MALNUTRICIÓN CRÓNICA

MARCO DE ACCIÓN PARA UN ABORDAJE PREVENTIVO Y MULTISECTORIAL

JULIO 2023

ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE

El presente documento **Malnutrición crónica: marco de acción para un abordaje preventivo y multisectorial** ha sido desarrollado por el equipo técnico de Acción Contra el Hambre España.

Primera edición: julio 2023

Autora: Eva Iráizoz Domínguez. Técnica de Nutrición y Salud, experta en malnutrición crónica y enfoque preventivo. Departamento de Ingeniería Técnica. Acción contra el Hambre España.

Dirección técnica y validación (por orden alfabético):

Antonio Vargas Brizuela. Responsable del área de Nutrición y Salud.
Departamento de Ingeniería Técnica. Acción contra el Hambre España.

Amador Gómez Arriba. Director del departamento de I+D+i.
Acción contra el Hambre España.

Luis González Muñoz. Director del departamento de Ingeniería Técnica.
Acción contra el Hambre España.

Revisiones y contribuciones (por orden alfabético):

Bruno Abarca Tomás. Referente técnico de Nutrición y Salud.
Departamento de Producción. Acción contra el Hambre España.

Caroline Colette Andre. Referente técnica de Nutrición y Salud.
Departamento de Producción. Acción contra el Hambre España.

Catherine Darriulat. Referente técnica de Agua, Saneamiento e Higiene (WASH).
Departamento de Producción. Acción contra el Hambre España.

Cristina Ribas. Coordinadora de Nutrición. Pool de Emergencias.
Departamento de Operaciones. Acción contra el Hambre España.

Hélène Pasquier. Responsable del área de Seguridad Alimentaria y Medios de Vida.
Departamento de Ingeniería Técnica. Acción contra el Hambre España.

Manuel Sánchez. Director del departamento de Relaciones Institucionales.
Acción contra el Hambre España.

Menna Seged Abraha. Desk de Advocacy y Relaciones Institucionales.
Departamento de Relaciones Institucionales. Acción contra el Hambre España.

Pablo Alcalde Castro. Responsable del área de Agua, Saneamiento e Higiene (WASH).
Departamento de Ingeniería Técnica. Acción contra el Hambre España.

Pilar Charle Cuéllar. Técnica de Nutrición y Salud, experta en acciones comunitarias en Nutricion y Salud.
Departamento de Ingeniería Técnica. Acción contra el Hambre España.

Sara Tulipani. Técnica de Nutrición y Salud e investigación.
Departamento de Ingeniería Técnica. Acción contra el Hambre España.

Silvia Rodríguez Rivero. Técnica de Nutricion y Salud, experta en el enfoque psicosocial.
Departamento de Ingeniería Técnica. Acción contra el Hambre España.

Foto de portada: Oriol Castillo · Acción contra el Hambre.

Diseño y maquetación: Álex Delgado · La Oveja Perdida Estudio.

ÍNDICE

1. ¿QUÉ ES LA MALNUTRICIÓN CRÓNICA? 6

2. ¿POR QUÉ DEBEMOS ACTUAR? 7

2.1 Las consecuencias de la malnutrición crónica 7

2.2 Vías causales de la malnutrición crónica 11

3. ¿CÓMO DEBEMOS ACTUAR? 17

3.1 El enfoque preventivo orienta nuestras acciones 17

3.2 El enfoque de género y protección se transversaliza y se hace visible en nuestras acciones 18

3.3 El enfoque de protección del medio ambiente se incorpora en nuestras acciones 19

4. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN 20

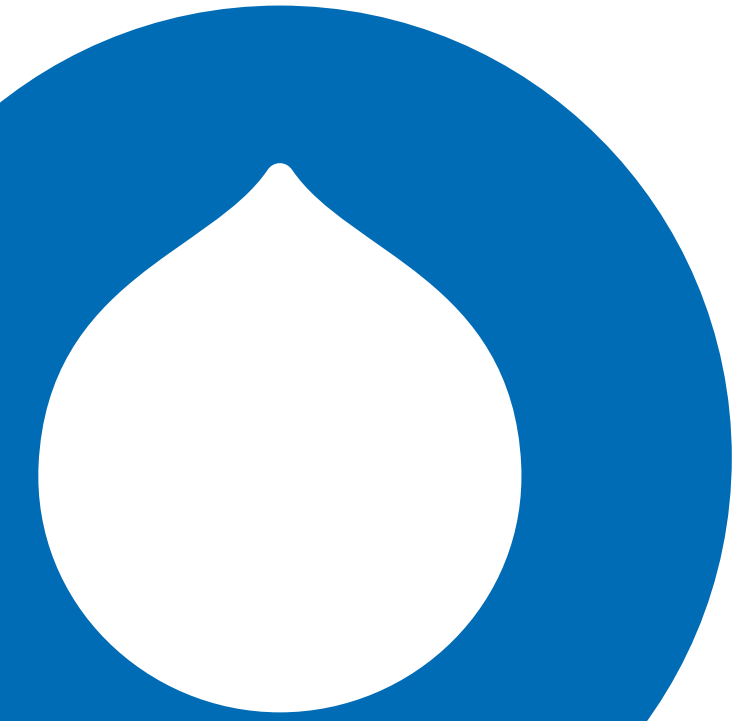
4.1 Área de intervención para proteger, salvar vidas y construir resiliencia 22

4.2 Área de investigación 33

4.3 Área de incidencia 35

5. CÓMO HACER OPERATIVA LA TEORÍA DEL CAMBIO 36

BIBLIOGRAFÍA 40



ACRÓNIMOS

AC	Alimentación Complementaria
EED	Enteropatía Ambiental
IFPRI	Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias
IYCF/ANJE	Alimentación del lactante e infantil en menores de dos años (del inglés, *infant and young child feeding*, y del francés *alimentation des nourrisons et jeunes enfants*)
LAZ/HAZ	Puntuación Z de la talla para la edad (del inglés, *height or lenght for age Z-score*)
MTP	Marco técnico de programación
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIB	Producto Interior Bruto
RCA	República Centroafricana
RDC	República Democrática del Congo
SD	Desviación estándar (del inglés, *standard deviation*)
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (del inglés, *United Nations Children's Fund*)
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana adquirida
WASH	Agua, Saneamiento e Higiene (del inglés, *water, sanitation and hygiene*)

FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Impacto de la malnutrición crónica a lo largo del ciclo de la vida.

Figura 2. Marco causal adaptado del retraso en el crecimiento.

Figura 3. Teoría del cambio propuesta para el abordaje preventivo de la malnutrición crónica.

Tabla 1. Propuesta de modalidades del MTP para el abordaje preventivo de la malnutrición crónica.

Tabla 2. Adaptación de la propuesta de modalidades a escenarios de acceso a servicios de salud.

1 ¿QUÉ ES LA MALNUTRICIÓN CRÓNICA?

La malnutrición crónica infantil refleja una situación compleja, crónica y acumulativa que suele originarse desde la concepción y durante los primeros meses de vida y que se manifiesta en un retraso en el crecimiento y el desarrollo infantil. Se considera que un niño tiene retraso del crecimiento o malnutrición crónica[1] cuando la estatura para su edad en los primeros años de vida está más de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana del Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS (altura/edad <-2 Z-score) (1).

El crecimiento en altura en la primera infancia es un indicador importante del crecimiento sano, dada su relación con el riesgo de morbilidad y mortalidad, las enfermedades no transmisibles en la edad adulta, y la capacidad de aprendizaje y la productividad. También está estrechamente relacionado con el desarrollo infantil en varios ámbitos, como las capacidades cognitivas, lingüísticas y sensoriomotoras (2).

En todo el mundo, uno de cada cuatro niños y niñas menores de cinco años tienen retraso en el crecimiento, alrededor de 150 millones de niños y niñas menores de cinco años no alcanzarán su máximo potencial de desarrollo en la vida adulta. El porcentaje se agudiza en regiones como el África subsahariana, África del este y África del sur que cuentan con más de un 30% de sus menores de cinco años afectados por retrasos en su crecimiento (3,4).

Por países, según las estimaciones de UNICEF (5), los datos son alarmantes siendo considerados en alguno de ellos como emergencia nutricional. Al menos 10 países en el mundo se sitúan por encima de un 40% de prevalencia de malnutrición crónica en menores de cinco años, siete de los cuales son países del continente africano: Burundi (58%), Eritrea (49%), Níger (47%), Libia (44%), República Democrática del Congo (40%), Madagascar (40%), República Centroafricana (40%). Les siguen de cerca en el continente Angola y Mozambique, ambos con un 38% de prevalencia. En Asia encabezan la lista Timor Oriental y Papúa Nueva Guinea con un 49% y 48%, respectivamente. Les siguen Pakistán (37%) y Afganistán (35%). Guatemala destaca en toda la región de América Latina con un 43% de prevalencia en sus menores de cinco años.

Además, en todo el mundo, al menos unos 16 millones de niños menores de cinco años sufren desnutrición aguda y crónica al mismo tiempo y casi un tercio de las mujeres en edad reproductiva y un 40% de las embarazadas sufren anemia (3,6). Según los datos disponibles, la concurrencia de malnutrición crónica, anemia y sobrepeso es una realidad para una treintena de países repartidos entre el continente africano, el sudeste asiático, oriente medio y centroeuropa (6). Todas estas cifras nos sitúan muy lejos de las metas para la reducción de la desnutrición materno infantil comprometidas en la Asamblea Mundial de la Salud hace casi una década (7,8).

De todas las formas de malnutrición, la malnutrición crónica es la forma más prevalente a nivel global. Por su prevalencia y sus serias consecuencias, constituye uno de los problemas de salud pública más importantes en todo el mundo y el principal para muchos países, pues amenaza la supervivencia de los niños y las niñas y la capacidad de prosperar de las sociedades enteras.

Sin embargo, el hecho de que tradicionalmente no haya sido enmarcada como un problema de emergencias, ha provocado que los donantes, las organizaciones humanitarias y toda la comunidad internacional hayan mirado solo hacia otras formas más visibles de desnutrición. El nivel de atención a la malnutrición crónica en contextos de emergencia es todavía escaso, pese a la enorme carga que tiene en las crisis humanitarias persistentes. Es, por tanto, urgente que la reducción de la malnutrición crónica se tenga en cuenta como un objetivo humanitario legítimo en sí mismo, de la misma manera en que lo es la prevención y el tratamiento de la desnutrición aguda como un objetivo de desarrollo (9).

1. Aunque el retraso en el crecimiento infantil, definido por una baja estatura para la edad (LAZ/HAZ menor de 2 desviaciones estándar, del inglés *lenght o height for age Z-score*), es un indicador de malnutrición crónica, en este documento utilizaremos indistintamente los términos "malnutrición crónica" y "retraso en el crecimiento".

PERMITIR QUE TODOS LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS ALCANCEN SU PLENO POTENCIAL DE DESARROLLO INDIVIDUAL ES UN DERECHO HUMANO Y UN REQUISITO ESENCIAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE (10) Y, COMO TAL, DEBE PRIORIZARSE EN LA AGENDA DE LA LUCHA CONTRA LA MORTALIDAD INFANTIL Y LA PROTECCIÓN DE LA INFANCIA.

© Fabien Touzard · Acción contra el Hambre

2 ¿POR QUÉ DEBEMOS ACTUAR?

2.1. LAS CONSECUENCIAS DE LA MALNUTRICIÓN CRÓNICA

Las consecuencias de este problema de salud se pueden visualizar a nivel de los individuos y también a nivel de las sociedades y países. La malnutrición crónica se considera uno de las principales limitantes en el desarrollo, tanto de las personas como de las comunidades y supone una merma de oportunidades para poder mejorar la calidad de vida en general. Abordamos estos impactos de manera más detallada reflejando la necesidad de actuar de una manera decisiva y eficaz como organización.

> UN FRENO AL DESARROLLO EN TORNO A LOS 1000 DÍAS

A nivel individual, la malnutrición crónica impide que los niños y las niñas que la padecen alcancen su máximo potencial de desarrollo en la primera infancia, la adolescencia y la vida adulta (11). Tras su manifestación más visible, la baja estatura para la edad, se esconden profundos retrasos en el desarrollo motor y neurocognitivo de los niños y niñas que la padecen (12).

El periodo de los 1000 días es crítico en el desarrollo cerebral. Los primeros dos años de vida son determinantes para que se termine de establecer la estructura y la función cerebral. Así, la malnutrición crónica en los primeros estadios de la infancia se asocia con una afectación de las funciones motoras, cognitivas y del lenguaje del bebé y del niño (11,13,14). Posteriormente, esto se traducirá en una disminución de la capacidad de aprendizaje y de relación, un peor desempeño escolar y, en la vida adulta, una menor productividad laboral y, en definitiva, mayor riesgo de pobreza (11,15). La afectación neurocognitiva influirá también en la receptividad de estos niños a los estímulos, ya que pueden presentar cierta apatía, un menor comportamiento exploratorio y una adquisición tardía de destrezas motoras, como gatear o caminar. Esto trae consigo una disminución de la interacción con su entorno y con sus cuidadores, lo que supone una pérdida de oportunidad para la estimulación, el aprendizaje, la generación de vínculos afectivos (16) y, en definitiva, la recuperación.

