%	75% - 80%	70% - 75%	65% - 70%	< 65%	Según la guía del JIAF. Tan solo se ha probado el primer umbral y hay evidencias que lo respaldan. El resto se han seleccionado arbitrariamente y no deben considerarse como cálculos de precisión en esta etapa.
	Número de centros de salud con asistencia obstétrica básica de urgencia / 500 000 personas, por unidad administrativa	Calidad de vida	4+	3 - 4	2 - 3	1 - 2	< 1	Según la guía del JIAF. Indicadores representativos de la disponibilidad física y la accesibilidad geográfica a los servicios obstétricos de urgencia y su distribución entre los barrios de las zonas afectadas. Se observa un desequilibrio entre la disponibilidad de los servicios de asistencia obstétrica de urgencias básica y los de asistencia obstétrica de urgencias completa (con muy pocos centros para los primeros).  Tan solo se ha probado el primer umbral y hay evidencias que lo respaldan. El resto se han seleccionado arbitrariamente y no deben considerarse como cálculos de precisión en esta etapa.
	Número de profesionales cualificados para asistir en partos (personal médico, enfermería, comadronas tituladas) por cada 10 000 personas	Calidad de vida	≥ 23	≥ 20	≥ 17	≥ 14	≥ 11	Según la guía del JIAF. Tan solo se ha probado el primer umbral y hay evidencias que lo respaldan. El resto se han seleccionado arbitrariamente y no deben considerarse como cálculos de precisión en esta etapa.
Causas inmediatas (consumo de alimentos)	<b>PRIORIDAD:</b> Análisis sobre seguridad alimentaria a nivel de clúster/sector	Calidad de vida	1	2	3	4	5	Alinear con el análisis final en lo relativo a las fases proporcionadas por los compañeros que trabajan localmente en seguridad alimentaria o con el análisis sobre inseguridad alimentaria aguda del IPC.
	Puntuación de consumo de alimentos	Calidad de vida	Aceptable y estable	Aceptable pero deteriorada con respecto a la habitual	Al límite	Escasa	Escasa	Subconjunto sugerido por los compañeros que trabajan en Seguridad alimentaria para el JIAF (ver Limitaciones, p. 3)
	Escala de hambre en los hogares	Calidad de vida	0 (sin hambre)	1 (ligera)	2 o 3 (moderada)	4 (grave)	5 o 6 (grave)	
	Índice reducido de estrategias de afrontamiento	Calidad de vida	De 0 a 3	De 4 a 18	≥ 19	≥ 19	≥ 19	
	Puntuación de diversidad de la dieta en los hogares	Calidad de vida	De 5 a 12 grupos de alimentos y estable	5 grupos de alimentos pero deteriorada en ≥1 grupo con respecto a la habitual	De 3 a 4 grupos de alimentos	De 0 a 2 grupos de alimentos	De 0 a 2 grupos de alimentos	

\*Exige Frecuencia mínima de las comidas en niños/as de 6-23 meses para la derivación, junto con Diversidad de regímenes alimenticios en niños/as de 6-23 meses.

<sup>12</sup> Ver Recuadro E más arriba.

<sup>13</sup> Generalmente incluye a personas entre los 10 y 19 años. Se pueden encontrar más detalles en las gráficas de IMC por edad para niños y niñas, basadas en los patrones de crecimiento de la OMS de 2007 que aparecen en la [p. 94 de la publicación GUIDE TO ANTHROPOMETRY: A practical tool for Program Planners, Managers and Implementers](#).

<sup>14</sup> En caso de haber factores agravantes, entre los que se incluyen: una ración de alimentos por debajo de las 2 100 kcal por persona/día; un brote de enfermedad (p. ej., cólera o malaria); aprovisionamiento y saneamiento inadecuados de agua potable; refugio inadecuado; guerra y conflicto, conflictos civiles, migración y desplazamientos.

<sup>15</sup> Encontrará más información sobre los posibles indicadores relacionados con la **desigualdad de género** en el Anexo 2.

El siguiente conjunto de pasos estandarizados en función del escenario pretende ofrecer un **enfoque común** para clasificar la gravedad de la desnutrición e identificar sus factores clave. De este modo, permite aplicarse con garantías en función de los contextos y los responsables de la toma de decisiones pueden comparar las situaciones entre las diferentes zonas, tanto a nivel nacional como entre los diferentes países. Para los escenarios 1 y 2 en los que la prevalencia de DAG es  $\geq 5\%$ , debe emplearse o planificarse un análisis sobre el IPC AMN (ver Recuadro D más abajo para obtener más detalles).

#### RECUADRO D. PREPARACIÓN PARA UN ANÁLISIS SOBRE EL IPC AMN

*CPlazo indicativo: normalmente entre abril y octubre, en función de la estacionalidad y la disponibilidad de los datos por evaluar*

Se inicia un debate a partir de la solicitud a la unidad de apoyo global del IPC y al equipo de coordinación del GNC sobre si habría o no apoyo para realizar un análisis de calidad sobre el IPC AMN dentro de un plazo factible. Un análisis sobre el IPC AMN exige lo siguiente:

- Analistas formados adecuadamente (p. ej., técnicos) de las correspondientes agencias y sectores, junto con una presidencia a nivel gubernamental, cuando sea factible.
- Partes interesadas (de ámbito nacional o regional) informadas sobre el proceso de análisis y las posibles fechas para el taller de análisis.
- Un consenso claro sobre la unidad de análisis, el alcance geográfico y el período de validez para garantizar que se cumplen los requisitos mínimos sobre recabación de evidencias a la hora de llevar a cabo una evaluación en relación con los criterios de fiabilidad (Figura 2).
- Preparativos logísticos y financieros para el taller de análisis: este aspecto depende de la disponibilidad de los recursos financieros y humanos para realizar el análisis a nivel de la unidad de análisis deseada. Además, debe tenerse en cuenta si es factible analizar y clasificar del número de unidades deseadas.
- Preparación de los protocolos para A del IPC (es decir, hojas de cálculo para el análisis, plantillas de comunicación, etc.).



Antes de llegar a un consenso sobre el análisis de la situación nutricional, es posible que se deban tener en cuenta algunos aspectos clave y las posibles adaptaciones (Tabla 3) a la hora de consolidar las evidencias disponibles y fiables<sup>16</sup>. Desde el principio se tiene que entender bien y con la mayor precisión posible los diferentes aspectos para llegar a un consenso, entre los cuales están el tiempo necesario para el análisis y los factores contextuales en juego a la hora de clasificar y describir las condiciones de desnutrición y sus factores contribuyentes clave. No siempre es fácil llegar a un acuerdo mutuo a partir de los datos disponibles y del conocimiento adecuado del contexto de la zona que se pretende analizar. Para lograrlo hay que llevar a cabo una gestión cuidadosa para mitigar los sesgos, fomentar la transparencia y, en algunos casos, solventar los conflictos interpersonales que puedan surgir. Esto último es especialmente importante cuando empleamos datos de resultados nutricionales desfasados<sup>17</sup> junto con datos recientes sobre los factores contribuyentes (ver Recuadro E más abajo).

<sup>16</sup> Fiabilidad de los datos sobre resultados de nutrición en lo que respecta a la relevancia temporal y a la solvencia del método descrita en la Figura 2 más arriba.

<sup>17</sup> Puede darse este caso durante una epidemia o pandemia, o bien en otras situaciones que limitan la movilidad en general, que podrían afectar a la recopilación de datos primarios. Para tales casos, aquí encontrará más detalles sobre las recomendaciones.

**RECUADRO E.****APRECIACIONES CLAVE AL UTILIZAR DATOS SOBRE RESULTADOS NUTRICIONALES DESFASADOS**

En situaciones en las que no disponemos de datos sobre resultados nutricionales actualizados (p. ej., datos sobre DAG obtenidos hace 2 o más años), es importante tener en cuenta los siguientes aspectos a la hora de elaborar el análisis de la situación nutricional:

1. Revisar la prevalencia de DAG desactualizada junto con los resultados de los factores contribuyentes durante el mismo período y exponer las primeras hipótesis teniendo en cuenta el contexto.
2. Usar el marco analítico de IPC AMN y revisar el conjunto de primeras hipótesis sobre cuál puede ser el nivel actual de DAG (p. ej., si se espera una reducción o un deterioro o que haya permanecido constante) que tenga en cuenta lo siguiente:
  - disponibilidad de datos recientes sobre los factores contribuyentes (p. ej., prácticas sobre apoyo a la alimentación de lactantes y niños/as pequeños, ingesta alimentaria, morbilidad, acceso a servicios de atención médica y WASH, seguridad alimentaria en los hogares, prácticas de alimentación y cuidados, pobreza, etc.) y si se pueden aplicar tendencias similares de los datos desactualizados sobre DAG;
  - revisión de los datos de rendimiento recientes que provengan de programas y sistemas rutinarios (es decir, datos del CMAM, datos sobre asesoramiento y sesiones del ALNP, supervisión del crecimiento, inmunización, suplementación de micronutrientes, protección social, etc.), y compararlos con los de años anteriores para identificar los cambios que pudiera haber en las tendencias sobre cambios en los datos de resultados nutricionales (sin incluir los cambios estacionales).
3. Debatir entre representantes cómo pueden afectar estas hipótesis preliminares a los datos sobre resultados nutricionales desactualizados en lo que respecta a la clasificación de la gravedad (es decir, si ha habido cambios en las fases).
4. Documentar las hipótesis finales acordadas entre los representantes y cómo estas, si procede, han ajustado la clasificación del nivel de gravedad para el análisis actual de la situación nutricional y sus efectos sobre el cálculo del número de personas con necesidades nutricionales. Estas apreciaciones pueden variar ligeramente en contextos en los que se lleva a cabo un análisis del IPC AMN en el momento de debatir las proyecciones.



Tabla 3. Lista de apreciaciones y adaptaciones para llevar a cabo el análisis sectorial sobre nutrición

Unidad de análisis	Apreciaciones clave y posibles adaptaciones a los datos nutricionales disponibles
<p><b>Zona geográfica afectada</b> (Provincias, barrios, distritos, municipios, poblados, asentamientos, etc.)</p>	<p>Basados en los datos sobre resultados nutricionales disponibles que se han ido recopilando a partir de las encuestas sobre población, representativos idealmente de una determinada zona geográfica afectada.</p> <p>En cuanto a los <b>escenarios 1 y 2</b>, los datos sobre DAG basada en el PTZ<sup>18</sup> obtenidos a partir de encuestas y diseñados como medida representativa de un nivel administrativo superior al de la unidad de análisis, y solo en determinadas circunstancias específicas (ver más abajo), se pueden volver a analizar estos datos para obtener las estimaciones para unidades administrativas inferiores y utilizarse en el análisis. El principal factor determinante en el caso de los datos agrupados basados en encuestas es el <b>efecto del diseño</b><sup>19</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el efecto de diseño de DAG basada en el PTZ proveniente de la encuesta de nivel administrativo superior es &lt;1,3, esta estimación de nivel superior se podrá usar para todos los niveles administrativos inferiores sin desglosar los datos.</li> <li>• Si el efecto de diseño de DAG basada en el PTZ proveniente de un nivel administrativo superior se sitúa entre el 1,3 y el 1,7, los datos deberán desglosarse para los niveles inferiores con <math>\geq 5</math> clústeres y <math>\geq 100</math> observaciones. Asimismo, se podrán usar las estimaciones desglosadas en función del efecto de diseño: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el efecto de diseño <math>\leq 1,7</math>, utilizar la estimación puntual.</li> <li>• Si el efecto de diseño <math>&gt; 1,7</math>, usar el límite inferior del intervalo de confianza del 95 % como la fase mínima (siendo la fase mínima aquella en que se clasificaría una zona en función del límite inferior del intervalo de confianza, es decir, la zona estaría como mínimo en esta fase). Se trata únicamente de una fase indicativa. La fase final para esta zona deberá decidirse teniendo en cuenta esta fase indicativa, además de las fases basadas en la estimación puntual y en el intervalo de confianza superior, y de la convergencia de las evidencias con los factores contribuyentes.</li> </ul> </li> <li>• Si el efecto de diseño de DAG basada en el PTZ obtenida en el nivel administrativo superior es <math>&gt; 1,7</math>, los datos de esta encuesta no deberán desglosarse para los niveles administrativos inferiores.</li> </ul> <p>Para los escenarios <b>2 y 3 ÚNICAMENTE</b>, en caso de que haya una laguna en los datos de la encuesta sobre población, se pueden emplear los datos históricos para determinar la clasificación de la gravedad según las 5 fases por cada indicador pertinente (ver Tabla 1). Alternativamente se pueden emplear los datos de encuestas existentes pertenecientes a zonas comparables para identificar qué clasificación de gravedad de la fase sería la adecuada en el caso de la zona geográfica afectada en cuestión.</p> <p>Para el <b>escenario 3</b>, se pueden hacer apreciaciones similares en lo relativo a la desnutrición crónica (prevalencia de retraso del crecimiento basado en la TEZ&lt;-2) y los datos sobre deficiencias de micronutrientes correspondientes (y, solo cuando corresponda, se puede tener en cuenta el indicador de sobrepeso) en M5 y grupos vulnerables basados en la fiabilidad de los datos con respecto a la relevancia temporal y a la solvencia del método utilizado (ver Figura 1 más abajo).</p>
<p><b>Grupos afectados</b> (Desplazados internos, comunidades de acogida, refugiados, poblaciones afectadas no desplazadas, etc.)</p>	<p>Basados en los datos sobre resultados nutricionales disponibles que se han ido recopilando a partir de las encuestas sobre población, representativos idealmente de una determinada zona geográfica afectada.</p> <p><b>Para todos los escenarios</b>, si los objetivos de la encuesta no desglosaron los resultados por grupos de población afectados, no se podrán asumir diferencias entre los grupos afectados y, por tanto, los resultados serán representativos de todos los grupos afectados que se encuentran en las zonas encuestadas, a menos que haya otros datos fiables que indiquen lo contrario. Por tanto, los datos sobre prevalencia se pueden repetir para cada grupo afectado que esté presente en una zona geográfica concreta.</p> <p>Si hay datos disponibles para cada grupo afectado (es decir, comunidades de acogida y refugiados), entonces se deberán desglosar los datos brutos en función de la zona geográfica afectada. Hay que asegurarse de que los siguientes pasos sigan el mismo procedimiento de desglose, dado que hay evidencias disponibles que respaldan los resultados.</p>

<sup>18</sup> De forma similar a lo que sucede con los [parámetros del IPC AMN para el análisis](#), se anima a anteponer el indicador de la DAG basada en el PTZ. La DAG basada en la MUA tan solo puede utilizarse en ausencia de datos sobre DAG basada en el PTZ. En aquellos casos excepcionales en los que la DAG basada en el MUAC revela una situación mucho más grave que la DAG basada en el PTZ (es decir, dos o más fases por encima), también deberá tenerse en cuenta el primer indicador, junto con un análisis crítico de los factores contribuyentes, antes de determinar la fase final.

