

CONSEJOS SOBRE INTERVENCIONES EN MATERIA DE NUTRICIÓN para el Plan de Respuesta Humanitaria



ÍNDICE

Introducción y comentarios generales	5
Coordinación del clúster	9
Rendición de cuentas frente a las personas afectadas (AAP) – Para todos los proyectos	13
Cribado y derivaciones en materia de nutrición	18
Manejo hospitalario de la desnutrición aguda severa	23
Manejo ambulatorio de la desnutrición aguda severa	29
Manejo de la desnutrición aguda moderada (DAM) en los programas dirigidos de alimentación suplementaria (TSFP, por sus siglas en inglés)	35
Prevención de la desnutrición aguda moderada: programas de alimentación complementaria (<i>blanket</i>) (BSFP, por sus siglas en inglés)	42
Alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as en emergencias (ALNP-E)	47
Manejo de la desnutrición en personas mayores	54
Programas de transferencias monetarias (en efectivo o cupones) para la prevención de la desnutrición	60
Suplementación de varios micronutrientes	65
Suplementación en hierro o hierro/ácido fólico	69
Suplementación en vitamina A	73
Desparasitación	77
Suplementación en zinc para el manejo de la diarrea	80
Suplementación en yodo y yodación de la sal	83
Suplementación en calcio	86
Asistencia y apoyo nutricionales a niños y niñas infectados con el VIH	89
Encuesta nutricional	93
Vigilancia nutricional	97
Evaluación de la cobertura directa de los programas	100
Anexos	104
Glosario	110



INTRODUCCIÓN Y COMENTARIOS GENERALES

La presente guía ha sido elaborada por el Clúster Global de Nutrición para apoyar a los Clústeres de Nutrición Nacionales y a los socios del Clúster de Nutrición en la preparación de los Planes de Respuesta Humanitaria (PRH). Proporciona consejos para que los Clústeres de Nutrición faciliten la planificación de una respuesta colectiva y el desarrollo de intervenciones de nutrición en emergencias por parte de cada socio del clúster. Los consejos para los PRH también pueden ser utilizados por otros clústeres para guiar la inclusión de intervenciones que tengan en cuenta el aspecto nutricional en sus respectivos planes sectoriales.

Observación importante: este documento pretende prescribir a los coordinadores de los Clústeres de Nutrición o a los socios de estos el tipo de intervención pertinente en cada contexto. En consecuencia, antes de elaborar

el Plan de Respuesta Humanitaria se deberá llevar a cabo un riguroso análisis de la situación existente en el país. Una vez que los integrantes del Clúster de Nutrición hayan acordado los objetivos sectoriales específicos y el tipo de intervenciones de emergencia, se deberán utilizar los consejos para el PRH a modo de ejemplos de cómo estructurar los objetivos, los indicadores y el marco de monitoreo.

Los consejos expuestos incluyen la información siguiente para cada intervención de nutrición en emergencias:

OBJETIVO

Aquello que pretende lograr el Clúster de Nutrición como grupo, o los socios del clúster en sus proyectos específicos. El objetivo del PRH descrito en esta guía se puede utilizar como objetivo general del Clúster de Nutrición, pero también se puede adaptar a los proyectos o programas específicos de cada agencia.

POSIBLES OBJETIVOS ESPECÍFICOS QUE PUEDE INCLUIR UN PROGRAMA

Objetivos que se pueden utilizar para proyectos de los socios individuales. El logro de esos objetivos específicos de la agencia en cuestión contribuirá a que el Clúster de Nutrición alcance su objetivo general.

GRUPOS DIANA QUE SE DEBEN INCLUIR

Grupos de beneficiarios a los que podrían dirigirse las intervenciones específicas de nutrición en emergencias. Algunos ejemplos de beneficiarios a los que suelen ir destinadas las intervenciones de nutrición en emergencias del Clúster de Nutrición son los niños y niñas de entre 0 y 23 meses o de entre 0 y 59 meses, las mujeres embarazadas y lactantes, etc. La decisión sobre la selección de los grupos diana debe basarse en el análisis de la situación nutricional y otra información relevante.

CÓMO CALCULAR EL NÚMERO DE CASOS PREVISTO

Indicación general relativa al cálculo del número de casos para cada grupo concreto de intervenciones. Enlaza con orientaciones o información detalladas en los casos en que existan. La información obtenida en esta sección se puede cotejar con las guías o recomendaciones existentes a nivel nacional sobre el cálculo del número de casos.

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES Y CONSEJOS

Se exponen algunas de las actividades que se pueden incluir en el proyecto. Es muy importante ser concretos al describir actividades en las fichas de los proyectos o en el plan de respuesta colectivo del clúster. Piense siempre en la posibilidad de integrar actividades

de nutrición en las actividades de los clústeres de Seguridad Alimentaria, Salud y WASH, y mantenga conversaciones con dichos clústeres para asegurar que sus respectivos planes de respuesta incluyan intervenciones que tengan en cuenta la nutrición. Los consejos para el PRH se pueden usar también como herramienta de incidencia para facilitar los debates en torno a la inclusión de indicadores de nutrición relevantes en otros PRH sectoriales, por ejemplo, la alimentación complementaria en la seguridad alimentaria, el asesoramiento sobre lactancia materna en el ámbito sanitario o la higiene y la alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as (ALNP) en el sector del WASH.

INDICADORES SUGERIDOS

Son los indicadores que se recomienda utilizar para el monitoreo (tanto situacional como de la respuesta) y la elaboración de informes sobre el logro de los objetivos fijados en el Plan de Respuesta Humanitaria, así como en los proyectos de cada uno de los socios del clúster. La mayoría de los indicadores que se usan en este documento están tomados del Registro de Indicadores Humanitarios –RIH– (<http://www.humanitarianresponse.info/applications/ir>), desarrollado por los Clústeres Globales, incluido el Clúster Global de Nutrición (GNC). Son también los indicadores que se recomienda que utilicen los socios del clúster, incluidos los donantes y otros socios implementadores.

6 Los indicadores seleccionados deben guardar relación con la respuesta planeada; además, la capacidad para monitorearlos también debe estar garantizada. En el PRH se deberán priorizar los indicadores de productos y resultados frente a los de procesos.

Los objetivos han de ser SMART (por sus siglas en inglés: específicos, medibles, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo).

Para cada indicador se especifica el tipo, la unidad de medida, una breve descripción y el enlace en el que se puede obtener más información.

TIPO DE INDICADOR

Describe si se trata de un indicador de referencia, de proceso, de producto y/o de resultado.

- Los indicadores de referencia miden la situación de referencia o actual. Los indicadores de referencia pueden solaparse con los de resultados; por ejemplo, la desnutrición aguda global puede ser un indicador de referencia, pero también de resultado.
- Los indicadores de procesos miden cómo se realiza la distribución de bienes o la prestación de servicios (por ejemplo, proporción de casos de desnutrición aguda severa que reciben tratamiento, cubiertos mediante tratamiento proporcionado en visitas a domicilio). Estos indicadores se pueden utilizar para el monitoreo de proyectos individuales con el fin de medir la

calidad del servicio prestado, pero no es necesario incluirlos en el PRH, puesto que los indicadores que se incluyen en dicho plan deben centrarse principalmente en los productos y resultados de mayor nivel que el clúster aspira a lograr.

- Los indicadores de productos miden la distribución de bienes o la prestación de servicios a una población o una serie de grupos diana. Se utilizan generalmente para proyectos individuales (por ejemplo, el número de niños y niñas de entre 6 y 59 meses con desnutrición aguda severa admitidos por primera vez para recibir tratamiento).
- Los indicadores de resultados muestran los efectos a corto y medio plazo de los productos de una intervención. Son los indicadores que normalmente se usan en los PRH. Algunos de estos indicadores de resultados se pueden utilizar también en proyectos individuales (como la proporción de casos con desnutrición aguda severa que reciben tratamiento) y también como otros indicadores de resultados (por ejemplo, la desnutrición aguda global) del PRH, y se pueden encontrar en el registro de indicadores humanitarios agrupados bajo «Indicadores de resultados».

UNIDAD DE MEDIDA

Muestra a qué nivel se mide la información (individual, de hogar, de comunidad y de centro). Por lo tanto, es importante tener en cuenta la unidad de medida:

- Si un indicador se mide a nivel de centro, deberá establecerse un sistema de monitoreo y notificación en cada centro para recopilar estos datos.
- Si un indicador se mide a nivel individual, de hogar o de comunidad, suele ser necesario contar con sistemas independientes de registro y de encuesta o evaluación para recopilar estos datos.
- En ambos casos, se deberán asignar fondos adecuados para recopilar los datos para la elaboración de los indicadores seleccionados tanto a nivel del clúster como de los proyectos individuales.

Además de los indicadores para cada ámbito de intervención de la nutrición en emergencias, el registro de indicadores humanitarios incluye indicadores que se pueden usar y cuya inclusión se debe considerar¹ tanto en el PRH como en los proyectos individuales, cuando proceda.

¹. Al preparar un presupuesto para un proyecto dentro de cada área de intervención, incluya algunas recomendaciones generales sobre los aspectos que se deberían tener en cuenta.

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Proceso	Centro	Número de aportaciones recibidas (incluidas quejas) sobre las que se ha adoptado alguna medida.
Proceso	Comunidad	Número de productos de información, educación y comunicación (IEC) distribuidos a la población afectada a través de canales de comunicación acordados.
Proceso	Centro	Número de personas consultadas (desglosado por sexo/edad) antes de diseñar un programa/proyecto [o, alternativamente, durante la ejecución del programa/proyecto].
Proceso	Comunidad	Grupo de debate: proporción de programas de nutrición en los que se organizaron grupos de debate con niñas, mujeres, niños y hombres afectados durante la evaluación, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación.
Proceso	Centro	Consultas a personas de un solo sexo sobre la eficacia de la respuesta: proporción de socios que celebran de manera rutinaria consultas a personas de un solo sexo acerca de la eficacia de su respuesta a las necesidades nutricionales específicas de la población afectada, con el fin de abordar cualquier dificultad en el acceso a la asistencia.
Producto	Individual	Satisfacción con el acceso a los servicios: proporción de la población diana, desglosada por sexo, que está satisfecha con su acceso a los servicios.
Producto	Individual	Conocimiento de las buenas prácticas en materia de nutrición/ALNP: proporción de la población diana, desglosada por sexo, que ha ampliado su conocimiento de las buenas prácticas en materia de nutrición/ALNP.
Proceso	Centro	Participación de hombres en programas de nutrición: proporción de hombres que participan en programas de educación nutricional.

ASPECTOS QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA AL PREPARAR UN PRESUPUESTO

Al preparar un presupuesto para un proyecto dentro de cada área de intervención, incluya algunas recomendaciones generales sobre los aspectos que se deberían tener en cuenta. Por norma, se debería considerar siempre el coste de los suministros, los recursos humanos (personal), la creación o el desarrollo de capacidades y el coste de las actividades administrativas, promocionales (como los gastos de comunicación) y de monitoreo y evaluación (MyE).

Los consejos para el PRH se presentan bajo las áreas clave de la respuesta nutricional de emergencia, como la coordinación del clúster, la rendición de cuentas frente a las personas afectadas, el cribado y las derivaciones en materia de nutrición a nivel comunitario, el manejo hospitalario de la desnutrición aguda severa en centros de estabilización (CE), el manejo de la desnutrición aguda severa en programas de alimentación terapéutica ambulatoria, el manejo de la desnutrición aguda moderada a través de programas dirigidos de alimentación suplementaria (TSFP), la prevención de la desnutrición aguda moderada a través de programas de alimentación complementaria

(*blanket*) (BSFP), la alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as en emergencias (ALNP-E), el manejo de la desnutrición aguda en personas mayores, los programas de transferencias monetarias (en efectivo o cupones), la suplementación de micronutrientes múltiples, la suplementación en hierro o hierro/ácido fólico, la suplementación en vitamina A, la desparasitación, la suplementación en zinc para el manejo de la diarrea, la suplementación en yodo, la suplementación en calcio, la asistencia y el apoyo nutricionales a niños y niñas, mujeres embarazadas y lactantes y adultos infectados con el VIH, las encuestas nutricionales, la vigilancia nutricional y la evaluación de la cobertura de los programas.



COORDINACIÓN DEL CLÚSTER

OBJETIVO

Garantizar una respuesta previsible, oportuna y eficaz en materia de nutrición en emergencias.

Las acciones de coordinación del clúster pueden tener los siguientes objetivos específicos:

- Respalda la prestación de servicios, proporcionando una plataforma que garantiza que esta se base en el plan de respuesta estratégica, las prioridades estratégicas y el desarrollo de mecanismos que eliminen las duplicidades en la prestación de servicios. Apoyar la toma de decisiones estratégicas del coordinador humanitario (CH) o el Equipo Humanitario de País (EHP) a través de la elaboración de evaluaciones de las necesidades y análisis de carencias, la identificación de deficiencias, obstáculos, duplicidades y aspectos transversales (emergentes) y la búsqueda de soluciones a estos, y la formulación de prioridades a partir de los análisis realizados.
- Planificar y desarrollar una estrategia a través de la preparación de planes, objetivos e indicadores sectoriales que apoyen directamente el logro de los objetivos estratégicos de la respuesta, aplicando y adoptando normas y guías comunes, aclarando los requisitos de financiación, ayudando a establecer prioridades y alcanzando acuerdos sobre las contribuciones del clúster a las propuestas globales de financiación del CH para intervenciones humanitarias.
- Monitorear y evaluar el desempeño mediante el monitoreo y elaboración de informes sobre las actividades y necesidades, midiendo los avances logrados, comparándolos con la estrategia del clúster y con los resultados acordados y recomendando medidas correctivas cuando sea necesario.
- Desarrollar la capacidad nacional de preparación y planificación de contingencias.

- Identificar las preocupaciones relacionadas con la incidencia que contribuyen a los mensajes y acciones del CH y el EHP, y llevar a cabo labores de incidencia en nombre del clúster, de los integrantes de este y de las personas afectadas.

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

Socios (incluido el Gobierno), ONG locales e internacionales, agencias de las Naciones Unidas y observadores (movimiento de la Cruz Roja, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas, etc.).

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES Y CONSEJOS

- Contratación del Coordinador del Clúster de Nutrición, del responsable de la gestión de la información sobre nutrición y de otro personal de coordinación.
- Apoyo al clúster en la realización de sus funciones esenciales.

CONSEJO: para obtener orientaciones adicionales, consúltese el Módulo de referencia para la coordinación del clúster a nivel de país, elaborado por el Comité Permanente entre Organismos (IASO) y revisado en julio de 2015. Facilitar el proceso de monitoreo del desempeño de la coordinación del clúster (CCPM) y llevar a cabo un seguimiento de la aplicación del plan de acción de CCPM.

- Apoyar la elaboración de la estrategia de respuesta del clúster.
- Garantizar las actividades de monitoreo y elaboración de informes, así como la rendición de cuentas colectiva frente a los grupos diana.
- Actividades de gestión de la información en apoyo a la toma de decisiones (sitio web del clúster, informes, actualizaciones, boletines, etc.).
- Organizar y moderar las reuniones periódicas de coordinación.
- Coordinar la preparación de las secciones pertinentes de los llamamientos, el Plan de Respuesta Humanitaria, los informes de situación de la OCHA y de agencias específicas, actualizaciones de los donantes y otros documentos pertinentes.
- Coordinar la asignación del Fondo Humanitario Común (FHC) y otros fondos mancomunados humanitarios.
- Coordinar las actividades de desarrollo de capacidades del clúster.
- Coordinar las evaluaciones, el manejo de la desnutrición aguda a nivel comunitario (CMAM) la ALNP-E y las actividades de suplementación de micronutrientes.
- Coordinar la preparación y la planificación de contingencia, la reducción de riesgos ante desastres y las actividades de fomento de la resiliencia.
- Asegurar la rendición de cuentas frente a las personas afectadas en la respuesta en materia de nutrición en emergencias.

INDICADORES SUGERIDOS

Nota: en la actualidad, el registro de indicadores humanitarios (RIH) no contiene indicadores relacionados con la coordinación. No obstante, en la encuesta de Monitoreo del desempeño de la coordinación del clúster encontrará indicadores de resultados.

10

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Producto	Comunidad	Número de empleados dedicados a la coordinación contratados oportunamente (tanto para la coordinación nacional como subnacional) (nota: indicador no incluido en el RIH).
Proceso	Comunidad	Disponibilidad de los términos de referencia del clúster (nota: indicador no incluido en el RIH).
Proceso	Comunidad	Proporción de recomendaciones sobre el monitoreo del desempeño del clúster seguidas en el plazo especificado (nota: indicador no incluido en el RIH).
Proceso	Comunidad	Proporción de líneas de actuación incluidas en actas de reuniones seguidas oportunamente (nota: indicador no incluido en el RIH).
Proceso	Comunidad	Proporción de socios que presentaron sus informes a tiempo en los últimos X meses (nota: indicador no incluido en el RIH).
Proceso	Comunidad	Número de boletines del clúster elaborados (nota: indicador no incluido en el RIH).
Proceso	Comunidad	Número de centros de coordinación subnacionales establecidos (nota: indicador no incluido en el RIH).
Proceso	Comunidad	Normas de programa establecidas y promovidas (nota: indicador no incluido en el RIH).

AL ELABORAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE

Nota: los consejos relativos al presupuesto que se exponen a continuación van dirigidos únicamente a la coordinación. Cualquier apoyo técnico al grupo (por ejemplo, el apoyo de un especialista a todos los socios del clúster mediante la impartición de formación sobre encuestas SMART) debe solicitarse a través del mecanismo TRRT, la agencia líder del clúster en el país y los socios del clúster en el país, por lo que no se incluye aquí.

COSTE DE LOS SUMINISTROS

Equipo para facilitar el trabajo de los coordinadores del Clúster de Nutrición (CCN) y los responsables de la gestión de la información (IMO), como computadoras, programas informáticos y herramientas de gestión de la información, material de oficina, etc.

COSTE DE PERSONAL

Considere un coordinador del clúster, un IMO y un asistente administrativo a media jornada como mínimo (en pequeñas emergencias cabe la posibilidad de que una misma persona asuma diversas funciones). En emergencias graves, estudie incorporar coordinadores del clúster subnacional y responsables de la gestión de la información, un coordinador adjunto del clúster, un copresidente, un asistente para la introducción de datos, un desarrollador de bases de datos, etc.

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

Formación (de repaso) del personal en coordinación del clúster y gestión de la información, otros cursos.

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

LOGÍSTICA

Necesidad de garantizar que los recursos humanos y administrativos estén disponibles para llevar a cabo de manera oportuna el monitoreo, la evaluación y la presentación de informes a las sedes, los donantes y el clúster.

Oficina, transporte, apoyo a la organización de reuniones, seminarios y cursos de formación para los socios del clúster y los grupos de trabajo.

OTROS COSTES

- Gastos de seguridad.
- Gastos de desplazamiento asociados a viajes sobre el terreno.
- Coste de la coordinación subnacional.



RENDICIÓN DE CUENTAS FRENTE A LAS PERSONAS AFECTADAS (AAP) – PARA TODOS LOS PROYECTOS

OBJETIVO

Garantizar la rendición de cuentas frente a los hombres, mujeres, niñas y niños afectados, incluidas las personas mayores, las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables, en todos los programas de nutrición y en todas las etapas del ciclo de proyectos.

13

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

- Garantizar que los documentos del programa incluyan compromisos de rendición de cuentas² y guíen la ejecución de programas nutricionales de calidad adecuados, oportunos y coordinados, que eviten la explotación y los abusos sexuales (PEAS) e integren las cuestiones fundamentales relacionadas con las personas, como la edad, el género, la diversidad, la discapacidad, la protección y la comunicación con las comunidades.
- Proporcionar información adecuada, pertinente y oportuna, que tenga en cuenta las necesidades y preferencias informativas manifestadas por los diferentes grupos de edad, género y diversidad.
- Establecer canales y mecanismos de comunicación bidireccionales que faciliten e incentiven las aportaciones y las quejas, y que proporcionen reparación para estas últimas.
- Incorporar medios para que los participantes en los programas de nutrición y otras partes interesadas participen en las decisiones que les afecten (desde la consulta hasta la implicación activa), incluyendo sistemas de representación justos y transparentes.
- Integrar la rendición de cuentas frente a las personas afectadas (AAP) y la PEAS en el diseño, el monitoreo y la evaluación del programa, garantizando un aprendizaje continuo.

2. Ref.: compromisos del IASC en materia de rendición de cuentas frente a las personas afectadas y Norma Humanitaria Esencial en materia de calidad y rendición de cuentas

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

Mujeres, hombres, niñas y niños, incluidas las personas mayores, las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables, seleccionados como diana o afectados por los programas y el personal de nutrición.

CÓMO CALCULAR EL NÚMERO DE CASOS PREVISTO

100 % de los casos del programa/proyecto

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES Y CONSEJOS³

- Consulte con las mujeres, los hombres, las niñas y los niños diana, incluidas las personas mayores y las personas con discapacidad, para evaluar sus necesidades, especialmente en materia de información y comunicación, sus preferencias y sus fuentes de confianza.
- Evalúe los sistemas existentes de participación y representación para asegurar que sean justos, verdaderamente representativos e incluyan mecanismos de rendición de cuentas, y cerciórese de que todos los segmentos de las comunidades tengan voz en ellos.
- Establezca canales claros para que los participantes en el programa de nutrición registren sus quejas y reciban una respuesta en un plazo adecuado.
- Verifique que todos los agentes que trabajan en el ámbito de la nutrición conozcan los códigos de conducta pertinentes que regulan su trabajo, que prohíben explotar y abusar sexualmente de las personas receptoras de asistencia.
- Garantice la recopilación y utilización de datos desglosados por sexo y edad que se ajusten a los grupos de edad recomendados.

CONSEJO: siempre que sea posible, estos datos deberían desglosarse en grupos de 10 años y, en particular, se debería evitar unir a todos los grupos de edad adulta en un solo grupo, ya que esto implica invisibilizar a las personas mayores.

14

³. Puede consultarse información más detallada sobre las actividades y los indicadores en el «Marco de rendición de cuentas frente a las personas afectadas del Clúster de Nutrición».

INDICADORES SUGERIDOS

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Proceso	Individual	Proporción de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños receptores de asistencia encuestados, incluidas personas mayores, personas con discapacidad y otros grupos vulnerables que manifiestan sentirse satisfechos porque los programas de nutrición responden a sus necesidades específicas y respetan su cultura.
Proceso	Individual	Proporción de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños receptores de asistencia encuestados, incluidas personas mayores, personas con discapacidad y otros grupos vulnerables que han sido informados sobre el programa (quién puede acogerse a él, qué asistencia recibirán las personas beneficiarias, dónde pueden acudir para realizar aportaciones o presentar quejas) o se muestran satisfechos con la cantidad de información que reciben acerca de los programas de nutrición.
Proceso	Centro	Proporción de evaluaciones nutricionales que incluyen preguntas para evaluar las necesidades en materia de información y comunicación, y los métodos preferidos o de confianza de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños beneficiarios de asistencia para recibir información, incluyendo las personas mayores, las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables.
Proceso	Individual	Proporción de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños receptores de asistencia encuestados, incluidas personas mayores, personas con discapacidad y otros grupos vulnerables que conocen/ están satisfechos con los sistemas existentes de representación de sus intereses.
Proceso	Individual	Proporción de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños receptores de asistencia encuestados, incluidas personas mayores, personas con discapacidad y otros grupos vulnerables que son informados sobre cómo presentar quejas acerca de cualquier aspecto de los programas de nutrición, o que consideran que los mecanismos de reclamación son eficaces, confidenciales, accesibles y seguros.
Producto	Centro	Proporción de los planes de proyecto del Clúster de Nutrición incluidos en el sistema en línea de proyectos (OPS) que incluyen referencias a la edad, el género, la discapacidad y la diversidad.
Producto	Centro	Proporción de las evaluaciones nutricionales realizadas en las que participan conjuntamente tres o más agentes de nutrición pertenecientes a diferentes agencias.
Producto	Centro	Número de cursos impartidos sobre el Código de Conducta / Proporción del personal que asistió a cursos sobre el Código de Conducta.
Producto	Centro	Proporción de proyectos nutricionales que están vinculados a un mecanismo de reclamación formal (que forma parte del sistema conjunto global o de un mecanismo específico desarrollado para el programa).

AL ELABORAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE

COSTE DE PERSONAL

No requiere un coste específico, pero los socios del clúster y el CCN deben asegurarse de incorporar la función de AAP en las descripciones de los puestos de trabajo o los términos de referencia de su personal.

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

Formación (de repaso) del personal en materia de AAP.

COSTE ADMINISTRATIVO

No se requiere.

COSTE DE MyE

Necesidad de garantizar que los recursos humanos y administrativos estén disponibles para llevar a cabo de manera oportuna el monitoreo, la evaluación y la presentación de informes.

LOGÍSTICA

Piense en la posibilidad de realizar una visita conjunta de los socios del clúster y el equipo de coordinación del Clúster de Nutrición (CN), y ocúpese de los aspectos logísticos de dicha visita.