> EL EMBARGO DE UN FUTURO SANO

El retraso en el crecimiento se asocia a corto plazo con un aumento de la mortalidad infantil y de la morbilidad. Los menores de cinco años

que padecen un retraso severo en su desarrollo[2] tienen hasta cuatro veces más riesgo de morir en sus primeros años de vida que los que crecen de manera adecuada (13), en gran parte debido a que su sistema inmunitario está debilitado y están más desprotegidos ante enfermedades infecciosas, como neumonía y diarrea (13,17) y otras manifestaciones subclínicas como la enteropatía ambiental (EED) (16). La interacción entre una nutrición deficiente y las infecciones frecuentes conduce a un círculo vicioso de empeoramiento del estado nutricional y aumento de la susceptibilidad a las infecciones (11). Asimismo, presentan un mayor riesgo de sufrir, al mismo tiempo, desnutrición aguda, anemia y otras deficiencias en micronutrientes (18). El riesgo de mortalidad aumenta cuando coexisten la malnutrición crónica y la aguda en el mismo individuo (19). A largo plazo, estos retrasos también se asocian con una menor estatura en la edad adulta y un mayor riesgo de padecer obesidad y enfermedades crónicas, tales como enfermedades cardiovasculares o diabetes, mediado posiblemente en parte por los cambios metabólicos y de composición corporal sufridos en la infancia (16) .

> CONSECUENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES

La pérdida del potencial motor y cognitivo y el aumento de la morbilidad perpetúan el ciclo intergeneracional de la pobreza, reduce las oportunidades individuales y la capacidad de resiliencia de los hogares y menoscaba la economía de las familias y las comunidades, y es una de las grandes trampas para el desarrollo de los países. Las enfermedades crónicas suponen una carga económica para los hogares, asociada a los costes directos e indirectos del acceso a los servicios de salud y la pérdida de productividad y de empleo. Se estima que los adultos que han sufrido malnutrición crónica en la infancia ganan un 20% menos que los que han tenido un desarrollo pleno y se calcula que las pérdidas en PIB per cápita podrían ser de hasta un 13%[3] (20–22). Para la economía mundial, la malnutrición infantil en todas sus formas se traduce en coste de 3.5 billones de dólares, derivados de los costes y las cargas financieras que asumen las familias y la pérdida de capital humano productivo (22). Para el sector privado en países de ingresos medios y bajos, la malnutrición crónica infantil se traduce en una estimación de pérdidas de al menos 135 mil millones de dólares anuales en ventas (23). Un precio que pagan sociedades enteras por la falta de capacidad y priorización de los gobiernos y de la comunidad internacional y que contribuye a generar más pobreza y desigualdad en todo el mundo.

> UNA CUESTIÓN DE GÉNERO

La malnutrición crónica está íntimamente ligada a las inequidades de género. Los determinantes de la salud relacionados con el género son uno de los principales determinantes sociales de las inequidades en salud y nutrición. Las niñas y las mujeres a menudo son objeto de discriminación, violencia y un débil poder de decisión y de autonomía en su familia y hogar. Esto hace que estén con mayor frecuencia expuestas a factores de riesgo que las hacen más vulnerables a la malnutrición. En cuanto a las consecuencias, una niña que padezca un retraso en su crecimiento no solo verá afectado su estado nutricional y de salud, sino que además se agudizarán situaciones de desigualdad y pobreza que no harán sino ensanchar la brecha de género y menoscabar su autonomía, por ejemplo, a la hora de decidir sobre su salud— también su salud reproductiva— o acceder al mercado laboral. La salud reproductiva y la salud mental de las mujeres y de las madres están íntimamente relacionadas (24). En países de rentas medias y bajas, la prevalencia de problemas de salud mental durante el embarazo y en el primer año después del parto es significativamente alta y se asocia con retrasos en el crecimiento y el desarrollo psicosocial de la infancia, bajo peso al nacer, prácticas inadecuadas o inexistentes de

2. El retraso en el crecimiento severo se define por una estatura para la edad por debajo de tres desviaciones estándar (SD) de la mediana del Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS (LAZ/HAZ <-3 SD) (1).

3. Un estudio del Banco Mundial estimaba que, en el momento del análisis, un 57% de los trabajadores en Etiopía habrían padecido malnutrición crónica en la infancia y esto penalizaba al país con una reducción del 13% en el PIB per cápita (20).

FIGURA 1. Impacto de la malnutrición crónica a lo largo del ciclo de la vida. Adaptado de ACC/SCN e IFPRI (2000) (27).

lactancia materna, malnutrición, diarrea y menor seguimiento de las pautas de vacunación infantil (25).

El abandono escolar temprano, la ausencia de planificación familiar, los embarazos precoces y en la adolescencia y un menor espaciamiento entre las sucesivas gestaciones se asocian con un mayor riesgo de malnutrición y problemas de salud para la madre y para las futuras generaciones, dentro del círculo vicioso de la malnutrición a lo largo del ciclo de la vida (figura 1) (16,26).

> LA DOBLE CARGA DE MALNUTRICIÓN: RETO Y OPORTUNIDAD

La coexistencia de diversas formas de malnutrición, malnutrición aguda y crónica, obesidad y/o deficiencias en micronutrientes, es ampliamente reconocida por la comunidad científica y justificaría dejar de trabajar en silos (28). Esta situación, denominada doble carga de malnutrición, se observa a nivel individual, cuando de desarrollan de forma simultánea desnutrición aguda y crónica, o crónica, deficiencias en micronutrientes y/o obesidad, y puede ocurrir al mismo tiempo o en diferentes marcos temporales (por ejemplo, un adulto con obesidad que padeció malnutrición crónica en su infancia). En segundo lugar, se manifiesta en el hogar cuando diferentes personas en la familia presentan diferentes tipos de malnutrición. Por último, a nivel poblacional muchos países de bajos y medios ingresos están experimentando esta coexistencia con un aumento de la prevalencia de sobrepeso con una reducción lenta e insuficiente de la desnutrición (29). Esta situación acentúa el problema y complica la solución.

Los principales determinantes de esta coexistencia se encuentran, entre otros, en las denominadas transiciones nutricionales, epidemiológicas y demográficas, que hacen referencia a los cambios de los patrones dietéticos en la población como resultado, entre otras factores,

de la globalización y la migración a entornos urbanos, la transición hacia una mayor carga de enfermedades crónicas frente a las trasmisibles y la tendencia a poblaciones cada vez más envejecidas, respectivamente (29,30).

La doble carga de malnutrición supone un reto global, pero al mismo tiempo brinda la oportunidad de trabajar de manera integral en la prevención de todas las formas de malnutrición y de abordar las causas subyacentes y estructurales (29).

LA MALNUTRICIÓN CRÓNICA ES UN PROBLEMA DESATENDIDO QUE IMPACTA SOBRE EL INDIVIDUO, LA COMUNIDAD Y TODO EL SISTEMA Y ABORDARLO ES CLAVE PARA LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA DEL HAMBRE.

Impacto sobre el individuo

- En determinados contextos es uno de los grandes contribuidores a la morbimortalidad infantil y adulta.
- Embarga el futuro de las generaciones actuales y futuras, es un freno para el desarrollo personal.
- Es un problema estigmatizante.

Impacto sobre la comunidad

- Profundiza las desigualdades sociales.
- Aumenta la brecha de género.
- Merma las capacidades de resiliencia de la población para hacer frente al problema del hambre.

Impacto sobre el sistema

- Hace más critica la situación y demanda soluciones más complejas.
- Debilita sistemas de salud y de protección social que intentan atender las consecuencias que genera tanto a corto como a largo plazo.

Poner el foco en las mujeres, la primera infancia y la adolescencia es cumplir con la obligación de garantizar el derecho de cada niño y cada niña de sobrevivir y prosperar. Es una de las mejores inversiones que puede hacer un país para impulsar el crecimiento económico, promover sociedades pacíficas y eliminar la pobreza y la desigualdad.

2.2. VÍAS CAUSALES DE LA MALNUTRICIÓN CRÓNICA

La malnutrición infantil en todas sus formas se asocia con un complejo entramado de factores. En base a las últimas evidencias disponibles, resulta cada vez más difícil separar los mecanismos causales que nos llevan a las diferentes formas de malnutrición en la infancia. Por ello, trabajar desde el enfoque preventivo y multisectorial tiene el potencial de impactar de manera positiva en la prevención de otras formas de malnutrición (31), más allá de la crónica, y en la salud en general.

> UN MARCO CAUSAL ADAPTADO

La Organización Mundial de la Salud planteaba hace casi una década un marco adaptado para la malnutrición crónica (32) basado en el marco causal de UNICEF (33) (figura 2) que refleja la complejidad de las causas y las divide en cuatro grandes bloques: (1) factores del hogar y familiares (relacionados con la salud de la madre y el entorno familiar), (2) prácticas inadecuadas en la lactancia, (3) alimentación complementaria inadecuada y (4) procesos infecciosos clínicos y subclínicos.

Además, se reconocen los determinantes subyacentes ligados al acceso a los servicios de salud y a agua y saneamiento, a la seguridad alimentaria, al acceso a la educación de calidad y al contexto social, económico y político.

Si bien no es objeto de este documento ahondar en el análisis del marco causal, detallamos a continuación algunas de las vías causales y de sus factores asociados.

© Laurent Theteen · Acción contra el Hambre

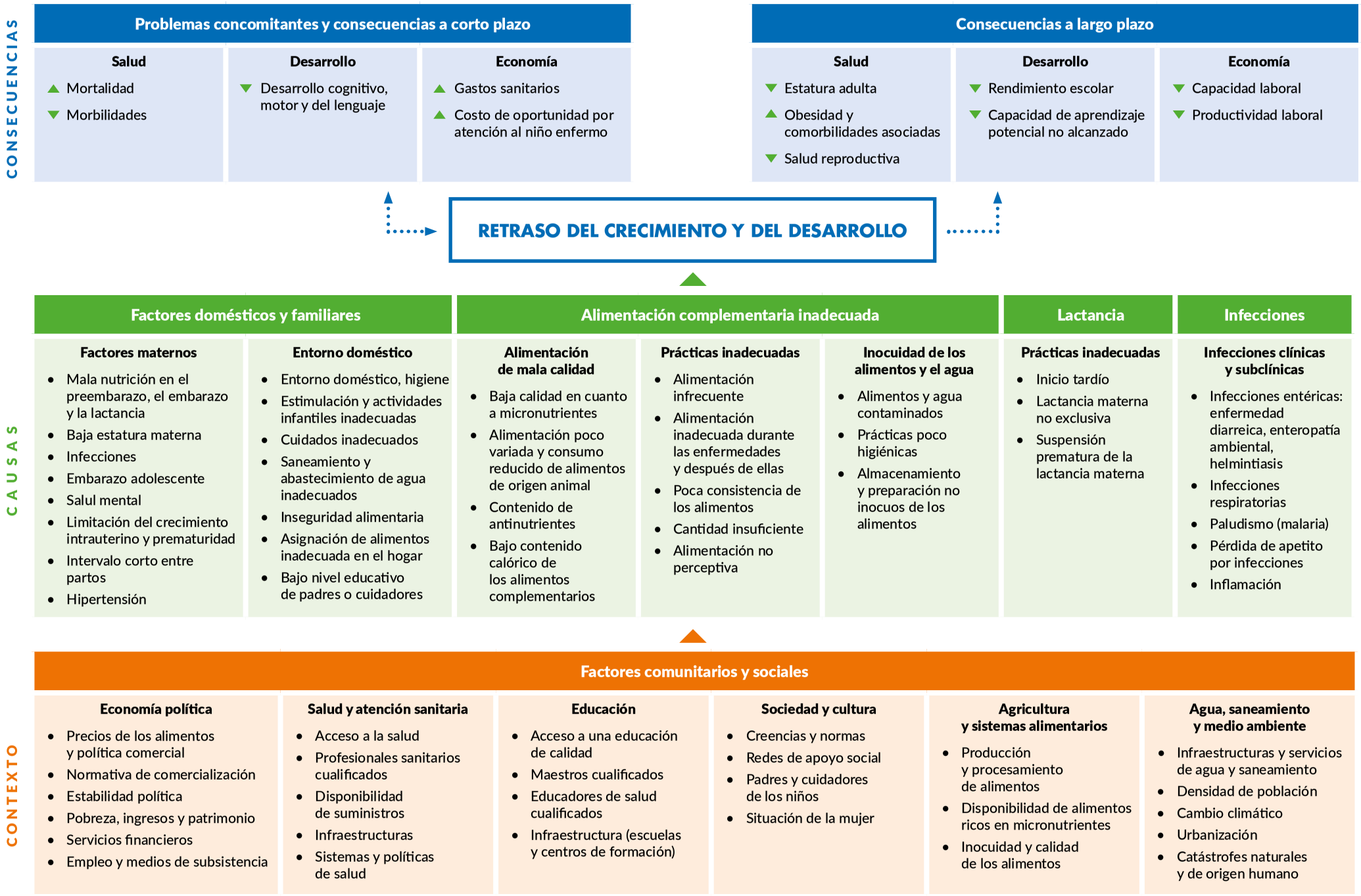


FIGURA 2. Marco causal adaptado del retraso en el crecimiento. OMS, 2014 (32)

¿Dónde empieza el problema?
Posibles ventanas de oportunidad.