<sup>19</sup> Basados en los [Protocolos del IPC AMN](#). En caso de que no se puedan aplicar estas apreciaciones basadas en el efecto de diseño, se debe acceder a los datos brutos y volver a generar el análisis para obtener el efecto de diseño. Si están basadas en el efecto de diseño obtenido, se deben aplicar las apreciaciones clave definidas más arriba.



Malawi, 2020  
© UNICEF/UNI303004

<p><b>Grupos demográficos</b></p> <p>(Sexo y edad desglosados por los intervalos de años pertinentes)</p>	<p>Basados en los datos disponibles sobre resultados nutricionales recopilados a partir de encuestas fiables sobre población, idealmente representativos de una zona geográfica afectada concreta y desglosados por grupos de sexo y edad (disponibles automáticamente en los informes sobre estudios SMART).</p> <p>Si no son de fácil acceso, el acceso a los datos brutos de los estudios puede facilitar estos cambios si se cargan los datos en el <a href="#">software ENA para SMART</a> y se vuelven a generar los informes. De lo contrario, se puede aplicar el porcentaje a nivel nacional de niños y niñas M5 (la OCHA tiene normalmente esta información) a los resultados en función de la población total de M5 para obtener los resultados desglosados por sexo.</p> <p>Para obtener los datos desglosados por edad, basta con disponer de los datos específicos sobre M5 y sus resultados. Para un desglose más detallado, deberían estar disponibles las estimaciones brutas a nivel de país para menores entre 0 y 5 meses, entre 6 y 23 meses y entre 24 y 59 meses; normalmente este desglose se genera automáticamente en los informes de estudios SMART.</p>
<p><b>Grupos con necesidades específicas</b></p> <p>(Mujeres embarazadas y lactantes, personas mayores, personas con discapacidad, etc.)</p>	<p>Basados en los datos sobre resultados nutricionales disponibles que se han recopilado a partir de encuestas fiables sobre población. En lo relativo a la nutrición, las mujeres embarazadas y lactantes —y, en determinados contextos, las personas mayores— son grupos diana habitualmente vulnerables en términos nutritivos y, por tanto, nos debemos asegurar de que sus necesidades nutricionales se han tenido en cuenta a la hora de llevar a cabo el análisis de la situación nutricional.</p> <p>Con respecto a los datos desglosados por discapacidad, debería haber estimaciones brutas disponibles a nivel de país (comprobarlo con el clúster de protección); de lo contrario, se puede asumir que corresponden a un 15 % de la población total y a un 10 % de la población infantil. Por tanto, estos porcentajes se pueden aplicar a los resultados generales para los grupos de población diana total y obtener así los resultados desglosados por personas con discapacidad.</p>
<p><b>Categorías específicas contextuales o categorías de vulnerabilidad</b></p> <p>(Zonas rurales/urbanas, grupos étnicos/minorías específicos, etc.)</p>	<p>Basados en los datos sobre resultados nutricionales disponibles que se han recopilado a partir de encuestas fiables sobre población. Se pueden obtener las estimaciones brutas a nivel de país de cada una de estas vulnerabilidades a través del clúster de protección. Estas estimaciones se pueden aplicar a los resultados generales por grupos de población diana y obtener así los resultados desglosados.</p>

## ESCENARIO 1

Situaciones humanitarias en las que la prevalencia de DAG en M5 es  $\geq 5\%$  con un análisis existente del IPC AMN

1. Consulte y revise la clasificación existente sobre el IPC AMN ya realizada por país en función de la Tabla de referencia sobre el IPC AMN, así como los umbrales de los estándares internacionales.
2. Revise los indicadores utilizados para el análisis del IPC AMN, priorizando la DAG en niñas y niños M5. A la hora de considerar la relación entre niñas y niños, asegúrese de analizar los datos bajo distintos criterios. Por ejemplo, los hogares encabezados por mujeres pueden presentar unas tasas de consumo de alimentos más bajas que los encabezados por hombres. De la misma manera, el principio de ecoestabilidad femenina en determinados casos de escasez de alimentos<sup>20</sup> puede producir niveles más altos de desnutrición en los niños que en las niñas.
3. Revise el periodo de validez de la clasificación de gravedad existente del IPC AMN. Si la situación ha experimentado un cambio considerable, utilice la guía del IPC a la hora de actualizar el análisis.
4. Utilice los resultados del análisis del IPC AMN para elaborar su Análisis sobre la situación nutricional.



Aleppo, Syrian Arab Republic  
© UNICEF/UNI271372/AI-Issa

## ESCENARIO 2

Situaciones humanitarias en las que la prevalencia de DAG en M5 es  $\geq 5\%$  y no se puede realizar un análisis del IPC AMN

1. Póngase en contacto con el equipo de coordinación del GNC para valorar la viabilidad de preparar un análisis del IPC AMN. Véase el Recuadro D en el que se indican los pasos y las apreciaciones esenciales. Si es viable y cumple los requisitos del equipo de coordinación del GNC, realice un análisis del IPC AMN y utilice los resultados obtenidos.

**De lo contrario**, el equipo de coordinación del GNC puede dar apoyo en los siguientes pasos. Tenga en cuenta que esta es una opción con carácter excepcional; solo puede usarse si previamente, tras la consulta con el equipo de coordinación del GNC, no se ha encontrado ninguna opción posible para realizar el análisis del IPC AMN dentro del país.

2. Utilice el Marco del IPC AMN (véase el Anexo 1) para dirigir la convergencia de las evidencias para este análisis.
3. Respete los parámetros clave y úselos como reglas para la clasificación de la gravedad. Véase la pestaña ► **Análisis nutric. del Escenario 2 de la Calculadora para el análisis de necesidades humanitarias sobre nutrición del Clúster de nutrición**:

3.1 Realice la **clasificación de la gravedad** de la DAG basándose en los umbrales de la Tabla 1 siguiendo estas indicaciones:

- ► Introduzca la prevalencia por zona geográfica para DAG en M5 según el PTZ en la **columna B**. Esta prevalencia será la fuente principal para la clasificación, que se generará automáticamente en la **columna E**.
- Cuando no se disponga de la DAG en M5 según el PTZ, ► introduzca la DAG en M5 según el MUAC en la **columna C**. Aparecerá el mensaje emergente "indique una justificación para el valor", donde deberá incluir los detalles en la **columna F**.
- ► Introduzca la prevalencia de DAG en MEL según el MUAC en la **columna D**. Esto se utilizará para la clasificación en casos excepcionales en los que no se disponga ni de la DAG en M5 según el PTZ ni según el MUAC; de lo contrario, se utilizará para el cálculo del número de PIN siguiente.

<sup>20</sup> Si desea obtener más información sobre el principio de ecoestabilidad femenina, haga clic [aquí](#).

3.2 Realice un análisis de los factores asociados/contextuales esenciales en función de los umbrales de la Tabla 1 utilizando la pestaña ► **Fact. asociados al Escenario 2 de la Calculadora para el análisis de necesidades humanitarias sobre nutrición del Clúster de nutrición** siguiendo estas indicaciones:

- ► Introduzca las prevalencias por zona geográfica para los indicadores Factores contextuales y Calidad de vida disponibles en las **columnas B-L**. Tenga en cuenta que Frecuencia mínima de las comidas en niños/as de entre 6 y 23 meses se usa aquí sobre el indicador compuesto Dieta mínima aceptable en niños/as de entre 6 y 23 meses.
- ► Introduzca las tasas de mortalidad por zona geográfica para los indicadores Tasa bruta de mortalidad y Tasa de mortalidad en M5 disponibles en las **columnas M-N**.
- ► Introduzca el número de fase correspondiente (véase la pestaña ► **Umbrales para la Clasificación** para consultar los detalles) por cada indicador Seguridad alimentaria, WASH y Salud relevante para cada zona geográfica en las **columnas O-AN**.
- Por cada columna rellena, se hará un análisis cualitativo de factores asociados clave de forma similar al análisis del IPC AMN siguiendo estos valores de referencia:

4. A la hora de considerar la relación entre niñas y niños, asegúrese de analizar los datos bajo distintos criterios. Por ejemplo, el acceso a los servicios de nutrición puede ser diferente entre hombres y mujeres.
5. Prepare el informe utilizando el **acuerdo general** sobre la clasificación de la gravedad y sus factores contribuyentes clave para la priorización geográfica. Consulte el **Recuadro E que figura más arriba en caso de que los datos de resultados sobre nutrición estén desactualizados**.
6. Haga un resumen de la fiabilidad de las evidencias utilizadas en la pestaña ► **Fiabilidad de las evidencias utilizadas** según las puntuaciones proporcionadas en la Figura 2 del IPC AMN anterior.
7. Presente los resultados obtenidos<sup>21</sup> a los responsables de la toma de decisiones siguiendo los puntos clave del Anexo 5, y destaque todos los **desplazamientos de poblaciones y problemas de accesibilidad** que deban tenerse en cuenta.
8. Deje constancia de cualquier déficit relacionado con los recursos, incluido el relativo a la capacidad y a las evidencias, para informar en futuros análisis de la situación nutricional al equipo coordinador del GNC o a la Unidad de Apoyo Mundial del IPC sobre problemas técnicos y de implementación, para que revisen materiales orientativos existentes y desarrollen otros nuevos.

Fase 1 Aceptable/ Mínimo	Fase 2 Alerta/ Tensión	Fase 3 Serio/ grave	Fase 4 Crítico/ Extremo	Fase 5 Extremada- mente crítico/ Catastrófico	Sin datos
Sin factor asociado	Factor asociado leve	Factor asociado grave	Factor asociado crítico		

<sup>21</sup> Incluya detalles relativos al razonamiento crítico empleado para el periodo actual sobre todo cuando la convergencia de evidencias se use para alcanzar una conclusión, fuentes de las evidencias utilizadas y su análisis, una breve descripción de las características de las poblaciones por zona geográfica, el periodo de tiempo del análisis (es decir, el periodo de validez), los factores clave de la desnutrición aguda y demás limitaciones del análisis de la situación.

**ESCENARIO 3**

Situaciones humanitarias en las que la prevalencia de la DAG en M5 es <5 %

1. Utilice el Marco del IPC AMN (véase el Anexo 1) para guiar la convergencia de las evidencias para este análisis.

En la pestaña ► **Análisis nutric. del Escenario 3**, realice la clasificación de la gravedad utilizando un **sistema de puntuación preliminar** en las **columnas P-U** que tenga en cuenta tanto la vulnerabilidad de los grupos diana como la fiabilidad de estos 10 indicadores<sup>22</sup> (sin olvidar utilizar el Dieta mínima aceptable en niños/as de entre 6 y 23 meses, si está disponible) considerados relevantes para este escenario. Si se considera necesario por el contexto, en las entradas para países se

incluye un 11.º indicador opcional con un número fijo de puntos asociados (véase la última fila que figura más abajo). Por ejemplo, la prevalencia de desnutrición aguda según el PTZ (véase la Tabla 1 que figura más arriba para consultar otros posibles indicadores). No se recomienda incluir indicadores de la mortalidad, a no ser que solo se estén contando muertes no traumáticas. Por defecto, la Fase 1 se asume para todos estos indicadores con respecto al sistema de puntuación preliminar del Escenario 3 (véase Limitaciones):

SISTEMA DE PUNTUACIÓN PRELIMINAR*	Fase 1 Aceptable/ Mínimo	Fase 2 Alerta/ Tensión	Fase 3 Serio/ Grave	Fase 4 Crítico/ Extremo	Fase 5 Extremada- mente crítico/ Catastrófico	
100.00	1,00	5,00	14,00	30,00	50,00	
% de prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños/as de entre 0 y 5 meses	0,11	0,55	1,54	3,30	9,17	55%
Diversidad mínima de la dieta en niños/as de entre 6 y 23 meses (si está disponible, utilizar la Dieta mínima aceptable en niños/as de entre 6 y 23 meses)	0,11	0,55	1,54	3,30	9,17	
% de retraso del crecimiento (TEZ) para niños/as de entre 0 y 59 meses	0,11	0,55	1,54	3,30		
Prevalencia de sobrepeso en niños/as de entre 0 y 59 meses	0,11	0,55	1,54	3,30	9,17	
Prevalencia de anemia en niños/as de entre 6 y 59 meses	0,11	0,55	1,54	3,30		
Prevalencia de anemia en mujeres embarazadas	0,10	0,50	1,40	3,00		30%
% de lactantes de entre 0 y 5 meses que no han sido amamantados y con acceso a suministros de SLM y apoyo	0,10	0,50	1,40	3,00	5,00	
% de lactantes de entre 6 y 11 meses que no han sido amamantados y con acceso a suministros de SLM y apoyo	0,10	0,50	1,40	3,00	5,00	
% de prevalencia de DAG en personas mayores (MUAC < 210 mm)	0,05	0,25	0,70	2,25		15%
% de prevalencia de DAG en Adolescentes (IMC por edad)	0,05	0,25	0,70	1,50	3,75	
Por entrada para país (si es relevante, columna L)	0,05	0,25	0,70	1,50	3,75	

<sup>22</sup>El fundamento se basa en un sistema de puntuación de tres niveles propuesto por el Cuerpo especial del GNC en el que los indicadores morados representan el 55 % de la cantidad total de puntos por fase; los azules, el 30 %; y los verdes, solo el 10 %. Por ejemplo, si la prevalencia de Retraso del crecimiento en M5 está en la Fase 3, esta recibirá 1,54 puntos, frente a la prevalencia de DAG en Personas mayores, que solo recibe 0,7 puntos. En caso de que falten datos, la herramienta de hoja de cálculo complementaria generará automáticamente una Fase 1 para ese indicador. Este desglose no se basa en evidencias sólidas, sino en la presunción de vulnerabilidad y fiabilidad de estos 10 indicadores para este escenario. Véase Limitaciones en la p. 3.

1.1 ► Introduzca la prevalencia por zona geográfica de cualquiera de los 10 indicadores disponibles en las **columnas B-L**.

1.2 En estas columnas, se hará una clasificación automática en función de los umbrales de la Tabla 1. En función de esta clasificación, se tomará el número asociado de puntos y se añadirá en la **columna M**.