OTROS COSTES

Muchos de los costes pueden tener cabida dentro de los costes de los socios del clúster y del equipo de coordinación del CN.



CRIBADO Y DERIVACIONES EN MATERIA DE NUTRICIÓN

OBJETIVO

Detectar grupos diana con desnutrición aguda (niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas y lactantes, personas mayores) entre la población diana y garantizar la derivación temprana de los casos detectados a los programas de nutrición adecuados.

18

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

- Identificar la población de una comunidad que se encuentra expuesta a un mayor riesgo de desnutrición a través del establecimiento de un programa de cribado nutricional masivo.
- Apoyar un programa de cribado nutricional permanente.
- Garantizar la adopción y utilización de protocolos estandarizados para los programas comunitarios de cribado nutricional.
- Desarrollar la capacidad de cribado de los socios, los profesionales sanitarios y los voluntarios sanitarios de la comunidad.
- Movilizar a las comunidades y dar a conocer los servicios existentes de detección y tratamiento de la desnutrición para la DAS o la DAM.

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

- Todos los niños y niñas menores de 5 años.
- Mujeres embarazadas y lactantes (MEL).
- Personas mayores (para más información, consulte la sección «Manejo de la desnutrición en personas mayores»).

CONSEJO: realice un cribado a gran escala de niños y niñas para detectar casos de desnutrición aguda si cuenta con centros o programas a los que derivar los niños y niñas desnutridos identificados, con el fin de garantizar su tratamiento o manejo. Antes de poner en marcha una campaña de cribado a gran escala, se deberá establecer un sistema de derivación para el tratamiento de los niños y niñas con desnutrición aguda severa o moderada.

CÓMO ESTIMAR EL NÚMERO DE NIÑOS Y NIÑAS QUE DEBEN SOMETERSE A CRIBADO EN UNA POBLACIÓN

Utilice el perfil demográfico del último censo y las encuestas nutricionales –ajustadas según la tasa de crecimiento de la población si es necesario–; lo ideal sería tratar de someter a cribado al 100 % de los niños y niñas estimados.

Ejemplo: si, de acuerdo con la última Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) realizada en 2012 para un distrito X, la población era de 100 000 personas, la tasa de crecimiento de la población es de 1,02 por año (2 %) y la proporción de niños y niñas de entre 6 y 59 meses es del 15,3 %, entonces el número de niños y niñas

que deben someterse a cribado en 2015 es: $100\,000 \times 1,02 \times 1,02 \times 1,02 \times 0,153 = 16\,236$ (obsérvese que el crecimiento de la población de 1,02 se multiplica tres veces, puesto que en 2015 han transcurrido tres años desde la última encuesta, realizada en 2012).

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES Y CONSEJOS

- Cribado y derivaciones.

CONSEJO: el cribado y las derivaciones deberían incluirse sistemáticamente en el paquete de actividades nutricionales y, cuando sea posible, integrar o vincular el cribado con otras intervenciones sectoriales, como las campañas de suplementación en vitamina A y vacunación, las jornadas de promoción de la salud, las campañas WASH o la distribución general de alimentos.

- Movilización y extensión comunitarias.
- Adaptación y difusión de protocolos y guías.
- Desarrollo de la capacidad del personal en métodos de cribado nutricional, interpretación de datos y seguimiento.
- Evaluación y monitoreo.

CONSEJO: colabore estrechamente con las autoridades locales para recabar información sobre las zonas en las que se llevará a cabo el cribado, ya que ello reforzará la participación y el apoyo de la comunidad durante la ejecución y el monitoreo de la actividad.

CONSEJO: cuando planifique actividades de cribado, asegúrese de que existan itinerarios de derivación y promueva la disponibilidad de servicios a los que se pueda derivar a los beneficiarios. Un cribado no puede mejorar por sí mismo la situación nutricional si los niños y niñas en necesidad no son derivados a programas de nutrición comunitarios o impulsados por centros y no reciben tratamiento. Sin embargo, en ocasiones se llevan a cabo evaluaciones rápidas basadas en cribados de circunferencia del brazo (MUAC), con objeto de identificar si estos servicios son necesarios o no.

CONSEJO: cuando proceda, tenga en cuenta los factores que pueden afectar a las derivaciones, como las tasas que se aplican a estas, y asegúrese de contar con una solución capaz de elevar las tasas de derivaciones (y de incluirla en su estimación de costes).

INDICADORES SUGERIDOS

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Producto	Centro	Niños y niñas cribados: número de niños y niñas sometidos a cribado para la detección de la desnutrición aguda en una comunidad.
Producto Proceso	Centro	Casos de DAS derivados: número de casos con desnutrición aguda severa derivados para recibir atención hospitalaria o cuidados terapéuticos ambulatorios.
Producto Proceso	Centro	Casos de DAM derivados: número de casos con desnutrición aguda moderada derivados para recibir tratamiento.
Producto Proceso	Centro	Casos de DAS admitidos: número de casos con desnutrición aguda severa derivados correctamente y admitidos para recibir atención hospitalaria o cuidados terapéuticos ambulatorios.
Producto Proceso	Centro	Casos de DAM admitidos: número de casos con desnutrición aguda moderada derivados correctamente y admitidos para recibir tratamiento.

AL ELABORAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE

COSTE DE LOS SUMINISTROS

Se debe dotar a los equipos encargados del cribado de los suministros mínimos necesarios, que incluyen lo siguiente:

- Equipo antropométrico (cintas de MUAC para niños, niñas y adultos).
- Material para la elaboración de documentos de referencia y el mantenimiento de registros (formularios de registro, instrumentos de escritura, guías, etc.).

COSTE DE PERSONAL

Voluntarios de la comunidad o personal de centros sanitarios: estudie la necesidad de establecer incentivos para el supervisor.

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

Formación del personal en cribado y derivaciones, incluidos cursos de repaso si son necesarios.

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

LOGÍSTICA

Necesidad de garantizar que los recursos humanos estén disponibles para llevar a cabo de manera oportuna el monitoreo, la evaluación y la presentación de informes a las sedes, los donantes y el clúster.

Asegurar el transporte de los equipos encargados del cribado y el almacenamiento de los suministros; evitar rupturas de stock de los suministros necesarios.

OTROS COSTES

GASTOS PROMOCIONALES

- Gastos de seguridad.

Gastos de elaboración e impresión de materiales de información y comunicación (sobre salud, educación nutricional y promoción de la higiene).



MANEJO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA

OBJETIVO

Reducir el riesgo de exceso de mortalidad y morbilidad entre los niños y niñas menores de 5 años.

23

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

- Prestar un servicio de manejo en los centros de salud a X niños y X niñas menores de 5 años con DAS y con complicaciones.
- Mejorar el acceso y la utilización de los servicios terapéuticos existentes para pacientes hospitalizados.
- Mejorar y mantener el acceso y la utilización de los servicios terapéuticos de reciente creación para pacientes hospitalizados.
- Garantizar la adopción y utilización de protocolos estandarizados para el manejo de pacientes hospitalizados con DAS.
- Fortalecer los sistemas de derivación y contraderivación de y hacia todos los componentes de la atención de la desnutrición aguda: hospital, centro de salud (CS) y comunidad.
- Desarrollar la capacidad del Gobierno y los socios para prestar servicios adecuados en los centros de estabilización (CE).

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

- Todos los lactantes menores de 6 meses con DAS.
- Niños y niñas de entre 6 y 59 meses con edema bilateral severo (++, +++) o desnutrición aguda severa con complicaciones médicas.
- 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.

CONSEJO: a efectos de planificación, utilice estimaciones de planificación de una persona cuidadora por niño o niña (aquel o aquella que haya sido admitido para recibir tratamiento para la DAS).

Observación: las personas mayores también pueden recibir tratamiento hospitalario cuando sufren desnutrición aguda severa y complicaciones médicas. Para más información, consulte la sección «Manejo de la desnutrición en personas mayores» de este documento.

Cómo calcular el número de casos previsto:

- Carga total de DAS = casos existentes + casos nuevos

Casos existentes = prev. DAS x núm. de niñas y niños de entre 6 y 59 meses. Se pueden obtener datos desglosados de un censo reciente o de encuestas nutricionales.

Casos nuevos = prev. DAS x núm. de niñas y niños de entre 6 y 59 meses x 1,6. Con carácter general se recomienda utilizar una tasa de incidencia de 1,6.

- Alternativamente, la carga total de DAS = prev. DAS x población del grupo de edad diana x 2,6

CONSEJO: 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.

- Cuando haya determinado su número total de beneficiarios diana para recibir tratamiento para la DAS, calcule el número de niños y niñas que necesitarán tratamiento para pacientes hospitalizados con DAS (CE).
- 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. 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 y el 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 %.
- Aplique la cobertura del programa para obtener el total de beneficiarios diana para recibir tratamiento para la DAS en CE.

CONSEJO: de acuerdo con los estándares ESFERA, la cobertura en las zonas rurales debe ser superior al 50 %, en las zonas urbanas superior al 70 % y en campamentos superior al 90 %.

- Ejemplo de cálculo: queremos estimar el número total de niñas de entre 6 y 59 meses que sufren DAS con complicaciones médicas, a las que se dirigirá un programa de nutrición en emergencias y que serán admitidas en un centro de estabilización.
- A partir del censo elaborado el año anterior, sabemos que hay en total 86 000 niñas de entre 6 y 59 meses. La prevalencia de la DAS es del 1,8 %. Acordamos que, en promedio, será necesario derivar a CE el 10 % de los casos de DAS detectados. Está previsto ejecutar el programa en zonas rurales, por lo que se acordó aplicar una cobertura del 50 %.
- Carga total de DAS para las niñas de entre 6 y 59 meses = $86\ 000 \times 1,8\ \% \times 2,6 = 4025$

- Número de niñas de entre 6 y 59 meses que necesitarán tratamiento hospitalario: $4025 \times 10\ \% = 403$
- Niñas diana de entre 6 y 59 meses con DAS que necesitan tratamiento en un CE de acuerdo con la cobertura prevista del programa: $403 \times 50\ \% = 202$

Véase también:

¿Cómo estimamos el número de casos de DAS y/o DAM en niños/as de entre 6 y 59 meses en un período determinado?, elaborado por el del Foro de CMAM y «Estimación indirecta de la carga potencial y el número de casos diana», una guía elaborada por el UNICEF para sus oficinas en los países: <http://www.unicefinemergencias.com/downloads/eresource/docs/2.3%20Nutrition/FINAL%20Edited%20Formatted%20SAM%20PRO%20English.pdf>

Ejemplos de actividades y consejos

- Formación del personal y del Gobierno sobre el protocolo de CMAM.
- El tratamiento de la DAS debe ir seguido de un período de apoyo constante, que por lo general se proporcionará a través de los programas de tratamiento de la DAM. El tratamiento de la DAS y la DAM debe planificarse de un modo que fomente la continuidad de los cuidados para la desnutrición aguda.
- Provisión de suministros (F75, F100, RUTF, medicamentos para el tratamiento sistemático, formularios y registro, equipo antropométrico, etc.).

CONSEJO: al calcular el coste de los suministros, coordínese con las agencias que colaboran en una misma cadena de suministro (generalmente el UNICEF).

- Con el apoyo del Clúster de WASH, asegúrese de que se presten servicios como la rehabilitación de instalaciones de abastecimiento de agua y saneamiento, incluso para el lavado de manos y la eliminación segura de desechos, la adquisición y distribución de kits de higiene, etc.

CONSEJO: coordínese con el Clúster de WASH para facilitar la planificación y ejecución de actividades.

CONSEJO: establezca vínculos con otros sectores (como los clústeres de Salud o Seguridad Alimentaria) para abordar otras causas inmediatas y subyacentes de la desnutrición aguda a las que no pueda dar respuesta directamente el Clúster de Nutrición.

- Se deberán priorizar las actividades orientadas a un cambio de comportamiento que contribuyan a la prevención de la desnutrición, la promoción de la higiene, el desarrollo de la primera infancia y la lucha contra el VIH/SIDA y la tuberculosis.

CONSEJO: prevea personal, tiempo y un lugar específico para la realización de actividades orientadas a un cambio de comportamiento en el centro de salud (por ejemplo: «x» sesiones durante «y» días/semanas).

- Se deberán priorizar las derivaciones para la realización de pruebas del VIH y la supervisión del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes VIH positivos (pueden obtenerse detalles al respecto en la sección de este documento titulada «Asistencia y apoyo nutricionales a niños y niñas infectados con el VIH»).

- Derivaciones para la realización de pruebas de tuberculosis y supervisión del cumplimiento del tratamiento de los pacientes positivos en tuberculosis que participen en el programa de nutrición.
- Adaptación/impresión de herramientas y guías.
- Evaluación y monitoreo.

INDICADORES SUGERIDOS

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Resultado Referencia	Individual	Desnutrición aguda severa (DAS): prevalencia (%) de desnutrición aguda severa en niños/as de entre 6 y 59 meses (desglosada por sexo) en función de la presencia de edema con fóvea bilateral o puntuación z de peso para la talla inferiores a -3 desviaciones estándar con respecto a la mediana de la población estándar (OMS, 2006).
Resultado	Individual	Desnutrición aguda severa (DAS) en lactantes de entre 0 y 5 meses: prevalencia (%) de desnutrición aguda severa en lactantes menores de 6 meses (desglosada por sexo) en función de la presencia de edema con fóvea bilateral o puntuación z de peso para la talla inferiores a -3 desviaciones estándar con respecto a la mediana de la población estándar (OMS, 2006).
Producto	Centro	Casos de DAS admitidos por primera vez: número de casos con desnutrición aguda severa admitidos por primera vez para recibir tratamiento.
Resultado	Individual	Cobertura del tratamiento de la DAS: proporción de casos con desnutrición aguda severa que reciben tratamiento.
Resultado	Centro	Casos de DAS dados de alta recuperados: el estándar ESFERA es $\geq 75\%$ (Proporción de casos dados de alta con desnutrición aguda severa que se recuperaron).
Producto	Centro	Casos de DAS dados de alta que abandonaron el tratamiento: el estándar ESFERA es $\leq 15\%$ (Proporción de casos dados de alta con desnutrición aguda severa que abandonaron el tratamiento).
Proceso	Centro	Casos de DAS dados de alta fallecidos: el estándar ESFERA es $\leq 10\%$ (Proporción de casos con desnutrición aguda severa que fallecieron durante el tratamiento).
Proceso	Centro	Casos de DAS dados de alta no recuperados: proporción de casos dados de alta con desnutrición aguda severa que no se recuperaron.
Producto	Centro	Ganancia media de peso de los casos de DAS: ganancia media de peso de los casos con desnutrición aguda severa que reciben tratamiento.
Producto	Centro	Duración media de la estancia de los casos de DAS: duración media del tratamiento de la DAS.
Producto	Individual	Acceso a servicios de DAS: proporción de la población diana con desnutrición aguda severa que vive a una distancia inferior a un día caminando (entre la ida y la vuelta) del lugar de manejo de la DAS – Estándar ESFERA.

Producto	Individual	Conocimiento de las buenas prácticas en materia de nutrición/ALNP: número de personas cuidadoras, desglosado por sexo, que han recibido sesiones de sensibilización sobre buenas prácticas en materia de nutrición/ALNP.
Producto	Individual	Derivaciones: proporción de niños/as que han sido admitidos en CE, estabilizados y derivados a cuidados terapéuticos ambulatorios para finalizar su tratamiento para la DAS.
Producto	Centro	Calidad del WASH en el manejo terapéuticos ambulatorios: proporción de centros de salud con manejo de servicios de DAS para pacientes hospitalizados que cuentan con suministros y equipo adecuados para el tratamiento del agua.
Producto	Centro	Cobertura de saneamiento en el centro: promedio de usuarios por lavabo operativo.
Proceso	Centro	Proporción de socios nutricionales que siguen el protocolo de CMAM.

AL PREPARAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LOS ASPECTOS SIGUIENTES

COSTE DE LOS SUMINISTROS

26

El centro para pacientes hospitalizados debe estar equipado con los suministros necesarios para un pabellón de tratamiento de la desnutrición severa o un centro de estabilización. Esto incluye:

- Suministros terapéuticos (RUTF, F-75, F-100).
- Si los protocolos nacionales hacen referencia al uso de otros artículos básicos para el tratamiento de elaboración local, el centro deberá disponer de los suministros recomendados a nivel local (por ejemplo, leche en polvo, aceite, azúcar, CMV).

CONSEJO: si se utilizan ingredientes disponibles a nivel local, tenga siempre en cuenta en el presupuesto la adquisición de complejos minerales y vitamínicos para prepararlos y añadirlos al ingrediente local.

- ReSoMal para el tratamiento de la deshidratación en pacientes con desnutrición aguda severa.
- Medicamentos para el tratamiento sistemático y otros medicamentos esenciales.
- Equipo antropométrico (cintas para MUAC, suministros médicos, balanzas, tallímetros).
- Suministros de higiene (guantes, fregonas, etc.) y jabón.
- Otros suministros, como mosquiteras tratadas con insecticida.
- Material para la elaboración de documentos de referencia y el mantenimiento de registros (formularios de registro).
- Equipo de cocina (kit terapéutico y utensilios para la cocina o el área de cocinado de las personas cuidadoras).
- Deberá haber instalaciones de laboratorio en el propio centro o disponibles mediante derivación a un centro de salud cercano.
- Alimentos para las personas cuidadoras.
- Camas adicionales en el pabellón (si se identifica la necesidad).

COSTE DE PERSONAL

Se requiere, en promedio, un médico a tiempo parcial, tres enfermeras y un nutricionista. El número de proveedores de cuidados sanitarios variará según el número de admisiones. Deberá haber al menos un asistente de alimentación por cada 10 pacientes hospitalizados.

Las estimaciones del número de proveedores de cuidados sanitarios deben tener en cuenta la necesidad de contar con personal de enfermería las 24 horas.

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

En los hospitales regionales y de distrito, el proyecto debe incluir el coste del apoyo al personal del Ministerio de Salud: formación, suministros, recopilación de datos, mecanismo de coordinación, apoyo al clúster subnacional, etc.

Asegúrese de incluir el coste de contratar personal adicional para hacer frente a posibles aumentos de la carga de trabajo. Planifique una estrategia de transición y los costes asociados a dicha transición.

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

LOGÍSTICA

Necesidad de garantizar que los recursos humanos y administrativos estén disponibles para llevar a cabo de manera oportuna la gestión del programa, el monitoreo, la evaluación y la presentación de informes a las sedes, los donantes y el clúster.

Asegúrese de que se incluya el coste de transporte y almacenamiento de suministros, así como de evitar rupturas de stock.

Planifique el coste de las derivaciones o del transporte en el caso de que las personas cuidadoras no puedan llevar a los/as niños/as al hospital, o de que los/as niños/as deban derivarse a servicios ubicados fuera del centro.

OTROS COSTES

- Gastos de seguridad.
- Los gastos relacionados con la garantía de acceso al agua, el saneamiento y la higiene pueden ser tenidos en cuenta por el Clúster de WASH.

GASTOS PROMOCIONALES

Gastos de elaboración de materiales de información y comunicación (sobre salud, nutrición, educación y promoción de la higiene), formación del personal sobre actividades de comunicación y promoción y celebración de sesiones (C4D) para personas cuidadoras.



MANEJO AMBULATORIO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA

OBJETIVO

Reducir el riesgo de exceso de mortalidad y morbilidad entre los niños y niñas de entre 6 y 59 meses.

Este enfoque aspira a maximizar la cobertura y el acceso de la población al tratamiento para niños/as con DAS sin complicaciones médicas, proporcionando un acceso sencillo al tratamiento a través de servicios ambulatorios, más próximos al domicilio.

29

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

- Prestar servicios de manejo comunitarios a X niños y X niñas menores de 5 años con DAS y sin complicaciones.
- Garantizar el acceso a programas comunitarios para el manejo de la DAS.
- Apoyar la creación de nuevos programas comunitarios para el manejo de casos de DAS.
- Garantizar la adopción y utilización de protocolos estandarizados para el manejo ambulatorio de casos de DAS.
- Reforzar los sistemas de derivación y contraderivación de y hacia programas de manejo terapéutico ambulatorio.
- Desarrollar la capacidad del Gobierno y los socios para prestar servicios adecuados en el manejo terapéutico ambulatorio.

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

- Niños/as de entre 6 y 59 meses con DAS, sin complicaciones médicas.
- Para actividades orientadas a un cambio de comportamiento: personas cuidadoras beneficiarias de actividades de comunicación y desarrollo a nivel comunitario.

Observación: las personas mayores que sufran desnutrición aguda severa y no presenten complicaciones también deben establecerse como grupo diana para recibir también tratamiento ambulatorio. Para más información, véase la sección «Manejo de la desnutrición en personas mayores» de este documento.

Cómo calcular el número de casos previsto:

- Carga total de DAS = casos existentes + casos nuevos
- Casos existentes = prev. DAS x núm. de niñas y niños de entre 6 y 59 meses. Se pueden obtener datos desglosados de un censo reciente o de encuestas nutricionales.
- Casos nuevos = prev. DAS x núm. de niñas y niños de entre 6 y 59 meses x 1,6. Con carácter general se recomienda utilizar una tasa de incidencia de 1,6.
- Alternativamente, la carga total de DAS = prev. DAS x población del grupo de edad diana x 2,6

CONSEJO: si no se conoce la prevalencia de DAS, considere la posibilidad de usar de media una estimación del 20 % de pacientes con DAG que presentan DAS.

- Cuando haya determinado su número total de beneficiarios diana para recibir tratamiento para la DAS, calcule el número de niños y niñas que se admitirán para recibir tratamiento ambulatorio (programa de manejo terapéutico ambulatorio).
- De media, se espera que entre un 80 y un 90 % de niños/as con DAS sea admitido para recibir tratamiento terapéutico ambulatorio.
- Aplique la cobertura del programa para obtener el total de beneficiarios diana para recibir tratamiento para la DAS en el marco del manejo terapéutico ambulatorio.

CONSEJO: de acuerdo con los estándares ESFERA, la cobertura en las zonas rurales debe ser superior al 50 %, en las zonas urbanas superior al 70 % y en campamentos superior al 90 %.

- Ejemplo de cálculo: queremos estimar el número total de niñas de entre 6 y 59 meses que sufren DAS sin complicaciones médicas, a las que se dirigirá un programa de nutrición en emergencias y que serán admitidas en un programa de manejo terapéutico ambulatorio.

A partir del censo elaborado el año anterior, sabemos que hay en total 86 000 niñas de entre 6 y 59 meses. La prevalencia de la DAS es del 1,8 %. Acordamos que, en promedio, el 90 % de los casos de DAS detectados será admitido en los programas de manejo terapéutico ambulatorio (frente a un porcentaje de admisión del 10 % en los CE; véase la sección anterior). Está previsto ejecutar el programa en zonas rurales, por lo que se acordó aplicar una cobertura del 50 %.

Carga total de DAS para las niñas de entre 6 y 59 meses = $86\,000 \times 1,8\% \times 2,6 = 4025$

Número de niñas de entre 6 y 59 meses que se admitirán en los programas de manejo terapéutico ambulatorio: $4025 \times 90\% = 3623$

Niñas diana de entre 6 y 59 meses con DAS y admitidas en programas de manejo terapéutico ambulatorio de acuerdo con la cobertura prevista del programa: $403 \times 50\% = 1812$

Véase también:

¿Cómo estimamos el número de casos de DAS y/o DAM en niños/as de entre 6 y 59 meses en un período determinado?, elaborado por el del Foro de CMAM y «Estimación indirecta de la carga potencial y el número de casos diana», una guía elaborada por el UNICEF para sus oficinas en los países: <http://www.unicefemergencias.com/downloads/eresource/docs/2.3%20Nutrition/FINAL%20Edited%20Formatted%20SAM%20PRO%20English.pdf>

Ejemplos de actividades y consejos:

- Formación del personal de los centros de salud en el protocolo de CMAM.

CONSEJO: cree vínculos (o refuerce los existentes) entre la comunidad y las autoridades en relación con la movilización, el intercambio de información y las derivaciones. Con mucha frecuencia se olvida en los programas crear vínculos entre los agentes de salud comunitarios, las autoridades locales y el personal de los centros de salud.

CONSEJO: asegúrese de contar con actividades específicas para involucrar a las autoridades y comunidades locales en el diseño y la ejecución de los programas, así como en la realización de aportaciones a estos.

CONSEJO: si el programa prevé contratar personal específico para apoyar al personal del Ministerio de Salud en el manejo de un elevado número de casos, cerciórese de contar con una estrategia de salida, un plan de cesión de responsabilidades y actividades de desarrollo de capacidades desde el inicio del programa. Recuerde incluir también el coste asociado a la cesión de responsabilidades de los servicios.

CONSEJO: el tratamiento de la DAS debe ir seguido de un período de apoyo constante, que por lo general se proporcionará a través de los programas de tratamiento de la DAM. El tratamiento de la DAS y la DAM debe planificarse de un modo que fomente un continuo de cuidados para la desnutrición aguda.