El retraso en el crecimiento puede comenzar en el útero y a lo largo de los primeros dos años de vida del bebé (11,34). Evidencias recientes muestran que una gran parte del retraso en el crecimiento lineal se observa durante la gestación, al nacer y durante los primeros tres meses de vida (35,36). Esto da una idea de la influencia de los **factores prenatales** en el desarrollo fetal desde la concepción hasta el nacimiento. El estado de salud, física y mental, el estado nutricional y el grado de autonomía de la mujer van de la mano y enmarcan algunos de estos factores prenatales asociados con retrasos en el crecimiento y el desarrollo. Es el caso de la edad materna, el espaciamiento de los embarazos, el estado serológico en cuanto al VIH, el nivel educativo de la madre (37) o la salud mental de la mujer en la etapa perinatal (38), entre otros.

Los bebés nacidos de madres más jóvenes tienen un mayor riesgo de padecer retrasos en el crecimiento (39,40). Por otra parte, un intervalo menor de dos años entre embarazos en las mujeres incrementa el riesgo de tener bebés con bajo peso o prematuros y se asocia con una mayor prevalencia de retrasos de crecimiento en la infancia (34,41). El menor espaciamiento de los embarazos se asocia a su vez con la falta de acceso a servicios de planificación familiar y el abandono temprano de la lactancia materna. Además, estas mujeres tendrán más riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo como anemia, hipertensión o hemorragias y empeorar su estado de salud (41). Por otra parte, la depresión materna es un factor de riesgo para la malnutrición crónica infantil (39,40,42) pues este estado determinaría la provisión de cuidados y la estimulación del bebé.

© Sebastien Dujindam · Acción contra el Hambre

© Sylvain Cherkaoui · Acción contra el Hambre

Papel de las enfermedades infecciosas asociadas y de un bajo acceso al sistema de salud.

Las **infecciones recurrentes**, en especial las respiratorias, como la malaria o la neumonía, y las diarreas, frecuentes en contextos de bajos ingresos, son factores que contribuyen al retraso en el crecimiento. La malaria, con gran presencia en los contextos de trabajo de Acción contra el Hambre, puede influir desde la gestación y se asocia con el retraso en el crecimiento. Algunos estudios sugieren que el paludismo tiene efectos negativos en el estado nutricional en la primera infancia y viceversa, aunque las evidencias son inconcluyentes en este sentido (43). Un estudio reciente encontró que la probabilidad de sufrir retraso del crecimiento entre los niños menores de dos años era un 10% menor cuando sus madres habían recibido profilaxis antipalúdica durante el embarazo y que el indicador de talla para la edad mejoraba cuando además habían recibido complementos de hierro y ácido fólico (44).

El componente WASH en el origen y desarrollo del problema.

El retraso en el crecimiento está directamente asociado con el número de episodios de diarrea en menores de dos años (45) y la enteropatía ambiental (EED, del inglés, *environmental enteric dysfunction*). Se estima que un 13.5% de la prevalencia global de malnutrición crónica puede atribuirse a la diarrea (46). Por su parte, la EED es una condición silente en la que se produce una inflamación crónica a nivel intestinal. Este proceso inflamatorio conlleva una pérdida de las microvellosidades intestinales y un aumento de la permeabilidad intestinal que tiene como consecuencia directa una disminución de la absorción de nutrientes, y al mismo tiempo compromete el sistema inmunitario y aumenta el gasto energético. La enteropatía ambiental está directamente asociada con la anemia por déficit de hierro y la malnutrición crónica (47). En general, las infecciones entéricas y la desnutrición aumentan el riesgo de forma bidireccional en un círculo vicioso (48).

El nivel de **acceso a agua potable y saneamiento** en el hogar y la comunidad, entre otros factores del contexto, determinarán en gran medida la frecuencia de diarreas y otras infecciones clínicas y subclínicas en la madre, el bebé y en toda la familia, así como la posibilidad de tener **prácticas de higiene adecuadas**. En este sentido, es evidente la efectividad de las intervenciones que tienen como objetivo interrumpir la transmisión fecal-oral en la reducción de la malnutrición crónica (49).

Lactancia materna y alimentación complementaria: en el centro de los factores inmediatos.

Tras el nacimiento, el inicio y el mantenimiento de la **lactancia materna** es determinante para el estado nutricional, el desarrollo y la supervivencia del bebé. La lactancia materna es un factor protector para la madre (50) y su bebé, especialmente relevante en los países de bajos y medios ingresos donde la falta de acceso a agua en cantidad y calidad y alimentos seguros puede exponer al bebé a un mayor riesgo de diarreas y enfermedades infecciosas que ponen peligro su estado nutricional y su salud (51). La evidencia sugiere una fuerte asociación entre el retraso en el crecimiento y prácticas de lactancia inadecuadas como retrasos en la iniciación, no exclusividad en los primeros 6 meses o discontinuación prematura (46,52,53).

Una buena parte del retraso en el crecimiento, medido por la talla para la edad, se observa entre los 6 meses y los dos años del bebé, momento en que se instaura la **alimentación complementaria** (AC) (32,54,55). En este periodo, el bebé deja de depender totalmente de la leche materna para su alimentación y empieza a aumentar su movilidad, de la misma manera, incrementa su exposición directa a otros factores medioambientales y dietéticos (32). Los factores relacionados con la idoneidad de la AC en este periodo comprenden muchos aspectos: desde la calidad nutricional y la diversidad de la dieta, hasta la frecuencia y la cantidad o qué tipo de alimentos que se ofrecen al bebé, pasando por otros aspectos tan fundamentales como la higiene en la preparación y el almacenamiento de los alimentos en el hogar o la falta de acceso a agua potable.

> ORIGEN, CRONICIDAD Y EXPOSICIÓN A LO LARGO DE LOS 1000 DÍAS

Nos encontramos ante un marco **multicausal y multifactorial** común con otras manifestaciones de la desnutrición. Sin embargo, si miramos a las consecuencias, el peso de cada uno de estos factores causales sobre el desarrollo físico y neurocognitivo del bebé podría ser fuertemente dependiente del momento en el que se producen estas exposiciones. De esta manera, cabe esperar que la exposición a estos factores a lo largo de los 1000 días, el periodo de mayor vulnerabilidad que abarca el embarazo y los primeros dos años de vida, juegue un papel mayor en el

© Fabien Touzard · Acción contra el Hambre

desarrollo cerebral y el crecimiento en altura que si se producen posteriormente en la infancia (54).

Además, la exposición continuada a alguno de estos factores contribuye de manera diferencial al establecimiento de la malnutrición crónica en el individuo. Es el caso de la exposición a condiciones deficientes de salubridad en el entorno y la enteropatía ambiental (EED).

> ES POSIBLE LA RECUPERACIÓN

El retraso en el crecimiento de origen intrauterino se traduce en bebés que, al nacer, ya presentan déficits en su desarrollo. Sin embargo, la evidencia sugiere que puede existir una evolución positiva en los patrones de crecimiento de estos bebés si la exposición medioambiental, la alimentación y los cuidados que reciba son adecuados y eficazmente adaptados (37). Esto justifica **trabajar la malnutrición crónica desde un enfoque preventivo y recuperativo** también durante el periodo postnatal y en la primera infancia bajo la hipótesis de que, si se interrumpen las principales vías causales, estos bebés tienen la posibilidad de recuperar su potencial de desarrollo e incluso reestablecer ciertas funciones neuromotoras, más allá de la recuperación de las curvas de crecimiento en altura. Asimismo, es importante rescatar el concepto del cuidado cariñoso y sensible a la nutrición (*nurturing care*) (10,56–58). De hecho, solo una mejora de la estimulación y cuidados de los niños con malnutrición crónica[4] puede tener un gran impacto sobre su recuperación psicosocial, frente a otras intervenciones más complejas (59).

> LA SEGUNDA VENTANA DE OPORTUNIDAD DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es otro de los periodos de aceleración del crecimiento y el desarrollo en el individuo y se considera la "segunda ventana de oportunidad" para influir positivamente en el estado nutricional, tras la ventana de los 1000 días (60,61).
Un estado de desnutrición en la adolescencia puede ralentizar el crecimiento o agravar el retraso existente (62), con implicaciones, no solo para el propio desarrollo individual si no también para el de su futura descendencia, perpetuando el ciclo intergeneracional de malnutrición. Los bebés nacidos de madres adolescentes tienen más probabilidades de ser prematuros, tener bajo peso al nacer y sufrir retrasos en el crecimiento.

La adolescencia es además un periodo de especial vulnerabilidad para las niñas. Se calcula que 21 millones de niñas de entre 15 y 19 años, y 2 millones de niñas menores de 15 años, se quedan embarazadas cada año, sobre todo en los países de ingresos medios y bajos (63). Las necesidades nutricionales de una adolescente embarazada son mayores que los de una embarazada adulta y la competencia entre los requerimientos nutricionales del feto y de la adolescente pueden provocar una restricción del crecimiento fetal y un retraso en el crecimiento de la mujer. Las madres adolescentes suelen estar en desventaja en cuanto al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y la atención prenatal y tienen un riesgo mayor de anemia, mortalidad y morbilidad materna y neonatal (61). Además, el embarazo en la adolescencia también conlleva consecuencias económicas y sociales, como la necesidad de abandonar la escuela, lo que se traduce en menos habilidades para el cuidado y el autocuidado y menores oportunidades de empleo (64).

Por el contrario, asegurar un buen estado nutricional y de salud en la adolescencia puede contribuir a romper el ciclo de la malnutrición y sentar las bases para un crecimiento y desarrollo óptimos de las generaciones futuras (62,65). La adolescencia es también un periodo de oportunidad para la recuperación del crecimiento y el desarrollo cerebral, emocional y comportamental (66). Incluir a los y las adolescentes en los programas e intervenciones como beneficiarios, pero también como participantes activos, fomentando su participación y empoderamiento, es además una oportunidad de avanzar en la lucha contra las inequidades de género y avanzar en los derechos de la infancia y los y las adolescentes.

4. Por ejemplo, a través de sesiones semanales de juego con la madre o el cuidador que se proveen en la modalidad de intervención de IYCF/ANJE (promoción de prácticas de alimentación y cuidados para lactantes y la primera infancia).

Durante el periodo de los 1000 días, durante el embarazo y hasta los primeros dos años de vida del bebé, la nutrición, los cuidados y el entorno serán determinantes para su desarrollo cerebral, su capacidad de aprendizaje, su futuro bienestar social y emocional y su salud en general. De igual manera, será necesario prestar atención al estado de salud, el bienestar psicosocial de la mujer y su acceso a recursos básicos, así como el de toda la unidad familiar, incluyendo a los y las adolescentes.