1.3 En función del número total de puntos calculados, la clasificación de gravedad asociada por zona geográfica se proporcionará de forma automática en la **columna N** utilizando los siguientes valores de referencia preliminares (véase Limitaciones, p. 3):

TABLA DE INTERPRETACIÓN	Fase 1 Aceptable/ Mínimo	Fase 2 Alerta/ Tensión	Fase 3 Serio/ grave	Fase 4 Crítico/ Extremo	Fase 5 Extremadamente crítico/Catastrofóico
Valores de referencia preliminares en la puntuación	≤4	5-13	14-29	30-49	≥50

2. Realice el análisis de los factores contribuyentes clave/contextuales en función de los umbrales de la Tabla 1 utilizando la pestaña ► **Fact. asociados al Escenario 3** de la **Calculadora para el análisis de necesidades humanitarias sobre nutrición del Clúster de nutrición** siguiendo estas indicaciones::

- Introduzca las tasas de mortalidad por zona geográfica para los indicadores Tasa bruta de mortalidad y Tasa de mortalidad en M5 disponibles en las **columnas B-C**.
- Introduzca el número de fase correspondiente (véase la pestaña ► **Umbrales de clasificación** para consultar los detalles) por cada indicador Segu-

ridad alimentaria, WASH y Salud relevante para cada zona geográfica en las **columnas D-AC**.

- Por cada columna rellena, se hará un análisis cualitativo de factores asociados clave de forma similar al análisis del IPC AMN siguiendo estos valores de referencia:

Fase 1 Aceptable/ Mínimo	Fase 2 Alerta/ Tensión	Fase 3 Serio/ grave	Fase 4 Crítico/ Extremo	Fase 5 Extremadamente crítico/Catastrofóico	Sin datos
Sin factor asociado	Factor asociado leve	Factor asociado grave	Factor asociado crítico		

3. A la hora de considerar la relación entre niñas y niños, asegúrese de analizar los datos bajo distintos criterios. Por ejemplo, los hogares encabezados por mujeres pueden presentar unas tasas de consumo de alimentos más bajas que los encabezados por hombres.
4. Prepare el informe utilizando el **acuerdo general** sobre la clasificación de la gravedad según el **Análisis nutric. del Escenario 3** y sus factores contribuyentes clave para la priorización geográfica. Revise el **Recuadro E que figura más arriba en caso de que los datos de resultados sobre nutrición estén desactualizados**.
5. Haga un resumen de la fiabilidad de las evidencias utilizadas en la pestaña ► **Fiabilidad de las evidencias utilizadas** según las puntuaciones proporcionadas en la Figura 2 del IPC AMN anterior.
6. Presente los resultados obtenidos<sup>23</sup> a los responsables de la toma de decisiones siguiendo los puntos clave del Anexo 5, y destaque todos los **desplazamientos de poblaciones y problemas de accesibilidad** que deban tenerse en cuenta.
7. Deje constancia de cualquier déficit relacionado con los recursos, incluido el relativo a la capacidad y a las evidencias, para informar en futuros análisis de situaciones en materia de nutrición al Equipo de Coordinación del GNC sobre problemas técnicos y de implementación para que revisen materiales orientativos existentes y desarrollen otros nuevos.

<sup>23</sup> Incluya detalles relativos al razonamiento crítico empleado para el periodo actual —sobre todo cuando la convergencia de evidencias se use para alcanzar una conclusión—, fuentes de las evidencias utilizadas y su análisis, una breve descripción de las características de las poblaciones por zona geográfica, el periodo de tiempo del análisis (es decir, el periodo de validez), los factores clave de la desnutrición aguda y demás limitaciones del análisis de la situación.



# 3 | PREPARE LAS ILUSTRACIONES ESENCIALES SOBRE NUTRICIÓN PARA EL PANORAMA DE LAS NECESIDADES HUMANITARIAS Y EL PLAN DE RESPUESTA POSTERIOR



### 3. PREPARE LAS ILUSTRACIONES ESENCIALES SOBRE NUTRICIÓN PARA EL PANORAMA DE LAS NECESIDADES HUMANITARIAS Y EL PLAN DE RESPUESTA POSTERIOR (SOLO APLICABLE A LOS CLÚSTERES DEL IASC)

*Plazo indicativo: En paralelo al análisis de la situación en materia de nutrición.*

Los resultados del análisis de la situación en materia de nutrición se incorporan en las cifras de población del PNH y el PRH definidas en la Figura 3 y en la Tabla 2 del Anexo 4, donde la información requerida habitualmente en las situaciones humanitarias constituye el eje central de cualquier operación humanitaria. El uso de una terminología inconsistente, metodologías ambiguas y la falta de una recopilación de datos transparente, coordinada y estandarizada suele provocar que los agentes humanitarios operen con datos diferentes. En paralelo, entender la magnitud de la situación en diferentes niveles de gravedad ayuda a planificar una respuesta identificando el número de personas en necesidad, la cual se realiza por sector y de forma intersectorial (se aborda en el Apéndice 1 del JIAF).

Para el Clúster de nutrición, el número de PIN es la suma de las personas con necesidades nutricionales, por consecuencia humanitaria, en cada zona geográfica en función del análisis de la situación de los datos/información. Al utilizar la **Calculadora para el análisis de necesidades humanitarias sobre nutrición del Clúster de nutrición**, el número de PIN debe calcularse para cada necesidad nutricional específica y debe expresarse como tal, en donde el PNH ya sirve como proyección de las necesidades nutricionales para el siguiente año. Después de derivar el número de PIN, se puede estimar el número de PIN que experimentan restricciones de acceso a la ayuda humanitaria. El cálculo se basa en la prevalencia o incidencia estimada de personas que necesitan un servicio específico (p. ej., el número de niños/as M2 afectados/as por la situación humanitaria y que necesitan asistencia nutricional a través de un programa de ALNP). Con independencia de la naturaleza de la situación humanitaria, las diversas acciones esenciales en nutrición (AEN)<sup>24</sup> afectarían a los factores determinantes de una nutrición, un crecimiento y un desarrollo óptimos a través de intervenciones específicas para la nutrición y sobre nutrición (Figura 4).



Mauritania  
© UNICEF/UNI353698/Pouget

<sup>24</sup> Organización Mundial de la Salud (2019) [Essential nutrition actions: mainstreaming nutrition through the life-course](#)

Figura 4. Subconjunto de áreas de interés extraídas de las AEN según la OMS

	Contenido (todos los contextos frente a diana)	Acciones esenciales en nutrición	Otros sectores implicados
<b>1. Lactantes</b>	Todos	A. Pinzamiento óptimo a tiempo del cordón umbilical	
	<b>Todos</b>	<b>B. Protección, fomento y apoyo de la lactancia materna</b>	<b>Parto (protección materna), agua, saneamiento e higiene (WASH)</b>
	Diana	C. Cuidados en lactantes con bajo peso al nacer y muy bajo peso al nacer	
	Diana	D. Evaluación y manejo del deterioro nutricional	
	Diana	E. Suplementación de vitamina A para lactantes menores de 6 meses	
<b>2. Niños/as</b>	Todos	A. Alimentación complementaria adecuada	Educación, comercio e industria
	<b>Todos</b>	<b>B. Supervisión y evaluación del crecimiento</b>	<b>Educación</b>
	Diana	C. Evaluación y manejo del deterioro nutricional	Educación, comercio e industria
	Diana	D. Suplementación en micronutrientes con contenido en hierro	Educación, comercio e industria
	Diana	E. Suplementación de vitamina A	Educación, comercio e industria
	Diana	F. Suplementación de yodo	Educación, comercio e industria
	Diana	G. Suplementación de zinc en el manejo para la diarrea	Educación, comercio e industria
<b>3. Adolescentes</b>	Diana	A. Suplementación de micronutrientes con contenido en hierro	Educación, comercio e industria
<b>4. Personas adultas</b>	<b>Todos</b>	<b>A. Cuidados nutricionales en mujeres durante el embarazo y el posparto</b>	<b>Educación, comercio e industria</b> <b>Parto (protección materna y baja por maternidad/paternidad)</b>
	Diana	B. Suplementación de micronutrientes con contenido en hierro	Educación, comercio e industria
	Diana	C. Suplementación de yodo	Educación, comercio e industria
<b>5. Personas mayores</b>	Diana	A. Cuidados nutricionales de personas mayores en riesgo	Educación, comercio e industria

Ante el constante cambio en la dinámica del contexto humanitario y sus condiciones, el PNH (plantilla proporcionada por la OCHA o los gobiernos nacionales) es una publicación **periódica** para ayudar a todos los agentes humanitarios, a las autoridades locales y nacionales, a la sociedad civil y a las comunidades afectadas a desarrollar un entendimiento común del impacto y la **evolución de una situación humanitaria**.

Los resultados del análisis sobre una situación nutricional sientan las bases para una respuesta humanitaria coherente y eficaz en función de la magnitud detectada, en concreto, a través del PRH y su supervisión según las 4 preguntas clave (4W), junto con otras herramientas de notificación y supervisión. Cuando proceda, también debe incorporarse la información concerniente a los refugiados y a sus diferentes contextos, necesidades, vulnerabilidades y situaciones<sup>25</sup>. Asimismo, deben tenerse en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad para garantizar que no se está dejando atrás a este grupo vulnerable y en situación de riesgo en la respuesta humanitaria (véase el Recuadro F).

En función de la situación humanitaria, es importante empezar por lo que ya se conoce para cada uno de los grupos y subgrupos de población (p. ej., personas con discapacidad), la dinámica del género, las zonas geográficas o problemas específicos. Hacer balance de las intervenciones existentes en materia de nutrición ayuda a identificar las preguntas clave necesarias para fundamentar la planificación de una respuesta y la toma de decisiones, en función de sus logros, brechas y cómo han influido en las **consecuencias humanitarias** — una diferenciación importante para el desarrollo de los PNH y PRH. Como se ha expuesto anteriormente, la nutrición se centra en las dos siguientes consecuencias humanitarias:

- **"Bienestar físico y mental"**: estas consecuencias tienen un impacto directo en la supervivencia de las personas, así como en su integridad mental y física o en su dignidad a corto plazo (en los seis meses siguientes), reconociendo que también tienen efectos a más largo plazo (p. ej., desnutrición aguda o crónica, muerte y morbilidad). En lo referente a la nutrición, las consecuencias para el "Bienestar físico y mental" se basan en datos antropométricos. La urgencia de la respuesta puede variar en función del intervalo de tiempo de su efecto (supervivencia a corto plazo frente a un plazo más largo) y su grado de irreversibilidad en ausencia de una respuesta.
- **"Calidad de vida"**: estas consecuencias tienen un impacto directo en la capacidad de las personas para continuar sus actividades productivas y sociales normales y satisfacer sus necesidades básicas de forma autónoma. Estas se manifiestan en distintos tipos de déficit y en el uso de diversos mecanismos de afrontamiento para satisfacer esas necesidades básicas (p. ej., falta de alimentos, de ingresos, de acceso a la atención sanitaria, de agua, de saneamiento, de refugio y de educación), así como en el modo en que pueden variar estas para varios grupos de

#### RECUADRO F. INCLUSIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Se estima que las personas con discapacidad representan el 15 % de la población mundial. En los contextos humanitarios, pueden llegar a representar un porcentaje mucho más elevado. Se trata de uno de los grupos marginados más numerosos dentro de las comunidades afectadas por alguna crisis. Además, en situaciones de conflicto y emergencia, este grupo se ve afectado de manera desproporcionada. Cuando se produce una catástrofe, este presenta una tasa de mortalidad de dos a cuatro veces más alta que la de las personas sin discapacidad. En muchos contextos, no habrá datos desglosados sobre discapacidad (p. ej., datos administrativos o prevalencias nacionales) o, si los hubiera, serán poco fiables. Idealmente, los datos primarios para poder fundamentar las estimaciones locales en materia de discapacidad deberían recopilarse mediante métodos reconocidos a nivel internacional, como las herramientas del conjunto del Grupo Washington. En aquellos casos en los que no sea viable recopilar datos primarios, **se recomienda asumir que el 15 % de PIN presentará alguna forma de discapacidad (este mismo porcentaje se aplica a las MEL) y el 10 % de PIN en niños/as para su uso a la hora de planificar la inclusión de la discapacidad.**

Estas estimaciones se utilizan en el PNH con fines de planificación; estas estimaciones no deben utilizarse para informar de personas con discapacidades atendidas por los servicios de nutrición. Véanse los [consejos sobre la integración de la discapacidad en los PNH](#) y la [guía sobre los marcos de seguimiento en los que se incluye la discapacidad](#).

población. En las Tablas 4A, 4B, 4C que figuran más abajo, se exponen tres categorías de necesidades nutricionales: Desnutrición aguda y crónica y sobrepeso; prácticas en materia de ALNP; y deficiencia de micronutrientes. En estas tres tablas, también se proporcionan los cálculos del número de PIN en grupos de población particulares para un subconjunto mínimo de intervenciones esenciales específicas en materia de nutrición (p. ej., apoyo a ALNP, tratamiento de la DAM y la DAS<sup>26</sup>, alimentación complementaria (ya sea de tipo blanket o a personas diana), suplementación en vitamina A).

<sup>25</sup> Este documento y las plantillas no contradirán la nota conjunta de la OCHA y ACNUR sobre Situaciones mixtas.

<sup>26</sup> Nota: el número de casos identificados que presentan DAM o DAS que crea la base de tratamiento para PIN puede calcularse a través de la prevalencia combinada de DAS/DAM identificada por el PTZ o el MUAC (es decir, DAGc). El método debe venir explicado en la leyenda.

**Tenga en cuenta que el contenido de las Tablas 4A, 4B, 4C no pretende ser exhaustivo (es decir, no se incluyen las intervenciones sobre nutrición) y debe considerarse en conjunto con el contexto dado, con las guías nacionales existentes y con la naturaleza de cada situación.**

Antes de proceder a revisar los cálculos automáticos, **introduzca la siguiente información demográfica** en la pestaña ► **Cifras de población** para derivar el número de PIN posteriores:

Admin. 2 para áreas de interés "Afectadas" y cifras de población (obtenidas de la OCHA o el gobierno).

Toda la información demográfica disponible sobre niños/as M5, **desglosada por franjas etarias relevantes y desglosada por dimensiones relevantes entre las que se incluyen el género, la discapacidad y otra pluralidad de características** en caso de estar disponibles:

- En caso de no haber información para los grupos de entre 0 y 5 meses y entre 6 y 11 meses, podemos asumir que cada uno representa el 1,8 % del porcentaje total de los datos de cohortes<sup>27</sup>.
- En caso de no haber información para el grupo de entre 6 y 23 meses, podemos asumir, en función de los datos de cohortes mencionados anteriormente, que este representa el 5,4 % de la población total.
- En caso de no haber información sobre la discapacidad, podemos asumir que el 15 % del número de PIN adultas (este mismo porcentaje se aplica a las MEL) presenta una discapacidad; en los niños/as pertenecientes a las PIN, representa el 10 %.
- En caso de no haber información para MEL, podemos asumir que este grupo representa el 7 % de la población total, con un 4 % de ME.