CONSEJO: asegúrese de que su programa incluya también actividades para la prevención de la desnutrición aguda.

- Provisión de suministros (RUTE, medicamentos para el tratamiento sistemático, formularios y registro, equipo antropométrico).
- Adaptación/impresión de herramientas y guías.
- Facilitación/establecimiento de sistemas de detección, derivación y seguimiento de casos activos (véase la sección anterior sobre el cribado). Actividades de comunicación para el desarrollo (orientadas al cambio de comportamiento) sobre prevención de la desnutrición, promoción de la higiene, desarrollo de la primera infancia y lucha contra el VIH/SIDA y la tuberculosis.

CONSEJO: prevea personal, tiempo y un lugar específico para la realización de actividades orientadas a un cambio de comportamiento en el centro de salud (por ejemplo: «x» sesiones durante «y» días/semanas).

- Derivaciones para la realización de pruebas del VIH y la supervisión del cumplimiento del tratamiento si se identifican pacientes VIH positivos (véase la sección de este documento titulada «Asistencia y apoyo nutricionales a niños y niñas infectados con el VIH»).
- Derivaciones para la realización de pruebas de tuberculosis y supervisión del cumplimiento del tratamiento si se detectan pacientes positivos.
- Con el apoyo del Clúster de WASH, se deberán rehabilitar las instalaciones de abastecimiento de agua y saneamiento, incluso para el lavado de manos y la eliminación segura de desechos, la adquisición y distribución de kits de higiene, etc.

CONSEJO: coordínesse con el Clúster de WASH.

CONSEJO: establezca vínculos con otros servicios que abordan las causas inmediatas y subyacentes de la desnutrición (coordínesse con los clústeres de Salud y Seguridad Alimentaria).

INDICADORES SUGERIDOS

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Referencia, Resultado	Individual	Desnutrición aguda severa (DAS): tasa de prevalencia (%) de desnutrición aguda severa en niños/as de entre 6 y 59 meses (desglosada por sexo) en función de la presencia de edema con fóvea bilateral o puntuación z de peso para la talla inferiores a -3 desviaciones estándar con respecto a la mediana de la población estándar (OMS, 2006).
Referencia, Resultado	Individual	Desnutrición aguda severa basada en el MUAC y la presencia de edema: tasa de prevalencia (%) de niños/as de entre 6 y 59 meses (desglosada por sexo) con MUAC inferior a 115 mm y/o con edema con fóvea bilateral.
Producto	Centro	Casos de DAS admitidos por primera vez: número de casos con desnutrición aguda severa admitidos por primera vez para recibir tratamiento.
Resultado	Individual	Cobertura del tratamiento de la DAS: proporción de casos con desnutrición aguda severa que reciben tratamiento.
Resultado	Centro	Casos de DAS dados de alta recuperados: el estándar ESFERA es $\geq 75\%$ (Proporción de casos dados de alta con desnutrición aguda severa que se recuperaron).
Producto	Centro	Casos de DAS dados de alta que abandonaron el tratamiento: el estándar ESFERA es $\leq 15\%$ (Proporción de casos dados de alta con desnutrición aguda severa que abandonaron el tratamiento).
Proceso	Centro	Casos de DAS dados de alta fallecidos: el estándar ESFERA es $\leq 10\%$ (Proporción de casos con desnutrición aguda severa que fallecieron durante el tratamiento).
32 Proceso	Centro	Casos de DAS dados de alta no recuperados: proporción de casos dados de alta que no se recuperaron de la DAS cuando se les dio de alta.
Producto	Centro	Ganancia media de peso de los casos de DAS: ganancia media de peso de los casos con desnutrición aguda severa que reciben tratamiento.
Producto	Centro	Duración media de la estancia de los casos de DAS: duración media del tratamiento de los pacientes con DAS admitidos en programas de manejo terapéutico ambulatorio, entre la admisión y el alta una vez recuperados.
Proceso	Centro	Seguimiento de la DAS: proporción de casos de DAS que reciben tratamiento, con necesidad de seguimiento, que se visitan a domicilio.
Producto	Individual	Acceso a servicios de DAS: proporción de la población diana con desnutrición aguda severa que vive a una distancia inferior a un día caminando (entre la ida y la vuelta) del lugar de manejo de la DAS – Estándar ESFERA.
Producto	Individual	Conocimiento de las buenas prácticas en materia de nutrición/ALNP: proporción de la población diana, desglosada por sexo, que ha ampliado su conocimiento de las buenas prácticas en materia de nutrición/ALNP al final del proyecto.
Producto	Centro	Calidad del agua en el manejo terapéutico ambulatorio: proporción de centros de salud que prestan servicios de manejo terapéutico ambulatorio con suministros y equipos adecuados para el tratamiento de agua.
Producto	Centro	Acceso a los servicios de saneamiento: promedio de usuarios por lavabo operativo y por programa de manejo terapéutico ambulatorio.
Proceso	Centro	Proporción de socios nutricionales que siguen el protocolo de CMAM.

AL ELABORAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

COSTE DE LOS SUMINISTROS

El centro deberá estar equipado con los suministros necesarios para un tratamiento completo de la desnutrición severa, que incluya:

- Suministros terapéuticos (RUTF).

CONSEJO: un tratamiento completo promedio para un/a niño/a con DAS asciende a alrededor de 10 a 15 kg de RUTF a lo largo de un período de 6 a 8 semanas, lo que equivale aproximadamente a una caja de RUTF (150 sobres).

- Disponibilidad local de ingredientes: si los protocolos nacionales recomiendan el uso de otros artículos básicos para el tratamiento de elaboración local, el centro deberá disponer de los suministros recomendados a nivel local.

CONSEJO: cuando utilice ingredientes disponibles a nivel local, tenga siempre en cuenta en el presupuesto la adquisición de complejos minerales y vitamínicos para prepararlos y añadirlos al ingrediente local.

- Equipo antropométrico (cintas para MUAC, suministros médicos, balanzas, tallímetros).
- Material para la elaboración de documentos de referencia y el mantenimiento de registros (formularios de registro).

COSTE DE PERSONAL

El número de personal necesario variará en función de la cantidad de admisiones y de quién lleve a cabo las actividades comunitarias específicas. La labor de detección de casos a nivel comunitario puede ser realizada por una persona específicamente dedicada a ello o bien en combinación con otros sectores, por ejemplo, con agentes de salud comunitarios o con trabajadores de extensión de WASH, según el contexto.

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

El proyecto debe prever la necesidad de apoyar el desarrollo de las capacidades del personal del Ministerio de Salud a nivel regional o de distrito, por ejemplo: formación, suministros, recopilación de datos, mecanismo de coordinación, apoyo al clúster subnacional, etc.

33

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

LOGÍSTICA

Necesidad de garantizar que los recursos humanos y administrativos estén disponibles para facilitar el monitoreo, las visitas de supervisión, la evaluación y la presentación de informes a las sedes, los donantes y el clúster. También puede planificar una encuesta sobre la cobertura. Para más información, consulte el capítulo «Evaluación de la cobertura del programa» de este documento.

En función de los suministros utilizados, debe garantizar el transporte y almacenamiento adecuados de todos los suministros y evitar posibles rupturas de stock.

OTROS COSTES

GASTOS PROMOCIONALES

- Gastos de seguridad.
- Los gastos relacionados con la garantía de acceso al agua, el saneamiento y la higiene pueden ser tenidos en cuenta por el Clúster de WASH.

Gastos de elaboración de materiales de información y comunicación (sobre salud, nutrición, educación y promoción de la higiene), formación del personal sobre actividades de comunicación y promoción y celebración de sesiones (orientadas a un cambio de comportamiento) para personas cuidadoras.



MANEJO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA (DAM) EN LOS PROGRAMAS DIRIGIDOS DE ALIMENTACIÓN SUPLEMENTARIA (TSFP)

OBJETIVO

Reducir el riesgo de mortalidad y morbilidad en niños/as de entre 6 y 59 meses, mujeres embarazadas y lactantes, personas mayores, adultos con enfermedades crónicas, etc.

Evitar que los/as niños/as con DAM de entre 6 y 59 meses pasen a sufrir DAS.

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

- Prestar servicios de manejo a (X niños y X niñas menores de 5 años) con desnutrición aguda moderada y X mujeres embarazadas y lactantes con desnutrición aguda.
- Apoyar la adopción y utilización de protocolos estandarizados para el programa de alimentación suplementaria dirigido.

- Recuperar a niños/as de entre 6 y 59 meses con DAM, a mujeres embarazadas y mujeres lactantes con niños menores de 6 meses, a mujeres embarazadas y lactantes que viven con VIH-SIDA (MELVIH; tratamiento nutricional vinculado a la provisión de tratamiento antirretroviral, TAR) y personas mayores.
- Desarrollar la capacidad del Gobierno y los socios para prestar servicios adecuados en el marco de TSFP.

Observaciones: tanto los TSFP como los BSFP son más eficaces cuando el apoyo a la seguridad alimentaria familiar se presta a través de la distribución general de alimentos o de transferencias monetarias a la población que padece inseguridad alimentaria.

Para mejorar la eficacia de los TSFP y BSFP, también es importante planificar intervenciones que tengan en cuenta la nutrición en otros sectores, como los de WASH y salud.

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

- Niños/as de entre 6 y 59 meses que presentan desnutrición moderada-aguda.
- Mujeres embarazadas y lactantes (MEL) que presentan desnutrición aguda (grave y moderada) con lactantes de entre 0 y 5 meses.
- MELVIH que presentan desnutrición severa, moderada y leve-aguda.
- Personas mayores que presentan desnutrición aguda moderada (para más información, consulte la sección «Manejo de la desnutrición en personas mayores»).
- Otros grupos de edad y sexo, si es necesario.

CONSEJO: consulte el documento Desnutrición aguda moderada: una herramienta para la toma de decisiones en emergencias, 2014

Cómo calcular el número de casos previsto:

- Aplique la tasa de prevalencia de DAM del área de intervención a los datos desglosados identificados a través de censos recientes y multiplíquela por la tasa de incidencia.

CONSEJO: si no se conoce la prevalencia de DAM, considere la posibilidad de usar de media una estimación del 80 % de pacientes con DAG que presentan DAM.

- Aplique la cobertura del programa.

CONSEJO: de acuerdo con los estándares ESFERA, la cobertura en las zonas rurales debe ser superior al 50 %, en las zonas urbanas superior al 70 % y en campamentos superior al 90 %.

- Ejemplo de cálculo: queremos estimar el número total de niñas de entre 6 y 59 meses que sufren DAM a las que se dirigirá un programa de nutrición en emergencias y que serán admitidas en un TSFP.

A partir del censo elaborado el año anterior, sabemos que hay en total 86 000 niñas de entre 6 y 59 meses. La prevalencia de la DAM es del 6,7 %. Está previsto ejecutar el programa en zonas rurales, por lo que se acordó aplicar una cobertura del 50 %.

Carga total de DAM para las niñas de entre 6 y 59 meses = $86\ 000 \times 6,7\ \% \times 2,6 = 14\ 981$

Niñas diana de entre 6 y 59 meses con DAM y admitidas en un TSFP de acuerdo con la cobertura prevista del programa: $14\ 981 \times 50\ \% = 7491$

Véase también:

¿Cómo estimamos el número de casos de DAS y/o DAM en niños/as de entre 6 y 59 meses en un período determinado?, documento elaborado por el foro de CMAM y ¿Cómo estimamos el número de casos entre mujeres embarazadas y lactantes 6 meses después del parto en un período determinado?, documento elaborado por el foro de CMAM

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES Y CONSEJOS:

- Creación y mantenimiento de programas de DAM.

CONSEJO: cree vínculos (o refuerce los existentes) entre la comunidad y las autoridades en relación con la movilización, el intercambio de información y las derivaciones. Con mucha frecuencia se olvida en los programas crear vínculos entre los agentes de salud comunitarios, las autoridades locales y el personal de los centros de salud.

CONSEJO: asegúrese de contar con actividades específicas para involucrar a las autoridades y comunidades locales en el diseño y la ejecución de los programas, así como en la realización de aportaciones a estos.

CONSEJO: si el programa prevé contratar personal específico para apoyar al personal del Ministerio de Salud en el manejo de un elevado número de casos, cerciórese de contar con una estrategia de salida, un plan de cesión de responsabilidades y actividades de desarrollo de capacidades desde el inicio del programa. Recuerde incluir también el coste asociado a la cesión de responsabilidades de los servicios.

CONSEJO: asegure la continuidad de la atención a los pacientes derivados desde otra intervención nutricional.

CONSEJO: asegúrese de que su programa incluya también actividades para la prevención de la desnutrición aguda.

- Adaptación y difusión de guías y protocolos.
- Desarrollo de las capacidades del personal y las comunidades.
- El suministro de raciones para llevar al hogar mediante la distribución regular de alimentos nutritivos especializados debe efectuarse del siguiente modo: tenga en cuenta que las raciones se preparan en el hogar cuando se proporciona una ración de alimentos compuestos fortificados (FBF, por sus siglas en inglés), aceite y azúcar; se consumen tal como se proporcionan cuando se suministran alimentos suplementarios listos para el consumo (RUSF, por sus siglas en inglés) o de alimentos compuestos fortificados mejorados.
- Monitoreo del programa sobre el terreno y presentación de informes.
- Programas de cribado nutricional (para más detalles, consulte el capítulo anterior sobre «Cribado y derivaciones en materia de nutrición».
- Con el apoyo del Clúster de WASH, lleve a cabo las actividades siguientes: rehabilitación de las instalaciones de abastecimiento de agua y saneamiento, incluso para el lavado de manos y la eliminación segura de desechos, la adquisición y distribución de kits de higiene, etc.

CONSEJO: establezca vínculos con otros servicios que aborden las causas inmediatas y subyacentes de la malnutrición para asegurarse de que se planifiquen y ejecuten intervenciones que tengan en cuenta la nutrición (coordínese con los clústeres de Salud, WASH y Seguridad Alimentaria). P. ej.: el Clúster de Seguridad Alimentaria debe ocuparse de la asistencia en efectivo o basada en alimentos a los hogares en las zonas con inseguridad alimentaria (por ejemplo, mediante la distribución general de alimentos).

CONSEJO: para llevar a cabo un cribado nutricional, necesita un sistema de derivaciones adecuado, un centro de nutrición cercano y personal disponible para realizar el cribado. Si no existe un plan para la derivación de niños/as identificados con DAM, lo mejor es posponer el cribado.

- Construcción de zonas de cribado, espera y distribución.
- Actividades de comunicación para el desarrollo, actividades orientadas al cambio de comportamiento sobre prevención de la desnutrición, promoción de la higiene, desarrollo de la primera infancia y lucha contra el VIH/SIDA y la tuberculosis.

CONSEJO: prevea personal, tiempo y un lugar específico para la realización de actividades orientadas a un cambio de comportamiento en la comunidad o el centro (por ejemplo: «x» sesiones durante «y» días/semanas).

- Derivaciones para la realización de pruebas del VIH y la supervisión del cumplimiento del tratamiento si se identifican pacientes VIH positivos (véase la sección de este documento titulada «Asistencia y apoyo nutricionales a niños y niñas infectados con el VIH»).
- Derivaciones para la realización de pruebas de tuberculosis y supervisión del cumplimiento del tratamiento si se detectan pacientes positivos.

INDICADORES SUGERIDOS

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Referencia, Resultado	Individual	Desnutrición aguda moderada (DAM): tasa de prevalencia (%) de desnutrición aguda moderada en niños/as de entre 6 y 59 meses (desglosada por sexo) en función de la presencia de PTZ inferiores a -2 o iguales o superiores a -3 desviaciones estándar con respecto a la mediana de la población estándar (OMS, 2006).
Referencia, Resultado	Individual	Desnutrición aguda moderada (DAM) en lactantes de entre 0 y 5 meses: tasa de prevalencia (%) de desnutrición aguda moderada en lactantes de menos de 6 meses (desglosada por sexo) en función de PTZ inferiores a -2 o iguales o superiores a -3 desviaciones estándar con respecto a la mediana de la población estándar (OMS, 2006).
Referencia, Resultado	Individual	Desnutrición aguda moderada basada en el MUAC: tasa de prevalencia (%) de niños/as de entre 6 y 59 meses (desglosada por sexo) con MUAC inferior a 125 mm pero igual o superior a 115 mm.
Referencia, Resultado	Individual	Desnutrición aguda en mujeres embarazadas y lactantes: tasa de prevalencia (%) de MEL con MUAC inferior a 210 o 230 mm (nota: los países utilizan puntos de corte diferentes en función de los recursos) o presentan edema con fóvea bilateral.
Referencia, Resultado	Individual	Desnutrición aguda en MELVIH: tasa de prevalencia (%) de MELVIH con MUAC inferior a 210 mm o que presentan edema con fóvea bilateral.
Referencia, Resultado	Individual	Desnutrición aguda en personas mayores: tasa de prevalencia (%) de personas mayores con MUAC inferior a 210 mm o que presentan edema con fóvea bilateral.
Producto	Centro	Casos de DAM admitidos por primera vez: número de casos con desnutrición aguda moderada admitidos por primera vez para recibir tratamiento.
Resultado	Individual	Cobertura del tratamiento de la DAM: proporción de casos con desnutrición aguda moderada que reciben tratamiento.
Resultado	Centro	Casos de DAM dados de alta recuperados: proporción de casos dados de alta con desnutrición aguda moderada que se recuperaron. El estándar ESFERA es ≥ 75 %.
Producto	Centro	Casos de DAM dados de alta que abandonaron el tratamiento: proporción de casos dados de alta con desnutrición aguda moderada que abandonaron el tratamiento. El estándar ESFERA es ≤ 15 %.
Proceso	Centro	Casos de DAM dados de alta fallecidos: proporción de casos dados de alta con desnutrición aguda moderada que fallecieron durante el tratamiento. El estándar ESFERA es ≤ 3 %.
Proceso	Centro	Casos de DAM dados de alta que no se recuperaron: proporción de casos dados de alta con desnutrición aguda moderada que no se recuperaron.
Proceso	Centro	Seguimiento de la DAM: proporción de casos con problemas de desnutrición aguda moderada que reciben tratamiento, con necesidad de seguimiento a domicilio, que se visitan a domicilio.

Producto	Individual	Acceso a servicios de DAM: proporción de la población diana con desnutrición aguda moderada que vive a una distancia inferior a un día caminando (entre la ida y la vuelta) del lugar de manejo de la DAM.
Producto	Individual	Conocimiento de las buenas prácticas en materia de nutrición/ALNP: proporción de la población diana, desglosada por sexo, que ha ampliado su conocimiento de las buenas prácticas en materia de nutrición/ALNP al final del proyecto.
Producto	Centro	Proporción de centros de salud con suministros y equipo adecuados para el tratamiento de agua.
Producto	Centro	Acceso a los servicios de saneamiento: promedio de usuarios por lavabo operativo y por centro de alimentación suplementaria dirigida.
Proceso	Centro	Proporción de socios nutricionales que siguen el protocolo de CMAM.

AL ELABORAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

COSTE DE LOS SUMINISTROS

El centro deberá estar equipado con los suministros necesarios para un tratamiento completo de la desnutrición severa, que incluya:

- Alimentos básicos.

CONSEJO: para niños/as de 6 a 59 meses: alimentos compuestos fortificados mejorados (por ejemplo, Supercereal + o CSB++/WSB+) o alimentos preparados para su consumo (como suplementos nutritivos a base de lípidos en grandes cantidades, por ejemplo, Plumpy Sup). Para adultos desnutridos (MEL, MELVIH, personas mayores...): alimentos compuestos fortificados (Supercereal o CSB/WSB).

- Disponibilidad local de ingredientes: si los protocolos nacionales recomiendan el uso de otros artículos básicos para el tratamiento de elaboración local, el centro deberá disponer de los suministros recomendados a nivel local.

CONSEJO: cuando utilice ingredientes disponibles a nivel local, tenga siempre en cuenta en el presupuesto la adquisición de complejos minerales y vitamínicos para prepararlos y añadirlos al ingrediente local.

- Suministros para el tratamiento sistemático y otros medicamentos y suplementos esenciales, comprimidos antiparasitantes.
- Artículos no alimentarios (mantas, jabón, utensilios de cocina, combustible); kits de OXFAM.

CONSEJO: coordínese con el clúster pertinente al respecto (el Clúster de Artículos no Alimentarios, si existe).

- Equipo antropométrico (cintas para MUAC, suministros médicos, balanzas, tallímetros).
- Suministros de higiene, incluido jabón.
- Material para la elaboración de documentos de referencia y el mantenimiento de registros (formularios de registro, instrumentos de escritura).

COSTE DE PERSONAL

El número de personal necesario variará en función de la cantidad de admisiones y de quién lleve a cabo las actividades comunitarias específicas. La labor de detección de casos a nivel comunitario puede ser realizada por una persona específicamente dedicada a ello o bien en combinación con otros sectores, por ejemplo, con agentes de salud comunitarios o con trabajadores de extensión de WASH, según el contexto.

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

El proyecto debe prever la necesidad de apoyar el desarrollo de las capacidades del personal del Ministerio de Salud a nivel regional o de distrito, por ejemplo: formación, suministros, recopilación de datos, mecanismo de coordinación, apoyo al clúster subnacional, etc.

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

LOGÍSTICA

Necesidad de garantizar que los recursos humanos y administrativos estén disponibles para el monitoreo de los centros, las visitas de supervisión, la evaluación y la presentación de informes a las sedes, los donantes y el clúster. También puede planificar una encuesta sobre la cobertura. Para más información, consulte el capítulo «Evaluación de la cobertura del programa» de este documento.

En función de los suministros utilizados, debe garantizar el transporte y almacenamiento adecuados de todos los suministros y evitar posibles rupturas de stock.

OTROS COSTES

GASTOS PROMOCIONALES

- Gastos de seguridad.
- Los gastos relacionados con la garantía de acceso al agua, el saneamiento y la higiene pueden ser tenidos en cuenta por el Clúster de WASH.

Gastos de elaboración de materiales de información y comunicación (sobre salud, nutrición, educación y promoción de la higiene), formación del personal sobre actividades de comunicación y promoción y celebración de sesiones (orientadas a un cambio de comportamiento) para personas cuidadoras.



PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA: PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (*BLANKET*) (BSFP)

42

OBJETIVO

Mejorar el estado nutricional de los beneficiarios reduciendo o previniendo la desnutrición aguda.

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

- Prevenir el deterioro nutricional y la mortalidad y morbilidad conexas en X niños y X niñas de entre 6 y 59 meses, MEL o personas mayores [a través del Programa de Alimentación Complementaria (*Blanket*), así como mediante otras actividades de promoción, como la alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as o la promoción de la higiene].
- Garantizar la adopción y utilización de protocolos estandarizados para los programas de alimentación complementaria (*blanket*).

Observaciones: tanto los TSFP como los BSFP son más eficaces cuando el apoyo a la seguridad alimentaria familiar se presta a través de la distribución general de alimentos o de transferencias monetarias a la población que padece inseguridad alimentaria.

Para mejorar la eficacia de los TSFP y BSFP, también es importante planificar intervenciones que tengan en cuenta la nutrición en otros sectores, como los de WASH y salud.

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

Grupos de población en riesgo (por ejemplo, todos/as los/as niños/as menores de 6 a 23 meses, de entre 6 y 36 meses o de entre 6 y 59 meses, mujeres embarazadas y lactantes, personas mayores) en un área geográfica específica (comunidad, campamento, distrito, etc.) independientemente del estado nutricional.

CONSEJO: en una serie de emergencias donde las tasas de prevalencia de desnutrición aguda global (DAG) son muy altas o los recursos son limitados, el clúster puede consensuar y decidir qué puntos de corte utilizar. Si los recursos son limitados, solo se podrá establecer como grupo diana el de niños/as de entre 6 y 23 meses y MEL, enfocando la intervención en los primeros 1000 días de un bebé.

CONSEJO: consulte el documento [Desnutrición aguda moderada: una herramienta para la toma de decisiones en emergencias, 2014](#)

Cómo calcular el número de casos previsto:

- Utilice el perfil demográfico del último censo y las encuestas nutricionales. Introduzca los ajustes necesarios, si procede, en función de la tasa de crecimiento de la población y aplique la cobertura del proyecto.
- Si no se dispone de datos, estime que los/as niños/as de entre 6 y 23 meses representan el 6 % de la población total y las MEL, el 5 % de la población total.

- Si se dispone de recursos y se puede establecer como grupo diana todos/as los/as niños/as de entre 6 y 59 meses, calcule que dicho grupo supone del 15 al 20 % de la población total.

Ejemplos de actividades y consejos:

- El suministro de raciones para llevar al hogar mediante la distribución regular de alimentos debe efectuarse del siguiente modo: los alimentos se prepararán en el hogar (cuando se suministre una ración previamente mezclada basada en alimentos compuestos fortificados); se consumirán tal como se suministran (cuando se proporcionen suplementos nutritivos a base de lípidos).

CONSEJO: planifique cómo facilitar un mejor acceso de los grupos diana, por ejemplo estableciendo áreas separadas para la distribución y el cribado. Para las zonas de espera, tenga en cuenta las condiciones meteorológicas existentes.