Tenemos la certeza de que **existen soluciones y oportunidades de acción** y que el momento es **ahora**. Debemos perseguir el mayor impacto de nuestras intervenciones para prevenir la malnutrición crónica desde un **abordaje multisectorial para cortar las principales vías causales durante los periodos más críticos del desarrollo y con un enfoque de género trasversal que permita eliminar los factores ligados al género que contribuyen a este problema de salud.**

© Elisa Bernal · Acción contra el Hambre

© Acción contra el Hambre

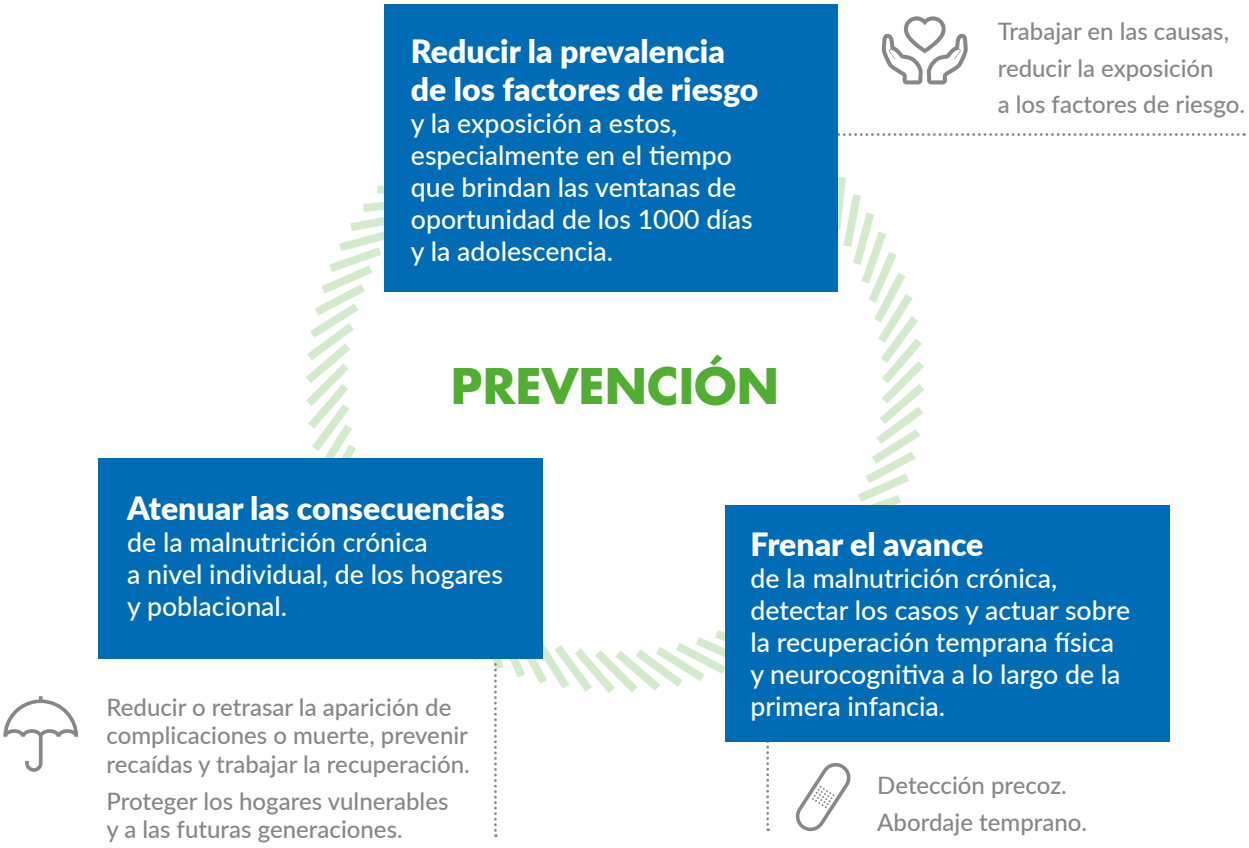
3 ¿CÓMO DEBEMOS ACTUAR?

Nuestro marco de intervención se basa en tres enfoques claves de acción; el de la prevención, el del género / protección y el de la integración de medidas y acciones alineadas con el respeto al medioambiente.

3.1. EL ENFOQUE PREVENTIVO ORIENTA NUESTRAS ACCIONES

Queremos acabar con la malnutrición crónica desde un enfoque preventivo hacia el individuo y su ecosistema. Entendemos la prevención en su definición más amplia (OMS, 1978) como el conjunto de **"medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida"** (67).

Esto se traduce en acciones encaminadas a los tres niveles de prevención: **primaria**, dirigida a reducir la prevalencia y la exposición a los principales factores de riesgo con el objetivo de evitar la aparición de nuevos casos; **secundaria**, para frenar el avance de la malnutrición crónica una vez establecida desde un enfoque de detección y actuando sobre la posibilidad de recuperación temprana hacia un adecuado desarrollo; y **terciaria**, dirigida a paliar las consecuencias de la malnutrición crónica y brindar un paraguas de protección a nivel individual, familiar y poblacional.



3.2. EL ENFOQUE DE GÉNERO Y PROTECCIÓN SE TRANSVERSALIZA Y SE HACE VISIBLE EN NUESTRAS ACCIONES

Para Acción Contra el Hambre es clave en sus estrategias la incorporación de un enfoque trasformador de género y convertir las acciones en grandes motores de los cambios necesarios para superar la situación actual en relación con la malnutrición. No es solamente un propósito, sino que debe ser una realidad desarrollar acciones específicas que permitan empoderar a la mujer sacándola de un segundo plano en relación con la solución y en la capacidad de liderar los cambios.

Es claro el vínculo entre madre e hijo en el ciclo de la malnutrición en todas las formas, así como también es clara la necesidad de contar con un marco que defienda los derechos de las mujeres y facilite espacios de igualdad. El poder en la toma de decisiones es fundamental que recaiga de igual manera en todos los miembros de la familia. Los desequilibrios de poder y las desigualdades de género deben ser atendidos por los programas que persigan un efecto en la reducción de la malnutrición crónica.

De la misma manera, se debe atender la salud mental de las embarazadas y de las madres. La salud mental materna está estrechamente relacionada con el desarrollo infantil físico y psicológico. En países de ingresos medios y bajos se estima que una de cada cinco madres padece algún problema de salud mental (24) y que estos son frecuentemente desatendidos. Cuidar la salud mental materna debe ser una prioridad en programas preventivos de nutrición y salud materno-infantil (25) y considerado un fin en sí mismo.

La violencia es otra de las causas añadidas a la ecuación de la malnutrición crónica. Por ello y de manera conjunta a la defensa y promoción de otros derechos, las acciones a desarrollar deben contar con claros objetivos dirigidos a proteger a las mujeres y a quien padezca cualquier forma de violencia por razón de género y hacia la defensa de su dignidad.

3.3. EL ENFOQUE DE PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE SE INCORPORA EN NUESTRAS ACCIONES

El deterioro medioambiental está estrechamente relacionado con la malnutrición crónica. El menoscabo progresivo de los medios de vida y la merma en la capacidad de resiliencia de las poblaciones debidos al cambio climático es patente y aún estamos por ver las consecuencias más graves de este deterioro. Además, algunas reacciones de la población ante esta situación, como son los desplazamientos climáticos hacia áreas urbanas, se traducen en un menor acceso a alimentación y servicios básicos, por el incremento de la presión asistencial y la limitación de los recursos en núcleos superpoblados.

Preservar un ecosistema adecuado que facilite un ambiente salubre y saludable es fundamental para atender la malnutrición. Un marco de acción con impacto sostenible en el problema de la malnutrición crónica debe promover una conservación del medio ambiente y perseguir una reducción o anulación del impacto medio ambiental que tenemos con nuestras intervenciones.

© Sebastien Dujindam · Acción contra el Hambre

4 ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

El marco estratégico propuesto para aumentar nuestro impacto sobre la malnutrición crónica comprende **tres áreas de acción** alineadas con las prioridades de nuestro Plan Estratégico Internacional ISP3 2021-2025 (68):

Área de INTERVENCIÓN

Mujer
Recién nacido y primera infancia
Entorno

Salvamos vidas

En contextos de emergencia, las necesidades inmediatas están cubiertas de forma efectiva e inclusiva y se reduce la mortalidad.

Construimos resiliencia colectivamente

Las personas y comunidades están mejor preparadas para afrontar la adversidad y las crisis futuras.

La mitigación de la crisis climática y de la desigualdad de género se incorporan en la lucha contra el hambre de forma sistemática y sostenible.

Área de INVESTIGACIÓN

Creamos y compartimos conocimiento

Las buenas prácticas en la lucha contra el hambre se desarrollan de forma colaborativa entre todos los actores y se comparten para el empoderamiento de todos.

La generación de conocimiento para luchar eficazmente contra el hambre es indisociable y complementaria de las acciones directas que organizamos.

Área de INCIDENCIA

Conectamos y movilizamos

Los ciudadanos, comunidades, sociedad civil y actores locales, regionales e internacionales se movilizan para acabar con el hambre.

ÁREA DE INTERVENCIÓN:
Salvamos vidas y construimos capacidades de resiliencia

Necesitamos reforzar nuestras capacidades, nuevas soluciones y mejoras operacionales. Queremos conseguir **intervenciones de alto impacto en malnutrición crónica que salven vidas y ofrezcan una oportunidad de desarrollo pleno** para todas las personas y las sociedades, mejorando las existentes y proponiendo nuevos abordajes.

Debemos asegurar que nuestras respuestas empoderen a las comunidades, en especial a las mujeres, y, junto a ellas, contribuir a romper el ciclo del hambre, abordando las causas subyacentes de la malnutrición crónica y mitigando sus consecuencias.

Queremos ayudar a las mujeres y sus comunidades a que fortalezcan su capacidad de resiliencia, integrando la prevención y objetivos a largo plazo en nuestras intervenciones.

Necesitamos impregnar la malnutrición crónica, como en todos nuestros abordajes, de un enfoque trasversal de género y medioambiental y poner el foco en las mujeres y en la primera infancia.

ÁREA DE INVESTIGACIÓN:
Creamos y compartimos conocimiento

Queremos progresar en la **generación de nuevas evidencias** en torno al entendimiento y el abordaje de la malnutrición crónica y **compartir nuestro conocimiento y experiencia.**

Necesitamos detectar las brechas de evidencia en torno a la malnutrición crónica y contribuir con nuestra investigación en la búsqueda de nuevos enfoques para diseñar soluciones innovadoras y eficaces a largo plazo, contando con nuestro personal de terreno.

ÁREA DE INCIDENCIA:
Conectamos y movilizamos

Queremos ser **voz legítima y potente** en nuestra red y con todos los actores de interés a nivel internacional, participar de los espacios de discusión e incidir en la necesidad de una mayor y mejor financiación de la malnutrición crónica.

Necesitamos trabajar desde un enfoque de derechos y amplificar la voz de las mujeres, los niños y las niñas y las comunidades.

Debemos ser catalizadores del cambio de políticas basados en la evidencia, para que las mujeres y los niños puedan gozar de espacios seguros para su bienestar y desarrollo, accedan a servicios básicos y mecanismos de protección social y exista un compromiso real en hacia la reducción de los factores de riesgo y el abordaje de las consecuencias de la malnutrición crónica.

En definitiva, este marco persigue el objetivo de **acabar con el hambre y cambiar la forma de entenderla** y garantizar el derecho de cada niño y cada niña de sobrevivir y prosperar.

4.1. ÁREA DE INTERVENCIÓN PARA PROTEGER, SALVAR VIDAS Y CONSTRUIR RESILIENCIA

Las personas y las comunidades están en el centro de todo lo que hacemos, por eso, nuestro marco programático se traduce en una propuesta de intervenciones multisectoriales (nutrición, salud, WASH...) y multinivel que pivota alrededor de tres objetivos complementarios e interdependientes que pasan por **mejorar la salud y la nutrición de la mujer, del recién nacido y en la primera infancia y garantizar un entorno seguro, saludable y de apoyo, con un enfoque transformador y trasversal de género.**

MUJER

Mejorar la salud y el estado nutricional de la mujer y de la madre y promover la igualdad de derechos.

RECIÉN NACIDO Y PRIMERA INFANCIA

Mejorar la salud, la nutrición y el desarrollo infantil.

ENTORNO

Garantizar un entorno seguro, saludable y de apoyo.

A continuación, se detallan las tres líneas de acción en las que proponemos trabajar y los resultados esperados para cada uno de estos objetivos que contribuyen al abordaje preventivo de la malnutrición crónica en torno al ciclo intergeneracional del hambre y de manera específica a la ventana de oportunidad de los 1000 días.

© Guillaume Gaffiot · Acción contra el Hambre

MUJER

Mejorar la salud y el estado nutricional de la mujer y de la madre y promover la igualdad de derechos.

© Christophe Da Silva · Acción contra el Hambre

Proponemos un nuevo enfoque transformador de género (69,70), reconociendo a la mujer más allá de su función materna. Retamos las intervenciones que limitan el papel de la mujer a figuras proveedoras de cuidados, con un enfoque funcional, y que muchas veces pueden tener efectos colaterales negativos sobre las madres, como la sobrecarga en los cuidados o la generación de expectativas desvirtuadas respecto a su papel familiar y social, sin olvidar las relaciones de poder que, por razón de género, establecen dinámicas de exclusión y desigualdad en los hogares y las comunidades. Partiremos siempre de un análisis de contexto sensible al género que permita entender las normas de género y otros factores ligados al género que influyen en la salud y la nutrición de las mujeres.

La igualdad de género es una condición previa en el abordaje de la malnutrición crónica y de cualquier tipo de malnutrición. La salud, la nutrición y el desarrollo individual pleno de la mujer deben ser un fin en sí mismo, no solo un medio para mejorar la salud infantil. Miramos a una mujer cuyas decisiones en salud, concretamente en salud sexual y reproductiva, y su acceso a los recursos dependerán también de las relaciones de género y de poder que estén establecidas en su contexto familiar y comunitario (71).

En paralelo, seguimos mirando a la diada madre/bebé para romper el ciclo de pobreza y malnutrición (72). El embarazo es un periodo en el que los requerimientos nutricionales individuales aumentan. **El estado nutricional y de salud de la mujer antes y durante el embarazo marca el punto de partida de las futuras generaciones y la atención prenatal y perinatal debe estar garantizada** (73,74).