En cada una de las tablas, se resumen las consideraciones esenciales a la hora de calcular el número de PIN por necesidad nutricional en función de lo siguiente:

- **Necesidad nutricional (acciones esenciales en nutrición):** basadas en las tres categorías detalladas que figuran más arriba y en las AEN correspondientes (si están disponibles).
- **Alineación con un subconjunto de intervenciones nutricionales de gran impacto:** una serie de intervenciones específicas en materia de nutrición promovidas por la OMS para satisfacer estas necesidades nutricionales.
- **Posibles grupos de población que incluir:** grupos de población que necesiten intervenciones específicas de NeE, con niños/as de entre 0 y 23 meses, entre 0 y 59 (M5), MEL y personas mayores, entre otros. La decisión sobre la selección de los grupos que se van a incluir debe basarse en el análisis de la situación nutricional y otra información relevante.
- **Indicadores y consideraciones esenciales:** lista de indicadores principales (dividiendo la DAG en DAS y DAM) y otros indicadores relevantes extraídos del [Registro de indicadores y Marco](#) del Clúster de nutrición global teniendo en cuenta las consideraciones esenciales. Si la DAGc<sup>28</sup> está disponible por país, la **DAGc (junto con sus derivadas de DAMc y DASc) será el indicador preferente para los cálculos del número de PIN en materia de nutrición.**
- **Fórmulas para calcular el número de PIN:** Se incluyen fórmulas claras por cada indicador relevante. El desglose por sexo, grupo etario y discapacidad debe hacerse cuando haya datos disponibles. La **Calculadora del PNH del Clúster de nutrición**, derivada del Registro de indicadores y el Marco del Clúster de nutrición global y su calculadora de número de casos, puede usarse para calcular de forma automática el número de personas en función de una serie de pasos detallados usando las pestañas ► **PIN**. El proceso debe documentarse debidamente para mostrar en qué punto los números dejan de ser representativos y en qué punto empieza a tener una influencia equivalente la opinión de los expertos.

■ Para el análisis interno del Clúster de nutrición para el PNH y el PRH, no es necesario consolidar el número de PIN por cada necesidad nutricional según la consecuencia humanitaria. Disponer del Total de PIN en materia de nutrición es útil a la hora de preparar el PRH y también para el Marco conjunto de análisis intersectorial (véase el Apéndice 1).

<sup>27</sup> Extracto del Anexo 2 en la publicación de la OMS [Rapid health assessment protocols during emergencies](#).

<sup>28</sup> DAGc: indicador agregado que combina la DAG según el PTZ y la DAG según el MUAC).

Tabla 4A. Resumen de los cálculos del número de PIN en materia de desnutrición aguda y crónica y sobrepeso

Necesidad nutricional (Acciones esenciales en nutrición)	Alineación con un subconjunto de intervenciones nutricionales de gran impacto	Posibles grupos de población que incluir	Indicadores (principales) y apreciaciones clave	Fórmulas para calcular el número de PIN
	Cribado y derivaciones en materia de nutrición	<p>Todos los niños y todas las niñas M5</p> <p>MEL</p> <p>Adolescentes</p> <p>Personas mayores<sup>29</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de niños/as M5 que deben cribarse según desnutrición</li> <li>Número de MEL que deben cribarse según desnutrición</li> <li>Número de adolescentes que deben cribarse según desnutrición</li> <li>Número de personas mayores que deben cribarse según desnutrición</li> </ul> <p>El 100 % del número estimado de niños/as diana.</p> <p>Cuando ya exista un programa de nutrición y haya datos del año anterior para definir la proporción de la población para cada grupo en el área de la intervención</p>	<p><b>Número de niños/as que deben cribarse según desnutrición (desglosado por sexo) = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de niños M5</b></p> <p><b>Número de MEL que deben cribarse según desnutrición = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de MEL</b></p> <p><b>Número de adolescentes que deben cribarse según desnutrición (desglosado por sexo) = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de adolescentes</b></p> <p><b>Número de personas mayores que deben cribarse según desnutrición (desglosado por sexo) = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de personas mayores</b></p>
<b>Desnutrición aguda (AMN)</b> (Manejo de la emaciación)	Manejo de pacientes ingresados con DAS (centros de estabilización, CE)	<p>Todos los lactantes menores de 6 meses con DAS</p> <p>Todas las parejas madre-lactante en situación de riesgo elevado</p> <p>Niñas y niños de entre 6 y 59 meses con edema con fóvea bilateral severo (+++) o desnutrición aguda severa con complicaciones médicas</p> <p>MEL con DAS y complicaciones médicas</p> <p><i>Si se considera relevante:</i> <i>Mujeres y hombres mayores con DAS</i> <i>Adolescentes con DAS y complicaciones médicas</i></p> <p>Para actividades orientadas a un cambio de comportamiento: Es preciso incluir a la persona cuidadora que se beneficiará de una comunicación para el desarrollo de actividades (orientadas a un cambio de comportamiento) a nivel de los centros. Estimaciones de una persona cuidadora por niño/a (admitido/a tratamiento por DAS, ya sea como paciente ingresado o CMAM)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Prevalencia de DASc en niños/as M5 (si no se dispone de ella, utilizar la de 6-59 meses)</u></li> <li><u>Prevalencia de DAS en niños/as de entre 0 y 59 meses según el PTZ o el edema con fóvea bilateral (si no se dispone de ella, utilizar la de 6-59 meses)</u></li> <li><u>Prevalencia de DAS en niños/as de entre 6 y 59 meses según el MUAC o edema con fóvea bilateral</u></li> <li>Prevalencia de DAS en Personas mayores según el MUAC</li> <li>Prevalencia de DAS en Adolescentes según el IMC por edad</li> </ul> <p>Si se conoce la tasa de DAG, pero se desconoce la prevalencia de DAS, se puede usar de media una estimación del 20 % de los pacientes con DAG que presentan DAS.</p> <p>De media, se espera que entre un 5 y un 20 % de niños/as con DAS sea derivado a un tratamiento que incluya el ingreso hospitalario. Esta proporción dependerá del estado del programa de CMAM.</p>	<p><b>Número de niños/as en necesidad M5 con DAS<sup>30</sup> (desglosado por sexo) = prevalencia de DASc x población de M5 procedente de zonas "afectadas" x k (factor de incidencia de DAS)</b></p> <p><b>Número de M5 con DAS en necesidad de un tratamiento que incluya ingreso hospitalario<sup>31</sup> (desglosado por sexo) = número de casos de DAS (según la DASc por defecto) x proporción esperada de casos de DAS con tratamiento que incluye ingreso hospitalario</b></p> <p><b>Número de personas mayores con necesidades nutricionales (desglosado por sexo) = prevalencia de DAS según el MUAC x población de personas mayores procedentes de zonas "afectadas"</b></p> <p><b>Número de adolescentes con necesidades nutricionales (desglosado por sexo) = prevalencia de DAS según el IMC por edad x población de adolescentes procedentes de zonas "afectadas"</b></p>
	Manejo ambulatorio (CMAM, Manejo terapéutico ambulatorio)	<p>Niñas y niños de entre 6 y 59 meses que presentan un edema bilateral leve-moderado (+, ++) o una emaciación severa sin ningún tipo de complicaciones médicas</p> <p>MEL con DAS sin ningún tipo de complicaciones médicas</p> <p><i>Si se considera relevante: Adolescentes con DAS sin ningún tipo de complicaciones médicas</i></p>	<p>Al principio de un programa de CMAM, cabe esperar tener que derivar un número elevado de casos con complicaciones al CE, de modo que la proporción será alta, de entre el 15 al 20 % aproximadamente. En un programa de CMAM que funcione correctamente, esta proporción puede disminuir con el tiempo y llegar a ser del 5 al 10 %.</p>	<p><b>Número de niños/as con DAS de entre 6 y 59 meses en necesidad de tratamiento ambulatorio<sup>31</sup> (desglosado por sexo) = prevalencia de DASc x población de niños/as de entre 6 y 59 meses procedentes de zonas "afectadas" x k (factor de incidencia de DAS) x proporción esperada de casos de DAS con tratamiento ambulatorio</b></p> <p><b>Mismos detalles sobre cálculos que figuran más arriba para MEL y adolescentes.</b></p>
	Tratamiento de la DAM	<p>Niñas y niños de entre 6 y 59 meses que presentan desnutrición moderada-aguda</p> <p>MEL con lactantes de entre 0 y 5 meses que presentan desnutrición aguda (grave y moderada)</p> <p>MELVIH que presentan desnutrición severa, moderada y leve-aguda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Prevalencia de DAMc en M5 (si no se dispone de esta, utilizar la de 6-59 meses)</u></li> <li><u>Prevalencia de DAM en M5 según el PTZ (si no se dispone de esta, utilizar la de 6-59 meses)</u></li> <li><u>Prevalencia de DAM en niños/as de entre 6 y 59 meses según el MUAC</u></li> <li><u>Prevalencia de DAM en MEL según el MUAC</u></li> <li>Prevalencia de DAG en MELVIH según el MUAC &lt;210 mm</li> </ul> <p>Si no se conoce la prevalencia de DAM, pensar en usar de media una estimación del 80 % de pacientes con DAG que presentan DAM.</p>	<p><b>Número de niños/as de entre 6 y 59 meses con DAM en necesidad (desglosado por sexo) = prevalencia de DAMc (por defecto) x población de niños de entre 6 y 59 meses procedentes de zonas "afectadas" x k (factor de incidencia de DAM)</b></p> <p><b>Número de niños/as de entre 6 y 59 meses con DAM en necesidad del programa (desglosado por sexo) = prevalencia de DAMc (por defecto) x población de niños de entre 6 y 59 meses procedentes de zonas "afectadas" x k (factor de incidencia de DAM) x proporción esperada de casos de DAM con programa</b></p> <p><b>Número de MEL con DAM en necesidad = prevalencia de DAM x población de MEL procedentes de zonas "afectadas"</b></p>
	Programa de alimentación complementaria (Blanket) (BSFP)	<p>Niñas y niños de entre 6 y 23 meses</p> <p>MEL</p> <p><i>Si los recursos lo permiten, pensar en incluir a los niños/as M5 y a las personas mayores.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción de niños/as de entre 6 y 23 meses en necesidad del BSFP</li> <li>Proporción de MEL en necesidad del BSFP</li> </ul> <p>Se debería marcar como población diana del BSFP entre el 70 y el 80 % de los M2 y las MEL.</p>	<p><b>Número de niños/as de entre 6 y 23 meses en necesidad del BSFP (desglosado por sexo) = población de niños/as de entre 6 y 23 meses procedentes de zonas "afectadas" x cobertura esperada con el BSFP</b></p> <p><b>Número de MEL en necesidad del BSFP = población de MEL procedentes de zonas "afectadas" x cobertura esperada con el BSFP</b></p>
<b>Desnutrición crónica</b>	Prevención de la desnutrición	Niñas y niños de entre 0 y 59 meses	<u>Prevalencia de retraso del crecimiento en niños/as M5 según la TEZ.</u>	<b>Número de niños/as M5 con retraso del crecimiento en necesidad (desglosado por sexo) = prevalencia de retraso del crecimiento x población M5 procedente de zonas "afectadas"</b>
<b>Sobrepeso</b>	Prevención de la desnutrición	Niñas y niños de entre 0 y 59 meses	<u>Prevalencia de sobrepeso en niños/as M5 según el PTZ</u>	<b>Número de niños/as M5 con sobrepeso en necesidad (desglosado por sexo) = prevalencia de sobrepeso x población M5 procedente de zonas "afectadas"</b>



Viet Nam  
© UNICEF/UNI279934/VietHung

---

<sup>29</sup> La ONU define "personas mayores" como aquellas personas de 60 años o más ( $\geq 60$ ). Sin embargo, es posible que desee adaptar esta definición según el contexto: en algunos países (p. ej. en el África subsahariana), el concepto de "persona mayor" es más bien un concepto social o cultural (p. ej., una persona jubilada, una persona con el pelo cano, etc.) y tendría sentido incluir a personas de 50 o 55 años. Algunos países tienen su propia definición. En caso de no haber una definición nacional para "personas mayores", utilice la definición de la ONU ( $\geq 60$ ).

<sup>30</sup> Esto se revisará próximamente, cuando el UNICEF publique su Guía para estimar el número de niños/as en necesidad de tratamiento para la emaciación, elaborada a partir de datos de investigaciones en niños/as de entre 6 y 59 meses.

<sup>31</sup> Consultar la próxima guía del UNICEF para estimar el número de niños/as en necesidad de tratamiento para la emaciación, elaborada a partir de datos de investigaciones en niños/as de entre 6 y 59 meses.

Tabla 4B. Resumen de cálculos del número de PIN por práctica de ALNP.