- En el caso del suministro de alimentos *in situ* (las raciones de alimentos deberían distribuirse como ración «seca» para llevar al hogar o como ración de alimentos «húmeda» o para consumir *in situ*. La mayoría de los programas de alimentación suplementaria, especialmente los BSFP, distribuyen raciones secas, ya que resulta sencillo y requiere menos recursos. Sin embargo, la alimentación *in situ* está justificada cuando existe una grave escasez de alimentos, leña, agua y utensilios de cocina en los hogares, o incluso cuando la situación de seguridad no permite a los beneficiarios llevar raciones de alimentos a sus domicilios).

CONSEJO: para la distribución de raciones, tenga en cuenta siempre el monitoreo posterior a la distribución, la sensibilización de las comunidades y los beneficiarios y la preparación de las raciones.

CONSEJO: planifique cómo facilitar un mejor acceso de los grupos diana, por ejemplo estableciendo áreas separadas para la distribución y el cribado. Para las zonas de espera, tenga en cuenta las condiciones meteorológicas existentes.

- Difusión y adaptación de guías y protocolos.
- Desarrollo de las capacidades del personal.
- Cribado nutricional, derivación si es necesaria (para más detalles, consulte la sección anterior sobre «Cribado y derivaciones en materia de nutrición»).

CONSEJO: el cribado debe limitarse a la derivación y el tratamiento o manejo de casos.

CONSEJO: para llevar a cabo un cribado nutricional, necesita un sistema de derivaciones adecuado, un centro de nutrición cercano y personal disponible para realizar el cribado.

CONSEJO: si no existe un plan para la derivación de los pacientes desnutridos identificados, lo mejor es posponer el cribado y planificarlo adecuadamente.

- Actividades de comunicación para el desarrollo y actividades orientadas al cambio de comportamiento sobre prevención de la desnutrición, promoción de la higiene, desarrollo de la primera infancia y lucha contra el VIH/SIDA y la tuberculosis.

CONSEJO: prevea personal, tiempo y un lugar específico para la realización de actividades orientadas a un cambio de comportamiento en la comunidad o el centro (por ejemplo: «x» sesiones durante «y» días/semanas).

- Con el apoyo de WASH, se pueden realizar las actividades siguientes: rehabilitación de instalaciones de agua potable y saneamiento, incluido el lavado de manos y la eliminación segura de desechos, adquisición y distribución de kits de higiene, etc. Dependiendo del contexto, los socios de nutrición ejecutarán estas actividades directamente con el apoyo del Clúster de WASH, o bien este último coordinará la ejecución de estas actividades por parte de los socios de WASH dentro de los programas de nutrición.

CONSEJO: coordínesse con el Clúster de WASH en esta materia.

CONSEJO: coordínesse con otros servicios que aborden las causas inmediatas y subyacentes de la desnutrición. Coordínesse con los clústeres de Salud y Seguridad Alimentaria (para la asistencia en efectivo o alimentaria a los hogares en zonas con inseguridad alimentaria, por ejemplo, bajo la responsabilidad del Clúster de Seguridad Alimentaria).

Indicadores sugeridos:

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Producto	Individual	Cobertura de los BSFP: proporción de la población diana que cumple los criterios de admisibilidad inscrita en el Programa de Alimentación Complementaria (<i>Blanket</i>).
Producto	Individual	Cobertura de los BSFP: proporción de la población diana que participa en un número adecuado de distribuciones.
Producto	Centro	Niños y niñas cribados/as: número de niños y niñas (desglosado por sexo) sometidos a cribado para la detección de la desnutrición aguda en una comunidad.

AL ELABORAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

COSTE DE LOS SUMINISTROS

Se debe dotar al centro de los suministros mínimos necesarios, que incluyen lo siguiente:

- Los alimentos básicos recomendados para niños/as de entre 6 y 59 meses son los alimentos compuestos fortificados (por ejemplo, Supercereal + o CSB++/WSB++) o alimentos preparados para su consumo (por ejemplo, suministros nutritivos a base de lípidos [LNS, por sus siglas en inglés] en cantidad media, como Plumpy Doz); para MEL y otros adultos: alimentos compuestos fortificados (Supercereal o CSB/WSB).

CONSEJO: consulte la decisión sobre la DAM, apéndice C: <http://nutritioncluster.net/resources/mam-decision-tool-gnc-july-2014-english/>

- Disponibilidad local de ingredientes: si los protocolos nacionales recomiendan el uso de otros artículos básicos para el tratamiento de elaboración local, el centro deberá disponer de los suministros recomendados a nivel local.

CONSEJO: cuando utilice ingredientes disponibles a nivel local, tenga siempre en cuenta en el presupuesto la adquisición de complejos minerales y vitamínicos para prepararlos y añadirlos al ingrediente local.

- Equipo antropométrico (cintas para MUAC).
- Material para la elaboración de documentos de referencia y el mantenimiento de registros (formularios de registro).

COSTE DE PERSONAL

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

45

El proyecto debe prever la necesidad de apoyar el desarrollo de las capacidades del personal del Ministerio de Salud a nivel regional o de distrito, por ejemplo: formación, suministros, recopilación de datos, mecanismo de coordinación, apoyo al clúster subnacional, etc.

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

LOGÍSTICA

Necesidad de garantizar que los recursos humanos y administrativos estén disponibles para el monitoreo de los centros, las visitas de supervisión, la evaluación y la presentación de informes a las sedes, los donantes y el clúster. También puede planificar una encuesta sobre la cobertura. Para más información, consulte el capítulo «Evaluación de la cobertura del programa» de este documento.

En función de los suministros utilizados, debe garantizar el transporte y almacenamiento adecuados de todos los suministros y evitar posibles rupturas de stock.

OTROS COSTES

GASTOS PROMOCIONALES

- Gastos de seguridad.
- Los gastos relacionados con la garantía de acceso al agua, el saneamiento y la higiene pueden ser tenidos en cuenta por el Clúster de WASH.

Gastos de elaboración de materiales de información y comunicación (sobre salud, nutrición, educación y promoción de la higiene), formación del personal sobre actividades de comunicación y promoción y celebración de sesiones (orientadas a un cambio de comportamiento) para personas cuidadoras.



ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS/AS PEQUEÑOS/AS EN EMERGENCIAS (ALNP-E)

OBJETIVO

Reducir el riesgo de exceso de mortalidad y morbilidad entre lactantes y niños/as de entre 0 y 23 meses.

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

- Proteger, promover y apoyar prácticas de alimentación (recomendadas) seguras y apropiadas para lactantes y niños/as pequeños/as amamantados/as y no amamantados/as de entre 0 y 23 meses durante emergencias.
- Mantener las tasas de lactancia materna exclusiva en el x % (tasas previas a la emergencia).
- Promover las mejores prácticas en materia de ALNP entre las personas cuidadoras.

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

- Todos/as los/as niños/as de entre 0 y 23 meses (desglosados por sexo).
- Mujeres embarazadas y lactantes.
- Personas cuidadoras de niños/as menores de 2 años.

CONSEJO: todos/as los/as niños/as menores de 2 años requieren protección, promoción y apoyo para una óptima ALNP, especialmente los lactantes y niños/as pequeños/as en circunstancias excepcionalmente difíciles, como las poblaciones afectadas por el VIH, los huérfanos, los lactantes con bajo peso al nacer, los lactantes no amamantados y aquellos que sufren desnutrición severa.

Cómo calcular el número de casos previsto:

- Utilice el perfil demográfico del último censo y las encuestas nutricionales.

CONSEJO: si no se dispone de tales datos, estime que los/as niños/as de entre 0 y 23 meses suponen alrededor del 6 % de la población total.

- Aplique la cobertura del proyecto.
- Ejemplo de cálculo: queremos estimar el número total de niños/as de entre 0 y 23 meses que pueden beneficiarse de un programa de ALNP-E.

A partir del censo elaborado el año anterior, sabemos que hay en total 195 000 niños/as de entre 0 y 59 meses. Está previsto ejecutar el programa en zonas rurales, por lo que se acordó aplicar una cobertura del 50 %.

Número total de niños/as de entre 0 y 23 meses = $195\,000 \times 6\% = 11\,700$

Niños/as diana de entre 0 y 23 meses para participar en un programa de ALNP-E de acuerdo con la cobertura prevista del programa: $11\,700 \times 50\% = 5850$

Véase también: ¿Cómo estimamos el número de casos de mujeres embarazadas y lactantes 6 meses después del parto en un período determinado?, documento elaborado por el foro de CMAM.

Ejemplos de actividades y consejos:

- Compruebe si el país cuenta con una política o guía sobre la ALNP-E. En caso afirmativo, planifique su revisión y adaptación al nuevo contexto y difunda el documento a todos los interesados.
- Si no existen políticas o guías sobre la ALNP-E, elabore una declaración conjunta sobre la ALNP-E y difúndala a todas las partes interesadas (tenga en cuenta que el costo de esta actividad dependerá en gran medida de los canales de incidencia y comunicación que utilice, por ejemplo, radio, TV, comunicación pública o interpersonal).
- Verifique si el país cuenta con una ley sobre la comercialización de sucedáneos de la leche materna. Si es así, difúndala a todas las partes interesadas y monitorea su cumplimiento.
- Si no existe ninguna ley sobre la comercialización de sucedáneos de la leche materna, difunda el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna (el Código), monitorea su cumplimiento y lleve a cabo una labor de incidencia para que se adapte a las leyes nacionales.
- Deben adoptarse medidas para garantizar la adecuada manipulación de los sucedáneos de la leche materna no solicitados.
- Se debe apoyar la adaptación de las políticas, protocolos y guías nacionales de ALNP a las normas internacionales cuando sea necesario, incluso en lo que respecta al VIH y la alimentación.
- Se deberán evaluar las prácticas de ALNP y, si es posible, también los conocimientos, creencias y actitudes, e incluir a los profesionales sanitarios y a otros proveedores de servicios clave en dichas evaluaciones.
- Se debe realizar una evaluación de los lactantes no amamantados y garantizar un apoyo suficiente, como se describe en la Guía operativa de IFE.
- Monitoreo de las intervenciones.

Desarrollo de las capacidades del personal pertinente cuando sea necesario; este puede incluir personal involucrado en actividades relacionadas con la salud y la nutrición y también en WASH, protección de menores y otras actividades que afecten a niños/as menores de 2 años y sus personas cuidadoras, por ejemplo: los agentes comunitarios deberán contar con las aptitudes necesarias para prestar asesoramiento individual y grupal, establecer grupos de apoyo, etc., a las madres que experimentan dificultades en la lactancia; se requerirá apoyo cualificado (a menudo por

parte de profesionales sanitarios), formación sobre cómo evaluar a la pareja madre/bebé y proporcionar el apoyo adecuado. Se podrían incorporar mensajes clave sobre la ALNP en las tareas del personal de otros sectores (WASH, salud, protección de menores, etc.).

- Integración de la ALNP en otros programas del Clúster de Nutrición y de otros clústeres; por ejemplo, la fortificación de alimentos en el hogar, como a base de micronutrientes múltiples en polvo, debería complementarse con asesoramiento sobre alimentos complementarios adecuados para niños/as mayores de 6 meses.
- Coordínesse con el Clúster de Salud para asegurar la prestación de servicios adecuados a las mujeres embarazadas: suplementación en hierro y ácido fólico, asesoramiento sobre la dieta durante el embarazo, cribados y derivaciones de MEL desnutridas para recibir tratamiento, prevención y tratamiento de la malaria.

CONSEJO: estudie la posibilidad de integrar el asesoramiento sobre ALNP en los servicios de CMAM, las sesiones de promoción de la higiene, la protección de la infancia, los días nacionales de la salud (promoción de la ALNP, radiodifusión de mensajes breves, etc.).

- Suministro de rincones o tiendas de campaña «seguros y de apoyo» a la alimentación de lactantes, junto con servicios de protección de menores cuando sea necesario o posible.
- Compruebe el uso de una estrategia de comunicación sobre ALNP, así como la realización de actividades y la utilización de materiales sobre este tema. Cuando estén disponibles, aplique dichos materiales y actividades en el contexto de emergencia.
- Elaboración de una estrategia de comunicación y orientada a un cambio de comportamiento, cuando sea necesaria, incluido el desarrollo, la prueba sobre el terreno y la difusión de materiales de información, educación y comunicación (IEC) y la organización de campañas de IEC sobre la ALNP.

INDICADORES SUGERIDOS:

Observaciones: la selección de indicadores a partir de la extensa lista siguiente debe basarse en las necesidades y en el diseño del programa.

Tenga en cuenta que los primeros 11 indicadores de referencia o de resultado son los indicadores del UNICEF y la OMS que se miden durante las encuestas. No es posible medir dichos indicadores de manera rutinaria.

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Referencia, Resultado	Individual	Iniciación temprana de la lactancia materna: proporción de niños/as de entre 0 y 23 meses que fueron amamantados/as en la primera hora posterior al parto.
Referencia, Resultado	Individual	Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses: proporción de lactantes de entre 0 y 5 meses que han sido amamantados/as exclusivamente.
Referencia, Resultado	Individual	Lactancia materna continuada al año y a los 2 años: proporción de niños/as de entre 12 y 15 meses y de entre 20 y 23 meses alimentados/as por amamantamiento.
Referencia, Resultado	Individual	Niños/as amamantados alguna vez: proporción de niños/as nacidos/as en los últimos 24 meses que han sido amamantados/as alguna vez.
Referencia, Resultado	Individual	Lactancia materna predominante en menores de 6 meses: proporción de lactantes de entre 0 y 5 meses amamantados/as de forma predominante.
Referencia, Resultado	Individual	Lactancia artificial: proporción de niños/as de entre 0 y 23 meses que solo han recibido lactancia artificial.
Referencia, Resultado	Individual	Sin amamantar: proporción de lactantes de 0<6 meses, de 0<12 meses y de 12<24 meses sin amamantar.
Referencia, Resultado	Individual	Frecuencia mínima de comidas en niños/as de entre 24 y 59 meses: proporción de niños/as de entre 24 y 59 meses que toman 3 comidas al día o más.
Referencia, Resultado	Individual	Diversidad alimentaria mínima en niños/as de entre 24 y 59 meses: proporción de niños/as de entre 24 y 59 meses que reciben alimentos de 4 o más grupos de alimentos.
Referencia, Resultado	Individual	Dieta mínima aceptable: proporción de niños/as de entre 6 y 23 meses que reciben una dieta mínima aceptable (aparte del amamantamiento).
Referencia, Resultado	Individual	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos: proporción de niños/as de entre 6 y 8 meses que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos durante el día anterior.
Producto	Centro	Número de rincones establecidos y operativos para el amamantamiento
Producto	Individual	Acceso a rincones para el amamantamiento: proporción de madres lactantes de niños/as de entre 0 y 2 años que tienen acceso a rincones para el amamantamiento.

Proceso	Centro	Inclusión del apoyo al amamantamiento: proporción de programas que incluyen apoyo a las madres lactantes como componente específico.
Resultado	Centro	Proporción de madres que vuelven a amamantar tras haber dejado de hacerlo: proporción de madres que consiguen volver a amamantar a su bebé después de haber dejado de hacerlo.
Proceso	Individual	Lactantes que tienen acceso a suministros y apoyo a la alimentación con sucedáneos de la leche materna: proporción de lactantes no amamantados menores de 6 meses que tienen acceso a suministros y a un apoyo adecuados para la alimentación con sucedáneos de la leche materna.
Proceso	Centro	Definición de población diana para sucedáneos de la leche materna: proporción de programas en los que los sucedáneos de la leche materna están correctamente dirigidos a la población diana, se basan en una evaluación cualificada y se rigen por criterios aceptados.
Proceso	Centro	Educación para la preparación de los sucedáneos de la leche materna: proporción de programas que incluyen educación y formación práctica para personas cuidadoras sobre la preparación segura de los sucedáneos de la leche materna.
Proceso	Centro	Seguimiento de los sucedáneos de la leche materna: proporción de programas en los que se lleva a cabo un seguimiento de las personas receptoras de sucedáneos de la leche materna, tanto en el punto de distribución como en el hogar.
Proceso	Centro	Lengua del etiquetado de los sucedáneos de la leche materna: proporción de programas en los que los sucedáneos de la leche materna utilizados están etiquetados en la lengua adecuada.
Proceso	Centro	Vida útil de conservación de los sucedáneos de la leche materna: proporción de programas en los que los sucedáneos de la leche materna distribuidos tienen una vida útil de conservación de al menos seis meses.
Proceso	Centro	Suministro seguro de sucedáneos de la leche materna: proporción de programas en los que se ha establecido un suministro seguro de sucedáneos de la leche materna.
Proceso	Centro	Admisiones con sucedáneos de la leche materna: proporción de niños/as que ya se alimentaban con sucedáneos de la leche materna cuando fueron admitidos al programa.
Proceso	Individual	Lactantes que necesitan sucedáneos de la leche materna: proporción de niños/as admitidos/as al programa que necesitan sucedáneos de la leche materna.
Referencia, Resultado	Individual	Número de distribuciones de sucedáneos de la leche materna, leche en polvo o líquida a la población afectada: distribuciones confirmadas de sucedáneos de la leche materna, leche en polvo o líquida a la población afectada.
Referencia, Resultado	Individual	Número de distribuciones inadecuadas de sucedáneos de la leche materna, leche en polvo o líquida a niños/as de entre 0 y <2 años: distribuciones confirmadas de sucedáneos de la leche materna, leche en polvo o líquida a niños/as de entre 0 y <2 años.
Proceso	Centro	Distribución de biberones o tetinas: proporción de programas en los que se utilizan o distribuyen biberones o tetinas como utensilios alimentarios.
Proceso	Centro	Distribución de sucedáneos de la leche materna: proporción de programas en los que se distribuyen sucedáneos de la leche materna como parte de la distribución de ayuda alimentaria.
Proceso	Comunidad	Violaciones del Código: número de violaciones del Código registradas.
Producto	Centro o comunidad	Donaciones interceptadas: número de donaciones de sucedáneos de la leche materna, alimentos complementarios, biberones o tetinas interceptadas con éxito.

Producto	Centro o comunidad	Donaciones no interceptadas: número de donaciones de sucedáneos de la leche materna, alimentos complementarios, biberones o tetinas no interceptadas con éxito.
Proceso	Centro	Etiquetado de sucedáneos de la leche materna acorde con el Código: proporción de programas en los que las etiquetas de los sucedáneos de la leche materna no cumplen los requisitos del Código en materia de etiquetado.
Producto	Individual	Apoyo a la ALNP: proporción de personas cuidadoras que recibieron apoyo cualificado en materia de ALNP.
Producto	Individual	Niños/as huérfanos/as y no acompañados que reciben servicios de ALNP-E: número de lactantes y niños/as de entre 0 y 23 años huérfanos/as y no acompañados/as que reciben cuidados y apoyo nutricionales.
Producto	Centro	ALNP mediante transferencias monetarias (en efectivo o cupones): número de programas de transferencias monetarias (en efectivo o cupones) dirigidos a familias con niños/as menores de 2 años con un objetivo de ALNP).
Producto	Centro	Transferencias monetarias (en efectivo o cupones) para lactantes: número de programas de transferencias monetarias (en efectivo o cupones) dirigidos a familias con lactantes menores de 6 meses con un objetivo de amamantamiento.
Producto	Centro	Violaciones del Código que fueron objeto de seguimiento: proporción de violaciones denunciadas del Código que fueron objeto de seguimiento.
Producto	Individual	Conocimiento de las buenas prácticas en materia de nutrición/ALNP: proporción de la población diana, desglosada por sexo, que ha ampliado su conocimiento de las buenas prácticas en materia de nutrición/ALNP al final del proyecto.
Proceso	Comunidad	Política de ALNP: existencia de una política a nivel nacional o de agencia que aborda la ALNP y refleja la Guía operativa de IFE (indicador puntual).
Proceso	Comunidad	Organismo coordinador de la ALNP: designación de un organismo principal encargado de coordinar la ALNP.
Proceso	Comunidad	Organismo encargado de gestionar las donaciones: designación de un organismo responsable de gestionar cualquier donación de sucedáneos de la leche materna, derivados lácteos, biberones y tetinas.
Referencia Producto	Comunidad	Capacidad de ALNP-E: proporción de zonas afectadas por emergencias que cuentan con un número adecuado de asesores cualificados o grupos de apoyo operativos sobre ALNP.
Proceso	Centro	ALNP en el contexto del VIH: proporción de programas que siguen la política nacional de lucha contra el VIH.

Observación: la lista anterior no incluye indicadores relativos a la distribución de alimentos con fines de alimentación complementaria o suplementación. Consulte las secciones sobre TSFP y BSFP o de suplementación de micronutrientes para seleccionar los indicadores pertinentes.

AL ELABORAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

COSTE DE LOS SUMINISTROS

Se debe dotar al centro de los suministros mínimos necesarios, que incluyen lo siguiente:

- Artículos no alimentarios (tiendas de campaña, mantas, suministros de higiene, utensilios de cocina, combustible).
- Alimentos básicos (alimentos complementarios) con medidas de seguridad o de almacenamiento seguro.
- Sucedáneo de la leche materna (solo si cumplen el Código de Sucedáneos de la Leche Materna).

CONSEJO: coordínese con el clúster pertinente al respecto (el Clúster de Artículos no Alimentarios, si existe).

- Equipo antropométrico (cintas para MUAC, suministros médicos, balanzas, tallímetros).
- Material para la elaboración de documentos de referencia y el mantenimiento de registros (formularios de registro).

COSTE DE PERSONAL

- Un grupo amplio de asesores comunitarios.
- Incentivos en efecto o en especie, si es necesario.

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

El proyecto debe prever la necesidad de apoyar el desarrollo de las capacidades del personal del Ministerio de Salud a nivel regional o de distrito, por ejemplo: formación, suministros, recopilación de datos, mecanismo de coordinación, apoyo al clúster subnacional, etc.

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

LOGÍSTICA

Necesidad de garantizar que los recursos humanos y administrativos estén disponibles para llevar a cabo de manera oportuna el monitoreo, la evaluación y la presentación de informes a las sedes, los donantes y el clúster.

En función de los suministros utilizados, debe garantizar el transporte y almacenamiento adecuados de todos los suministros y evitar posibles rupturas de stock.

OTROS COSTES

- Gastos de seguridad.
- Los gastos relacionados con la garantía de acceso al agua, el saneamiento y la higiene pueden ser tenidos en cuenta por el Clúster de WASH.

GASTOS PROMOCIONALES

Gastos de elaboración de materiales de información y comunicación (sobre salud, nutrición, educación y promoción de la higiene), formación del personal sobre actividades de comunicación y promoción y celebración de sesiones (orientadas a un cambio de comportamiento) para personas cuidadoras.



MANEJO DE LA DESNUTRICIÓN EN PERSONAS MAYORES

OBJETIVO

Evaluar, prevenir y manejar la desnutrición en personas mayores.

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

- Evaluar el estado nutricional de las personas mayores.
- Prevenir la desnutrición moderada y severa en personas mayores, estableciéndolas como grupo diana en los Programa de Alimentación Complementaria (*Blanket*).
- Tratar la desnutrición moderada y severa en personas mayores, estableciéndolas como grupo diana en los programa de alimentación suplementaria y terapéutica utilizando el CMAM.
- Prevenir las deficiencias de micronutrientes en personas mayores asegurando una dieta diversa o la suplementación de sus raciones alimentarias.

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

Las Naciones Unidas definen «personas mayores» como aquellas personas de 60 años o más (≥ 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.

CONSEJO: en el caso de que no haya una definición nacional para «personas mayores», utilice la definición de las Naciones Unidas (≥ 60).

Para actividades de CMAM:

- Personas mayores que sufren DAS (MUAC < 185 mm y/o edema con fóvea bilateral).
- Personas mayores que sufren DAM (185 \leq MUAC > 210 mm).

Para todas las demás actividades de nutrición:

- Todas las personas mayores.

Cómo calcular el número de casos previsto:

En cribados rápidos de MUAC:

Utilice el perfil demográfico del último censo para definir la proporción de personas mayores en la zona de intervención. Si es necesario, ajuste en función de la tasa de crecimiento de la población. Se deberá establecer como grupo diana para el cribado de MUAC al 100 % de las personas mayores.

En encuestas nutricionales:

Utilice RAM-OP (Método de evaluación rápida para personas mayores); consulte <http://www.helpage.org/what-we-do/emergencias/ramop-rapid-assessment-method-for-older-people/> - sample size 192 persons

Para programas de alimentación complementaria (*blanket*) o programas de suplementación de micronutrientes:

Utilice el perfil demográfico del último censo para definir la proporción de personas mayores en la zona de intervención. Introduzca los ajustes necesarios, si procede, en función de la tasa de crecimiento de la población y aplique la cobertura del proyecto.

CONSEJO: en algunos contextos, la proporción de personas de 60 años o más es bastante baja (inferior al 5 %, como en Sudán del Sur) o muy alta (en torno a dos tercios de las personas desplazadas en Ucrania tienen 60 años o más). Según el contexto, los recursos disponibles o las necesidades, puede decidir establecer como grupo diana las personas mayores de 50, 55, 60 o 65 años. En consecuencia, quizá desee adaptar el grupo de edad con arreglo a la proporción que representen las personas mayores sobre la población.