Además, reconocemos que, una vez nacido el bebé, las necesidades de las mujeres se descuidan con demasiada frecuencia a pesar de que es un momento en el que se necesitan más apoyo y más atención a la salud física y mental (74). La madre es con frecuencia la principal proveedora de alimento y de cuidados del recién nacido en sus primeros meses de vida, en los periodos más críticos de su desarrollo. En el postparto, la salud física y mental de la madre afecta a la capacidad de amamantar a su recién nacido y ofrecerle la protección y los cuidados adecuados[5] , así como de generar un vínculo afectivo sano, estimular el desarrollo óptimo junto a otras figuras de apego y tener la autonomía suficiente para desenvolverse en su entorno y buscar la mejor atención para ella y su hijo/a cuando sea necesaria dentro y fuera del hogar (40,42).

5. El cuidado materno-infantil se define como el suministro de tiempo, atención y apoyo para satisfacer las necesidades físicas, mentales y sociales, de la mujer embarazada, del niño/a en crecimiento y de su madre. En este sentido, las prácticas de cuidado que contribuyen a alcanzar un adecuado estado nutricional se definen como los hábitos domésticos que transforman los alimentos y los recursos disponibles en salud, supervivencia, crecimiento y un desarrollo óptimo del niño/a (75–77).

LÍNEAS DE ACCIÓN

1. Reducir factores de riesgo para asegurar un buen punto de partida y proporcionar recursos a la mujer para la toma de decisiones en cuanto a su salud sexual y reproductiva, el autocuidado y la alimentación, la estimulación y los cuidados del bebé.

- Acceso a servicios básicos de salud y nutrición, en especial a servicios de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y atención prenatal y postnatal.
- Suplementación nutricional durante el embarazo: hierro y ácido fólico, micronutrientes y otros suplementos nutricionales[6] .
- Promoción de la lactancia materna: acompañamiento en el inicio para una lactancia decidida y consciente.
- Apoyo psicosocial antes y durante el embarazo y después del parto a las madres y principales cuidadoras/es.
- Sensibilización y educación en salud para dotar a la madre/padre/cuidadores de recursos para la provisión de cuidados infantiles y autocuidado materno (físico y psicológico) desde un enfoque transformador de género.
- Priorizar el grupo de los/las adolescentes en la reducción de los factores de riesgo y las acciones de promoción.
- Favorecer la empleabilidad de la mujer y su autonomía económica.
- Identificar y atender las situaciones de violencia de género establecidas en la familia.

2. Frenar el avance de la malnutrición crónica establecida en el embarazo o posteriormente en los primeros meses del bebé.

- Acceso a atención postparto y promoción de cuidados maternos en salud.
- Apoyo a la continuación de la lactancia materna y acompañamiento de los procesos de decisión de la madre sobre la alimentación de su hijo/a. Apoyo a las madres en contextos de emergencia y otras situaciones en las que no sea posible o deseada la continuación de la lactancia materna.
- Apoyo psicosocial a las madres, la familia y otras figuras cuidadoras, especialmente de bebés prematuros y partos múltiples, bebés con bajo peso o con alguna enfermedad y/o discapacidad.
- Apoyar el empoderamiento y la autonomía de la mujer en su hogar y su comunidad. Sensibilización y educación a las familias, las madres y los padres, y las diferentes figuras cuidadoras en el hogar para transformar las relaciones de género y de poder.

3. Atenuar consecuencias para la mujer de la malnutrición crónica en el hogar.

- Acceso a sistemas de protección social para las madres y las familias con bebés y niños/as con malnutrición crónica en el hogar.
- Promover un acompañamiento psicosocial para todas las personas del núcleo familiar que lo necesiten.

PERIODOS CRÍTICOS

Adolescencia Edad adulta Embarazo Postparto

6. La suplementación nutricional más allá de las recomendaciones de la OMS (hierro y ácido fólico) (73,78–80) debe estar debidamente justificada y basada en las necesidades del contexto.

RESULTADOS ESPERADOS SOBRE LA MEJORA DE LA SALUD, EL ESTADO NUTRICIONAL Y LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

- **Mayor acceso a servicios básicos de salud y de planificación familiar**: retraso en la edad del primer embarazo, espaciamiento de embarazos, prevención y tratamiento de la anemia antes y durante el embarazo.

- **Mejora de prácticas de cuidado y nutricionales** en el hogar, desde y hacia las mujeres, corresponsabilidad con los hombres y entre los miembros de la familia.

- Una **experiencia postnatal positiva**[7] en términos de salud física y mental de la madre y en la cual se reconocen las necesidades de la mujer y se respetan sus decisiones y condiciones socioculturales.

- Mejora de la **lactancia materna** y el bienestar de la madre en el proceso. Inicio temprano y mantenimiento de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y continuada posteriormente. Se conocen y analizan las barreras y facilitadores socioculturales a la lactancia y se acompañan los procesos de decisión de la madre en todo momento respecto a la lactancia.

- Acceso a sistemas de **protección social** para las mujeres y las familias.

- Mejora en el **estado psicosocial** de las mujeres atendidas en los programas. Mejora de las relaciones psicoafectivas en el hogar.

7. La OMS considera una experiencia posnatal positiva aquella en la cual las mujeres, los recién nacidos, sus parejas, los cuidadores y las familias reciben información, tranquilidad y apoyo de manera consistente de parte de trabajadores de salud motivados; en la cual hay un sistema de salud flexible y con recursos que reconoce las necesidades de las mujeres y de los bebés, y que respeta su contexto cultural.

© Sadeque Rahman Saed · Acción contra el Hambre

RECIÉN NACIDO Y PRIMERA INFANCIA

Mejorar la salud, la nutrición y el desarrollo infantil.

© Eric Dessons · Acción contra el Hambre

Queremos promover el mejor desarrollo físico, emocional, social y cognitivo para alcanzar el máximo potencial de los niños y las niñas, actuando especialmente desde el nacimiento y durante sus primeros dos años de vida[8].

Ponemos el foco en el inicio temprano y el mantenimiento de la lactancia materna, de manera exclusiva hasta los 6 meses, con leche materna o sustitutos según el contexto, y en el paso a la alimentación complementaria a partir de los 6 meses. Una adecuada alimentación complementaria pasa por garantizar el acceso a alimentos de calidad en suficiente cantidad y adaptados al desarrollo del bebé y a las preferencias culturales del hogar. Además, es importante asegurar que se preparan y se administran de manera adecuada y bajo condiciones de higiene seguras.

Consideramos que es imprescindible que el bebé desde su nacimiento reciba una **adecuada atención postnatal en su hogar y desde las estructuras sanitarias.** Queremos trabajar para prevenir la anemia y otras deficiencias nutricionales y apoyar la mejora del acceso a los servicios de salud y a las campañas de vacunación y otros programas preventivos, como la suplementación con micronutrientes.

Reconocemos la **necesidad de la psicoestimulación temprana como parte de esa atención,** las ventajas del vínculo madre-bebé y fomentamos el apego para un cuidado sensible y pleno (del inglés, *nurturing care*) (57). El apoyo para el cuidado sensible y el aprendizaje temprano deben incluirse como parte de las intervenciones de nutrición óptima de los recién nacidos, los lactantes y los niños pequeños (74).

Miramos al bebé en su trayectoria respecto a las curvas de crecimiento y no nos quedamos en mediciones estáticas. **Promovemos un seguimiento continuado e integral del crecimiento del niño.** Un bebé nacido con baja talla puede mejorar o empeorar su trayectoria en función de su estado de salud, los factores del entorno y los cuidados que reciba.

8. Dependiendo del contexto, se puede ampliar a los menores de cinco años y/o considerar otros grupos de edad.

LÍNEAS DE ACCIÓN

1. Reducir factores de riesgo para favorecer las mejores prácticas de cuidado, alimentación y estimulación en el recién nacido y la primera infancia.

- Acceso a servicios básicos de salud y nutricionales del recién nacido y en la primera infancia. Seguimiento estrecho en los primeros 28 días de vida y de las metas de desarrollo de la infancia (reacción a estímulos, habilidades motoras, adquisición del lenguaje...).
- Recursos, promoción y apoyo en buenas prácticas de alimentación infantil:
  - Lactancia materna: inicio temprano, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y mantenimiento.
  - Transición hacia la alimentación complementaria a partir de los seis meses.
- Estimulación temprana del bebé y adaptada a su evolución física y psicomotora y generación de espacios seguros y saludables para el juego.
- Promoción y recursos para facilitar buenas prácticas de cuidado infantil en salud e higiene (prevención de enteropatías y enfermedades infecciosas).
- Suplementación nutricional a partir de los 6 meses con micronutrientes y otros suplementos (por ejemplo, basados en lípidos), especialmente en contextos de inseguridad alimentaria[9].

2. Frenar el avance de la malnutrición crónica una vez establecida y promover prácticas encaminadas a la recuperación del crecimiento y el desarrollo psicomotor.

- Detección y abordaje de casos de malnutrición crónica y en coexistencia con otras formas de desnutrición en menores de dos años.
- Acceso a servicios de salud y nutricionales con carácter recuperativo en la primera infancia.
- Apoyo a la continuación y/o recuperación de la lactancia materna- o sustitutos cuando no sea posible o no sea la decisión de la madre- en lactantes con malnutrición.
- Promover la estimulación y la generación de vínculos afectivos con la madre/cuidador y su entorno, especialmente en bebés o niños que ya presenten malnutrición crónica o recién nacidos más vulnerables o con alguna condición de partida (bajo peso, discapacidad...) para procurar su recuperación a lo largo de los 1000 días.

3. Atenuar las consecuencias de la malnutrición crónica infantil una vez establecida.

- Acceso a sistemas de protección social para los hogares con bebés y niños/as con malnutrición crónica.

PERIODOS CRÍTICOS

9. Siempre que esté debidamente justificado.

RESULTADOS ESPERADOS SOBRE LA MEJORA DE LA SALUD, LA NUTRICIÓN Y EL DESARROLLO INFANTIL

- Mejora en la provisión de la **alimentación, la estimulación y los cuidados** adecuados para un crecimiento y desarrollo plenos.
- La **lactancia materna** se instaura de manera exitosa desde el inicio y se mantiene de manera exclusiva hasta los 6 meses y continúa al menos durante los dos primeros años.
- La **alimentación complementaria** comienza a partir de los 6 meses de manera progresiva y con una dieta adecuada a la edad, diversa y de calidad.
- Mayor conocimiento, capacidades y recursos para llevar a cabo **prácticas higiénicas adecuadas** por parte de la madre, padres y/o otras figuras cuidadoras en el hogar, incluido en la preparación de los alimentos, que contribuyen a la prevención de EED, diarrea y enfermedades infecciosas.
- Existen apoyos para la **recuperación de los niños con malnutrición crónica** y mayor capacidad de resiliencia en los hogares con uno o más niños malnutridos.

© Christophe Da Silva · Acción contra el Hambre

ENTORNO
Garantizar un entorno seguro, saludable y de apoyo.

© Lys Arango · Acción contra el Hambre

Queremos que el bebé nazca y crezca en un entorno seguro y saludable. Asimismo, la mujer debe tener la oportunidad de desarrollarse plenamente en también en este entorno, encontrar espacios seguros, tener relaciones saludables y decidir sobre su nutrición, su salud y su maternidad.

Somos conscientes del papel que juega la enteropatía ambiental como mediador de la malnutrición crónica y, por eso, es clave garantizar que el bebé crezca en entornos higiénicos para el juego y para su desarrollo psicomotor y que estos sean facilitadores de prácticas de higiene y alimentación adecuados. Es clara la contribución de la inseguridad alimentaria en este sentido y reconocemos que la salud humana, animal y medioambiental[10] están conectadas y son interdependientes y que son necesarios más esfuerzos en la coordinación multisectorial de intervenciones (49,81).

Necesitamos reforzar un ecosistema que asegure que todas las mujeres, las madres y sus bebés puedan tener sus necesidades básicas cubiertas, acceder a servicios básicos de calidad y garantizar la atención en salud sexual y reproductiva, nutricional, salud materno-infantil y el acceso a agua potable y saneamiento en los hogares y la comunidad.

Precisamos contar con un ecosistema que facilite las buenas prácticas de cuidado materno-infantil y para las mujeres a lo largo de todo el ciclo de la vida y que reduzca los desequilibrios de género y de poder en la toma de decisiones sobre el cuidado infantil y sobre la salud en general de las mujeres, las madres y los niños.

Atenderemos los cambios de ecosistema alimentario que experimentan las personas migrantes, desplazadas o refugiadas desde el análisis y el abordaje de las condiciones de accesibilidad geográfica a la alimentación, la situación financiera y los recursos del hogar, y las influencias individuales, culturales y psicosociales a la hora de tomar decisiones sobre su salud y su nutrición (83).

Debemos tener en cuenta la variabilidad de los factores de riesgo y cómo estos impactan en diferentes momentos de la vida de la mujer y el bebé cambiando sus necesidades. Necesitamos responder ante la falta de oportunidades económicas, las variaciones estacionales y las dinámicas sociales y políticas negativas que contribuyen a aumentar la malnutrición.