Necesidad nutricional (Acciones esenciales en nutrición)	Alineación con un subconjunto de intervenciones nutricionales de gran impacto	Posibles grupos de población que incluir	Indicadores (principales) y apreciaciones clave	Fórmulas para calcular el número de PIN
<b>Prácticas de ALNP</b>	Establecimiento de espacios seguros para la ALNP	MEL Cuidadoras/es con niñas y niños M2 <i>(si resulta viable, acceder a través de líderes y defensores de la comunidad)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción de MEL asesoradas en materia de ALNP</li> <li>Proporción de MEL que participan en sesiones grupales en materia de ALNP</li> <li><u>Lactancia materna exclusiva (LME) para niños/as de entre 0 y 5 meses</u></li> <li><u>Lactantes (niños/as de entre 0 y 5 meses) que no han sido amamantados y con acceso a suministros de SLM y apoyo con arreglo al Código, así como a los estándares y las recomendaciones recogidos en la Guía operativa de IFE</u></li> <li><u>Lactantes (niños/as de entre 6 y 11 meses) que no han sido amamantados y con acceso a suministros de SLM y apoyo con arreglo al Código, así como a los estándares y las recomendaciones recogidos en la Guía operativa de IFE</u></li> <li>Proporción de niños/as de entre 0 y 11 meses que no han sido amamantados/as (desglosado por sexo)</li> <li>Lactancia materna continuada en el primer (1) año de vida (Proporción de niños/as de entre 12 y 15 meses que han sido amamantados/as)</li> </ul> <p>Cuando no se disponga de datos, asumir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los de 0 a 5 meses suponen el 1,8 % de la población.</li> <li>Los de 6 a 11 meses suponen el 1,8% de la población.</li> <li>Las MEL combinadas suponen aproximadamente el 7 % de la población.</li> </ul>	<p><b>Número de MEL asesoradas (una a una) en materia de ALNP</b> = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de MEL x proporción de MEL asesoradas individualmente en materia de ALNP</p> <p><b>Número de MEL que participan en sesiones grupales en materia de ALNP</b> = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de MEL x proporción de MEL que participan en sesiones grupales en materia de ALNP</p> <p><b>Número de niños/as de entre 0 y 5 meses en necesidad de apoyo en materia de LME (desglosado por)</b> = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de niños/as de entre 0 y 5 meses x (1- proporción de LME)</p> <p><b>Número de niños/as de entre 0 y 5 meses que no han sido amamantados/as en necesidad de suministros de SLM y apoyo</b><sup>32</sup> (desglosado por sexo) = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x (n.º de niños/as de entre 0 y 5 meses no amamantados/as en necesidad de suministros de SLM y apoyo incluidos/as en la encuesta / número total de niños/as de entre 0 y 5 meses del estudio)</p> <p><b>Número de niños/as de entre 6 y 11 meses no amamantados/as en necesidad de suministros de SLM y apoyo</b><sup>32</sup> (desglosado por sexo) = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x (n.º de niños/as de entre 6 y 11 meses no amamantados/as en necesidad de suministros de SLM y apoyo incluidos/as en la encuesta / número total de niños/as de entre 6 y 11 meses en la encuesta)</p> <p><b>Número de niños/as de entre 0 y 11 meses no amamantados/as (desglosado por sexo)</b> = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x (n.º de niños/as de entre 0 y 11 meses no amamantados/as / número total de niños/as de entre 0 y 11 meses incluidos/as en la encuesta)</p> <p><b>Número de niños/as en su primer (1) año de vida que siguen siendo amamantados/as (desglosado por sexo)</b> = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x (n.º de niños/as de entre 12 y 15 meses amamantados/as / número total de niños/as de entre 12 y 15 meses incluidos/as en la encuesta)</p>
<b>Prácticas de ALNP</b>	Fomento y apoyo para una alimentación complementaria adecuada, a su debido tiempo y segura	Familias con niñas y niños M2 MEL La cobertura blanket (de tipo general) puede ser una opción cuando resulte extremadamente difícil dirigirse a un grupo diana en concreto	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Diversidad mínima de la dieta en niños/as de entre 6 y 23 meses</u></li> <li>Frecuencia mínima de las comidas en niños/as de entre 6 y 23 meses</li> <li><u>Dieta mínima aceptable en niños/as de entre 6 y 23 meses</u></li> </ul> <p>Cuando no se disponga de datos, asumir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los niños y las niñas de 6 a 23 meses suponen el 5,4 % de la población.</li> </ul>	<p><b>Número de niños/as de entre 6 y 23 meses en necesidad de un apoyo en materia de diversidad mínima de la dieta (desglosado por sexo)</b> = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de niños/as de entre 6 y 23 meses x (1- proporción de DRAM)</p> <p><b>Número de niños/as de entre 6 y 23 meses en necesidad de apoyo en materia de frecuencia mínima de las comidas (desglosado por sexo)</b> = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de niños/as de entre 6 y 23 meses x (1- proporción de FMC)</p> <p><b>Número de niños/as de entre 6 y 23 meses en necesidad de apoyo en materia de régimen mínimo aceptable (desglosado por sexo)</b> = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de niños/as 6 y 23 meses x (1- proporción de RMA)</p>
(alimentación complementaria adecuada)	Acceso a elementos básicos de nutrición especializados		Consulte las PIN del BSFP en la Tabla 3A que figura más arriba o bien Suplementación de micronutrientes para PIN en la Tabla 3C que figura más abajo	
	Alimentación complementaria adecuada mediante iniciativas consistentes en un "incentivo" con dinero en efectivo y cupones	En el caso de las iniciativas consistentes en dinero en efectivo y cupones, es obligatorio establecer criterios de intervención precisos por país. Los criterios para identificar a personas diana deben basarse en criterios de vulnerabilidad = población diana en situación de riesgo (MEL, M2)		
	Alimentación complementaria adecuada mediante distribuciones de alimentos (en especie)			

<sup>32</sup> **Atención:** el número de lactantes y niños/as pequeñas/os de entre 0 y 5 o de entre 6 y 11 meses en necesidad de suministros de SLM y apoyo debe utilizarse para guiar las prioridades del programa, y no para estimar o solicitar suministros. La interpretación de este número debería ser de ayuda para las prioridades estratégicas orientadas a la alimentación de lactantes, incluidas aquellas destinadas a asegurar que las/los cuidadoras/es más vulnerables y sus lactantes reciban el apoyo necesario, que puede consistir en un asesoramiento de calidad en materia de ALNP y en plantear opciones como la relactación, recurrir a nodrizas y donantes de leche materna según se consideren aceptables y viables desde el punto de vista cultural. La provisión de SLM y el apoyo mediante los mismos deben emplearse como último recurso, siguiendo estrictos criterios y en consonancia con la recomendación y los estándares dispuestos en la Guía operativa sobre alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as y cuidados en emergencias.

Tabla 4C. Resumen de cálculos de PIN por deficiencia de micronutrientes.

Necesidad nutricional (Acciones esenciales en nutrición)	Alineación con un subconjunto de intervenciones nutricionales de gran impacto	Posibles grupos de población que incluir	Indicadores (principales) y apreciaciones clave	Fórmulas para calcular el número de PIN
<b>Deficiencias de micronutrientes</b> (suplementación en micronutrientes con contenido de hierro para niños/as, adolescentes, mujeres durante el embarazo y el posparto)	Suplementación en hierro o hierro/ácido fólico	Niñas y niños de entre 6 y 23 meses (Si los recursos lo permiten, pueden considerarse los de entre 6 y 32 o los de entre 6 y 59 meses) ME MER en poblaciones en las que la prevalencia de anemia entre las mujeres no embarazadas es del 20 % o superior Mujeres durante el posparto Mujeres y hombres mayores	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevalencia de anemia Hb &lt;11 g/dl en niños/as de entre 6 y 59 meses</li> <li>Prevalencia de anemia Hb &lt;11 g/dl en ME</li> <li>Proporción de niños/as de entre 6 y 59 meses que reciben suplementos de micronutrientes con un contenido adecuado de hierro</li> <li>Proporción de ME que han recibido suplementación en hierro/ácido fólico diariamente durante los últimos 6 meses o durante el embarazo</li> </ul> <p>En zonas con una tasa elevada de prevalencia de DAG, no olvide restar a los niños/as con DAG, ya que estos reciben RUTF/RUSF que ya contienen micronutrientes</p>	<p><b>Número de niños/as de entre 6 y 59 meses con anemia (desglosado por sexo) = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de niños/as de entre 6 y 59 meses x prevalencia de anemia en M5</b></p> <p><b>Número de ME con anemia = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de ME x prevalencia de anemia en ME</b></p> <p><b>Número de niños/as de entre 6 y 59 meses en necesidad de una suplementación en hierro (desglosado por sexo) = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de niños/as de entre 6 y 59 meses x (1- proporción de niños/as de entre 6 y 59 meses que han recibido suplementos de micronutrientes con un contenido adecuado de hierro)</b></p> <p><b>Número de ME en necesidad de una suplementación en hierro = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de ME x (1- proporción de ME que han recibido suplementos de micronutrientes con un contenido adecuado de hierro)</b></p>
	Suplementación de calcio durante el embarazo	ME	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción de ME que han recibido una suplementación de calcio durante el embarazo</li> <li>Proporción de ME que han recibido una suplementación de varios micronutrientes durante el embarazo</li> </ul> <p>En caso de no haber datos, asumir que las ME suponen el 5 % de la población (solo de países con rentas bajas) según la guía de la OMS (Anexo 2 de Evaluación rápida en situaciones de emergencia)</p>	<p><b>Número de ME en necesidad de una suplementación en calcio = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de ME x (1- proporción de ME que han recibido suplementos de calcio durante el embarazo)</b></p> <p><b>Número de ME en necesidad de una suplementación de varios micronutrientes = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de ME x (1- proporción de ME que han recibido suplementos de varios micronutrientes durante el embarazo)</b></p>
	Suplementación de varios micronutrientes durante el embarazo	ME	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción de ME que han recibido una suplementación de calcio durante el embarazo</li> <li>Proporción de ME que han recibido una suplementación de varios micronutrientes durante el embarazo</li> </ul> <p>En caso de no haber datos, asumir que las ME suponen el 5 % de la población (solo de países con rentas bajas) según la guía de la OMS (Anexo 2 de Evaluación rápida en situaciones de emergencia)</p>	<p><b>Número de ME en necesidad de una suplementación en calcio = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de ME x (1- proporción de ME que han recibido suplementos de calcio durante el embarazo)</b></p> <p><b>Número de ME en necesidad de una suplementación de varios micronutrientes = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de ME x (1- proporción de ME que han recibido suplementos de varios micronutrientes durante el embarazo)</b></p>
<b>Deficiencias de micronutrientes</b> (Suplementación en vitamina A)	Administración de vitamina A y prevención de la deficiencia de la vitamina A (DVA)	Las niñas y niños de entre 6 y 59 meses, desglosadas/os en poblaciones de entre 6 y 11 meses y 12 y 59 meses en las que la prevalencia de ceguera nocturna es del 1 % o superior en niños/as de entre 24 y 59 meses, o en las que la prevalencia de DVA es del 20 % o superior en lactantes y niños/as de entre 6 y 59 meses <i>Si se considera relevante:</i> ME en poblaciones en las que la prevalencia de ceguera nocturna es del 5 % o superior en mujeres embarazadas o en niños/as de entre 24 y 59 meses Niñas y niños con sarampión Niñas y niños con DAS (véase el protocolo existente a nivel nacional o internacional en relación con la administración de Vitamina A y el manejo de casos de DAS) Mujeres y hombres mayores	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevalencia de deficiencia de vitamina A asintomática en niños/as de entre 6 y 59 meses</li> <li>Proporción de niños/as de entre 6 y 59 meses que han recibido vitamina A en los últimos 6 meses</li> </ul> <p>Se mantiene un estrecho contacto con el Clúster de salud, ya que, a menudo, la distribución de vitamina A se lleva a cabo durante campañas de vacunación o durante los días dedicados a la salud infantil, y esta se les proporciona a niños/as con sarampión a modo de tratamiento contra esta enfermedad.</p>	<p><b>Número de niños de entre 6 y 59 meses con DVA en necesidad (desglosado por sexo) = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de niños/as de entre 6 y 59 meses x prevalencia de DVA en niños/as de entre 6 y 59 meses</b></p> <p><b>Número de niños/as de entre 6 y 59 meses en necesidad de suplementación en vitamina A (desglosado por sexo) = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de niños/as de entre 6 y 59 meses x (1- proporción de niños/as de entre 6 y 59 meses que han recibido vitamina A en los últimos 6 meses)</b></p>
<b>Deficiencias de micronutrientes</b> (suplementación en yodo)	Suplementación en yodo y yodación de la sal	Niñas y niños de entre 6 y 23 meses para suplementación de yodo en países con un consumo de sal yodada inferior al 20 % MEL para suplementación de yodo en países con un consumo de sal yodada inferior al 20 %. En casos en los que resulte difícil poder atender a las mujeres embarazadas, es aconsejable ofrecer la suplementación a todas las MER. Mujeres y hombres mayores <i>Si se considera relevante:</i> Todos los hogares, para la distribución de sal yodada en países con un consumo de sal yodada del 20 % o superior.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevalencia de deficiencia de yodo en niños/as de entre 6 y 23 meses</li> <li>Prevalencia de deficiencia de yodo en MEL</li> <li>Prevalencia de deficiencia de yodo en personas mayores</li> </ul>	<p><b>Número de niños/as de entre 6 y 23 meses con deficiencia de yodo (desglosado por sexo) = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de niños/as de entre 6 y 23 meses x prevalencia de deficiencia de yodo en niños/as de entre 6 y 23 meses</b></p> <p><b>Número de MEL con deficiencia de yodo = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de MEL x prevalencia de deficiencia de yodo en MEL</b></p> <p><b>Número de personas mayores con deficiencia de yodo (desglosado por sexo) = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de personas mayores x prevalencia de deficiencia de yodo en personas mayores</b></p>
<b>Deficiencias de micronutrientes</b> (Suplementación de zinc en el manejo de la diarrea)	Suplementación de zinc en niños/as de entre 6 y 59 meses	Niñas y niños de entre 6 y 59 meses que reciben manejo para la diarrea	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción de niños/as de entre 6 y 59 meses que han recibido zinc en los últimos 6 meses</li> </ul> <p>En caso de no haber datos, estimar que los niños/as de entre 6 y 59 meses suponen del 18 al 21 % de la población (solo en países con rentas bajas). Aplicar la prevalencia de diarrea según los datos de la OMS</p>	<p><b>Número de niños/as de entre 6 y 59 meses en necesidad de una suplementación de zinc (desglosado por sexo) = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de niños/as de entre 6 y 59 meses x (1- proporción de niños/as de entre 6 y 59 meses que han recibido suplementación de zinc)</b></p>
<b>Otras deficiencias de micronutrientes</b> (p. ej., Pelagra)	No aplica	Grupo diana	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción de uno o más grupos diana que presenten deficiencia de un micronutriente concreto</li> </ul>	<p><b>Número de grupos diana en necesidad de suplementación de un micronutriente concreto (desglosado por sexo) = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x grupo(s) diana x prevalencia de deficiencia en un micronutriente concreto</b></p>
<b>Prevención y manejo de enfermedades</b>	Desparasitación (p. ej., esquistosomiasis, geohelmintosis)	Niñas y niños de entre 12 y 59 meses Niñas y niños en edad escolar Adolescentes ME Mujeres y hombres mayores	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción de un grupo de población diana que ha recibido desparasitación</li> </ul>	<p><b>Número de niños/as de entre 12 y 59 meses en necesidad de desparasitación (desglosado por sexo) = cifras de población procedente de zonas "afectadas" x % de niños/as de entre 12 y 59 meses x (1- proporción de niños/as de entre 12 y 59 meses que han recibido desparasitación)</b></p> <p><b>Mismos cálculos para otros grupos de población</b></p>

## CALCULAR EL NÚMERO DE PIN PARA LOS ESCENARIOS 1 Y 2

1. Introduzca las cifras de población clave para los grupos de población relevantes por **sexo, franja etaria y discapacidad en caso de existir** en la *pestaña* ► **Cifras de población**;
2. Revise los cálculos automáticos del número de personas con necesidades nutricionales en función de las intervenciones relevantes que aparecen detalladas en las Tablas 4A, 4B y 4C usando las *pestañas* ► **PIN**;
3. Compruebe el número de personas con necesidades nutricionales desglosado frente a los parámetros relevantes, entre los que se incluyen el género (que representa la relación de sexo entre niños y niñas), la edad, la discapacidad y otras características de la diversidad a la hora de representar la relación entre niños y niñas;
4. Revise estas estimaciones del número de PIN de los escenarios 1 y 2 por grupo diana, sexo y discapacidad generadas en la *pestaña* ► **Total PIN** junto con las fuentes de información y su fiabilidad en función de los requisitos mínimos de información que aparecen detallados en el Anexo 5;
5. Comparta este informe con los compañeros que deban conocerlo para contribuir al análisis global del PNH.