En el tratamiento de la desnutrición moderada o severa (DAM o DAS):

Aplique la tasa de prevalencia de DAM o DAS del área de intervención a los datos desglosados identificados a través de censos o encuestas nutricionales recientes y multiplíquela por la tasa de incidencia.

CONSEJO: si no existen datos nutricionales sobre las personas mayores, utilice los datos disponibles sobre los/as niños/as menores de 5 años. En situaciones críticas, sus tasas de DAG serán similares.

CONSEJO: si no se conoce la prevalencia de DAS, considere la posibilidad de usar la siguiente regla general: el 20 % de pacientes con DAG sufre normalmente DAS.

En promedio, se espera que entre el 30 y el 40 % de las personas mayores con DAS presenten complicaciones médicas y necesiten ser derivadas para recibir tratamiento hospitalario.

CONSEJO: la prevalencia de edema con fóvea bilateral es un buen indicador de la proporción de personas mayores con complicaciones médicas que necesitan someterse a un examen médico.

Aplique la cobertura del programa según la capacidad y los recursos.

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES Y CONSEJOS:

- Lleve a cabo un cribado rápido de MUAC para detectar la desnutrición aguda en personas mayores y derive los casos detectados a programas de nutrición adecuados.**
- Lleve a cabo una encuesta nutricional (RAM-OP) para medir la prevalencia de la desnutrición aguda en personas mayores.**
- Garantice la inclusión de las personas mayores en los programas de alimentación suplementaria, tanto dirigidos como tipo *blanket*.**

a) Proporcione alimentación complementaria (*blanket*) a las personas mayores en zonas geográficas seleccionadas en las que la ración general de alimentos no sea suficiente o adecuada: complemente la ración general de alimentos con una cesta alimentaria mensual que suministre los macronutrientes y micronutrientes ausentes a todas las personas mayores en las zonas seleccionadas.

Y/o

b) Organice programas de alimentación suplementaria (SFP, por sus siglas en inglés) para las personas mayores con desnutrición moderada ($185 \text{ mm} \leq \text{MUAC} < 210 \text{ mm}$) en zonas con alta prevalencia de desnutrición:

- Forme a los agentes de salud comunitarios para que aprendan a detectar personas mayores con desnutrición moderada mediante la identificación activa de casos a nivel comunitario (cribado de MUAC).
- Proporcione periódicamente raciones alimentarias suplementarias que contengan alimentos ricos en nutrientes (por ejemplo, CSB++, alimentos básicos+aceite+azúcar, o productos suplementarios preparados para su consumo), y micronutrientes (Sprinkles) si es necesario.
- Organice el monitoreo y seguimiento de los casos, incluido el seguimiento comunitario.

- En zonas con alta prevalencia de desnutrición, aborde la desnutrición aguda severa en personas mayores mediante la inclusión de componentes de alimentación suplementaria y terapéutica para personas mayores en los programas de CMAM (manejo de la desnutrición aguda a nivel comunitario) existentes:**

a) Identifique a socios (ONG internacionales y agencias de las Naciones Unidas) que estén dispuestos a incluir a las personas mayores en sus actividades de CMAM existentes.

b) Forme a los agentes de salud comunitarios en la detección activa y la derivación (basándose en el

MUAC) de casos de desnutrición moderada y severa en personas mayores.

c) Forme a profesionales sanitarios y a agentes comunitarios adicionales en el tratamiento de personas mayores con desnutrición en centros para personas hospitalizadas o centros de estabilización (para quienes presenten complicaciones médicas) y de pacientes ambulatorios en las comunidades (para quienes no presenten complicaciones médicas).

d) Suministre alimentos terapéuticos para tratar a las personas mayores desnutridas (F75, F100, alimentos terapéuticos listos para su consumo) y alimentos ricos en nutrientes para tratar a las que presenten desnutrición moderada (por ejemplo, CSB++, RUSF) y micronutrientes (Sprinkles) si es necesario.

e) Organice el tratamiento y seguimiento médicos de las personas mayores con complicaciones médicas: proporcione un tratamiento pertinente o lleve a cabo derivaciones a centros de salud secundarios con los que HelpAge haya suscrito un acuerdo, asegurando que las personas mayores solas estén acompañadas por una persona cuidadora cuando sean derivadas.

5. Incluya a las personas mayores en las actividades de suplementación de micronutrientes: distribución de hierro, vitamina A, yodo, micronutrientes en polvo, desparasitación, etc.

INDICADORES SUGERIDOS:

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Referencia Resultado	Individual	Desnutrición aguda en personas mayores: tasa de prevalencia (%) de personas mayores con MUAC inferior a 210 mm o que presentan edema con fóvea bilateral.
Producto	Individual	Número de personas mayores sometidas a cribado: número total de personas mayores sometidas a cribado con MUAC, número total con DAM, número total de total con DAS.
Producto	Centro	Casos de DAS admitidos por primera vez: número de casos con desnutrición aguda severa admitidos por primera vez para recibir tratamiento.
Producto	Centro	Casos de DAS dados de alta recuperados: proporción de casos dados de alta con desnutrición aguda severa que se recuperaron.
Producto	Centro	Casos de DAS dados de alta que abandonaron el tratamiento: proporción de casos dados de alta con desnutrición aguda severa/moderada que abandonaron el tratamiento.
Proceso	Centro	Casos de DAS dados de alta fallecidos: proporción de casos con desnutrición aguda severa que fallecieron durante el tratamiento.
Producto	Centro	Casos de DAM admitidos por primera vez: número de casos con desnutrición aguda moderada admitidos por primera vez para recibir tratamiento.
Producto	Centro	Casos de DAM dados de alta recuperados: proporción de casos dados de alta con desnutrición aguda moderada que se recuperaron.

Producto	Centro	Casos de DAM dados de alta que abandonaron el tratamiento: proporción de casos dados de alta con desnutrición aguda moderada que abandonaron el tratamiento.
Producto	Centro	Casos de DAM dados de alta fallecidos: proporción de casos con desnutrición aguda moderada que fallecieron durante el tratamiento.
Producto	Individual	Cobertura de los BSFP: proporción de los beneficiarios diana inscritos en el Programa de Alimentación Complementaria (<i>Blanket</i>).
Producto	Individual	Cobertura de micronutrientes múltiples: proporción de la población diana que recibió micronutrientes múltiples en polvo o en comprimidos.
Producto	Individual	Cobertura de la suplementación en hierro/ácido fólico: proporción de personas mayores que reciben micronutrientes con un contenido adecuado en hierro.
Producto	Individual	Cobertura de la suplementación en yodo: proporción de personas mayores que han recibido suplementos de yodo.
Producto	Individual	Cobertura de vitamina A en personas mayores: proporción de personas mayores que recibieron vitamina A en los 6 meses anteriores.
Producto	Individual	Cobertura de desparasitación en personas mayores: proporción de personas mayores que recibieron medicamentos desparasitantes en los 6 meses anteriores.
Producto	Individual	Conocimiento (profundo) sobre micronutrientes: proporción de la población diana que conoce los elementos clave de los mensajes nutricionales comunicados acerca de la disponibilidad, el uso y los beneficios de los suplementos de micronutrientes o de los alimentos o suplementos alimentarios fortificados con micronutrientes.
Producto	Comunidad	Satisfacción con el acceso a los servicios: proporción de la población diana, desglosada por sexo, que está satisfecha con su acceso a los servicios al final del proyecto.

Documento de referencia: intervenciones de nutrición para personas mayores en emergencias, HelpAge International, Londres, 2013.

AL PREPARAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LOS ASPECTOS SIGUIENTES:

COSTE DE LOS SUMINISTROS

De acuerdo con los diferentes centros (para pacientes hospitalizados, de alimentación suplementaria o manejo terapéutico ambulatorio), los suministros mínimos necesarios incluyen:

- Alimentos básicos suplementarios (CSB++/UNIMIX/RUSF/galletas de alto valor energético, etc.).
- Suministros terapéuticos (RUTF, F-75, F-100).

Disponibilidad local de ingredientes para proporcionar alimentos nutritivos culturalmente aceptables para las personas mayores.

CONSEJO: cuando utilice ingredientes disponibles a nivel local, tenga siempre en cuenta en el presupuesto la adquisición de complejos minerales y vitamínicos para prepararlos y añadirlos al ingrediente local.

- ReSoMal para el tratamiento de la deshidratación en pacientes con desnutrición aguda severa.
- Medicamentos para el tratamiento sistemático y otros medicamentos esenciales: medicamentos antipalúdicos, antihelmínticos, antibióticos, hierro, vitamina A; y, para los centros para pacientes hospitalizados, medicamentos para enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión.
- Equipo antropométrico (cintas para MUAC en adultos, suministros médicos, balanzas para adultos).
- Suministros de higiene, incluido jabón, y pañales para adultos.
- Otros suministros, como mantas y mosquiteras tratadas con insecticida.
- Material para la elaboración de documentos de referencia y el mantenimiento de registros (formularios de registro).
- Equipo de cocina (kit terapéutico).
- Deberá haber recursos de laboratorio en el propio centro o disponibles mediante derivación a un centro de salud cercano.

58

COSTE DE PERSONAL

RAM-OP: prever equipos adecuados para la realización de encuestas.
Centros para pacientes hospitalizados: Se requiere, en promedio, un médico a tiempo parcial, tres enfermeras, un nutricionista y una o dos auxiliares de enfermería.
Manejo terapéutico ambulatorio: Agentes de salud comunitarios formados.
1 enfermera para supervisar
SFP:
1 enfermera, agentes de salud comunitarios formados.

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

Es probable que el personal sanitario de todos los niveles (comunitario, centros de atención primaria y hospitales) desconozca cómo evaluar y manejar la desnutrición en personas mayores. Deberán recibir formación. En los hospitales, el proyecto debe incluir apoyo al personal del Ministerio de Salud a nivel regional o de distrito, por ejemplo: formación, suministros, recopilación de datos, mecanismo de coordinación, apoyo al clúster subnacional, etc. Cuando sea necesario, contrate personal adicional para hacer frente al aumento del número de casos. Planifique una estrategia de transición y los costes asociados a dicha transición. Incluya también en el presupuesto la formación del personal de las ONG (cursos a nivel nacional, regional y de distrito).

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

LOGÍSTICA

RAM-OP: prevea el transporte de los equipos encargados de la encuesta (vehículo, combustible, gastos de comunicación, etc.).

OTROS COSTES

GASTOS PROMOCIONALES



PROGRAMAS DE TRANSFERENCIAS MONETARIAS (EN EFECTIVO O CUPONES) PARA LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN

60

OBJETIVO

Mejorar el estado nutricional de los beneficiarios (hogares) diana.

Se puede utilizar efectivo o cupones para obtener acceso a artículos alimentarios en el mercado.

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

- Reforzar la capacidad directa de compra de los X hogares y mujeres más vulnerables para satisfacer sus necesidades básicas, incluidas sus necesidades nutricionales, y las de sus hijos/as.
- Proporcionar acceso a una cesta alimentaria adecuada desde el punto de vista nutricional.
- Mejorar las prácticas de alimentación complementaria, garantizando que los/as niños/as de entre 6 y 23 meses reciban alimentos complementarios adecuados.
- Promover, proteger y apoyar prácticas de ALNP seguras, estableciendo como grupo diana las familias con niños/as de entre 0 y 23 meses.

Observaciones:

- No es fácil analizar la repercusión directa de los programas de transferencias monetarias sobre la nutrición, pero es importante monitorearla.
- Se recomienda vivamente una sólida coordinación en el seno del clúster al planificar o desarrollar un proyecto de transferencias monetarias. La lección aprendida a partir de experiencias pasadas **es que «las personas no dividen sus necesidades por sectores o clústeres»: se necesitan menos intervenciones para complementar el apoyo en especie, pero dichas intervenciones han de ser a gran escala.**

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

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.

La cobertura *blanket* (de tipo general) puede ser una opción cuando resulte extremadamente difícil dirigirse a un grupo diana en concreto.

Dependiendo de los criterios de selección, los grupos pueden ser:

- Familias con niños/as de entre 0 y 59 meses.
- Familias con niños/as de entre 0 y 23 meses.
- Mujeres embarazadas.

Familias con niños/as tratados/as en el marco de programas de manejo de la DAM o la DAS (se puede utilizar dinero en efectivo o cupones para apoyar un programa muy concreto, cuando el objetivo sea sufragar el transporte o los alimentos para los miembros del hogar que quedan en casa).

Cómo calcular el número de casos previsto:

Utilice el perfil demográfico del último censo y las encuestas nutricionales. Si es necesario, ajuste en función de la tasa de crecimiento de la población. Utilice el porcentaje de población según los grupos diana (por ejemplo, porcentaje de población con un nivel de ingresos determinado, etc.). Aplique la cobertura del proyecto.

Tenga en cuenta que es probable que existan diferentes fuentes de datos si se enfrenta a una crisis de refugiados.

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES Y CONSEJOS:

- Evaluación del mercado (por ejemplo: es necesario evaluar si existe disponibilidad de alimentos complementarios fortificados adecuados para niños/as de 6 a 23 meses, etc.
- Evaluación de vulnerabilidades.
- Análisis para identificar el mecanismo de distribución.
- Desarrollo de MyE.
- Evaluación de riesgos con medidas de mitigación.
- Distribución de dinero en efectivo o cupones a los beneficiarios u hogares diana.

- En coordinación con el Gobierno, elaborar normas a nivel nacional para la distribución de dinero en efectivo durante una emergencia, y coordinar los programas de efectivo/cupones (por ejemplo: TdR del Grupo de trabajo sobre la transferencia monetaria).
- Establecimiento de un grupo de trabajo *ad hoc* sobre la transferencia monetaria, con el objetivo de facilitar la coordinación de las ayudas en efectivo.
- Comunicación y promoción.

CONSEJO: las transferencias monetarias deben ir acompañadas de una buena estrategia de comunicación para asegurar el logro de objetivos y un cambio de comportamiento a corto y medio plazo. Existen algunos buenos ejemplos en los que la comunicación y los mensajes orientados a un cambio de comportamiento han beneficiado a una población más amplia que los beneficiarios del dinero en efectivo, en los que, por ejemplo, se organizaron sesiones abiertas a todas las personas interesadas en torno al punto de pago.

Indicadores sugeridos:

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Producto	Centro	ALNP mediante efectivo o cupones: número de programas de ayuda en efectivo o mediante cupones dirigidos a familias con niños/as menores de 2 años con un objetivo de ALNP.
Producto	Centro	Transferencias monetarias (en efectivo o cupones) para lactantes: número de programas de transferencias monetarias (en efectivo o cupones) dirigidos a familias con lactantes menores de 6 meses con un objetivo de amamantamiento.
Producto	Centro	Número de beneficiarios que reciben transferencias monetarias y cupones, como porcentaje de los previstos.
Producto	Centro	Valor monetario del dinero en efectivo o los cupones recibidos por los hogares beneficiarios (y proporción en relación con la cesta alimentaria).
Producto	Centro	Valor total del dinero en efectivo o los cupones distribuidos para alimentos y necesidades básicas, como porcentaje del previsto.
Proceso	Centro	Frecuencia de la asistencia monetaria a los hogares beneficiarios (meses).
Producto	Comunidad	Proporción de hogares que tienen una dieta mínima aceptable para niños/as de entre 6 y 23 meses.
Producto	Comunidad	Proporción de hogares que tienen acceso a una cesta alimentaria adecuada desde el punto de vista nutricional.

AL ELABORAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

COSTE DE LOS SUMINISTROS

- Coste del dinero en efectivo o los cupones.
- Fondos de apoyo asociados a los cupones o las transferencias monetarias.
- Fondos de apoyo asociados a los gastos de las actividades del programa.
- Coste de impresión de los cupones o comisiones de las transferencias bancarias.
- Material para la elaboración de documentos de referencia y el mantenimiento de registros (formularios de registro).

COSTE DE PERSONAL

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

--	--

63

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

LOGÍSTICA

	<p>Necesidad de garantizar que los recursos humanos y administrativos estén disponibles para llevar a cabo de manera oportuna el monitoreo, la evaluación y la presentación de informes a las sedes, los donantes y el clúster. Analizar el impacto de los programas basados en ayudas en efectivo (pueden requerir la intervención de un especialista, puesto que no es fácil de evaluar, pero es necesario).</p>	<p>Dependiendo del tipo de transacciones.</p>
--	--	---

OTROS COSTES

GASTOS PROMOCIONALES

<ul style="list-style-type: none"> • Gastos de seguridad. • Desarrollo de un mecanismo para interponer recursos y quejas. 	<p>Gastos de elaboración de materiales de información y comunicación (sobre lactancia materna, alimentación complementaria, prácticas de ALNP seguras, salud, nutrición, educación y promoción de la higiene), formación del personal sobre actividades de comunicación y promoción y celebración de sesiones (C4D) para personas cuidadoras.</p>
---	---



SUPLEMENTACIÓN DE VARIOS MICRONUTRIENTES

OBJETIVO

Reducir el riesgo de morbilidad aguda y mortalidad debido a deficiencias comunes de micronutrientes que se producen durante las emergencias.

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

- Mejorar el nivel de hierro y reducir la prevalencia de anemia entre los/as niños/as de 6 a 23 meses, las mujeres embarazadas y las personas mayores.
- Reducir el riesgo de bajo peso al nacer, anemia materna y deficiencia de hierro.
- Promover la fortificación en el hogar con micronutrientes en polvo entre X niños/as de entre 6 y 23 meses.

- Mujeres embarazadas y lactantes.
- Personas mayores (para más información, consulte la sección «Manejo de la desnutrición en personas mayores»).

65

Cómo calcular el número de casos previsto:

Utilice el perfil demográfico del último censo y las encuestas nutricionales. Si es necesario, ajuste en función de la tasa de crecimiento de la población. Aplique la cobertura prevista del programa.

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

- Niños/as de entre 6 y 23 meses (desglosados por sexo).

CONSEJO: si los recursos lo permiten, se puede considerar la posibilidad de establecer como grupos diana los/as niños/as de entre 6 y 36 meses o de entre 6 y 59 meses en situaciones de emergencia.

CONSEJO: los micronutrientes en polvo están destinados generalmente a niños/as, y los comprimidos de micronutrientes, para MEL.

CONSEJO: en zonas con una tasa elevada de prevalencia de DAG, no olvide restar a los/as niños/as con DAG, ya que estos reciben RUTF/RUSF, y a los/as niños/as que reciben BSFP, que ya contienen micronutrientes.

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES Y CONSEJOS

- Evaluación del estado nutricional de la población, incluida la prevalencia de la anemia.
- Distribución de micronutrientes en polvo o en comprimidos.

CONSEJO: considere también la posibilidad de ejecutar otras actividades, como la desparasitación o el suministro de alimentos complementarios fortificados. Tenga en cuenta que si se proporcionan alimentos complementarios fortificados, no es necesario proporcionar micronutrientes en polvo, ya que ello implicaría una duplicación de la ingesta de micronutrientes para el paciente.

CONSEJO: en zonas donde la malaria es endémica, la distribución de micronutrientes en polvo debe efectuarse conjuntamente con la prevención y el tratamiento de esta enfermedad.

- Estrategia de cambio de comportamiento para promover el conocimiento del producto y su correcta utilización, así como prácticas higiénicas en su preparación.

CONSEJO: coordínese con el Clúster de WASH en esta materia.

CONSEJO: incluya a los/as niños/as de 6 meses o más y fomente la lactancia materna continuada más allá de los 6 meses junto con una introducción oportuna de alimentos complementarios adecuados y de calidad.

- Integración de los micronutrientes en polvo y diversos en las políticas y estrategias nacionales.

INDICADORES SUGERIDOS

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Producto	Individual o centro	Cobertura de micronutrientes múltiples: proporción de la población diana que recibió micronutrientes múltiples en polvo o en comprimidos.
Producto	Individual	Conocimiento (profundo) sobre micronutrientes: proporción de la población diana que conoce los elementos clave de los mensajes nutricionales comunicados acerca de la disponibilidad, el uso y los beneficios de los suplementos de micronutrientes o de los alimentos o suplementos alimentarios fortificados con micronutrientes.

AL ELABORAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

COSTE DE LOS SUMINISTROS

- Micronutrientes múltiples en polvo (para niños/as) o en comprimidos (para mujeres).

CONSEJO: prevea al menos 6 meses con 60 sobres por niño/a durante 6 meses O BIEN 90 sobres por niños/a durante 6 meses O BIEN 120 sobres por niño/a durante 6 meses.

- Material para la elaboración de documentos de referencia y el mantenimiento de registros (formularios de registro).

COSTE DE PERSONAL

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

--	--

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

LOGÍSTICA

	<p>Necesidad de garantizar que los recursos humanos y administrativos estén disponibles para llevar a cabo de manera oportuna el monitoreo, la evaluación y la presentación de informes a las sedes, los donantes y el clúster.</p>	<p>En función de los suministros utilizados, debe garantizar el transporte y almacenamiento adecuados de todos los suministros y evitar posibles rupturas de stock.</p>
--	---	---

OTROS COSTES

GASTOS PROMOCIONALES

<ul style="list-style-type: none"> Gastos de seguridad. <p>CONSEJO: coordínese con el Clúster de Salud, ya que quizá sea posible compartir algún coste, y puede que las intervenciones en materia de salud asuman una parte de la suplementación de micronutrientes.</p>	<p>Gastos de elaboración de materiales de información y comunicación (sobre micronutrientes, salud, nutrición, educación y promoción de la higiene), formación del personal sobre actividades de comunicación y promoción y celebración de sesiones (C4D) para personas cuidadoras.</p>
--	---



SUPLEMENTACIÓN EN HIERRO O HIERRO/ÁCIDO FÓLICO

OBJETIVO

Mejorar el nivel de hierro y reducir la prevalencia de anemia entre los/as niños/as de 6 a 23 meses.

Reducir el riesgo de bajo peso al nacer, la prevalencia de anemia materna y la deficiencia de hierro.

Mejorar el nivel de hierro y reducir la prevalencia de anemia entre las mujeres en edad fértil.

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

- Aumentar la cobertura de la suplementación en hierro entre niños/as de entre 6 y 23 meses del X % al Y % (niños y niñas).
- Proporcionar suplementación en hierro y ácido fólico a X mujeres en edad fértil.
- Proporcionar diariamente suplementación en hierro y ácido fólico a X mujeres durante el embarazo.

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

- Niños/as de entre 6 y 23 meses.

CONSEJO: si los recursos lo permiten, se puede considerar la posibilidad de establecer como grupos diana los/as niños/as de entre 6 y 32 meses o de entre 6 y 59 meses en situaciones de emergencia.

- Mujeres en edad fértil en poblaciones en las que la prevalencia de anemia entre las mujeres no embarazadas es del 20 % o superior.
- Mujeres embarazadas.
- Personas mayores (para más información, consulte la sección «Manejo de la desnutrición en personas mayores»).

Cómo calcular el número de casos previsto:

Utilice el perfil demográfico del último censo y las encuestas nutricionales. Si es necesario, ajuste en función de la tasa de crecimiento de la población. Aplique la cobertura prevista del programa.

CONSEJO: 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.

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES Y CONSEJOS:

- Evaluación del estado nutricional de la población, incluida la prevalencia de la anemia.
- Distribución de suplementos de hierro o hierro/ ácido fólico.
- Estrategia de cambio de comportamiento para promover el conocimiento del producto y su correcta utilización, así como prácticas higiénicas en su preparación.

CONSEJO: coordínese con el Clúster de WASH en esta materia.

CONSEJO: considere también la posibilidad de incluir la lactancia materna después de los 6 meses de edad y una correcta alimentación complementaria; fomente la continuación de la lactancia materna después de los 6 meses junto con una adecuada alimentación complementaria.

CONSEJO: en zonas donde la malaria es endémica es necesario aplicar estrategias de control de esta enfermedad.

- Difusión de información e incidencia con médicos y profesionales sanitarios.
- Integración del uso del hierro y el ácido fólico en las políticas nacionales de atención prenatal.
- Garantizar la disponibilidad de hierro y ácido fólico en cantidades suficientes (evitando rupturas de stock).

INDICADORES SUGERIDOS:

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Referencia, Resultado	Individual	Tasa de prevalencia de anemia: proporción de niños/as menores de 5 años con concentración de Hb <11 g/dL; proporción de mujeres en edad reproductiva con concentración de Hb <12 g/dL).
Producto	Individual o centro	Tasa de cobertura de la suplementación en hierro en niños/as: proporción de niños/as de entre 6 y 59 meses que reciben suplementos adecuados en hierro.