Tenemos que contribuir a que se garantice la protección social en los países como parte de paquetes integrados y multisectoriales, especialmente dirigidos a las mujeres en edad reproductiva, las madres lactantes, los bebés y los niños y las niñas y sus cuidadores y promover las sinergias en los programas y las políticas de salud pública para asegurar impactos a largo plazo, sostenibles y amplios en la malnutrición.

10. El enfoque “One Health” (una sola salud) se introdujo hace más de dos décadas y hace referencia a que la salud humana y la sanidad animal son interdependientes y están vinculadas a los ecosistemas en los cuales coexisten. Defiende la necesidad de trabajar de manera multisectorial y transdisciplinar (salud pública, salud planetaria y medioambiental, salud animal y vegetal...) para prevenir, detectar y responder eficazmente a los desafíos de salud que surgen de la relación entre humanos, animales y medio ambiente (81,82).

LÍNEAS DE ACCIÓN

1. Reducir factores de riesgo relacionados con el entorno en el que viven las mujeres, los niños y las niñas y sus comunidades.

- Garantizar el acceso a servicios básicos:
  - Acceso a servicios básicos nutricionales y de salud.
  - Acceso a agua potable y saneamiento para interrumpir la transmisión fecal-oral (WASH).
- Promoción de buenas prácticas de higiene en el bebé, la mujer, el hogar y en la comunidad y creación de espacios seguros y saludables para el juego.
- Identificar y trabajar sobre barreras (económicas, sociales...) y los facilitadores en el ecosistema nutricional de las mujeres, los niños y los hogares. Promover estrategias en los hogares y las comunidades para cambiar las normas, actitudes y comportamientos en favor de la igualdad de género desde el enfoque transformador.
- Promover políticas sensibles a la malnutrición crónica y crear entornos sociales favorables desde el trabajo con las instituciones y la sociedad civil y la defensa del acceso universal a los servicios esenciales.

2. Frenar el avance de la malnutrición crónica a nivel individual, comunitario y poblacional.

- Acceso a estructuras de salud y sociales que apoyen de manera integral el desarrollo y, específicamente, la recuperación de los bebés con malnutrición crónica o el apoyo a las mujeres embarazadas con malnutrición crónica, anemia u otras deficiencias nutricionales.
- Incidencia en políticas sensibles a la malnutrición crónica y a la coexistencia de distintas formas de malnutrición a nivel individual, comunitario y poblacional.

3. Atenuar las consecuencias de la malnutrición crónica en los hogares.

- Abogar por la implementación de políticas de protección social para las familias que sufren la carga de la malnutrición crónica en sus hogares.
- Fortalecer y apoyar a las instituciones en el abordaje de las consecuencias sociales de la malnutrición crónica y la protección de los medios de vida.

PERIODOS CRÍTICOS

1000 días

Adolescencia

Edad reproductiva

RESULTADOS ESPERADOS PARA ALCANZAR UN ENTORNO SEGURO, SALUDABLE Y DE APOYO PARA LAS MUJERES, LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

- El **ecosistema nutricional** es facilitador de la toma de decisiones saludables en cuanto a la salud, la lactancia, las prácticas alimentarias y el cuidado y la higiene maternoinfantil.
- Mayor **acceso a servicios básicos de salud materno-infantiles, a agua potable y saneamiento y a estructuras sociales de apoyo.**
- Mejora la **protección social** de las mujeres, las madres y las familias con dificultades derivadas de sufrir la malnutrición crónica en sus hogares.
- Aumenta el compromiso de los gobiernos en el desarrollo de **políticas sensibles a la malnutrición crónica.**

© Andrew Quilty · Acción contra el Hambre

PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN CRÓNICA Y DESARROLLO PLENO DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

IMPACTO

- **Reducción de la prevalencia y la exposición a los principales factores de riesgo** de la malnutrición crónica durante los 1000 días y la adolescencia
- **Detección temprana de casos y se aborda la recuperación** física y neurocognitiva en la primera infancia
- **Se atenúan las consecuencias** de la malnutrición crónica a nivel individual, de los hogares y poblacional

RESULTADOS

MUJER	RECIÉN NACIDO Y PRIMERA INFANCIA	ENTORNO
Retraso en la edad del primer embarazo, espaciamiento, salud reproductiva, atención prenatal	Estimulación y cuidados de salud materno-infantiles adecuados	Ecosistema nutricional facilitador de decisiones saludables
Prácticas de cuidado adecuadas en el hogar, desde y hacia las mujeres, corresponsabilidad	Inicio temprano de la lactancia materna, exclusiva hasta 6m y continuada hasta 2 años	Servicios básicos de salud garantizados, agua potable y saneamiento, estructuras sociales accesibles
Lactancia materna adecuada, decidida y consciente	Alimentación complementaria adecuada (tiempo, cantidad y calidad)	Paraguas de protección social: mujeres, madres, hogares vulnerables
Experiencia postnatal positiva	Prácticas de higiene adecuadas	Compromiso de los gobiernos, desarrollo de políticas sensibles a la malnutrición crónica
Protección social para la mujer y en el hogar	Trabajo en recuperación de niños/as con malnutrición crónica	

ACCIONES

MUJER		RECIÉN NACIDO Y PRIMERA INFANCIA		ENTORNO	
Acceso a servicios de salud, atención prenatal, postparto, salud sexual y reproductiva (planificación familiar)	Provisión de recursos para los cuidados y el autocuidado	Acceso servicios salud & nutrición neonatales e infantiles	Detección temprana y activa de casos	Acceso a servicios de salud, agua potable, saneamiento y recursos de higiene en el hogar/ comunidad	Acceso a estructuras de salud y sociales: apoyo integral de la recuperación de los bebés y las madres MC
Lactancia materna: acompañamiento para una LM decidida	Apoyo psicosocial	Promoción de buenas prácticas de alimentación infantil	Acceso servicios salud & nutrición con carácter recuperativo	Promoción de buenas practicas de higiene y espacios seguros y saludables para el juego	Identificación y abordaje de barreras y facilitadores en el ecosistema nutricional
Provisión de recursos para la autonomía y el empoderamiento *(gender-transformative)*	Acceso a sistemas de protección social	Estimulación temprana y vínculos afectivos	Continuación/ recuperación de LM (o sustit.) en lactantes MC	Politicas sensibles a la MC y la coexistencia con otras formas	Políticas de protección social para hogares con MC
		Promoción de buenas prácticas de higiene/ salud (prev. EED, diarrea)	Generación vínculos afectivos bebés vulnerables		Fortalecimiento y apoyo institucional: abordaje de las consecuencias sociales de la MC
			Acceso a sistemas de protección social		

FIGURA 3. Teoría del cambio propuesta para el abordaje preventivo de la malnutrición crónica.

© Lys Arango · Acción contra el Hambre

4.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Las intervenciones multisectoriales dirigidas a mejorar la salud y el estado nutricional de la mujer y de la primera infancia a lo largo de los 1000 días y a crear un entorno seguro y saludable tienen el potencial de contribuir a la prevención de la malnutrición crónica. Sin embargo, aún queda mucho por entender acerca del impacto de alguna de estas intervenciones en el contexto real y a la hora de su operacionalización.

Necesitamos generar evidencias que nos permitan avanzar en nuevas soluciones y respuestas mejoradas para la prevención de la malnutrición crónica y que tengan la capacidad de ir moldeando el desarrollo de nuestro enfoque programático.

En este sentido, los proyectos de investigación operacional que se pongan en marcha contribuirán, no solo a la generación de conocimiento, sino principalmente a responder a los retos operacionales, a apoyar nuestros programas y a nuestras misiones en la puesta en marcha de este enfoque según sus necesidades y, en definitiva, a la mejora y el desarrollo de paquetes de acciones esenciales, equitativas, escalables y sostenibles que fortalezcan las estrategias de prevención de la malnutrición crónica.

Dentro de los bloques contemplados en la estrategia de investigación de Acción Contra el Hambre España, se enmarcan a continuación los retos relacionados con el enfoque preventivo de la malnutrición crónica y que se alinean al mismo tiempo con algunas de las brechas de evidencia ya identificadas en la bibliografía (84–86).

Los retos identificados se concentran en cinco focos de investigación encuadrados en el primer y el segundo bloque de la estrategia:

(1) **Vida sana**, promover enfoques comunitarios para optimizar la cobertura y el acceso a los servicios básicos y la atención nutricional;

y (2) **Futuro sostenible**, resiliencia y prevención de la malnutrición desde un enfoque comunitario.

FOCOS DE INVESTIGACIÓN OPERACIONAL PRIORITARIOS:

Bloque 1 Vida sana

Promover enfoques comunitarios para optimizar la cobertura y el acceso a los servicios básicos y la atención nutricional.

› Fórmulas alternativas de RUTF más rentables.

› ¿Cuáles son las acciones complementarias a la intervención del ICCM+ para lograr un mayor impacto en la morbilidad y mortalidad relacionadas con la malnutrición a nivel comunitario?

Foco 1 Productos y estrategias de suplementación nutricional

Se precisa mejorar los productos y formulas recomendadas existentes en la actualidad y adaptarlas a las necesidades de los grupos de población más afectados por la malnutrición crónica. Existen pocas alternativas de productos y se precisaría contar con un producto de distribución rápida y segura en contextos de emergencia. Asimismo, se tiene gran dependencia de distribuciones alimentarias que son costosas y riesgosas en determinados contextos.

También es necesario mejorar las estrategias que rompen las barreras de acceso a la población a los servicios donde se proveen estos productos o alimentos. Es preciso romper con la verticalidad de las intervenciones y desarrollar acciones y estrategias integradas en procesos ya en marcha y con comprobado acceso a la población.

Hipótesis de trabajo:

H1: los nuevos productos de suplementación nutricional materno-infantil para la prevención de la malnutrición crónica permitirán aumentar el impacto que tenemos con las intervenciones con una reducción en los costes de intervención.

H2: la estrategia de prestación de servicios basada en el trabajo de los agentes de salud comunitarios permite una mayor eficiencia en las acciones de prevención incluida la distribución de productos de suplementación.

Bloque 2 Futuro sostenible

Resiliencia y prevención de la malnutrición desde un enfoque comunitario.

› Acciones de prevención que deben aplicarse junto con el tratamiento.

› Intervenciones que refuercen los sistemas y faciliten el acceso a una nutrición de calidad.

Foco 2 Intervenciones coste-efectivas de gran impacto y escalables

Es necesario identificar un paquete de acciones mínimo de gran impacto para reducir el riesgo de padecer cualquier tipo de malnutrición y de manera específica la malnutrición crónica. Actualmente los modelos de intervención son demasiado genéricos o fallan en la identificación de las acciones a desarrollar dentro de las diferentes ventanas de oportunidad. Es necesario mejorar en la eficiencia de las intervenciones y así posibilitar el mantenimiento de las acciones en el tiempo para salir del enfoque de emergencia.

Hipótesis de trabajo:

H3: Maximizar las acciones dirigidas a promover y proteger la lactancia materna exclusiva es una oportunidad para mejorar en eficiencia en relación con el impacto de la malnutrición crónica.

H4: El desarrollo de un paquete de actividades mínimas a nivel comunitario dentro de la ventana de 1000 días mejoraría en eficiencia la intervención.

H5: El desarrollo de un paquete de actividades mínimas a nivel comunitario dentro de la ventana de oportunidad de la adolescencia mejoraría en eficiencia la intervención.

4.3. ÁREA DE INCIDENCIA

Abordar la malnutrición crónica es contribuir al desarrollo humano y social dando respuesta a uno de los mayores problemas actuales de salud pública a nivel global. La malnutrición crónica refleja la existencia de problemas estructurales constantes y enquistados, a nivel social y político, que se encuentran en la base del árbol causal. Es causa y consecuencia de dinámicas sociopolíticas perversas, pobreza, inestabilidad social y violencia.

Así, la respuesta a la malnutrición crónica pasa obligatoriamente por construir capacidades y transformar los sistemas, trabajar desde un enfoque de derechos (especialmente en salud sexual y reproductiva) y abordar grandes temas como la cobertura universal en salud o el acceso libre a población, entre otros.

Por esta razón, este enfoque se traduce también en acciones concretas de incidencia (*advocacy*) que persiguen los siguientes resultados:

R1: Favorecer el establecimiento de políticas sensibles a la malnutrición crónica y mejorar las establecidas.
Se desarrollarán acciones dentro de los procesos de actualización de protocolos y de políticas públicas donde Acción contra el Hambre tenga acceso que promuevan la visibilidad de acciones explícitas para combatir la malnutrición crónica. Es necesario poner de relieve el problema como la emergencia nutricional que es y que, sin frenarla, no es posible pensar en el desarrollo de las poblaciones. La posición de Acción contra el Hambre en los mecanismos clúster es fundamental para este resultado.

Se promoverán acciones que persigan una mayor y mejor financiación trasversal y multisectorial en malnutrición crónica. En los foros técnicos, científicos o de *advocacy* se dará mayor presencia al tema, se favorecerán las discusiones y se perseguirán decisiones y compromisos para la consecución de este resultado.