## CALCULAR EL NÚMERO DE PIN PARA EL ESCENARIO 3

1. Introduzca las cifras de población clave para los grupos de población relevantes **por sexo, franja etaria y discapacidad en caso de existir** en la *pestaña* ► **Cifras de población**;
2. Revise el cálculo automático del número de personas con necesidades nutricionales en función de las intervenciones relevantes que aparecen detalladas en las Tablas 4A, 4B y 4C en las *pestañas* ► **PIN**;
3. Compruebe el número de personas con necesidades nutricionales desglosado según los parámetros relevantes, entre los que se incluyen el género (que representa la relación de sexo entre niños y niñas), la edad, la discapacidad y otras características de la diversidad.
4. Revise estas estimaciones del número de PIN del Escenario 3 por grupo diana, sexo y discapacidad generadas en la *pestaña* ► **Total PIN** junto con las fuentes de información y su fiabilidad en función de los requisitos mínimos de información que aparecen detallados en el Anexo 5;
5. Comparta este informe con los compañeros que deban conocerlo para contribuir al análisis global del PNH.



## ENTRADAS EN EL PRH

En función del entendimiento de la magnitud de las necesidades nutricionales y sus factores clave del análisis de la situación nutricional anterior y los cálculos del número de PIN por intervención, los objetivos de respuesta prioritaria guiarán el desarrollo del PRH para determinar las intervenciones y las actividades específicas más adecuadas para combatir la desnutrición en cada zona de interés. La priorización de personas en necesidad y zonas geográficas en el PRH debería basarse en la gravedad, en la magnitud (número estimado de personas en necesidad), en las causas subyacentes, en las prioridades individuales de las personas y en el análisis de la evolución más probable de la situación, al mismo tiempo que el factor crítico del tiempo fundamenta la estratificación y la secuenciación de las intervenciones dentro del PRH.

Un análisis de las barreras (véase el Anexo 2) en el que se incluyan los riesgos de seguridad asociados a la violencia de género (VG) en los servicios de nutrición constituye una información de gran valor para poder guiar el desarrollo de estrategias de respuesta en el PRH. Si no se combatiesen las barreras y los riesgos de seguridad asociados a la VG en los servicios de nutrición y en los centros destinados a tal efecto, las poblaciones diana (p. ej., personas con discapacidad) podrían no tener acceso a dichos servicios de nutrición o podrían sufrir VG cuando lo hiciesen. Estas barreras y riesgos detectados por Nutrición pueden requerir la colaboración con otros sectores. Por ejemplo, una relación de poder desigual entre hombres y mujeres a la hora de tomar decisiones en el hogar puede representar una barrera considerable a la hora de mejorar el estado nutricional, pero combatir esto es difícil para los agentes nutricionales solos. En este caso, resultaría útil un plan conjunto con otros agentes como los agentes responsables de VG. Los agentes responsables de VG pueden pretender lograr un cambio de comportamiento para transformar las normas de género relacionadas con la toma de decisiones, mientras que los agentes en

nutrición pueden centrarse tanto en mujeres como en hombres en lo referente a un consumo de alimentos correcto para lograr resultados más satisfactorios en materia de nutrición. En función de lo expuesto anteriormente, las sugerencias de Nutrición para el PRH deben centrarse en los subgrupos de población detectados (desglosados por sexo, edad y discapacidad) siguiendo una **priorización geográfica a la hora de suministrar el paquete total de intervenciones en materia de nutrición**. Tanto la prevención como el tratamiento de la desnutrición son apreciaciones importantes en las crisis humanitarias: es posible prevenir la desnutrición crónica, pero hay pocas evidencias que reflejen que esta pueda revertirse o tratarse; la desnutrición aguda, que puede dispararse en contextos de crisis, puede prevenirse y tratarse con las respuestas adecuadas en materia de nutrición.

En relación con los problemas asociados al suministro (p. ej., la capacidad de los gobiernos y las agencias, la financiación, la inseguridad en la zona), es importante revisar la guía del GNC existente (véase el Recuadro G) a la hora de preparar objetivos específicos, indicadores y un marco de seguimiento para el análisis de respuestas en el PRH.

Para cada una de las necesidades nutricionales que se han indicado anteriormente, los CCN, los socios del Clúster de nutrición y el personal de la agencia líder del clúster son los responsables de estimar el número de personas diana en un servicio de nutrición específico (es decir, qué porcentaje de personas en necesidad precisa servicios de nutrición). Los objetivos de la respuesta humanitaria que se definen durante los procesos de planificación en materia de nutrición establecen la proporción de la población en necesidad a la que deben atender de forma conjunta todos los socios humanitarios para un resultado específico. Estos forman la base de los planes de respuesta y llamamientos para obtener financiación. Una hoja con el resumen de todas las PIN calculadas proporciona la base para las sugerencias y el seguimiento del PRH. Véase la *pestaña* ► **Total PIN**, en la que se registra el porcentaje de población diana.

En línea con el compromiso de los ODS para "no dejar a nadie atrás" y con los principios humanitarios (sobre todo el principio de imparcialidad), los objetivos de una respuesta humanitaria **deben definirse en función únicamente de las necesidades humanitarias**, para lo cual hay que dar prioridad a las personas más vulnerables (p. ej., las personas con discapacidad) y protegerse de aquellas prácticas que distorsionarían o enmascararían las necesidades humanitarias. Al tener en cuenta la accesibilidad (p. ej., debido a la inseguridad) y las limitaciones temporales (p. ej., plazos para los documentos de planes iniciales, como el primer mes de una respuesta), se recomienda estimar un tipo de población diana más definida, en función de sus necesidades, en el que todas las respuestas humanitarias deban aspirar a un tipo de población diana 100 % común. Encuestas de cobertura de un programa que pueden evaluar esta población diana. A la hora de determinar este tipo de destinatario en función de sus necesidades, no deben tenerse en cuenta ni la capacidad operativa ni las tendencias de financiación para una situación humanitaria dada.

**Por lo tanto, en función de las guías de SPHERE, los programas dirigidos a la desnutrición aguda deben procurar llegar, al menos: al 50 % de las zonas rurales, al 70 % de las zonas urbanas y al 90 % de los campamentos.**

### RECUADRO G. CONSEJOS SOBRE INTERVENCIONES EN MATERIA DE NUTRICIÓN PARA EL PLAN DE RESPUESTA HUMANITARIA

En esta **guía**, desarrollada por el GNC se exponen consejos para los clústeres de nutrición y sus socios, con el objeto de ayudar a planificar una respuesta colectiva y a desarrollar intervenciones para NeE, una vez se hayan acordado los objetivos específicos de cada sector y el tipo de intervenciones para situaciones de emergencia. Esta guía está en consonancia con las áreas de respuesta esenciales expuestas en las Tablas 4A, 4B y 4C, así como con la coordinación entre clústeres, la rendición de cuentas frente a las personas afectadas, la encuesta sobre nutrición, el seguimiento nutricional y la evaluación de la cobertura del programa.

## CONCLUSIÓN

Estas orientaciones y su herramienta complementaria sirven para optimizar el proceso de los debates y para crear consensos a la hora de realizar un análisis de las necesidades humanitarias sobre nutrición para la creación de planes de respuesta. Las lecciones aprendidas se irán recopilando de año en año para introducirlas en versiones posteriores, junto con el Apéndice 1 y los detalles sobre la contribución de estas cifras con respecto al Marco conjunto de análisis intersectorial.

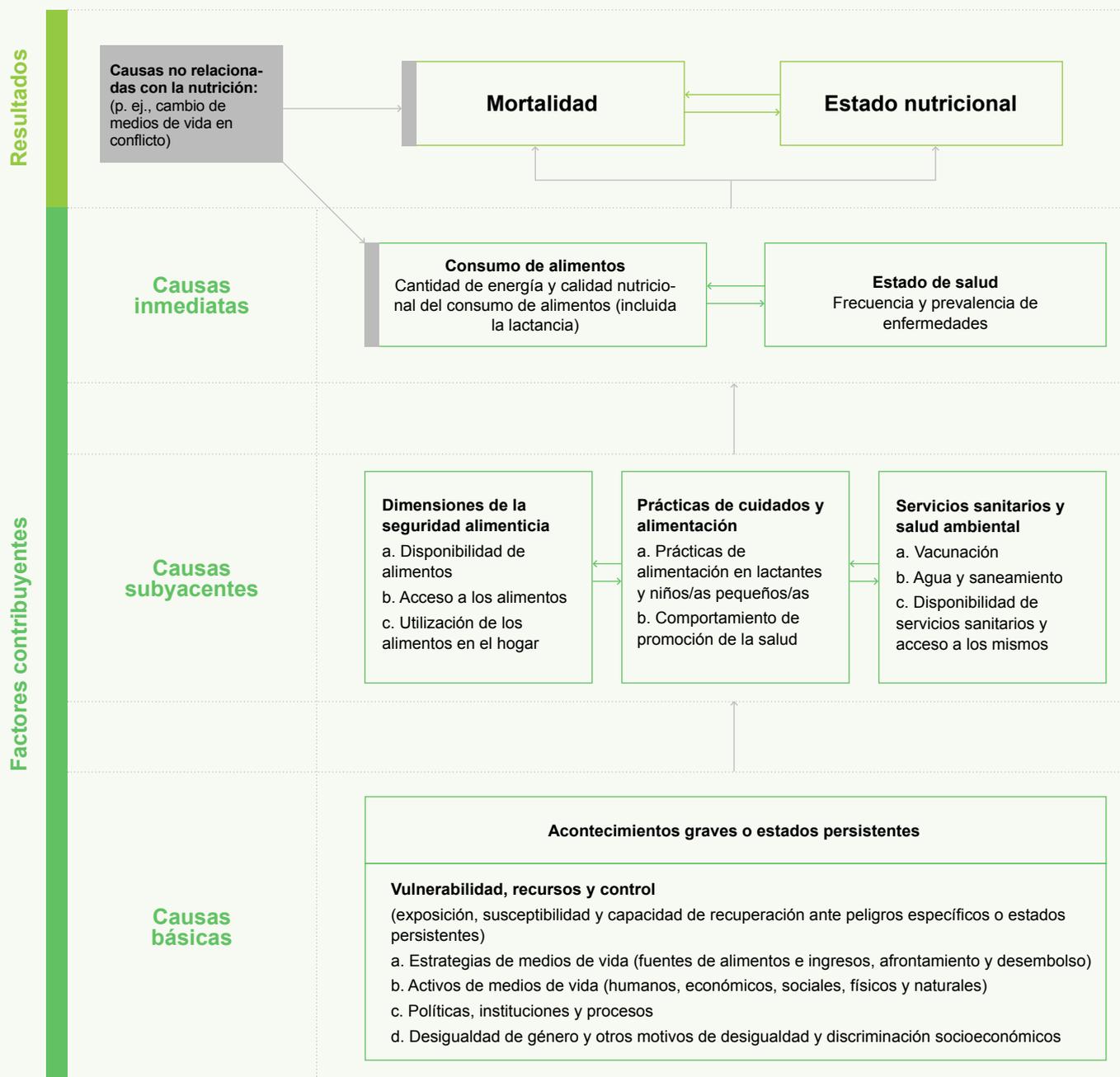
## REFERENCIAS

- Cashin, K. & Oot, L. (2018) [GUIDE TO ANTHROPOMETRY: A practical tool for Program Planners, Managers and Implementers](#)
- Clúster de nutrición global (2013) [GNC Handbook - Final](#)
- Clúster de nutrición global (2016) [Tips on Nutrition Interventions for the Humanitarian Response Plan](#)
- Clúster de nutrición global (2019) [PREPAREDNESS GUIDELINES FOR NUTRITION IN EMERGENCIES COORDINATION](#)
- FANTA. (2018). [Training Guide for Community-Based Management of Acute Malnutrition \(CMAM\)](#)
- Grupo de asesoramiento en cuestiones de discapacidad (2020) [Tip sheet for monitoring a disability-inclusive response to COVID-19](#)
- HelpAge International, NutritionWorks, Clúster de nutrición global (2013) [The Harmonised Training Package \(HTP\): Resource Material for Training on Nutrition in Emergencies, Module 23, Version 1 \(2013\) Nutrition of older people in emergencies](#)
- IASC (2012) [Operational guidance on coordinated assessments in humanitarian crises](#)
- IASC (2015) [Reference module for the implementation of the humanitarian programme cycle 2015 - Version 2](#)
- IASC (2016) [Humanitarian Profile Support Guidance](#)
- IASC (2019) [Guidelines – Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action](#)
- Marco transformador de las relaciones entre los géneros en el ámbito de la nutrición (2020) [Gender-Transformative Framework for Nutrition](#)
- OCHA (2019) [Step-by-step Practical Guide for Humanitarian Needs Overviews, Humanitarian Response Plans and Updates](#)
- Olofin I, McDonald CM, Ezzati M, Flaxman S, Black RE, et al. (2013) [Associations of Suboptimal Growth with All-Cause and Cause-Specific Mortality in Children under Five Years: A Pooled Analysis of Ten Prospective Studies](#)
- Organización Mundial de la Salud (1999) [Rapid health assessment protocols for emergencies](#)
- Organización Mundial de la Salud (2000) [The management of nutrition in major emergencies – Annex 1: Energy requirements for emergency-affected populations](#)
- Organización Mundial de la Salud (2016) [Obesity and Overweight. Fact Sheet](#)
- Organización Mundial de la Salud (2019) [Essential nutrition actions: mainstreaming nutrition through the life-course](#)
- Socios globales del IPC (2019) [Integrated Food Security Phase Classification Technical Manual Version 3.0. Evidence and Standards for Better Food Security and Nutrition Decisions](#)
- Sphere (2019) [Sphere Glossary](#)
- Sphere Association (2018) [The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response – Chapter 6: Food Security and Nutrition, fourth edition](#)
- The Lancet (2013) [Executive Summary of The Lancet Maternal and Child Nutrition Series](#)
- UNICEF (2013) [Global SAM Management Update -Summary of findings](#)
- UNICEF (2019) [Maternal and Child Nutrition UNICEF Strategy 2020–2030](#)
- World Health Organization and World Bank (2011) [World Report on Disability](#)

# ANEXO 1

## COMPONENTES ESENCIALES DEL MARCO ANALÍTICO DEL IPC AMN

Fusionado con el marco conceptual actualizado del UNICEF sobre los determinantes en la nutrición materna e infantil (UNICEF, 2019), este marco del IPC adaptado presenta las relaciones entre los factores asociados a la desnutrición y los resultados relacionados para ayudar a entender las realidades complejas, el proceso y las conexiones según este diagrama simplificado:



## RESULTADOS

Persiguen el objetivo de mejorar la supervivencia, la salud, el crecimiento físico, el desarrollo cognitivo, la madurez para la escolaridad y el rendimiento académico en niños/as y adolescentes, además de mejorar la supervivencia, la salud, la productividad y los salarios de las personas adultas (con especial atención a las mujeres), así como mejorar la prosperidad y la cohesión de las sociedades.