Producto	Individual o centro	Suplementación en hierro/ácido fólico en mujeres embarazadas: proporción de mujeres embarazadas que recibieron una suplementación con contenido en hierro/ácido fólico diariamente en los últimos 6 meses o durante el embarazo.
Producto	Individual o centro	Cobertura de la suplementación en hierro/ácido fólico en niñas adolescentes: proporción de niñas adolescentes que reciben suplementos de micronutrientes con un contenido adecuado en hierro.
Producto	Individual	Cobertura de la suplementación en hierro/ácido fólico en personas mayores: proporción de personas mayores que reciben micronutrientes con un contenido adecuado en hierro.
Producto	Individual	Conocimiento (profundo) sobre micronutrientes: proporción de la población diana que conoce los elementos clave de los mensajes nutricionales comunicados acerca de la disponibilidad, el uso y los beneficios de los suplementos de micronutrientes o de los alimentos o suplementos alimentarios fortificados con micronutrientes.

AL ELABORAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

COSTE DE LOS SUMINISTROS

- Coste de la suplementación en hierro o hierro/ácido fólico.
- Material para la elaboración de documentos de referencia y el mantenimiento de registros (formularios de registro).

71

COSTE DE PERSONAL

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

LOGÍSTICA

Necesidad de garantizar que los recursos humanos y administrativos estén disponibles para llevar a cabo de manera oportuna el monitoreo, la evaluación y la presentación de informes a las sedes, los donantes y el clúster.

En función de los suministros utilizados, debe garantizar el transporte y almacenamiento adecuados de todos los suministros y evitar posibles rupturas de stock.

OTROS COSTES

GASTOS PROMOCIONALES

- Gastos de seguridad.

CONSEJO: coordínese con el Clúster de Salud, ya que quizá sea posible compartir algún coste, y puede que las intervenciones en materia de salud asuman una parte de la suplementación de micronutrientes.

Gastos de elaboración de materiales de información y comunicación (sobre micronutrientes, salud, nutrición, educación y promoción de la higiene), formación del personal sobre actividades de comunicación y promoción y celebración de sesiones (C4D) para personas cuidadoras.



SUPLEMENTACIÓN EN VITAMINA A

OBJETIVO

Reducir la morbilidad y mortalidad en niños/as de entre 6 y 59 meses.

Prevenir la ceguera nocturna en mujeres embarazadas que vivan en zonas con graves problemas de salud pública.

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

- Aumentar la cobertura de la suplementación en vitamina A entre niños/as de entre 6 y 59 meses del X % al Y % (niños y niñas).
- En contextos en los que exista un grave problema de salud pública relacionado con la deficiencia de vitamina A (prevalencia de ceguera nocturna del 5 % o superior en mujeres embarazadas o del 5 % o superior en niños/as de entre 24 y 59 meses), aumentar la cobertura de la suplementación en vitamina A entre las mujeres embarazadas del X % al Y %.

- Niños/as con sarampión.
- Niños/as 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).
- Las personas mayores también se pueden incluir en la distribución de vitamina A (para más información, consulte la sección «Manejo de la desnutrición en personas mayores»).

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

- Los/as niños/as de entre 6 y 59 meses, desglosados en los grupos de entre 6 y 11 meses y entre 12 y 59 meses en poblaciones 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 deficiencia de vitamina A (DVA) es del 20 % o superior en lactantes y niños/as de entre 6 y 59 meses.
- Mujeres embarazadas 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.

Cómo calcular el número de casos previsto:

Utilice el perfil demográfico del último censo y las encuestas nutricionales. Si es necesario, ajuste en función de la tasa de crecimiento de la población. Aplique la cobertura prevista del programa.

Ejemplos de actividades y consejos:

- Evaluación del estado nutricional de la población, incluida la deficiencia de vitamina A.
- Suplementación en vitamina A (cápsulas) a través de un centro de salud fijo o mediante campañas nacionales o subnacionales.

CONSEJO: coordínese con el Clúster de Salud, puesto que a menudo la distribución de vitamina A tiene lugar durante las campañas de inmunización o durante los Días de la Salud Infantil.

- Suplementación en vitamina A en niños/as con sarampión.

CONSEJO: coordínese con el Clúster de Salud, ya que esto forma parte del protocolo de tratamiento del sarampión.

INDICADORES SUGERIDOS:

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Referencia, Resultado	Individual	Tasa de prevalencia de deficiencia de vitamina A: (1) Proporción de niños/as menores de 5 años con deficiencia de vitamina A subclínica. (2) Proporción de mujeres en edad reproductiva con una deficiencia de vitamina A sintomática.
Producto	Individual o centro	Cobertura de vitamina A en niños/as de entre 6 y 11 meses: proporción de niños/as de entre 6 y 11 meses que recibieron suplementación en vitamina A en los 6 meses anteriores.
Producto	Individual o centro	Cobertura de vitamina A en niños/as de entre 12 y 59 meses: proporción de niños/as de entre 12 y 59 meses que recibieron suplementación en vitamina A en los 6 meses anteriores.
Producto	Individual o centro	Cobertura de vitamina A en mujeres embarazadas: proporción de mujeres embarazadas que recibieron suplementación en vitamina A en los 6 meses anteriores.
Producto	Individual o centro	Cobertura de vitamina A en personas mayores: proporción de personas mayores que recibieron suplementación en vitamina A en los 6 meses anteriores.

AL ELABORAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

COSTE DE LOS SUMINISTROS

- Coste de las cápsulas de vitamina A.

CONSEJO: en el caso de las mujeres embarazadas, prevea como mínimo 12 semanas de suplementación hasta el parto.

- Coste de las tarjetas sanitarias para los niños/as que carezcan de ellas.
- Material para la elaboración de documentos de referencia y el mantenimiento de registros (hoja de recuento, formularios de registro).

COSTE DE PERSONAL

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

LOGÍSTICA

Necesidad de garantizar que los recursos humanos y administrativos estén disponibles para llevar a cabo de manera oportuna el monitoreo, la evaluación y la presentación de informes a las sedes, los donantes y el clúster.

En función de los suministros utilizados, debe garantizar el transporte y almacenamiento adecuados de todos los suministros y evitar posibles rupturas de stock.

OTROS COSTES

GASTOS PROMOCIONALES

- Gastos de seguridad.

CONSEJO: coordínesse con el Clúster de Salud, ya que quizá sea posible compartir algún coste, y puede que las intervenciones en materia de salud asuman una parte de la suplementación de micronutrientes.

Gastos de elaboración de materiales de información y comunicación (sobre micronutrientes, salud, nutrición, educación y promoción de la higiene), formación del personal sobre actividades de comunicación y promoción y celebración de sesiones (C4D) para personas cuidadoras.



DESPARASITACIÓN

OBJETIVO

Reducir la morbilidad infantil causada por esquistosomiasis y helmintosis transmitida a través del suelo.

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

- Aumentar la cobertura de la desparasitación entre niños/as en edad escolar, adolescentes, mujeres embarazadas, personas mayores, del X % al Y %.
- Proporcionar a los niños/as en edad escolar no matriculados/as en la escuela o que no asisten a ella tratamiento antihelmíntico y educación sobre la salud.
- Aumentar la cobertura de la desparasitación entre los niños/as en edad preescolar (de entre 6 y 59 meses) del X% al Y %.
- Reducción del 80 % en la prevalencia de esquistosoma y helmintiasis transmitida a través del suelo.

Grupos que se deben incluir

- Niños/as en edad escolar.
- Niños/as de entre 6 y 59 meses.
- Adolescentes de ambos sexos.
- Mujeres embarazadas.
- Personas mayores (para más información, consulte la sección «Manejo de la desnutrición en personas mayores»).

Cómo calcular el número de casos previsto:

Utilice el perfil demográfico del último censo y las encuestas nutricionales. Si es necesario, ajuste en función de la tasa de crecimiento de la población. Aplique la cobertura prevista del programa (considere también la proporción de niños/as que asisten a centros escolares y planifique sus actividades y su carga asistencial en consecuencia).

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES Y CONSEJOS

- Movilización comunitaria.
- Actividades de formación para docentes, profesionales sanitarios, personal encargado del desarrollo de la primera infancia, etc.
- Administración de medicamentos antihelmínticos dos veces al año a todos/as los/as escolares.
- Actividades de educación sobre la salud y promoción de la higiene centradas en las infecciones helmínticas transmitidas a través del suelo, dirigidas a todos/as los/as escolares.

INDICADORES SUGERIDOS

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Producto	Individual o centro	Cobertura de la desparasitación en niños/as: proporción de niños/as de entre 12 y 59 meses que recibieron medicamentos desparasitantes en los 6 meses anteriores.
Producto	Individual o centro	Cobertura de la desparasitación en adolescentes: proporción de adolescentes de ambos sexos que recibieron medicamentos desparasitantes en los 6 meses anteriores.
Producto	Individual o centro	Cobertura de la desparasitación en mujeres embarazadas: proporción de madres de niños de entre 0 y 59 meses que tomaron medicamentos desparasitantes durante su último embarazo.
Producto	Individual o centro	Cobertura de la desparasitación en personas mayores: proporción de personas mayores que recibieron medicamentos desparasitantes en los 6 meses anteriores.

AL ELABORAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

Un estudio reciente (Montresor *et al.*, 2010) estimó que el coste medio por niño/a se situaría entre USD 0,03 (cuando solo se actúa contra la helmintiasis transmitida a través del suelo) y USD 0,13 (cuando también se cubre la esquistosomiasis).

COSTE DE LOS SUMINISTROS

- Coste de los comprimidos desparasitantes.
- Coste de las tarjetas sanitarias para los niños/as que carezcan de ellas.
- Material para la elaboración de documentos de referencia y el mantenimiento de registros (formularios de registro).

COSTE DE PERSONAL

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

LOGÍSTICA

Necesidad de garantizar que los recursos humanos y administrativos estén disponibles para llevar a cabo de manera oportuna el monitoreo, la evaluación y la presentación de informes a las sedes, los donantes y el clúster.

Transporte y almacenamiento adecuados de todos los suministros, evitando rupturas de stock. Transporte de los equipos.

OTROS COSTES

GASTOS PROMOCIONALES

- Gastos de seguridad.

CONSEJO: coordínese con el Clúster de Salud en lo que respecta a la educación sobre la salud, y con el Clúster de WASH en lo relativo a la promoción de la higiene, ya que quizá sea posible compartir algunos gastos.

Gastos de elaboración de materiales de información y comunicación (sobre desparasitación, salud, nutrición, educación y promoción de la higiene), formación del personal sobre actividades de comunicación y promoción y celebración de sesiones (C4D) para personas cuidadoras.



SUPLEMENTACIÓN EN ZINC PARA EL MANEJO DE LA DIARREA

OBJETIVO

Reducir la mortalidad relacionada con la diarrea y la gravedad de los episodios de diarrea.

80

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

Aumentar la cobertura de la suplementación en zinc para el manejo de la diarrea del X % al Y %.

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

Niños/as de entre 6 y 59 meses con diarrea.

Cómo calcular el número de casos previsto:

Utilice el perfil demográfico del último censo y las encuestas nutricionales. Si es necesario, ajuste en función de la tasa de crecimiento de la población. Aplique la prevalencia de la diarrea basándose en los datos de la OMS y la cobertura prevista del programa.

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES Y CONSEJOS:

- Distribución de sobres de zinc junto con sales de rehidratación oral (SRO).
- Estrategia de cambio de comportamiento para promover el conocimiento del producto y su correcta utilización, así como prácticas higiénicas en su preparación.

CONSEJO: coordínesse con el Clúster de WASH en esta materia.

CONSEJO: incluya también la lactancia materna después de los 6 meses y la promoción de una alimentación complementaria adecuada.

- Empoderamiento de los agentes comunitarios en el uso de zinc para tratar la diarrea.
- Difusión de información e incidencia con médicos y profesionales sanitarios.
- Integración del uso de zinc para el tratamiento de la diarrea en las políticas nacionales.
- Garantizar la disponibilidad de zinc en cantidades suficientes (evitando rupturas de stock).

Indicadores sugeridos:

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Referencia, Producto, Resultado	Individual	Utilización de zinc para el tratamiento de la diarrea: proporción de niños sin DAS con diarrea tratados con sales de rehidratación oral suplementadas con zinc.

AL ELABORAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

COSTE DE LOS SUMINISTROS

- Coste del zinc y de las sales de rehidratación oral.

Consejo: prevea de 10 a 14 días de suplementación en zinc por cada episodio de diarrea.

- Material para la elaboración de documentos de referencia y el mantenimiento de registros (formularios de registro).

COSTE DE PERSONAL

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

81

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

LOGÍSTICA

Necesidad de garantizar que los recursos humanos y administrativos estén disponibles para llevar a cabo de manera oportuna el monitoreo, la evaluación y la presentación de informes a las sedes, los donantes y el clúster.

Transporte y almacenamiento adecuados de todos los suministros, evitando rupturas de stock.

OTROS COSTES

GASTOS PROMOCIONALES

- Gastos de seguridad.

CONSEJO: coordínese con el Clúster de Salud, ya que quizá sea posible compartir algún coste, y puede que las intervenciones en materia de salud asuman una parte de la suplementación de micronutrientes.

Gastos de elaboración de materiales de información y comunicación (sobre la diarrea, salud, nutrición, educación y promoción de la higiene), formación del personal sobre actividades de comunicación y promoción y celebración de sesiones (C4D) para personas cuidadoras.



SUPLEMENTACIÓN EN YODO Y YODACIÓN DE LA SAL

OBJETIVO

Reducir la prevalencia de los trastornos relacionados con la deficiencia de hierro.

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

- Proporcionar suplementación en yodo a X MEL.
- Proporcionar alimentos complementarios fortificados con yodo a X niños/as de entre 6 y 23 meses.
- Proporcionar sal yodada a X hogares.
- Garantizar que al menos un 90 % de los hogares tengan acceso a sal yodada adecuada, con arreglo a los estándares ESFERA.
- Promover la fortificación de alimentos en el hogar con micronutrientes en polvo entre niños/as de entre 6 y 23 meses (siendo el yodo uno de los 15 micronutrientes en polvo).

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

- Niños/as de entre 6 y 23 meses para suplementación de yodo en países con un consumo de sal yodada inferior al 20 %.
- Mujeres embarazadas y lactantes para suplementación de yodo en países con un consumo de sal yodada inferior al 20 %.

CONSEJO: en casos en los que resulte difícil poder llegar a las mujeres embarazadas, es aconsejable ofrecer la suplementación a todas las mujeres en edad reproductiva.

- Todos los hogares, para la distribución de sal yodada en países con un consumo de sal yodada del 20 % o superior.
- Personas mayores.

Cómo calcular el número de casos previsto:

Utilice el perfil demográfico del último censo y las encuestas nutricionales. Si es necesario, ajuste en función de la tasa de crecimiento de la población. Aplique la cobertura prevista del programa.

Ejemplos de actividades y consejos:

- Evaluación del estado nutricional de la población en lo referente al yodo.
- Distribución de suplementos de yodo.
- Yodación y distribución de sal.
- Desarrollo de la capacidad de la industria salinera para producir sal yodada.
- Estrategia de cambio de comportamiento para promover el conocimiento del producto y su correcta utilización.
- Difusión de información y mensajes de incidencia con médicos y profesionales sanitarios.
- Integración de la suplementación de yodo en las políticas nacionales.
- Garantizar la disponibilidad de suplementos de yodo y sal yodada en cantidades suficientes (evitando rupturas de stock).

INDICADORES SUGERIDOS:

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Referencia, Resultado	Comunidad	Prevalencia de deficiencia de yodo: concentración mediana de yodo en la orina ($\mu\text{g/l}$) en niños/as de entre 6 y 12 años.
Referencia, Producto	Hogares	Consumo de sal yodada: proporción de hogares en los que se utilizó sal yodada adecuadamente en los últimos 6 meses.
Producto	Individual	Conocimiento (profundo) sobre micronutrientes: proporción de la población diana que conoce los elementos clave de los mensajes nutricionales comunicados acerca de la disponibilidad, el uso y los beneficios de los suplementos de micronutrientes o de los alimentos o suplementos alimentarios fortificados con micronutrientes.

AL ELABORAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

COSTE DE LOS SUMINISTROS

- Coste de los suplementos de yodo o de la sal yodada.
- Micronutrientes en polvo.
- Material para la elaboración de documentos de referencia y el mantenimiento de registros (formularios de registro).

84

COSTE DE PERSONAL

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

LOGÍSTICA

Necesidad de garantizar que los recursos humanos y administrativos estén disponibles para llevar a cabo de manera oportuna el monitoreo, la evaluación y la presentación de informes a las sedes, los donantes y el clúster.

En función de los suministros utilizados, debe garantizar el transporte y almacenamiento adecuados de todos los suministros y evitar posibles rupturas de stock.

OTROS COSTES

GASTOS PROMOCIONALES

- Gastos de seguridad.

CONSEJO: coordínese con el Clúster de Seguridad Alimentaria o con el de Salud, ya que quizá sea posible compartir algún coste, y puede que las intervenciones en materia de salud asuman una parte de la suplementación de micronutrientes.

Gastos de elaboración de materiales de información y comunicación (sobre micronutrientes, salud, nutrición, educación y promoción de la higiene), formación del personal sobre actividades de comunicación y promoción y celebración de sesiones (C4D) para personas cuidadoras.

ଶ୍ରୀ (B.D.O) / ଜିଲ୍ଲା ମୁଖ୍ୟ ମନ୍ତ୍ରୀ

୧୨



SUPLEMENTACIÓN EN CALCIO

OBJETIVO

Reducir el riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos durante el embarazo.

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

- Aumentar la cobertura de la suplementación en calcio entre mujeres embarazadas del X % al Y %.

86

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

- Mujeres embarazadas en zonas con baja ingesta diaria de calcio.

Cómo calcular el número de casos previsto:

Utilice el perfil demográfico del último censo y las encuestas nutricionales. Si es necesario, ajuste en función de la tasa de crecimiento de la población. Aplique la cobertura prevista del programa.

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES Y CONSEJOS:

- Distribución de suplementos de calcio.
- Estrategia de cambio de comportamiento para promover el conocimiento del producto y su correcta utilización.
- Difusión de información e incidencia con médicos y profesionales sanitarios.
- Integración de la suplementación de calcio en las políticas nacionales.
- Garantizar la disponibilidad de calcio en cantidades suficientes (evitando rupturas de stock).

INDICADORES SUGERIDOS:

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Producto	Individual	Suplementación de calcio en mujeres embarazadas: proporción de mujeres embarazadas que recibieron suplementos de calcio durante su último embarazo.

AL ELABORAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

COSTE DE LOS SUMINISTROS

- Coste de los suplementos de calcio.

CONSEJO: prevea tres comprimidos tres veces al día hasta el parto.

- Material para la elaboración de documentos de referencia y el mantenimiento de registros (formularios de registro).

COSTE DE PERSONAL

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

87

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

LOGÍSTICA

Necesidad de garantizar que los recursos humanos y administrativos estén disponibles para llevar a cabo de manera oportuna el monitoreo, la evaluación y la presentación de informes a las sedes, los donantes y el clúster.

Transporte y almacenamiento adecuados de todos los suministros, evitando rupturas de stock.

OTROS COSTES

GASTOS PROMOCIONALES

- Gastos de seguridad.

CONSEJO: coordínese con el Clúster de Salud, ya que quizá sea posible compartir algún coste, y puede que las intervenciones en materia de salud asuman una parte de la suplementación de micronutrientes.

Gastos de elaboración de materiales de información y comunicación (sobre micronutrientes, salud, nutrición, educación y promoción de la higiene), formación del personal sobre actividades de comunicación y promoción y celebración de sesiones (C4D) para personas cuidadoras.



ASISTENCIA Y APOYO NUTRICIONALES A NIÑOS Y NIÑAS INFECTADOS CON EL VIH

OBJETIVO

Identificar y garantizar un crecimiento y un desarrollo adecuados de los/as niños/as, así como de las MEL con VIH, y garantizar su tratamiento y seguimiento.

89

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

- Evaluar, clasificar y prestar apoyo nutricional a niños/as de entre 6 meses y 14 años y MEL con VIH.
- Identificar niños/as y MEL que viven con VIH y derivarlos/as para recibir tratamiento.
- Mantener a los/as niños/as y MEL en los centros donde reciben cuidados para el VIH.

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

- Niños/as de 6 meses a 14 años con VIH (desglosados por sexo/edad: niñas y niños, de 0 a 5 años, de 5 a 10 años, de 10 a 14 años).
- Mujeres embarazadas y lactantes.

Cómo calcular el número de casos previsto:

Niños/as y MEL infectados/as con VIH en necesidad de cuidados y apoyo nutricionales. Utilice el perfil demográfico del último censo y las encuestas nutricionales. Si es necesario, ajuste en función de la tasa de crecimiento de la población. Aplique la prevalencia del VIH basándose en los datos de ONUSIDA y la cobertura prevista del programa.

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES Y CONSEJOS:

- Evaluación de las necesidades nutricionales de los/as niños/as y las MEL, y decidir un plan de cuidados nutricionales.
- Suministro de pruebas del VIH para niños/as y MEL que no crezcan y se desarrollen con normalidad [incluidos/as niños/as y MEL con desnutrición aguda severa (que desconozcan su condición)].
- Derivación de niños/as y MEL que viven con VIH para recibir tratamiento y apoyo al cumplimiento de este.
- Mejora del asesoramiento y apoyo en materia de lactancia (véase el capítulo sobre la ALNP), especialmente acerca de la lactancia materna exclusiva para los/as niños/as menores de 6 meses.
- Ejecución y monitoreo del plan de cuidados nutricionales para niños/as y MEL que viven con el VIH.
- Distribución de alimentos suplementarios para niños/as mayores de 6 meses y sus familias, así como para MEL.

INDICADORES SUGERIDOS:

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Producto	Comunidad	Proporción de niños/as de entre 6 meses y 14 años con VIH que reciben cuidados y apoyo nutricionales (nota: no en el marco de la respuesta humanitaria) desglosada por sexo/edad: niños y niñas, de 0 a 5 años, de 5 a 10 años, de 10 a 14 años.
Producto	Comunidad	Proporción de MEL con VIH que reciben cuidado y apoyo nutricionales.
Producto	Individual	Número de niños/as que no crecen ni se desarrollan con normalidad a los que se realiza una prueba de detección del VIH, o bien Número de niños/as con DAS a los que se realiza una prueba de detección del VIH.
Producto	Individual	Número de MEL que no prosperan a las que se realiza una prueba de detección del VIH, o bien Número de MEL con DAG a las que se realiza una prueba de detección del VIH.
Proceso	Centro	ALNP en el contexto del VIH: proporción de programas que siguen la política nacional de lucha contra el VIH.

AL ELABORAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

COSTE DE LOS SUMINISTROS

- Coste de los alimentos suplementarios.
- Material para la elaboración de documentos de referencia y el mantenimiento de registros (formularios de registro).

COSTE DE PERSONAL

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

LOGÍSTICA

Necesidad de garantizar que los recursos humanos y administrativos estén disponibles para llevar a cabo de manera oportuna el monitoreo, la supervisión, la evaluación y la presentación de informes a las sedes, los donantes y el clúster.

- En función de los suministros utilizados, debe garantizar el transporte y almacenamiento adecuados de todos los suministros y evitar posibles rupturas de stock.
- Cadena de frío para las muestras.

OTROS COSTES

GASTOS PROMOCIONALES

- Gastos de seguridad.

CONSEJO: coordínesse con el Clúster de Salud, ya que quizá sea posible compartir algún coste, y puede que las intervenciones en materia de salud asuman una parte de la suplementación de micronutrientes.

Gastos de elaboración de materiales de información y comunicación (sobre micronutrientes, salud, nutrición, educación y promoción de la higiene), formación del personal sobre actividades de comunicación y promoción y celebración de sesiones (C4D) para personas cuidadoras.



ENCUESTA NUTRICIONAL

OBJETIVO

Evaluar el estado nutricional de la población diana en una zona determinada.

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

- Determinar la prevalencia de la desnutrición (emaciación, retraso del crecimiento) entre los/as niños/as de entre 6 y 59 meses y/o entre los adultos.
- Evaluar las prácticas de alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as (ALNP) entre niños/as de entre 0 y 23 meses.
- Evaluar la prevalencia de la anemia entre los/as niños/as de entre 6 y 59 meses y las mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) no embarazadas.
- Determinar los niveles retrospectivos de la tasa bruta de mortalidad y la tasa de mortalidad en menores de 5 años en los 3 últimos meses.
- Determinar la cobertura de las intervenciones sanitarias y de WASH (por ejemplo, vacunaciones contra el sarampión, suplementación en vitamina A y vacuna oral contra la polio, acceso a agua y saneamiento adecuados) entre los/as niños/as de entre 6 y 59 meses.
- Determinar la incidencia de enfermedades comunes (diarrea, sarampión e infecciones respiratorias agudas (IRA) entre la población encuestada, dos semanas antes de la encuesta.
- Identificar los principales problemas de seguridad alimentaria que influyen en la población.

- Determinar las posibles causas de desnutrición entre la población encuestada.
- Recomendar un conjunto de intervenciones con mayor probabilidad de resultar eficaces para mejorar el estado nutricional.