R2: Incorporar acciones que tengan como objetivo prevenir y eliminar la violencia basada en género.
Todo tipo de intervención desarrollada por Acción contra el Hambre incorporará acciones encaminadas a la obtención de este resultado. Resulta clave para tener impacto en la reducción de la malnutrición crónica con un enfoque de prevención. Por ello, la incorporación de acciones que contribuyan a eliminar la violencia basada en género en políticas y planes de acción será una demanda prioritaria de Acción contra el Hambre en todos los espacios de *advocacy*.

R3: Defender iniciativas que promuevan un entorno saludable.
Poder vivir en un entorno saludable es otra de las claves para lograr un impacto en la reducción de la malnutrición crónica. Acción contra el hambre cuenta con una política de medio ambiente que se defenderá en todos los espacios de *advocacy* en los que participamos.

R4: Crear redes de trabajo y colaboración con otros actores multisectoriales.
Se promoverán espacios y redes de trabajo para hacer visible el problema de la malnutrición crónica, las oportunidades y las posibles soluciones. Se identificará el grupo de mayor relevancia y capacidad de incidencia en la temática y se valorará nuestra pertenencia para poder participar y colaborar.

Se establecerán mesas de discusión técnicas, mesas de trabajo en el espacio R4nut y en la reunión bianual Together Against Hunger que permita la sensibilización de donantes y contrapartes.

R5: Comunicar y sensibilizar a nivel interno, en Acción Contra el Hambre y en la red internacional.
Se desarrollarán acciones de sensibilización e incidencia a nivel interno de la organización. Aún son escasos los proyectos en las diferentes misiones y contextos que desarrollan enfoques dirigidos a atender el problema de la malnutrición crónica. Para atender este resultado se desarrollarán herramientas y soporte para la difusión y sensibilización sobre el problema, así como herramientas dirigidas a mejorar la operacionalización. Se hará un trabajo en cada una de las misiones de sensibilización para la incorporación de la temática dentro de su estrategia y en la acción programática.

Por último, se incorporará la temática dentro del itinerario de formación de todos los técnicos. Esto permitirá generar una mayor comprensión acerca del abordaje del problema y el enfoque preventivo y multisectorial.

5 CÓMO HACER OPERATIVA LA TEORÍA DEL CAMBIO: MARCO DE MODALIDADES PARA UN ENFOQUE PREVENTIVO Y MULTISECTORIAL

Acción contra el Hambre España cuenta con un marco técnico de programación (MTP) compuesto por modalidades que facilitan el diseño y la implementación de los programas e intervenciones multisectoriales. Estas modalidades, clasificadas en tres ejes de acciones, describen el estándar de referencia para la ejecución de las diferentes soluciones técnicas, en consonancia con las recomendaciones internacionales. El marco descrito para abordar la malnutrición crónica es multisectorial y sus acciones se pueden englobar en diferentes modalidades de intervención que interpelan a diferentes sectores.

La tabla 1 recoge una propuesta de modalidades de intervención prioritarias para el abordaje preventivo y multisectorial de la malnutrición crónica. De las modalidades comprendidas en el MTP se han seleccionado aquellas que mejor responden a las acciones descritas en la teoría del cambio (figura 3) y que mayor impacto esperado tienen sobre la malnutrición crónica, según la bibliografía revisada.

Se incluyen algunas modalidades de provisión directa de servicios de salud dada la importancia de garantizar una atención básica de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil en situaciones en las que no existan o no se tenga acceso a estructuras de salud funcionales, así como protección de IYCF/ANJE en emergencias. En la tabla 2 se visualizan, a modo de ejemplo, dos escenarios posibles diferenciados por la situación de acceso a servicios de salud.

El objetivo de proporcionar este marco de modalidades de intervención es ayudar a los equipos y las misiones al planteamiento de propuestas de programáticas que, alineadas con el marco técnico de programación, busquen reducir la malnutrición crónica desde un enfoque preventivo y multisectorial. No obstante, la formulación de los programas deberá adaptarse a la estrategia y el contexto específicos de cada lugar y se seleccionarán las modalidades más pertinentes atendiendo, al menos, a los siguientes criterios:

CRITERIO 1	CRITERIO 2	CRITERIO 3
La alineación con la estrategia misión.	**Las necesidades identificadas y el análisis de las causas directas y subyacentes específicas del contexto.**	**La complementariedad con otros actores en terreno u otros proyectos en marcha.**
El marco de acción en cada contexto está regulado por la estrategia que cada misión tiene definida. Esta no solo contempla las necesidades sino también las oportunidades de implementación como actor humanitario.	Es necesario hacer un análisis de causalidad o conocer los factores directos y subyacentes para poder establecer el mejor marco de intervención posible. La intervención debe ser adaptada a estas necesidades no cubiertas y a la causalidad específica del contexto.	Acción contra el Hambre debe dar un valor añadido a su intervención. Así, debe considerar el ecosistema de intervención y desarrollar acciones de partenariado para que los proyectos cuenten con la mejor calidad y complementariedad con los que estén ya en marcha. En este marco es fundamental desarrollar el enfoque de localización de la organización.

EJE	PROGRAMA	INTERVENCIÓN	MODALIDAD
PROTEGER VIDAS	Intervenciones de salud y nutrición	Respuestas rápidas de salud y nutrición	Restablecimiento de la capacidad de los servicios de atención primaria en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil
			Prestación directa y móvil de servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil
			IYCF- E
			Micronutrientes
		Intervenciones alimentarias	Distribuciones alimentarias suplementarias *(blanket feeding)*
		Prevención de enfermedades dentro de estructuras WASH y nutricionales	Promoción de la salud en entornos sanitarios y nutricionales
	Asegurar cobertura de necesidades básicas	Asistencia Salud/ WASH/ FSL	Transferencias monetarias
			Apoyo psicosocial
			Promoción de la salud fuera de las estructuras sanitarias y nutricionales
PROMOVER CAPACIDADES	Cambios en conocimientos y prácticas	Conocimientos y prácticas de cuidados materno-infantiles en salud	IYCF
			BabyWASH
		Autoconfianza y empoderamiento	Cambio de comportamiento WASH&Nut&Salud
			Toma de decisiones en el hogar
			Liderazgo personal
	Refuerzo de servicios esenciales	Refuerzo de servicios esenciales	Fortalecimiento de los servicios de atención primaria
			Fortalecimiento WASH: agua y saneamiento
			MAMI/ MIYCN (Management of At-risk Mothers and Infants)
TRANSFORMAR SISTEMAS	Fortalecimiento institucional y entorno facilitador de políticas	Fortalecimiento de instituciones	Asistencia técnica a instituciones públicas

Nota: En **azul** se incluyen las modalidades de sector nutrición y salud; en **verde** las modalidades del sector WASH; en **naranja** las modalidades del sector seguridad alimentaria, medios de vida o intersectoriales; y en **gris** se incluye una modalidad de *advocacy*. La selección de modalidades prioritarias que aquí se presenta no es excluyente de otras que sean consideradas por los equipos en base a los criterios previamente descritos.

TABLA 1. Propuesta de modalidades del MTP para el abordaje preventivo de la malnutrición crónica.

ESCENARIO 1	ESCENARIO 2
Contexto de **desarrollo** en el que existen y/o la población tiene **acceso a servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil funcionales.**	Situación de **emergencia o crisis prolongada** en la que **no existen y/o es reducido el acceso de la población a servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil funcionales.**
Fortalecimiento de los servicios de atención primaria	Reestablecimiento de la capacidad de los servicios de atención primaria en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil
	Prestación directa y móvil de servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil
Promoción de la alimentación infantil y del lactante (IYCF)	Promoción de IYCF/ Protección de IYCF en emergencias/ post-emergencias
	Fortalecimiento con micronutrientes en situaciones de crisis y emergencias a grupos vulnerables
Promoción de la salud en entornos sanitarios y nutricionales	Promoción de la salud en entornos sanitarios y nutricionales
	Distribución alimentaria suplementaria *(blanket feeding)*
Promoción de la salud fuera de entornos sanitarios y nutricionales	Promoción de la salud fuera de entornos sanitarios y nutricionales
Transferencias monetarias multipropósito	Transferencias monetarias multipropósito
Apoyo psicosocial	Apoyo psicosocial
BabyWASH	BabyWASH
Cambio de comportamiento (WASH, nutrición y salud)	Cambio de comportamiento (WASH, nutrición y salud)
Toma de decisiones hogar	Toma de decisiones hogar
Liderazgo personal	Liderazgo personal
Fortalecimiento de los servicios de agua y saneamiento	Fortalecimiento de los servicios de agua y saneamiento
MAMI (madres y bebés menores de 6 meses en riesgo nutricional)	
Asistencia técnica a instituciones públicas en políticas orientadas al acceso universal a los servicios esenciales	Asistencia técnica a instituciones públicas en políticas orientadas al acceso universal a los servicios esenciales

TABLA 2. Ejemplo de adaptación de la propuesta de modalidades a diferentes escenarios de acceso y funcionalidad de los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil.

POR LOS NIÑOS QUE CRECEN FUERTES Y EN CONTRA DE LAS VIDAS TRUNCADAS

En Acción contra el Hambre, tenemos por delante la misión de “salvar, mejorar y proteger vidas eliminando el hambre mediante la prevención, la detección y el tratamiento”, pasar “de la crisis a la sostenibilidad”, abordar las causas y sus efectos y proponer “soluciones a largo plazo”.

Nuestra estrategia nos llama a salvar y proteger vidas, mejorar las capacidades y la resiliencia desde un enfoque tanto curativo como preventivo y promover soluciones innovadoras.

Somos una red coherente y eficiente y seguiremos ampliando nuestra experiencia técnica y nuestros conocimientos para lograr un mayor impacto de nuestros programas e intervenciones (87).

PREVENIR Y ABORDAR LA MALNUTRICIÓN CRÓNICA ES MEJORAR LA SALUD DE LAS MADRES, DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS Y DE TODA LA COMUNIDAD.

ES PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA ACABAR CON LA POBREZA Y EL HAMBRE.

ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/publications-detail-redirect/924154693X
2. Stunting in a nutshell [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/news/item/19-11-2015-stunting-in-a-nutshell
3. 2021 Global Nutrition Report [Internet]. Disponible en: https://globalnutritionreport.org/reports/2021-global-nutrition-report/
4. UNICEF-WHO-World Bank: Joint Child Malnutrition Estimates - 2021 edition interactive dashboard [Internet]. UNICEF DATA. 2021. Disponible en: https://data.unicef.org/resources/joint-child-malnutrition-estimates-interactive-dashboard-2021/
5. Data Warehouse [Internet]. UNICEF DATA. Disponible en: https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/
6. 2020 Global Nutrition Report [Internet]. Disponible en: https://globalnutritionreport.org/reports/2020-global-nutrition-report/
7. Resolutions and decisions. Annexes. Sixty-fifth World Health Assembly [Internet]. 2012. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-en.pdf
8. Comprehensive implementation plan for maternal, infant and young child nutrition [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. Report No.: WHO/NMH/NHD/14.1. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113048/WHO_NMH_NHD_14.1_eng.pdf
9. Network (ENN) EN. Time for a change: Can we prevent more children from becoming stunted in countries affected by crisis? A briefing note for policy-makers and programme implementers. 25 de abril de 2019; Disponible en: https://www.ennonline.net/resources/www.ennonline.net/resources/timeforachange
10. Improving early childhood development: WHO guideline, WHO ECD guideline [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/publications-detail-redirect/97892400020986
11. de Onis M, Branca F. Childhood stunting: a global perspective. Matern Child Nutr. 17 de mayo de 2016;12(Suppl 1):12-26.
12. Childhood stunting - Joint article from UNICEF, WFP, WHO and FAO [Internet]. 2017. Disponible en: https://scalingupnutrition.org/news/childhood-stunting-joint-article-from-unicef-wfp-who-and-fao/
13. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, Onis M de, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The Lancet. 19 de enero de 2008;371(9608):243-60.
14. Childhood Stunting: Challenges and Opportunities [Internet]. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107026/WHO_NMH_NHD_GRS_14.1_eng.pdf?sequence=1
15. Leroy JL, Frongillo EA. Perspective: What Does Stunting Really Mean? A Critical Review of the Evidence. Adv Nutr. 1 de marzo de 2019;10(2):196-204.
16. Prendergast AJ, Humphrey JH. The stunting syndrome in developing countries. Paediatr Int Child Health. abril de 2014;34(4):250-65.
17. Olofin I, McDonald CM, Ezzati M, Flaxman S, Black RE, Fawzi WW, et al. Associations of Suboptimal Growth with All-Cause and Cause-Specific Mortality in Children under Five Years: A Pooled Analysis of Ten Prospective Studies. PLOS ONE. 29 de mayo de 2013;8(5):e64636.
18. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, Onis M de, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. The Lancet. 3 de agosto de 2013;382(9890):427-51.
19. Briend A, Khara T, Dolan C. Wasting and Stunting—Similarities and Differences: Policy and Programmatic Implications. Food Nutr Bull. marzo de 2015;36(1_suppl1):S15-23.
20. Galasso E, Wagstaff A. The Aggregate Income Losses from Childhood Stunting and the Returns to a Nutrition Intervention Aimed at Reducing Stunting. :38.
21. Hoddinott J, Alderman H, Behrman JR, Haddad L, Horton S. The economic rationale for investing in stunting reduction. Matern Child Nutr. 2013;9(S2):69-82.
22. The Cost of Malnutrition: why policy action is urgent [Internet]. Londres: Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition; 2016. Disponible en: https://glopan.org/sites/default/files/pictures/CostOfMalnutrition.pdf
23. Akseer N, Tasic H, Onah MN, Wigle J, Rajakumar R, Sanchez-Hernandez D, et al. Economic costs of childhood stunting to the private sector in low- and middle-income countries. eClinicalMedicine [Internet]. 1 de marzo de 2022;45. Disponible en: https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(22)00050-5/fulltext
24. Research Topics: Reproductive Health and Mental Health in LMICS: Women's Health. Front Glob Womens Health [Internet]. Disponible en: https://www.frontiersin.org/research-topics/36005/reproductive-health-and-mental-health-in-lmics-womens-health#overview