### Indicadores del estado nutricional

- Desnutrición aguda
- Desnutrición crónica
- Deficiencias de micronutrientes

### Indicadores sobre mortalidad

- Tasa bruta de mortalidad
- Tasa de mortalidad en menores de cinco años

## FACTORES CONTRIBUYENTES CLAVE O DETERMINANTES

### Causas inmediatas<sup>33</sup>

#### Consumo de alimentos

Se centra en la calidad y en la cantidad de los regímenes alimenticios. Diversidad mínima de la dieta en mujeres, niños/as, Frecuencia mínima de las comidas, Dieta mínima aceptable, Lactancia materna exclusiva por debajo de los 6 meses.

#### Estado de salud

Diarrea, disentería, malaria/fiebre, infección respiratoria aguda.

#### Frecuencia y prevalencia de enfermedades

Prevalencia de VIH/SIDA, cólera o diarrea acuosa aguda, sarampión.

### Causas subyacentes centradas en la alimentación y en el suministro de alimentos adecuados, así como en un entorno saludable

#### Prácticas de cuidados y alimentación:

- ALNP: lactancia materna continuada al año 1 o a los 2 años, introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos a los 6 meses.

- Decisiones en materia de salud
- Asignación de recursos en hogares
- Creencias culturales

#### Servicios sanitarios y salud ambiental:

- Vacunación: cobertura rutinaria de vacunación contra el sarampión y la poliomielitis, cobertura rutinaria de suplementación de vitamina A, campaña de cobertura de vacunación contra el sarampión y la poliomielitis, campañas de suplementación en vitamina A, cobertura de todas las vacunas básicas a partir de los datos de encuestas e informes;
- Disponibilidad de servicios sanitarios y acceso a los mismos: profesional presente en partos, decisiones en materia de salud, cobertura del programa de visitas (p. ej., cobertura del programa de CMAM).
- WASH: acceso a una cantidad de agua suficiente, acceso a servicios de saneamiento, acceso a una fuente mejorada de agua potable.

### Causas básicas o factores determinantes facilitadores

#### Acontecimientos graves o estados persistentes

(en la naturaleza, en el ámbito socioeconómico, conflictos, enfermedades, etc.).

#### Vulnerabilidad, recursos y control

Estrategias de medios de vida (recursos para obtener alimentos e ingresos, afrontamiento y desembolso); recursos de medios de vida (humanos, económicos, sociales, ambientales); políticas, instituciones, procesos políticos y económicos y compromisos multisectoriales para fomentar el derecho a la nutrición; desigualdad de género y otros motivos de desigualdad y discriminación, incluidos los compromisos sociales y culturales para fomentar el derecho a la nutrición infantil y de las mujeres.

También se tienen en cuenta los factores contribuyentes clave del ámbito de la nutrición (traumatismos, violencia, VG, genética, etc.).

<sup>33</sup> Nótese que existe una compleja relación de reciprocidad entre ambas: se da por hecho que las personas que viven en hogares donde hay un consumo de alimentos inadecuado en términos de calidad o cantidad presentan un mayor riesgo de enfermar. Asimismo, es más probable que en este tipo de hogares haya menos acceso a los alimentos, ya sea debido a que sus integrantes tienen un sistema inmunitario debilitado o bien una capacidad reducida de participar en actividades productivas. A esto se le suma la enfermedad, que puede repercutir en su capacidad para acceder y utilizar alimentos.

## ANEXO 2

# APRECIACIONES EN MATERIA DE GÉNERO PARA LAS EVALUACIONES Y LOS ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES NUTRICIONALES

A la hora de revisar las necesidades de datos para los próximos análisis, hay que tener presente la importancia de utilizar métodos cualitativos para complementar los datos sobre resultados en materia de nutrición, sobre todo a la hora de realizar un análisis de género. Un análisis de género enfocado en el ámbito de la nutrición debe incluir la siguiente información:

- Responsabilidades y roles de género en relación con la nutrición (p. ej., quién cocina los alimentos).
- Toma de decisiones en el hogar y en la comunidad sobre aspectos relacionados con la nutrición (p. ej., quién decide qué comer y cuándo comer, así como quién decide sobre la lactancia materna, el uso de centros dedicados a la nutrición, el acceso a estos, etc.).
- Acceso y control de los recursos (p. ej. dinero, mercados, tierra, etc.).
- Normas sociales (p. ej., tabúes y normas respecto a la comida para los distintos grupos, como quién come primero, quién come más, etc.).
- Violencia de género y las formas que adopta en el contexto (incluida la denegación de los recursos como alimentos y educación) y los riesgos de VG asociados a las intervenciones en materia de nutrición y los centros dedicados a la misma, así como la creación de tensiones en los hogares o en la comunidad, por ejemplo).

Las consultas, la puesta en común en grupos de debate, las entrevistas con los informadores principales, las auditorías de seguridad en instalaciones dedicadas a la salud/nutrición o los análisis de barreras (véase el Recuadro H) también permiten conocer en detalle qué grupos experimentan un impacto distinto en un contexto dado y por qué. En el ámbito de la nutrición, es importante prestar atención a las barreras a las que se enfrentan las personas cuidadoras (hombres y mujeres) de niños/as M5, ya que son los encargados de decidir sobre los servicios de nutrición para estos/as niños/as, además de proporcionárselos. Por otro lado, ayuda a identificar los riesgos a los que se enfrentan niños/as y mujeres a la hora de intentar acceder a estos servicios. Aquí se puede incluir igualmente el riesgo de VG. Una de las barreras más comunes, considerado asimismo riesgo de VG, consiste en que la mujer no reciba la aprobación del marido para poder acceder a los servicios de nutrición. Este tipo de barrera no es tan obvia como la distancia que pueda haber hasta el servicio, pero es de vital importancia conocer el amplio espectro de barreras a las que se enfrentan niños/as, mujeres y hombres a la hora de acceder a los servicios de nutrición.

### RECUADRO H. ANÁLISIS DE BARRERAS

Para poder evaluar las barreras a las que se pueden enfrentar las poblaciones afectadas a la hora de acceder a los servicios de nutrición, es preciso realizar un **análisis de barreras**. Por lo general, un análisis de barreras se centra en cuatro aspectos diferentes: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios:

- **Disponibilidad:** la existencia de un número suficiente de centros dedicados a la nutrición, así como una cantidad suficiente de bienes y servicios, además de programas que cubran las brechas y garanticen una relación aceptable de trabajadores expertos en nutrición para las necesidades de una población.
- **Accesibilidad:** la existencia de centros dedicados a la nutrición, de bienes y de servicios a los que se pueda acceder de forma segura y asequible, así como el hecho de comunicar información suficiente sobre estos a la población, sin ningún tipo de discriminación.
- **Aceptabilidad:** la existencia de centros dedicados a la nutrición, de bienes y de servicios que se consideren adecuados desde el punto de vista cultural, que tengan en cuenta las cuestiones de género y la edad, que cumplan el requisito de confidencialidad y que mejoren el estado de nutrición de los grupos en cuestión.
- **Calidad:** la existencia de centros dedicados a la nutrición, de bienes y de servicios que sean de buena calidad y que hayan sido aprobados bajo supervisión médica y científica.

Estos pueden variar considerablemente según los distintos grupos de población y su acceso a los servicios de nutrición. Un análisis de barreras puede ayudar a identificar las dificultades para acceder a los servicios de nutrición por parte de (la mayoría de) las mujeres, personas con discapacidad y niños/as.

## RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN DE GÉNERO PARA GUIAR LA PLANIFICACIÓN DE UNA RESPUESTA EN MATERIA DE NUTRICIÓN

Al igual que con los indicadores recomendados en la Tabla 1 que figura más arriba, la lista de posibles indicadores que aparece a continuación proporciona información muy útil cuando estos se recopilan en las encuestas de población (es decir, encuestas de SMART) o en los métodos cualitativos mencionados anteriormente. A la hora de planificar esta recopilación, conviene tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Determinar la población diana más adecuada a quien va dirigido (personas/usuarios frente a hogares) según el contexto con el que trabaje.

- Registrar las consecuencias en otros niños/as, así como la carga de trabajo al visitar los servicios de nutrición.
- Especificar el tipo de servicios y de centros.
- Incluir protocolos a la hora de realizar el cuestionario, para que las personas que quieran puedan hablar abiertamente con los encuestadores.
- Desglosar los resultados por cabeza de familia (tanto la mujer como el hombre, cuando ello resulte viable y se considere relevante).
- Consultar la página de medición de VG ([GBV measurement page](#)) para obtener más información.
- Tener en cuenta las limitaciones de estos datos.

Posibles indicadores de género para guiar la planificación de una respuesta en materia de nutrición	Consecuencia humanitaria	Escala de gravedad basada en las fases de la CIF/OCHA					Comentarios/ Fuentes para los umbrales
		Fase I Aceptable/ Mínimo	Fase II Alerta/ Tensión	Fase III Serio/ grave	Fase IV Crítico/ Extremo	Fase V Extremamente crítico/Catastrófico	
Porcentaje de hogares/personas/usuarios (hombres y mujeres) que sienten que pueden acceder con seguridad a los centros sanitarios o de nutrición	Calidad de vida	>80%	60-79%	40-59%	20-39%	<20%	Umbrales preliminares propuestos por los especialistas en género.
Porcentaje de hogares/personas/usuarios (hombres y mujeres) que hayan informado de problemas a la hora de acceder a centros sanitarios o de nutrición	Calidad de vida	>80%	60-79%	40-59%	20-39%	<20%	Umbrales preliminares propuestos por los especialistas en género.
Número de horas al día de la carga de trabajo agregada de las mujeres	Calidad de vida	12	13	14	15	16	Parte de un análisis de género, ya sea recopilando datos primarios o revisando fuentes secundarias, a la hora de designar intervenciones en materia de nutrición.

Número de discriminaciones por género y normas sociales de género en relación con las prácticas en materia de nutrición	<i>Calidad de vida</i>	No	No	Sí (1 tipo*)	Sí (2 tipos)	Sí (más de 2 tipos)	Parte de un análisis de género, ya sea recopilando datos primarios o revisando fuentes secundarias, a la hora de designar intervenciones en materia de nutrición. Los ejemplos de tipos* pueden incluir la preferencia por alimentar a los niños o a las niñas; tabúes relacionados con la comida que perjudiquen la ingesta de alimentos de mujeres, hombres, niñas o niños; prácticas negativas de cuidados de niñas y/o niños, etc.
Tasa de natalidad en adolescentes	<i>Calidad de vida</i>	≤16	16-42	42-67	67-80	≥80	Indicador representativo disponible en la página sobre el índice de desigualdad de género ( <a href="#">Gender Inequality Index</a> )
Población con algún tipo de estudio en educación secundaria	<i>Calidad de vida</i>	≤80%	70-80%	40-70%	30-40%	≥30 % para cada sexo	Indicador representativo disponible en la página sobre el índice de desigualdad de género ( <a href="#">Gender Inequality Index</a> ). A la hora de revisar este indicador para mujeres y hombres, prevalece el porcentaje más bajo, ya sea el de mujeres o el de hombres. Por ejemplo, si el de hombres es del 80 %, pero el de mujeres es solo del 50 %, es ese 50 % el que se utiliza para dicho indicador.
Mortalidad materna	<i>Calidad de vida</i>	≤13	13-63	63-180	180-543	≥543	Indicador representativo disponible en la página sobre el índice de desigualdad de género ( <a href="#">Gender Inequality Index</a> )

## UN PASO MÁS CERCA DE LAS INTERVENCIONES EN MATERIA DE NUTRICIÓN TRANSFORMADORAS DE LAS RELACIONES DE GÉNERO<sup>34</sup>

Estas apreciaciones que se han mencionado anteriormente apoyarían las medidas para cambiar las estructuras sociales, las normas culturales y las relaciones de género con el fin de lograr unas relaciones de poder, un control de los recursos, unos procesos de toma de decisiones y un apoyo al empoderamiento de las mujeres más igualitarios y comunes a la hora de planificar intervenciones y respuestas en materia de nutrición.

<sup>34</sup> Para obtener más detalles, consulte el marco transformador de las relaciones de género en el ámbito de la nutrición ([Gender-transformative framework for nutrition](#)).

# ANEXO 3

## EJEMPLO DE UN PLAN DE EVALUACIÓN ANUAL SOBRE NUTRICIÓN

Con el desarrollo y el mantenimiento de un plan de evaluación anual sobre nutrición se persigue optimizar y priorizar la planificación, la implementación y los informes de las evaluaciones en materia de nutrición, con el objetivo de garantizar que se pueda disponer de información de calidad a tiempo para los procesos de toma de decisiones. Algunos detalles cambian según la encuesta, el contexto y el país, pero los detalles que se muestran a continuación son de carácter general y deben aplicarse en todas las evaluaciones sobre nutrición.

Es preciso exponer la importancia de las evaluaciones sobre nutrición durante las reuniones con los responsables gubernamentales o del ministerio de salud correspondiente, así como con los miembros del GTT SIN local o su equivalente, para poder garantizar que las evaluaciones sobre nutrición se incluyan en el plan de trabajo anual gubernamental para el sector de la nutrición. Esto debe hacerse **cuanto antes** para garantizar una preparación y financiación adecuadas y una organización eficaz de las evaluaciones (presupuesto, administración, planificación logística, formación de los equipos de la encuesta, etc.). Todos los datos que se recopilen deben ser sometidos a un proceso de validación transparente (p. ej., utilizando el Control de *plausibilidad* SMART para datos antropométricos) para garantizar la validez de los métodos de la encuesta. Asimismo, estos deben estar centralizados para facilitar su uso y difusión a la hora de actuar. A su vez, la centralización de los datos y los resultados de la evaluación sobre nutrición reforzaría también las conexiones multisectoriales acerca de la evaluación sobre nutrición y la información concerniente a otros clústeres sobre nutrición, como los de salud, WASH y seguridad alimentaria. Por otro lado, en situaciones de emergencia que se produzcan de forma repentina, es importante garantizar que el plan de evaluación anual sobre nutrición se incorpore en el sistema de gestión de la información para evitar desarrollar un sistema paralelo.

Conviene recordar que, en algunos países, los datos sobre nutrición se consideran datos sensibles, por lo que, a la hora de recopilar, analizar y publicar datos y sus resultados, es preciso contar con todas las autorizaciones necesarias de las instituciones relevantes.