93

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

- Niños/as menores de 5 años (desglosados).
- Mujeres embarazadas y lactantes.
- Personas mayores (mediante la realización de una encuesta nutricional específica llamada RAM-OP; para más información, consulte la sección «Manejo de la desnutrición en personas mayores»).
- Otros grupos vulnerables.

Cómo calcular el número de personas a las que se debe encuestar:

Metodología SMART: www.smartmethodology.org

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES Y CONSEJOS:

- Adaptación de guías.
- Elaboración de documentos de antecedentes, TdR, acuerdos sobre el alcance y los indicadores con todas las partes interesadas.

CONSEJO: se debe prever la realización de una encuesta en momentos concretos del año y repetirla cada año en los mismos momentos y con la misma metodología.

- Coste del asesor/nutricionista.
- Adquisición de equipo antropométrico y de otro tipo necesario para la encuesta.
- Equipos de la encuesta (gastos de contratación y salarios).
- Formación de los equipos de la encuesta.
- Trabajo de campo y recopilación de datos.
- Depuración y análisis de datos, redacción de informes.
- Coste de difusión, si se prevé presentar oficialmente el informe de la encuesta.

INDICADORES SUGERIDOS:

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Producto	Centro	Validación y difusión del informe (nota: indicador no incluido en el RIH).
Proceso	Centro	Cumplimiento del plazo de elaboración del informe de la encuesta según la propuesta presentada (nota: indicador no incluido en el RIH).
Proceso	Centro	Cumplimiento del plazo de elaboración del informe de la encuesta según la propuesta presentada (nota: indicador no incluido en el RIH).
Proceso	Centro	Núm. de empleados / encuestadores / equipos de la encuesta formados (nota: indicador no incluido en el RIH).

AL ELABORAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

COSTE DE LOS SUMINISTROS

- Equipo antropométrico (tallímetros, balanzas).
- Otros suministros (de extracción de sangre, papelería, registros, cuestionarios, etc.).
- Computadoras y programas informáticos para el análisis de datos.
- Teléfonos inteligentes o tabletas para la recogida de datos con tecnología móvil.

COSTE DE PERSONAL

Oficial de logística, equipos de la encuesta, supervisores de equipo, responsable de la encuesta, traductor.

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

Formación del equipo de la encuesta y de los supervisores del equipo.

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

LOGÍSTICA

Necesidad de garantizar que los recursos humanos y administrativos estén disponibles para llevar a cabo de manera oportuna el monitoreo, la supervisión, la evaluación y la presentación de informes a las sedes, los donantes y el clúster.

- Transporte y logística para los equipos de la encuesta y los supervisores.
- Sensibilización de los líderes comunitarios.
- Cadena de frío para las muestras.

OTROS COSTES

- Gastos de seguridad.
- Difusión y adaptación de guías y herramientas.

GASTOS PROMOCIONALES

Costes de impresión y difusión de informes; costes de intercambio de información (reuniones, boletines, presentaciones, publicación en línea, etc.).



VIGILANCIA NUTRICIONAL

OBJETIVO

Monitorear el estado sanitario y nutricional, los patrones de consumo alimentario y el conocimiento nutricional de la población.

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

- Proporcionar un análisis oportuno y pertinente sobre seguridad alimentaria, nutrición y medios de vida para la respuesta de emergencia.
- Aumentar el conocimiento de las oportunidades para reducir la inseguridad de medios de vida, alimentaria y nutricional aguda y crónica mediante un análisis mejorado del sector e investigaciones aplicadas sobre las causas subyacentes.
- Continuar organizando, desarrollando e integrando la información en un sistema de bases de datos integrado, y ponerla a disposición a través de sistemas de información gestionados.
- Fortalecer la capacidad técnica de las instituciones y los socios en materia de seguridad alimentaria, medios de vida y monitoreo, evaluación y análisis de la nutrición.

Cómo calcular el número de personas a las que se debe encuestar:

Metodología SMART: www.smartmethodology.org

97

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES Y CONSEJOS:

- Adaptación de guías.
- Elaboración de documentos de antecedentes, TdR, acuerdos sobre el alcance y los indicadores con todas las partes interesadas.
- Adquisición de equipo antropométrico y de otro tipo necesario.
- Desarrollo de las capacidades del personal pertinente en los centros centinela o de vigilancia nutricional.
- Análisis semanal o mensual de los datos.
- Integración de la vigilancia nutricional en el sistema gubernamental de gestión de la información sobre la salud.

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

- Niños/as menores de 5 años (desglosados).
- Mujeres embarazadas y lactantes.
- Personas mayores.
- Otros grupos vulnerables.

Indicadores sugeridos:

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Producto	Centro	Disponibilidad de estadísticas trimestrales, mensuales o semanales sobre la tendencia de la desnutrición, desglosadas por zona geográfica, edad y género (nota: indicador no incluido en el RIH).
Proceso	Centro	Núm. y porcentaje de centros de salud que envían informes de actividades en los plazos establecidos (nota: indicador no incluido en el RIH).
Proceso	Centro	Núm. de centros de vigilancia que presentan informes periódicamente (nota: indicador no incluido en el RIH).
Proceso	Centro	Núm. de empleados / encuestadores formados (nota: indicador no incluido en el RIH).

AL ELABORAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

COSTE DE LOS SUMINISTROS

- Equipo antropométrico (tallímetros, balanzas, MUAC, etc.).
- Otros suministros (papelería, registros, cuestionarios, etc.).
- Computadoras y programas informáticos para el análisis de datos.
- Teléfonos inteligentes o tabletas para la recogida de datos con tecnología móvil.

COSTE DE PERSONAL

Gestor del proyecto, supervisores.

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

Formación del personal de vigilancia.

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

Necesidad de garantizar que los recursos humanos y administrativos estén disponibles para llevar a cabo de manera oportuna el monitoreo, la supervisión, la evaluación y la presentación de informes a las sedes, los donantes y el clúster.

LOGÍSTICA

Transporte y logística para los equipos de la encuesta y los supervisores.

OTROS COSTES

- Difusión y adaptación de guías y herramientas.

GASTOS PROMOCIONALES

Costes de impresión y difusión de informes; costes de intercambio de información (reuniones, boletines, presentaciones, publicación en línea, etc.).



EVALUACIÓN DE LA COBERTURA DIRECTA DE LOS PROGRAMAS

OBJETIVO

Evaluar la proporción de beneficiarios admisibles inscritos en un programa.

El programa puede tener los objetivos específicos siguientes:

- Clasificar y estimar la cobertura de los programas de nutrición (ALNP, micronutrientes, CMAM, etc.) en el distrito X.
- Evaluar la cobertura de los programas de nutrición (ALNP, micronutrientes, CMAM, etc.) para niños/as de 6 a 59 meses.
- Identificar y derivar a los/as niños/as con desnutrición aguda no cubiertos por el programa de CMAM.
- Identificar barreras de acceso a los servicios.

GRUPOS QUE SE DEBEN INCLUIR

- Niños/as menores de 5 años (desglosados).
- Mujeres embarazadas y lactantes.
- Personas mayores.
- Otros grupos vulnerables.

Cómo calcular el número de personas a las que se debe encuestar:

Red de monitoreo de la cobertura: <http://www.coverage-monitoring.org/>

Cómo calcular la cobertura indirecta:

Sobre el tratamiento de la DAS, véase la Guía sobre el programa de DAS del UNICEF, pág. 70 y ss.: <http://www.unicefinemergencias.com/downloads/eresource/docs/2.3%20Nutrition/FINAL%20Edited%20Formatted%20SAM%20PRO%20English.pdf>

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES Y CONSEJOS:

- Recopilación de datos cuantitativos: programa en curso y datos recopilados en determinadas zonas de intervención a través de informes rutinarios, registros de los centros de salud registros sanitarios de distrito.

CONSEJO: ejemplos de métodos para la realización de encuestas sobre la cobertura: SQUEAC, SLEAC, otros.

- Desarrollo de las capacidades del personal.
- Recopilación de datos cualitativos: informantes clave a nivel comunitario, beneficiarios, profesionales sanitarios.
- Visitas sobre el terreno.
- Análisis periódico de los datos y estimación de la cobertura (estimaciones indirectas utilizando datos rutinarios; estimación directa mediante encuesta).
- Uso de los datos analizados para aportar información a los programas de nutrición en curso.

INDICADORES SUGERIDOS:

TIPO DE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Producto	Individual	Cobertura del tratamiento de la DAS: proporción de casos con desnutrición aguda severa que reciben tratamiento.
Producto	Individual	Cobertura del tratamiento de la DAM: proporción de casos con desnutrición aguda moderada que reciben tratamiento.
Producto	Individual	Cobertura de los BSFP: proporción de los beneficiarios diana inscritos en el Programa de Alimentación Complementaria (<i>Blanket</i>).
Producto	Individual	Cobertura de los mensajes o el asesoramiento sobre la ALNP: proporción de beneficiarios diana que reciben mensajes o asesoramiento sobre ALNP.
Producto	Individual	Tasa de cobertura de la suplementación en hierro en niños/as: proporción de niños/as de entre 6 y 59 meses que reciben suplementos de micronutrientes con un contenido adecuado en hierro.
Producto	Individual	Cobertura de la suplementación en hierro/ácido fólico en niñas adolescentes: proporción de niñas adolescentes que reciben suplementos de micronutrientes con un contenido adecuado en hierro.
Producto	Individual	Cobertura de la suplementación en yodo en mujeres: proporción de mujeres en edad fértil que recibieron suplementos de yodo.
Producto	Individual	Cobertura de micronutrientes múltiples: proporción de la población diana que recibió micronutrientes múltiples en polvo o en cápsulas.
Producto	Individual	Cobertura de vitamina A en niños/as de entre 6 y 59 meses: proporción de niños/as de entre 6 y 59 meses que recibieron vitamina A en los 6 meses anteriores.
Producto	Individual	Cobertura de la suplementación profiláctica en zinc en niños/as: proporción de niños/as que recibieron suplementos profilácticos de zinc con arreglo a los protocolos nacionales.
Producto	Individual	Suplementación de calcio en mujeres embarazadas: proporción de mujeres embarazadas que recibieron suplementos de calcio durante su último embarazo.
Producto	Individual o centro	Cobertura de la desparasitación en niños/as: proporción de niños/as de entre 12 y 59 meses que recibieron medicamentos desparasitantes en los 6 meses anteriores.
Producto	Individual o centro	Cobertura de la desparasitación en adolescentes: proporción de niñas adolescentes que recibieron medicamentos desparasitantes en los 6 meses anteriores.
Producto	Individual o centro	Cobertura de la desparasitación en mujeres embarazadas: proporción de madres de niños de entre 0 y 59 meses que tomaron medicamentos desparasitantes durante su último embarazo.

AL ELABORAR EL PRESUPUESTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

COSTE DE LOS SUMINISTROS

- Equipo antropométrico (tallímetros, balanzas).
- Otros suministros (de extracción de sangre, papelería, registros, cuestionarios, etc.).
- Computadoras y programas informáticos para el análisis de datos.
- Teléfonos inteligentes o tabletas para la recogida de datos con tecnología móvil.

COSTE DE PERSONAL

- Equipos de la encuesta.
- Supervisores de los equipos.
- Responsable de la encuesta.
- Gestión de datos.

COSTE ASOCIADO A LA CREACIÓN O EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

Formación del equipo de la encuesta, las personas encargadas de la recopilación de datos, el personal responsable de la gestión de la información y los supervisores del equipo.

COSTE ADMINISTRATIVO

COSTE DE MyE

LOGÍSTICA

Necesidad de garantizar que los recursos humanos y administrativos estén disponibles para llevar a cabo de manera oportuna el monitoreo, la evaluación y la presentación de informes a las sedes, los donantes y el clúster.

Transporte y logística para los equipos de la encuesta y los supervisores.

OTROS COSTES

- Gastos de seguridad.
- Difusión y adaptación de guías y herramientas.

GASTOS PROMOCIONALES

Costes de impresión y difusión de informes; costes de intercambio de información (reuniones, boletines, presentaciones, publicación en línea, etc.).

ANEXOS

VISIÓN GENERAL DE LOS PROGRAMAS DE NUTRICIÓN EN EMERGENCIAS:

En un contexto de emergencia, el tipo de desnutrición que más nos preocupa es la desnutrición aguda. La desnutrición aguda es un 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.

Desnutrición aguda (también llamada «emaciación»)

A nivel individual, se define a través de medidas antropométricas (corporales) y signos clínicos de emaciación visible y/o edema bilateral.

- La desnutrición aguda en lactantes menores de 6 meses se evalúa a través de signos visibles de emaciación y edema bilateral. Los criterios sociales, como la ausencia de madre o una lactancia inadecuada, pueden indicar riesgo nutricional.
- La desnutrición aguda en niños/as de entre 6 y 59 meses se evalúa a partir de los índices nutricionales de la relación entre el peso y la talla (PTZ), la circunferencia del brazo (MUAC) y los signos de edema bilateral.
- En adultos, la desnutrición se evalúa mediante el índice de masa corporal (IMC) (ajustado o no según el índice Cormix) o el MUAC además de signos clínicos. El MUAC es el índice nutricional preferido durante el embarazo y hasta 6 meses después del parto.
- El grado de desnutrición aguda en niños/as de entre 6 y 59 meses se determina comparando su PTZ con la que debería ser —por ejemplo, según los estándares de crecimiento de la OMS de 2006— o comprobando la presencia de edema bilateral. La comparación se realiza utilizando las puntuaciones de Z (también denominadas desviación estándar o SD, por sus siglas en inglés), y la clasificación es desnutrición aguda severa (DAS), desnutrición aguda moderada (DAM) o ausencia de desnutrición.

- El grado de desnutrición aguda en mujeres embarazadas y lactantes se basa en un punto de corte específico en la medición del MUAC, si bien dicho punto de corte varía según el contexto.
- Las personas que sufren desnutrición aguda, sobre todo severa, pueden recuperar peso, pero cuando afecta a niños/as sus efectos duran toda la vida. El desarrollo mental y el crecimiento se ven afectados, y existe un mayor riesgo de enfermedad en etapas posteriores de la vida y de que la productividad se vea perjudicada.
- A nivel de la población: la tasa de desnutrición aguda (global) (DAG) de la población se calcula sumando el porcentaje estimado de los/as niños/as de entre 6 y 59 meses diagnosticados con DAS y el porcentaje estimado de niños/as de entre 6 y 59 meses diagnosticados con desnutrición aguda moderada (DAM) (el término «global» no tiene un significado geográfico). El porcentaje de DAG en un momento dado del tiempo debe analizarse con cautela, puesto que representa únicamente un momento concreto. El análisis de la gravedad de la situación se ve reforzado por la comprensión de la comparación entre este porcentaje de niños/as afectados de desnutrición aguda con los datos y tendencias registrados anteriormente, así como de otros factores agravantes. La traducción de las tasas de prevalencia de la desnutrición aguda en cifras de niños/as desnutridos/as se basa, además, en la estimación de la población infantil total. Por lo tanto, la cantidad real de niños/as afectados/as puede ser diferente.
- Cuando la prevalencia de la desnutrición aguda (severa+moderada) en una población determinada es superior al 15 % de los/as niños/as de entre 6 y 59 meses, o de entre el 10 y el 14 % cuando existen factores agravantes, la situación pasa a denominarse «grave» de acuerdo con la OMS.

Deficiencias de micronutrientes

- Las deficiencias de micronutrientes también se definen como desnutrición. En situaciones sin crisis, las deficiencias de micronutrientes, como la deficiencia de hierro (anemia), la de vitamina A y muchas otras presentan una prevalencia muy alta, sobre todo entre los/as niños/as y las mujeres. Durante una emergencia, la situación empeora. Por lo tanto, es muy importante abordar esas deficiencias.

VISIÓN GENERAL DE LAS INTERVENCIONES COMUNES DE NUTRICIÓN EN EMERGENCIAS:

Existen los siguientes tipos de intervenciones alimentarias:

distribución general de alimentos (DGA) o ración general de alimentos (RGA).

- Estas intervenciones van dirigidas a toda la población. A menudo se parte de la hipótesis de que la ración proporciona, al menos, la cantidad mínima requerida de energía y proteínas, es decir, 2100 kcal por persona y día. Esta es la base para mejorar la seguridad alimentaria a corto plazo. El Programa Mundial de Alimentos (PMA) es responsable del suministro de la ración general, cuya distribución corre normalmente a cargo de los socios implementadores.

Ración o distribución suplementaria de alimentos.

- El objetivo de esta intervención es aumentar la ingesta de energía, proteínas y micronutrientes por parte de la población vulnerable, que en la práctica significa, principalmente, las mujeres embarazadas y lactantes y los/as niños/as menores de 5 años. Los alimentos suplementarios suelen consistir a menudo en alimentos compuestos (mezcla de cereales y legumbres, en ocasiones leche en polvo, y micronutrientes), como la mezcla de maíz y soja. El PMA es responsable del suministro de los alimentos suplementarios, cuya distribución corre normalmente a cargo de los socios del Clúster de Nutrición. Cuando el PMA no puede suministrar alimentos suplementarios, UNICEF se encarga de ello como agencia líder del clúster a modo de proveedor de último recurso.

Existen dos tipos de programas de alimentación suplementaria:

- Programa de Alimentación Complementaria (*Blanket*): si la situación es muy grave (cuando el porcentaje de DAG es muy elevado), es frecuente establecer a las mujeres embarazadas y lactantes y a los/as niños/as menores de 5 años como grupos diana para recibir alimentación complementaria (*blanket*) con independencia de su estado nutricional. En situaciones en las que resulta imposible cocinar (por no disponer de leña o de utensilios de cocina), se suelen suministrar alimentos listos para su consumo, como galletas, o, con carácter temporal, se pueden proporcionar como alternativa comidas cocinadas (alimentos suplementarios húmedos). Normalmente, el PMA es responsable de suministrar las raciones y de prestar apoyo técnico. Si no lo puede hacer, el UNICEF puede estudiar la posibilidad de encargarse de esta tarea. En campamentos, el ACNUR es la agencia responsable de garantizar la disponibilidad de raciones.

- Tratamiento de la desnutrición aguda moderada (DAM) a través de programas dirigidos de alimentación suplementaria: las personas son admitidas según su estado nutricional, con el fin de tratar la desnutrición aguda moderada y de evitar que su desnutrición pase a ser severa (DAS). Los alimentos proporcionados incluyen alimentos especializados complementarios listos para el consumo, como Plumpy Sup, alimentos suplementarios listos para el consumo (RUSF) o CSB++. Estos alimentos contienen todos los nutrientes necesarios. El protocolo incluye también un tratamiento médico sistemático. El PMA es responsable del suministro de los alimentos. Si no lo puede hacer, el UNICEF puede estudiar la posibilidad de encargarse de esta tarea. El ACNUR es la agencia responsable en los campamentos.

Manejo de la desnutrición aguda severa (DAS) a través de un programa de alimentación terapéutica en manejo hospitalario o ambulatorio

- La DAS es una enfermedad que pone en peligro la vida de quien la padece. Su tratamiento tiene por objetivo tratar la enfermedad y salvar la vida del paciente. Consiste en un paquete de intervenciones médicas y nutricionales. Los/as niños/as con complicaciones médicas son tratados/as en primer lugar en un centro de estabilización (a menudo, un centro sanitario), bajo estrecha supervisión y atención médica. En cambio, los/as niños/as sin complicaciones médicas pueden tratarse con éxito en su domicilio, como pacientes ambulatorios. Los alimentos suministrados incluyen alimentos terapéuticos listos para su consumo (RUTF). Estos alimentos contienen todos los nutrientes necesarios. El UNICEF es responsable del suministro de los alimentos y de la ejecución del programa (que corre a cargo de socios implementadores, ONG). El ACNUR es la agencia responsable en los campamentos.

Intervenciones centradas en micronutrientes.

- Las intervenciones anteriores aportan una importante cantidad de micronutrientes a quienes más los necesitan, y muchas de ellas incluyen suplementación sistemática como parte de los protocolos individuales de tratamiento. Sin embargo, existen necesidades adicionales de suministro de micronutrientes:
 - Suplementación en vitamina A a todos/as los/as niños/as de entre 6 y 59 meses como intervención dirigida a salvar vidas. La vitamina A reduce el riesgo de mortalidad y es una intervención prioritaria clave que debe llevarse a cabo en combinación con la campaña de vacunación contra el sarampión.
 - Suplementación de micronutrientes para niños/as y madres en centros de salud y a nivel comunitario; dicha suplementación incluye vitamina A, zinc, hierro-folatos, micronutrientes múltiples.

- Alimentos fortificados; es importante garantizar que todos los alimentos que se suministren estén fortificados, como aceite fortificado con vitamina A, alimentos compuestos fortificados, galletas, sal yodada, etc.

Alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as en emergencias

- La protección, la promoción y el apoyo a unas prácticas óptimas de alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as son muy importantes, ya que se ven gravemente perturbadas durante una emergencia. Las acciones clave necesarias son:
- Apoyo a las personas cuidadoras y a los profesionales sanitarios en las prácticas óptimas de alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as, incluyendo:
 - Iniciación temprana de la lactancia materna durante la hora siguiente al nacimiento.
 - Promoción de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida.
 - Fomento de la continuación de la lactancia materna entre los 6 y los 24 meses de vida y más allá.
 - Inicio oportuno de una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de vida.
- Establecimiento de zonas seguras para que las mujeres amamanten y reciban asesoramiento.
- Cuando proceda, suministro de fórmula infantil lista para su uso (RUIF, por sus siglas en inglés) para los pocos lactantes que hayan perdido a sus madres, bajo una supervisión y orientación adecuadas.
- Emisión de una declaración conjunta sobre la alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as.
- Apoyo a la aplicación y el monitoreo de la política relativa al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

Educación nutricional vinculada a WASH y a la salud

- Formación e información para las personas cuidadoras; movilización y educación comunitarias.
- Desarrollo de campañas de sensibilización que proporcionen información y comunicaciones dirigidas a lograr un cambio de comportamiento en materia de higiene, salud y nutrición.

Evaluación, vigilancia nutricional, gestión de la información y monitoreo

- Aportaciones a evaluaciones rápidas de carácter multisectorial.
- Apoyo a la realización de encuestas nutricionales.

- Suministro de equipos.
- Creación de sistemas de vigilancia nutricional o refuerzo de los existentes, y monitoreo de dichos sistemas.
- Análisis de tendencias mensuales de todos los socios del clúster para nutrir las estadísticas centrales.

Área de respuesta y actividades que habitualmente se llevan a cabo:

- Programa de alimentación terapéutica.
- Provisión de suministros terapéuticos (Plumpynut, F100, F75, ReSoMal, etc.).
- Suministro de equipos como kits de TFC, tallímetros, balanzas, cintas para MUAC, registros, etc.).
- Suministro de medicamentos como amoxicilina, antipalúdicos, vitamina A, desparasitantes y sales de rehidratación oral especiales con ácido fólico (ReSoMal).
- Establecimiento de servicios en centros comunitarios y de salud para el manejo de niños/as con desnutrición severa.
- Formación del personal sobre el correcto manejo de la desnutrición aguda tanto en pacientes hospitalizados como en manejo ambulatorio en los centros de estabilización.

Programa Dirigido de Alimentación Suplementaria

- Suministro de alimentos suplementarios (CSB, WSB, Supplementary Plumpy) en el caso de que el PMA no pueda suministrarlos.
- Provisión de medicamentos sistemáticos, equipos, etc.
- Establecimiento de centros de distribución de alimentos suplementarios.
- Formación del personal gubernamental y de las ONG sobre la gestión de SFP y el tratamiento individual.

Programas de alimentación complementaria (*blanket*)

- Provisión de alimentos suplementarios.
- Formación de profesionales sanitarios y del personal de las ONG encargados de las labores de cribado.
- Distribución de los alimentos suplementarios (*blanket*).

Alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as en emergencias

- Apoyo a las personas cuidadoras y a los profesionales sanitarios en las prácticas óptimas de alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as.
- Iniciación temprana de la lactancia materna durante la hora siguiente al nacimiento.
- Promoción de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida.

- Fomento de la continuación de la lactancia materna entre los 6 y los 24 meses de vida y más allá.
- Inicio oportuno de una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de vida.
- Establecimiento de zonas seguras para que las mujeres amamenten y reciban asesoramiento.
- Cuando proceda, suministro de fórmula infantil lista para su uso para los pocos lactantes que hayan perdido a sus madres, bajo una supervisión y orientación adecuadas.
- Emisión de una declaración conjunta sobre la alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as.
- Apoyo a la aplicación y el monitoreo de la política relativa al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

Programa de prevención y control de deficiencias de micronutrientes

- Adquisición de vitamina A, zinc y micronutrientes múltiples en polvo.
- Distribución de la vitamina A, el zinc y los micronutrientes en polvo a través de campañas gubernamentales y de las ONG, así como de iniciativas de suplementación rutinarias.
- Formación de profesionales sanitarios.

108 Educación nutricional vinculada a WASH y a la salud

- Formación e información para las personas cuidadoras; movilización y educación comunitarias.
- Desarrollo de campañas de sensibilización que proporcionen información y comunicaciones dirigidas a lograr un cambio de comportamiento en materia de higiene, salud y nutrición.

Evaluación, vigilancia nutricional, gestión de la información y monitoreo

- Aportaciones a evaluaciones rápidas de carácter multisectorial.
- Apoyo a la realización de encuestas nutricionales.
- Suministro de equipos.
- Creación de sistemas de vigilancia nutricional o refuerzo de los existentes, y monitoreo de dichos sistemas.
- Análisis de tendencias mensuales de todos los socios del clúster para nutrir las estadísticas centrales.

Cuestiones que requieren seguimiento

En una emergencia aguda

- Es fundamental realizar una evaluación que permita conocer adecuadamente la situación nutricional y determinar las necesidades correspondientes.
- Capacidad de las ONG, las Naciones Unidas y el Gobierno sobre el terreno para ejecutar programas.
- Cobertura del programa de nutrición.
- Disponibilidad de suministros nutricionales, especialmente alimentos, medicamentos y equipos.
- Capacidad de monitorear la situación en materia nutricional, sanitaria y de seguridad alimentaria.
- Garantizar la seguridad alimentaria, incluida la disponibilidad e idoneidad de las raciones generales (en particular, de sal yodada y cereales fortificados) para la población afectada.
- Garantizar la disponibilidad de servicios de salud y de abastecimiento de agua y saneamiento; este factor es importante para determinar si cabe esperar que la situación se deteriore o no.

En la recuperación

- Reparación y construcción de centros de rehabilitación nutricional para el manejo de niños/as con desnutrición severa que presenten complicaciones.
- Aprovechamiento de la capacidad local, en especial de las prácticas comunitarias, para asegurar la provisión de un completo paquete o conjunto de servicios nutricionales.
- Formación del personal gubernamental en manejo de la desnutrición aguda.
- Desarrollo de guías de CMAM y encuestas nutricionales, y monitoreo de su adopción.
- Elaboración de un plan de respuesta nutricional pormenorizado.
- Establecimiento de un sistema de vigilancia nutricional.
- Apoyo a los medios de vida, por ejemplo a través de dinero en efectivo a cambio de trabajo o cupones alimentarios.

GLOSARIO

Alimentación artificial

Alimentación de lactantes con sucedáneos de la leche materna.

Alimentación complementaria

Alimentos sólidos o semisólidos apropiados para la edad, adecuados y seguros, además de la leche materna o de un sucedáneo de esta. Proceso que comienza cuando la leche materna o el sucedáneo de esta dejan de ser suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un lactante, por lo que se requieren otros alimentos y líquidos junto con la leche materna o el sucedáneo de esta. El intervalo diana para la alimentación complementaria se considera generalmente entre los 6 y los 23 meses.

Alimentación de lactantes en situaciones de emergencia (IFE)

La alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as (ALNP) en emergencias (IFE) tiene por objetivo proteger y apoyar la alimentación óptima de los/as lactantes y niños/as pequeños/as menores de 2 años en situaciones de emergencia. Esto incluye la protección y el apoyo a la lactancia materna temprana, exclusiva y continua, la reducción de los riesgos de la alimentación artificial para los lactantes no amamantados y la alimentación complementaria apropiada, oportuna y segura. Los lactantes que no son amamantados y que están particularmente en riesgo en situaciones de emergencia también necesitan protección y apoyo.

Alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as (ALNP)

Término utilizado para describir la alimentación de lactantes (menores de 12 meses) y niños/as pequeños/as (de entre 12 y 23 meses). Este programa se centra en la promoción y protección de la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva, la introducción oportuna de la alimentación complementaria y la continuación de la lactancia materna. Este programa aborda también cuestiones de política y legislación sobre los preparados para lactantes y los sucedáneos de la leche materna.

Alimentación de sustitución

Práctica consistente en alimentar a través de métodos alternativos a los bebés que no reciben leche materna.

Alimentación escolar

Suministro de comidas o refrigerios a los/as escolares para mejorar la nutrición y promover la educación.

Alimentación escolar de emergencia

Alimentos proporcionados en forma de comida cocinada o de suplemento alimentario, en la escuela o como ración para llevar al hogar, con el fin de mejorar la

asistencia a la escuela y el desempeño académico, así como para aliviar el hambre.

Alimentación tipo *blanket*

Alimentación de una población afectada en su conjunto, sin ir dirigida a grupos diana específicos.

Alimentos compuestos

Mezcla fortificada previamente cocinada de cereales y otros ingredientes, como legumbres, leche desnatada en polvo y aceite vegetal. Los alimentos compuestos incluyen la mezcla de trigo y soja, la mezcla de maíz y soja y la *faffa*.

Alimentos fortificados

Alimentos a los que se añaden sustancias fortificantes.

Alimentos «húmedos»

Ayuda alimentaria proporcionada en forma de ración cocinada para su consumo *in situ*.

Alimentos «secos»

Alimentos proporcionados en forma de ración seca (para llevar al hogar).

Alimentos suplementarios listos para el consumo (RUSF)

Productos especializados para el manejo de la desnutrición aguda moderada. Disponible como pastas, productos para untar o galletas. Están listos para consumir y no se contaminan con bacterias.

Alimentos terapéuticos listos para su consumo (RUTF)

Productos especializados para el manejo de la desnutrición aguda severa. Son una versión sólida de F100 con la misma composición de macronutrientes y micronutrientes, que además aporta hierro. Disponible como pastas, productos para untar o galletas. Están listos para consumir y no se contaminan con bacterias.

Anemia

Causada por falta de hierro, folatos o vitamina B 12, la anemia es difícil de diagnosticar con precisión a partir de signos clínicos que incluyen palidez, cansancio, dolores de cabeza y dificultad para respirar.

Antropometría

Mediciones corporales utilizadas para conocer el estado nutricional (antropométrico) de una persona.

Arriboflavinosis

Estado clínico resultante de una deficiencia de riboflavina (vitamina B2) y caracterizado por la presencia de estomatitis angular.

Atención de pacientes hospitalizados

Los pacientes con desnutrición severa complicada (trastornos metabólicos) son tratados en centros para pacientes hospitalizados antes de proseguir su tratamiento en régimen ambulatorio. Otros términos alternativos son Fase I, unidad de alimentación terapéutica, centro de alimentación terapéutica o centro de estabilización.

Atención domiciliaria

Programas para atender a los enfermos crónicos mediante la prestación de apoyo en el hogar.

Bajo peso al nacer

Peso al nacer inferior a 2,5 kg.

Beriberi

Enfermedad causada por la deficiencia de tiamina; existen numerosos síndromes clínicamente reconocibles, como el beriberi húmedo, el beriberi seco y el beriberi infantil.

Bocio

Inflamación de la glándula tiroides en el cuello causada por deficiencia de yodo.

BP 100:

Barra de trigo y avena fortificada con nutrientes para su uso en la fase de rehabilitación y tratamiento de niños/as y adultos con desnutrición severa. Es especialmente útil en entornos contaminados y en casos en los que no se puede establecer un centro de alimentación terapéutica.

BP5

Galletas fortificadas de alto valor energético diseñadas para ser utilizadas en la primera fase de las operaciones de socorro en casos de desastre.

Calostro

La primera leche amarilla espesa que secretan los pechos de la mujer en las últimas semanas del embarazo y los primeros dos a tres días después del parto, hasta que se establece la lactancia materna. El calostro contiene altos niveles de proteínas y anticuerpos.

Cantidad diaria recomendada (CDR)

Nivel promedio diario de ingesta dietética que es suficiente para satisfacer las necesidades de nutrientes de casi todas las personas sanas (aproximadamente el 98 %).

Ceguera nocturna

Incapacidad para ver bien en la oscuridad o en una habitación oscura. Es un signo temprano de deficiencia de vitamina A.

Centro de estabilización

Centro para la atención de pacientes hospitalizados, establecido para el tratamiento de DAS con complicaciones.

Centro de vigilancia

Centro comunitario o lugar de prestación de servicios que se utiliza para detectar cambios en el contexto, en un programa o en una variable de resultado. Las comunidades o zonas se seleccionan de forma intencionada por diversas razones, como la vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria en épocas de estrés. Los centros de vigilancia pueden abarcar desde centros de salud hasta aldeas o distritos.

Circunferencia del brazo (MUAC)

La circunferencia del brazo se mide en el brazo izquierdo estirado (en personas diestras), en el punto medio entre el extremo del hombro (acromion) y el del codo (olécranon). Mide la desnutrición aguda o emaciación en niños/as de entre 6 y 59 meses. La cinta para MUAC es una tira de plástico, marcada con medidas en mm. Un MUAC <115 indica que el/la niño/a presenta desnutrición severa; un MUAC <125 indica que el niño/a sufre desnutrición moderada.

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

Este Código fue adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1981.

Comida preparada

Tipo de ración de emergencia que proporciona un alimento completo, nutricionalmente equilibrado y listo para su consumo. Generalmente se suministra de dos maneras: en forma de barras comprimidas envasadas al vacío o como pastillas.

Cretinismo severo

Discapacidad mental y física que se produce en la descendencia de mujeres con deficiencia severa de yodo en el primer trimestre de embarazo.

Cribado nutricional

Se lleva a cabo con el fin de identificar y seleccionar a los/as niños/as desnutridos en la población.

Cuidados terapéuticos

Alimentación y tratamiento médico para rehabilitar a los/as niños/as con desnutrición aguda severa.

Desnutrición

Ingesta insuficiente de energía, proteínas o micronutrientes, que a su vez conduce a una deficiencia nutricional.

Desnutrición aguda

La desnutrición aguda, también conocida como emaciación, es un signo de delgadez y se produce como consecuencia de una pérdida de peso reciente y rápida o del hecho de no ganar peso. En niños/as, se mide a través del índice nutricional de la relación entre el peso y la talla o de la circunferencia del brazo. En adultos se mide a partir del índice de masa corporal o de la circunferencia del brazo. Una persona puede sufrir emaciación moderada o severa.

Desnutrición aguda global (DAG)

La desnutrición aguda moderada y severa se miden a partir de PTZ inferior a -2 desviaciones estándar o inferior al 80 % de la mediana, más la presencia de edema.

Desnutrición aguda moderada (DAM)

Se define como la relación entre el peso y la talla entre -2 y -3 tres desviaciones estándar de la mediana de la relación entre el peso y la talla de la población de referencia estándar.

Desnutrición aguda severa (DAS)

Es el resultado de una deficiencia reciente (a corto plazo) de proteínas, energía, minerales y vitaminas que conduce a la pérdida de grasa corporal y de tejidos musculares. La desnutrición aguda se presenta con emaciación (bajo peso para la talla) y/o presencia de edema (es decir, retención de agua en los tejidos del organismo). Se define como la relación entre el peso y la talla menos tres desviaciones estándar de la mediana de la relación entre el peso y la talla para la población de referencia estándar, circunferencia del brazo (MUAC) inferior a 115 mm, delgadez severa visible o presencia de edema nutricional.

Desnutrición crónica

La desnutrición crónica, también conocida como retraso del crecimiento, es un signo de baja estatura y se

desarrolla a lo largo de un amplio período de tiempo. En niños/as y adultos, se mide a través del índice nutricional de la relación entre talla y edad.

Desnutrición por deficiencia de micronutrientes

Existencia de un estado nutricional subóptimo debido a la falta de ingesta, absorción o aprovechamiento de una o más vitaminas o minerales. El consumo excesivo de algunos micronutrientes también puede provocar efectos adversos.

Distribución general de alimentos (DGA) o ración general de alimentos (RGA)

Distribución gratuita de una combinación de productos alimentarios a una población afectada por una emergencia.

Edema

Acumulación excesiva de líquidos en el espacio extracelular del cuerpo. El edema bilateral (retención de líquidos a ambos lados del cuerpo) es un signo clínico de desnutrición aguda severa y se denomina *edema nutricional*.

El Código

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna fue adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1981. Existe una serie de resoluciones posteriores al respecto.

Emaciación (véase «desnutrición aguda»)

Encuesta nutricional

Encuesta para evaluar la gravedad y el alcance de la desnutrición.

Enfermedades causadas por deficiencias de micronutrientes

Cuando existe una deficiencia grave de determinados micronutrientes debido a una ingesta insuficiente en la dieta, a una absorción insuficiente o a un aprovechamiento subóptimo de las vitaminas o minerales, pueden aparecer signos y síntomas clínicos específicos. Las enfermedades nutricionales clásicas, como el escorbuto, el beriberi y la pelagra, son buenos ejemplos de este tipo de enfermedades.

Enfoque de nutrición pública

Enfoque amplio para abordar los problemas nutricionales que reconoce que el estado nutricional se ve afectado por una compleja combinación de factores.

Enriquecimiento

Proceso consistente en volver a añadir o restaurar en el producto final los micronutrientes perdidos o eliminados durante el procesamiento de alimentos (por ejemplo, la harina de trigo se enriquece con vitamina B1, niacina y hierro).

Equipo de alimentación infantil

Biberones, tetinas, jeringas y vasos para bebé, con o sin tapas o boquillas.

Escorbuto

Enfermedad causada por deficiencia de vitamina C; los signos típicos incluyen inflamación y sangrado de las encías, así como una lenta cicatrización o reapertura de antiguas heridas.

Estacionalidad

Variación estacional de diversos factores, como las enfermedades, las diferentes fuentes de alimentos o el ciclo agrícola, que afectan al estado nutricional.

Estado antropométrico

El estado de crecimiento de una persona en relación con los valores de referencia de la población.

Estado nutricional

Estado de crecimiento o de micronutrientes de una persona.

Estomatitis angular

Signo de deficiencia de riboflavina caracterizado por una inflamación en las comisuras de la boca.

Evaluación nutricional rápida

Evaluación rápida dirigida a para determinar si existe un problema de nutrición importante e identificar las necesidades inmediatas. El cribado de personas para su inclusión en programas de alimentación dirigidos también es un tipo de evaluación nutricional rápida.

F-75 y F-100

Véase «leche terapéutica». F-75 es el primer sucedáneo que se debe utilizar durante el manejo inicial, comenzando lo antes posible y continuando entre 2 y 7 días hasta que el niño se estabilice; F-100 se utiliza con fines de «recuperación», para reconstruir los tejidos emaciados. F-100 contiene más calorías y proteínas. Ambos son un polvo seco.

Fase de estabilización

Fase inicial del tratamiento hospitalario de pacientes con DAS que presentan complicaciones. Su objetivo es estabilizar y reajustar el metabolismo del paciente mediante el uso de alimentos especiales (F75) y tratamiento médico. Permite un monitoreo estrecho del paciente y una terapia urgente si surgen complicaciones. También se conoce como Fase I o fase de iniciación.

Fase de rehabilitación

Tercera fase del tratamiento de la DAS con complicaciones o tratamiento inicial para la DAS sin complicaciones; su objetivo es promover un aumento rápido de peso y recuperar la fuerza a través de la ingesta regular de alimentos con alto contenido de nutrientes y energía (F100 o RUTF). Se aplica idealmente en régimen ambulatorio.

Fase de transición

Segunda fase del tratamiento hospitalario de pacientes con DAS que presentan complicaciones. Su objetivo es conseguir que el paciente se adapte progresivamente a las grandes cantidades de alimentos y nutrientes que se ofrecerán en la fase de rehabilitación (ambulatoria u hospitalaria) así como vigilar al paciente.

Fórmula infantil

Un sucedáneo de la leche materna formulado industrialmente de conformidad con las normas aplicables del Codex Alimentarius.

Fórmula infantil lista para su uso (RUIF, por sus siglas en inglés)

Un tipo de sucedáneo de la leche materna nutricionalmente equilibrado y envasado listo para su consumo por lactantes a los que, por alguna razón, no es posible amamantar.

Fortificación de alimentos

Adición de micronutrientes durante el procesamiento de un alimento o después de este, incrementando su nivel de micronutrientes por encima de los que contenía el producto alimentario original.

Grasa de macronutrientes

Proteínas y carbohidratos necesarios para una amplia variedad de funciones y procesos corporales.

Índice de masa corporal (IMC)

En personas adultas, la desnutrición aguda se mide a partir de la masa corporal.

Índice nutricional

Se calcula como la relación entre la medición corporal de un individuo y el valor esperado de un individuo de la misma talla (o edad) en una población de referencia. La relación entre el peso y la talla es el índice nutricional que se utiliza habitualmente para reflejar la desnutrición aguda (emaciación) en las evaluaciones nutricionales de emergencia.

Kwashiorkor

Forma sintomática de desnutrición asociada con problemas de crecimiento (en niños/as) y caracterizada por edema (hinchazón) y pérdida del apetito.

Lactancia materna exclusiva

Un lactante recibe únicamente leche materna y ningún otro líquido o sólido, ni siquiera agua, con la excepción de gotas o jarabes que le aportan vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.

Lactancia por nodriza

Lactancia por una mujer a un bebé que no es el suyo.

Leche de origen animal modificada en el hogar

Sucedáneo de la leche materna para lactantes de hasta 6 meses, preparado en el hogar a partir de leche de origen animal fresca o procesada, diluida adecuadamente en agua y con adición de azúcar y micronutrientes.

Leche terapéutica (véanse F100 y F75)

Derivados lácteos desarrollados para satisfacer las necesidades energéticas, de macronutrientes y micronutrientes de los/as niños/as con desnutrición severa y promover el equilibrio metabólico (F75) y el aumento de peso (F100).

Malnutrición

Término genérico comúnmente utilizado como sinónimo de la desnutrición, aunque técnicamente también se refiere a la sobrealimentación. Las personas están malnutridas si su dieta no proporciona nutrientes adecuados para el crecimiento y el mantenimiento o no pueden aprovechar plenamente los alimentos que comen debido a enfermedades (desnutrición). También están malnutridas si consumen excesivas calorías (sobrealimentación).

Manchas de Bitot

Signo clínico de deficiencia de vitamina A, caracterizado por sequedad acompañada de acumulaciones espumosas en la conjuntiva que a menudo aparecen cerca del borde exterior del iris.

Manejo de la desnutrición aguda a nivel comunitario (CMAM)

Este enfoque aspira a maximizar la cobertura y el acceso de la población al tratamiento de la DAS simplificando el acceso al tratamiento a través de servicios ambulatorios, más próximos a los hogares.

Marasmo clínico

Forma de desnutrición asociada con problemas de crecimiento (en niños/as) y caracterizada por una grave pérdida de peso corporal o emaciación.

Mezcla de maíz y soja

Alimento compuesto.

Mezcla de maíz y soja (CSB)

Tipo de alimentos compuestos.

Micronutrientes

Vitaminas y minerales esenciales que necesita el organismo a lo largo de su ciclo vital en cantidades minúsculas.

Micronutrientes múltiples en polvo

Se presentan en un pequeño sobre para espolvorear sobre los alimentos. Se propone para niños/as de entre 6 y 59 meses y mujeres embarazadas y lactantes en un contexto de inseguridad alimentaria.

Monitoreo y promoción del crecimiento

El crecimiento de un/a niño/a (relación entre el peso y la edad) se mide a intervalos y los resultados se trazan en un gráfico que representa «el camino hacia la salud».

Necesidades nutricionales

Cantidad de energía, proteínas, grasas y micronutrientes que necesita una persona para llevar una vida saludable.

Obesidad

Una persona es obesa cuando su índice de masa corporal (peso/altura²) es mayor que 30.

Pasta terapéutica

Término genérico referido a los productos a base de lípidos utilizados en el tratamiento de la desnutrición aguda severa.

Pelagra

Enfermedad causada por deficiencia de niacina, que afecta a la piel, el tracto gastrointestinal y el sistema nervioso. En ocasiones se hace referencia a ella como «las tres D»: dermatitis, diarrea y demencia.

Peso inferior al ideal

Emaciación, retraso del crecimiento o combinación de ambos; se mide a través del índice nutricional de la relación entre el peso y la edad.

Plumpy'nut

Alimento terapéutico listo para su consumo (RUTF) muy utilizado. Es una pasta de alto valor energético y con alto contenido en proteínas a base de cacahuetes, cuyo sabor es ligeramente más dulce que la mantequilla de cacahuete. Plumpy' Nut no requiere agua para su preparación; tampoco precisa de refrigeración y tiene una vida útil de 2 años, lo que facilita su uso en condiciones difíciles para tratar la desnutrición aguda severa. Se distribuye bajo supervisión médica, principalmente a los progenitores de niños/as desnutridos/as, en los casos en que el estado nutricional de los/as niños/as ha sido evaluado por un médico o un nutricionista. Véase «pasta terapéutica».

Población de referencia

116 También conocida como estándares de crecimiento y basada en encuestas de niños/as sanos/as, cuyas mediciones representan una referencia internacional para derivar el estado antropométrico de una persona.

Porcentaje de la mediana

Estado antropométrico de una persona expresado como porcentaje del valor esperado (o mediana) para la población de referencia.

Preparado de continuación

Preparados especiales de leche para bebés de 6 meses o más.

Programa de Alimentación Suplementaria (SFP)

Existen dos tipos de programas de alimentación suplementaria. Los programas de alimentación complementaria (*blanket*) proporcionan un suplemento alimentario a todos los miembros de un determinado grupo en riesgo, con independencia de si padecen DAM o no. Los programas dirigidos de alimentación suplementaria proporcionan apoyo nutricional a personas con DAM. Para ser eficaces, los programas dirigidos de alimentación suplementaria deben ejecutarse siempre cuando se disponga de un suministro suficiente de alimentos o de una ración general adecuada. En cambio,

los programas tipo *blanket* se ejecutan a menudo cuando todavía no se ha establecido la distribución general de alimentos (DGA) para el hogar o esta resulta inadecuada para el nivel de seguridad alimentaria de la población. La ración suplementaria tiene la finalidad de complementar la ración general, y no sustituirla.

Programa de alimentación terapéutica

Es el programa que admite y trata a personas con desnutrición aguda severa (DAS), ya sea en centros de salud o en régimen ambulatorio.

Programa de manejo terapéutico ambulatorio

Atención en régimen ambulatorio para el tratamiento o manejo de la desnutrición que conecta el tratamiento en el centro de salud con el seguimiento domiciliario y la rehabilitación en la comunidad.

Programas de alimentación selectiva

Programas de alimentación suplementaria o de cuidados terapéuticos.

Ración

La ración o cesta de alimentos suele consistir en una variedad de alimentos básicos (cereales, aceite y legumbres) y, en ocasiones, alimentos adicionales conocidos como alimentos complementarios (carne o pescado, frutas y hortalizas, mezclas de cereales fortificadas, azúcar, condimentos) que mejoran la adecuación nutricional y la palatabilidad.

Ración básica adecuada

Una ración adecuada satisface las necesidades mínimas de energía, proteínas, grasas y micronutrientes de la población para desarrollar una actividad física ligera, y es nutricionalmente equilibrada, diversificada, culturalmente aceptable, apta para el consumo humano y fácilmente digerible para los/as niños/as y otros grupos vulnerables afectados.

Raquitismo

Enfermedad causada por la deficiencia de vitamina D; en su forma severa, afecta al desarrollo óseo provocando arqueamiento de las piernas.

Relación entre el peso y la edad

Una medida del peso inferior al ideal.

Relación entre el peso y la talla

Una medida de la desnutrición aguda o emaciación.

Relactación

Lactancia (materna) inducida en una mujer que anteriormente amamantó.

ReSoMal (rehidratación)

Solución para niños/as con desnutrición aguda severa.

Restricción de grupos diana

Práctica consistente en limitar la cobertura de la intervención a los grupos identificados como más vulnerables.

Retraso del crecimiento (véase «desnutrición crónica»)**Seguridad alimentaria**

Acceso de todas las personas en todo momento a alimentos seguros, nutritivos y en cantidad suficiente para llevar una vida sana y activa.

Sistema de alerta temprana

Sistema de información diseñado para monitorear indicadores que puedan predecir o prevenir una inminente escasez de alimentos o una hambruna.

Succión suplementaria

Técnica utilizada para inducir la lactancia proporcionando leche terapéutica al lactante mientras succiona. Al succionar, el/la niño/a recibe leche terapéutica a través de un tubo conectado al pezón de la madre. La succión estimula la producción de leche materna, que finalmente reemplaza a la leche terapéutica.

Sucedáneos de la leche materna (SLM)

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.

Suplementación

Suministro de nutrientes a través de un alimento o en forma de comprimidos, cápsulas, jarabe o en polvo.

Sustancia fortificante

Vitaminas y minerales que se añaden a los alimentos para fortificarlos.

Tabúes alimentarios

Alimentos que no deben ingerirse por motivos culturales o religiosos.

Trastornos por deficiencia de yodo

Conjunto de anomalías que incluyen el bocio y el cretinismo.

Vigilancia nutricional

Recopilación periódica de información nutricional que se utiliza para tomar decisiones sobre acciones o políticas que afectarán a la nutrición.

Vulnerabilidad

Características de una persona o grupo en términos de su capacidad para anticipar, hacer frente, resistir y recuperarse de los efectos de un peligro natural (o provocado por el ser humano).

Xeroftalmia

Enfermedad causada por la deficiencia de vitamina A. Incluye una serie de signos oculares, como ceguera nocturna, manchas de Bitot y ulceración corneal.