**Al empezar a trabajar con la [base de datos de encuestas del Clúster de nutrición global \(Versión 2; abril de 2020\)](#) en Excel, los miembros del GTT SIN pueden adaptar y personalizar esta base de datos para cumplir las necesidades y los requisitos del contexto del país.** Debe incluir los siguientes tipos de encuestas, según corresponda: antropomé-

trico, ALNP y micronutrientes. De cara a la recopilación de datos antropométricos, se recomienda usar la [metodología SMART](#) y el programa informático AEN para SMART (versión 2020), junto con las encuestas demográficas y de salud (EDS) y la evaluación multisectorial inicial rápida (MIRA), cuando corresponda. Es posible añadir a las evaluaciones sobre nutrición indicadores de micronutrientes o específicos de ALNP utilizando la metodología SMART (prestando atención a los tamaños de muestra pequeños). También se pueden recopilar por separado, según la priorización y el plazo requeridos para el uso de los datos.

### **El plan de evaluación anual sobre nutrición responde a cuatro preguntas clave (4W):**

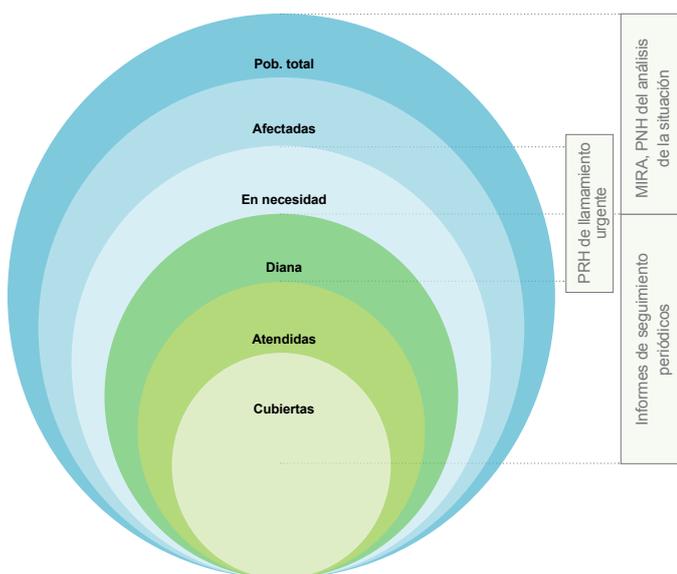
- **Quién:** el donante, la financiación a través de las agencias de la ONU, (p. ej., UNICEF), la agencia que implementa la encuesta, otras agencias/autoridades implicadas, nombre del punto de estudio de la encuesta, correo electrónico del punto de estudio y su supervisor.
- **Dónde:** zona(s) geográfica(s), zonas o aldeas excluidas de zonas geográficas, número de clústeres planificados, número de hogares planeados, número de sujetos en la encuesta (p. ej., niños/as) que se vayan a medir, comentarios.
- **Cuándo:** fecha de inicio y fecha de finalización esperada/real, estación, estado de la encuesta.
- **Qué:** tipo de evaluación sobre nutrición, metodología utilizada (p. ej., SMART/SMART rápido), indicadores que se van a incluir, estado de los datos del análisis, estado de la validación de los datos, actividades de difusión.

# ANEXO 4

## TERMINOLOGÍA ESENCIAL DEL PANORAMA DE LAS NECESIDADES HUMANITARIAS Y EL PLAN DE RESPUESTA

Determinar un número intersectorial global de personas para establecer el número de personas "afectadas" y el número de "personas en necesidad" (PIN), haciendo una distinción entre los que tienen acceso y los que experimentan algún tipo de limitación de acceso a los servicios humanitarios, es un requisito esencial en el CPH, así como su PNH y PRH correspondientes, mostrados en la Figura 3. En función del número de PIN derivado, el número de personas "diana" y "atendidas" se incorporan en el PRH, en el que el número de personas "cubiertas" se supervisa periódicamente. La cifra de PIN, así como las de "diana", "atendidas" y "cubiertas" por servicios<sup>35</sup> debe calcularse tanto para cada clúster y como en su relación entre los mismos. Cada una de estas cifras de población con necesidades humanitarias aparece definida en la Tabla 2 que figura más abajo.

Figura 3. Representación de las categorías de cifras de población con necesidades humanitarias



■ Durante el proceso de desarrollo del PNH, es importante que TODAS las cifras del sector e intersectoriales estén basadas en el mismo enfoque conceptual para garantizar su comparabilidad y consistencia. Por ejemplo, la población total y la población afectada deben ser la misma para todos los cálculos relacionados con la nutrición y deben corresponderse con las cifras que se hayan utilizado en otros clústeres.

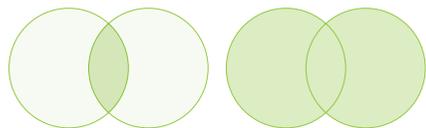
Después del análisis de situación en materia de nutrición, los resultados obtenidos se incorporarán en cada una de estas cifras de población con necesidades humanitarias. La información más solicitada normalmente en situaciones humanitarias constituye el eje central de cualquier operación humanitaria. El uso de una terminología inconsistente, metodologías ambiguas y la falta de una recopilación de datos transparente, coordinada y estandarizada suele provocar que los agentes humanitarios operen con datos deficientes. En caso de lograr establecer cifras de población debidamente definidas y actualizadas con regularidad, no solo se estará demostrando que la base carece de evidencias sólidas, sino que existe el riesgo de ocasionar un impacto negativo en la asignación de recursos.

<sup>35</sup> En concreto, los servicios de ALNP deben especificarse siempre: cuáles son los servicios y quiénes son las personas en necesidad o las que los van a recibir: MEL, niños/as de entre 0 y 23 meses, cuidadoras/es de lactantes y niños/as menos de 24 meses, cuidadoras/es y otros miembros de la familia que reciban asesoramiento, personas que vayan a recibir SLM.

Tabla 2. Definiciones de las categorías de cifras de población con necesidades humanitarias

Categorías	Definición	Ejemplo de trabajo
<b>Población total</b>	<p>Conjunto de personas que viven dentro de los límites administrativos de un estado-nación; puede haber una decisión estratégica específica para una crisis para calcular la población total atendiendo solamente a un nivel subnacional.</p>	<p>8 millones de personas viven en un País X afectado por una situación humanitaria, incluidos 500 000 refugiados que llegaron al mismo hace un año.</p> <p>Normalmente, esta información la proporciona una autoridad central a todos los clústeres/ sectores (p. ej., la OCHA, Organización Central de Estadística).</p>
<b>Afectadas</b>	<p>Número de personas cuyas vidas se han visto impactadas como resultado directo de la situación humanitaria, que define a menudo el alcance o la limitación de una evaluación de necesidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que están en estrecha proximidad geográfica con una situación humanitaria.</li> <li>• Que se han visto impactadas física o emocionalmente, incluida una violación de los derechos humanos o un caso de ausencia de protección.</li> <li>• Que están experimentando una pérdida personal o una pérdida de capital y bienes como resultado directo de la crisis (p. ej., un miembro de la familia, ganado).</li> <li>• Que se están enfrentando a una amenaza inmediata por una situación humanitaria.</li> </ul> <p>Las estimaciones de las personas "afectadas" suponen uno de los principales requisitos de información al inicio de una situación humanitaria, las cuales se derivan de la "población total" en función de las zonas geográficas o los grupos de población afectados.</p> <p>"Afectadas" = suma de personas desplazadas (DI, refugiados, solicitantes de asilo) y no desplazadas (encargados o no de la acogida)</p>	<p>5 millones de personas del País X (incluidos 200 000 refugiados que viven en 3 provincias) fueron sometidas a los daños y a la destrucción producidos después de un terremoto, incluyendo lesiones, daños estructurales y un elevado riesgo de réplicas.</p> <p>La población "afectada" es de 5 millones de personas y 200 000 refugiados.</p> <p>Normalmente, esta información la proporciona una autoridad central a todos los clústeres/ sectores (p. ej., la OCHA, Organización Central de Estadística).</p>
<b>Personas en necesidad (PIN)</b>	<p>Número de personas en necesidad de asistencia humanitaria en materia de nutrición (p. ej., intervenciones/programas de nutrición, también denominados "servicios"), el cual es un subconjunto de personas "afectadas" que se definen como aquellas personas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que ven amenazados o alterados su seguridad física, sus derechos fundamentales, su dignidad, sus condiciones de vida o sus medios de vida.</li> <li>• Que actualmente tienen un nivel de acceso inadecuado a servicios básicos, a los bienes y a la protección social como para recuperar a tiempo unas condiciones normales de vida con los medios a los que están acostumbrados y sin recurrir a asistencia adicional.</li> </ul> <p>Es preciso supervisar y ajustar el número de PIN a lo largo del tiempo. Esto ayuda a definir la magnitud de una crisis y el coste total estimado de una respuesta humanitaria. Identificar el número de PIN también es esencial para determinar las zonas que deben intervenir de forma prioritaria, cuando estas se definan en función del número de personas en necesidad, del acceso, de la probabilidad de deterioro, etc.</p>	<p>En las provincias con mayor número de población, en las que residen 3 millones de personas de los 5 millones de personas "afectadas", su población menor de cinco años representa el 15 % de la población (750 000 niños/as menores de cinco años), la cual se ve expuesta a una escasez de alimentos severa y a un acceso limitado a agua potable después de haber sufrido la destrucción provocada por un terremoto. Un gran número de víctimas del terremoto fueron cuidadoras/es de niños/as pequeños.</p> <p>De los 750 000 niños/as menores de cinco años, se estima que 89 250 de ellos necesitan un tratamiento para la desnutrición aguda.</p>
	<p>Número de personas en necesidad <b>que se están enfrentando a limitaciones de acceso a los servicios humanitarios</b> (es decir, a cuántas personas podemos acceder).</p>	<p>Las 89 250 personas en necesidad de un tratamiento para la desnutrición aguda no se están enfrentando a limitaciones de acceso a los servicios humanitarios.</p>
<b>Diana</b>	<p>Número de personas a las que se dirige una intervención o un programa de nutrición específicos, a las que los agentes humanitarios dentro del Clúster de nutrición pretenden asistir o tienen planeado hacerlo. Este subconjunto de PIN, normalmente más pequeño —ya que no es habitual que los agentes humanitarios internacionales puedan satisfacer todas las necesidades dados los recursos disponibles y las limitaciones de acceso—, empieza durante la fase de priorización para identificar qué grupos de población, consecuencias humanitarias y zonas geográficas se despriorizan del intervalo de necesidades identificadas en el PNH. El cálculo de personas diana para una intervención o un programa de nutrición específicos se realiza dentro del Clúster de nutrición.</p>	<p>Según la situación humanitaria y los recursos disponibles, se ha estimado en 62 475 el número de personas a las que se dirige un tratamiento para la DAG (incluidos los pacientes en ingreso hospitalario y del Manejo terapéutico ambulatorio).</p>
<b>Atendidas</b>	<p>Número de personas admitidas/inscritas/receptoras en/de alguna clase de intervención o programa de nutrición (para evitar contar por partida doble), es decir, aquellas que ven satisfechas sus necesidades en materia de nutrición. Esto sirve para identificar qué punto de estas intervenciones y programas de nutrición hay que aumentar o reducir.</p> <p>"Personas atendidas" es una medida inclusiva: incluye a todas las personas que han recibido algún tipo de atención a través de alguna actividad. Sin embargo, "personas cubiertas" es una medida exclusiva: excluye a todas las personas, a menos que hayan recibido una cobertura total a través de todas las actividades (para las que estaban definidas como población diana).</p>	<p>El número de personas "atendidas" por los servicios del Manejo terapéutico ambulatorio (de ene. a jun.) son aquellas que fueron admitidas por primera vez en este periodo de tiempo, más aquellas que ya estaban admitidas a día 1 de ene. Esto significa que los fallecimientos producidos durante el programa, desertores, etc. se tendrán en cuenta para este cálculo.</p>
<b>Cubiertas</b>	<p>Número de personas que han recibido un tipo de asistencia específico durante un periodo de tiempo determinado, es decir, aquellas personas que han visto satisfechas sus necesidades específicas en materia de nutrición gracias a una intervención (véase el diagrama que figura más arriba). Se recomienda <b>no utilizar la expresión personas cubiertas</b> (a pesar de que la OCHA sí lo haga); el UNICEF define adecuadamente el término "cobertura" para la DAS/DAM en el contexto de CMAM.</p>	<p>Durante los meses de enero a junio, los programas de tratamiento I Manejo terapéutico ambulatorio satisficieron las necesidades nutricionales de 5 000 niños/as menores de dos años.</p>

Diagrama 1. Diferencia entre personas "atendidas" y "cubiertas"



# ANEXO 5

## INFORMACIÓN MÍNIMA REQUERIDA PARA LOS PNH DE LA SECCIÓN DE NUTRICIÓN

Las secciones relativas a sectores en los PNH suelen comprender un análisis de dos páginas en el que figura la siguiente información:

- **Resumen a modo de tabla con las siguientes cifras clave:**
  1. Número de PIN por grupo de población **desglosado por sexo, edad y discapacidad** para *Bienestar físico y mental* y conclusiones de la clasificación de la gravedad.
  2. Número de PIN por grupo de población **desglosado por sexo, edad y discapacidad** para *Calidad de vida* y factores contribuyentes clave en función de los resultados del análisis de situación en materia de nutrición.
  3. Posibles desplazamientos de población y problemas de accesibilidad, PIN que se están enfrentando a limitaciones de acceso a la asistencia humanitaria.
- **Registro de evaluación en el que se dé cuenta de las fuentes de información utilizadas y su fiabilidad:**
  - Repositorio y fiabilidad de evidencias relacionadas con la nutrición utilizadas (véase la *pestaña ► Repositorio y fiabilidad de las evidencias*).
  - Datos demográficos utilizados/proporcionados por la OCHA o el gobierno local y cualquier tipo de ajustes (p. ej., tasa de crecimiento demográfico utilizada).
  - Composición del equipo de análisis (véase la *pestaña ► Composición del equipo de análisis*).
- **Identificación de los principales desafíos y lecciones aprendidas:**
- **Lagunas de información y medidas de mitigación implementadas para la recopilación de estos datos para el próximo análisis de las necesidades humanitarias sobre nutrición.**

La información de contacto del coordinador del Clúster de nutrición, así como los responsables del GTT SIN, debe proporcionarse en caso de seguimiento.



nicef  
for every child

Portada:  
© UNICEF/UNI302996/Sukali  
Malawi

Contraportada:  
© UNICEF/UNI308038/Schermbrucker  
Lumbo Health Centre



USAID  
FROM THE AMERICAN PEOPLE