25. Maternal mental health and child health and development in low- and middle-income countries [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241597142
26. Marphatia AA, Cole TJ, Grijalva-Eternod C, Wells JCK. Associations of gender inequality with child malnutrition and mortality across 96 countries. Glob Health Epidemiol Genomics. 23 de marzo de 2016;1:e6.
27. Fourth Report on The World Nutrition Situation: Nutrition throughout the Life Cycle [Internet]. Ginebra: ACC/SCN en colaboración con IFPRI; 2000 p. 144. Disponible en: https://www.unscn.org/layout/modules/resources/files/rwns4.pdf
28. Wells JC, Sawaya AL, Wibaek R, Mwangome M, Poullas MS, Yajnik CS, et al. The double burden of malnutrition: aetiological pathways and consequences for health. The Lancet. 4 de enero de 2020;395(10217):75-88.
29. The double burden of malnutrition: policy brief [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-NMH-NHD-17.3
30. Shrimpton R, Rokx C. The Double Burden of Malnutrition: A Review of Global Evidence [Internet]. Washington, DC: World Bank; 2012 nov. Disponible en: https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/27417
31. Keats EC, Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Imdad A, Black RE, et al. Effective interventions to address maternal and child malnutrition: an update of the evidence. Lancet Child Adolesc Health. mayo de 2021;5(5):367-84.
32. Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF, Onyango AW. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. Matern Child Nutr. septiembre de 2013;9 Suppl 2:27-45.
33. UNICEF Conceptual Framework [Internet]. Disponible en: https://www.unicef.org/documents/conceptual-framework-nutrition
34. Christian P, Lee SE, Donahue Angel M, Adair LS, Arifeen SE, Ashorn P, et al. Risk of childhood undernutrition related to small-for-gestational age and preterm birth in low- and middle-income countries. Int J Epidemiol. 1 de octubre de 2013;42(5):1340-55.
35. Preprint: Early childhood linear growth faltering in low- and middle-income countries. Disponible en: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Early+childhood+linear+growth+failure+in+low-+and+middle-income+countries&author=Benjamin-chung,+J.&author=Mertens,+A.&author=Colford,+J.M.,+Jr.&author=Hubbard,+A.E.&author=van+der+Laan,+M.J.&author=Coyle,+J.&author=Sofrygin,+O.&author=Cai,+W.&author=Nguyen,+A.&author=Pokpongkiat,+N.N.&publication_year=2020&journal=medRxiv&doi=10.1101/2020.06.09.20127001
36. Preprint: Causes and consequences of child growth failure in low-and middle-income countries [Internet]. Disponible en: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Risk+factors+and+impacts+of+child+growth+failure+in+low-+and+middle-income+countries&author=Mertens,+A.&author=Benjamin-Chung,+J.&author=Colford,+J.M.,+Jr.&author=Coyle,+J.&author=van+der+Laan,+M.J.&author=Hubbard,+A.E.&author=Rosete,+S.&author=Malenica,+I.&author=Hejazi,+N.&author=Sofrygin,+O.&publication_year=2020&journal=medRxiv&doi=10.1101/2020.06.09.20127100
37. Namirembe G, Ghosh S, Ausman LM, Shrestha R, Zaharia S, Bashaasha B, et al. Child stunting starts in utero: Growth trajectories and determinants in Ugandan infants. Matern Child Nutr. n/a(n/a):e13359.
38. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. Bull World Health Organ. 1 de febrero de 2012;90(2):139-149H.
39. Wemakor A, Garti H, Azongo T, Garti H, Atosona A. Young maternal age is a risk factor for child undernutrition in Tamale Metropolis, Ghana. BMC Res Notes. diciembre de 2018;11(1):877.
40. Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Black MM. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ. 1 de agosto de 2011;89(8):608-615E.
41. Damtie Y, Kefale B, Yalew M, Arefaynie M, Adane B. Short birth spacing and its association with maternal educational status, contraceptive use, and duration of breastfeeding in Ethiopia. A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE. 3 de febrero de 2021;16(2):e0246348.
42. Anato A, Baye K, Tafese Z, Stoecker BJ. Maternal depression is associated with child undernutrition: A cross-sectional study in Ethiopia. Matern Child Nutr [Internet]. julio de 2020 [citado 4 de enero de 2022];16(3). Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.12934
43. Das D, Grais RF, Okiro EA, Stepniewska K, Mansoor R, van der Kam S, et al. Complex interactions between malaria and malnutrition: a systematic literature review. BMC Med. 29 de octubre de 2018;16(1):186.
44. Godha D, Tharaney M, Nanama S, Sanghvi T, Laillou A, Diop FT, et al. The Association between Iron and Folic Acid Supplementation and Malaria Prophylaxis and Linear Growth among Children and Neonatal Mortality in Sub-Saharan Africa—A Pooled Analysis. Nutrients. enero de 2022;14(21):4496.
45. Checkley W, Buckley G, Gilman RH, Assis AM, Guerrant RL, Morris SS, et al. Multi-country analysis of the effects of diarrhoea on childhood stunting. Int J Epidemiol. 1 de agosto de 2008;37(4):816-30.
46. Danaei G, Andrews KG, Sudfeld CR, Fink G, McCoy DC, Peet E, et al. Risk Factors for Childhood Stunting in 137 Developing Countries: A Comparative Risk Assessment Analysis at Global, Regional, and Country Levels. PLoS Med. noviembre de 2016;13(11):e1002164.
47. Budge S, Parker AH, Hutchings PT, Garbutt C. Environmental enteric dysfunction and child stunting. Nutr Rev. abril de 2019;77(4):240-53.

48. Guerrant RL, DeBoer MD, Moore SR, Scharf RJ, Lima AAM. The impoverished gut—a triple burden of diarrhoea, stunting and chronic disease. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. abril de 2013;10(4):220-9.
49. Waller A, Lakhanpaul M, Godfrey S, Parikh P. Multiple and complex links between babyWASH and stunting: an evidence synthesis. J Water Sanit Hyg Dev. 1 de diciembre de 2020;10(4):786-805.
50. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104(S467):96-113.
51. Campos AP, Vilar-Compte M, Hawkins SS. Association Between Breastfeeding and Child Stunting in Mexico. Ann Glob Health. 86(1):145.
52. Khan MdN, Islam MM. Effect of exclusive breastfeeding on selected adverse health and nutritional outcomes: a nationally representative study. BMC Public Health. 21 de noviembre de 2017;17(1):889.
53. García Cruz LM, González Azpeitia G, Reyes Súarez D, Santana Rodríguez A, Loro Ferrer JF, Serra-Majem L. Factors Associated with Stunting among Children Aged 0 to 59 Months from the Central Region of Mozambique. Nutrients. mayo de 2017;9(5):491.
54. Victora CG, de Onis M, Hallal PC, Blössner M, Shrimpton R. Worldwide Timing of Growth Faltering: Revisiting Implications for Interventions. Pediatrics. 1 de marzo de 2010;125(3):e473-80.
55. Dewey KG, Huffman SL. Maternal, infant, and young child nutrition: combining efforts to maximize impacts on child growth and micronutrient status. Food Nutr Bull. junio de 2009;30(2 Suppl):S187-189.
56. Nirmala Rao en R Carrie Lau, Ann M Weber, Jin Sun, Gary L Darmstadt, Alanna Sincovich, John Bacon Shone & Patrick Ip. Associations among Early Stimulation, Stunting, and Child Development in Four Countries in the East Asia-Pacific. Int J Early Child. 2020;52:175-93.
57. Nurturing care for early childhood development [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241514064
58. Jeong J, Franchett EE, Oliveira CVR de, Rehmani K, Yousafzai AK. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. PLOS Med. 10 de mayo de 2021;18(5):e1003602.
59. Walker SP, Chang SM, Powell CA, Simonoff E, Grantham-McGregor SM. Effects of psychosocial stimulation and dietary supplementation in early childhood on psychosocial functioning in late adolescence: follow-up of randomised controlled trial. BMJ. 2 de septiembre de 2006;333(7566):472.
60. The Adolescent Brain: A second window of opportunity - A Compendium - World | ReliefWeb [Internet]. Disponible en: https://reliefweb.int/report/world/adolescent-brain-second-window-opportunity-compendium
61. Prentice AM, Ward KA, Goldberg GR, Jarjou LM, Moore SE, Fulford AJ, et al. Critical windows for nutritional interventions against stunting. Am J Clin Nutr. mayo de 2013;97(5):911-8.
62. World Health Organization. Guideline: implementing effective actions for improving adolescent nutrition [Internet]. World Health Organization; 2018. 58 p. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/260297
63. Adolescent pregnancy [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy
64. Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report - World | ReliefWeb [Internet]. Disponible en: https://reliefweb.int/report/world/economic-impacts-child-marriage-global-synthesis-report
65. Digital S. Engaging Adolescents to Accelerate Progress on the first 1,000 Days [Internet]. Save the Children's Resource Centre. Disponible en: https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/engaging_adolescents_to_accelerate_progress_on_the_first_1000_days.pdf/
66. Innocenti UO of R. Handbook of Adolescent Development Research and Its Impact on Global Policy [Internet]. UNICEF-IRC. Disponible en: https://www.unicef-irc.org/publications/987-handbook-of-adolescent-development-research-and-its-impact-on-global-policy.html
67. Health Promotion Glossary of Terms 2021 [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240038349
68. Plan Estratégico Internacional 2021-2025 [Internet]. Acción Contra el Hambre; Disponible en: https://nohungerforum.sharepoint.com/acfin/d4/Forms/AllItems.aspx?id=%2Facfin%2Fd4%2F3%2E%20International%20Strategic%20Plan%203%202021%2D2025%2FFinal%20document%20ISP%202025%2FAction%20Against%20Hunger%20International%20Strategical%20Plan%202025%2Epdf&parent=%2Facfin%2Fd4%2F3%2E%20International%20Strategic%20Plan%203%202021%2D2025%2FFinal%20document%20ISP%202025
69. Gender considerations in project design: A briefing note on the gender coding scales and gender equality continuum [Internet]. Nutrition International; 2022 jul. Disponible en: https://www.nutritionintl.org/wp-content/uploads/2022/08/Gender-Considerations-Briefing-Note-FINAL-1.pdf

70. Política de Igualdad de Género. Red Internacional de Acción Contra el Hambre. [Internet]. 2021. Disponible en: https://nohungerforum.sharepoint.com/sites/GENERO/Policies%20%20Protcols/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FGENERO%2FPolicies%20%20Protcols%2FGender%20Policy%2F2021%2FAAH%2DGender%20equality%20Policy%5FESP%2Epdf&viewid=49570b11%2D16ea-%2D4bdd%2D88f4%2D99a5ffbd9167&parent=%2Fsites%2FGENERO%2FPolicies%20%20Protcols%2FGender%20Policy%2F2021
71. Yaya S, Odusina EK, Uthman OA, Bishwajit G. What does women's empowerment have to do with malnutrition in Sub-Saharan Africa? Evidence from demographic and health surveys from 30 countries. Glob Health Res Policy. diciembre de 2020;5(1):1.
72. Siddiqui F, Salam RA, Lassi ZS, Das JK. The Intertwined Relationship Between Malnutrition and Poverty. Front Public Health. 28 de agosto de 2020;8:453.
73. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549912
74. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240045989
75. Nutrition and development : a global assessment [Internet]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/61044
76. Asia S, Engle P. The Role of Caring Practices and Resources for Care in Child Survival, Growth,.
77. Conceptual Models of Child Malnutrition. The ACF approach in mental health and care practices [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/Conceptual_Models_of_Child_Malnutrition_The_ACF_approach_in_mental_health_and_care_practices_01.2013.pdf
78. WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience. Nutritional interventions update: Multiple micronutrient supplements during pregnancy [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. Disponible en: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240007789
79. Nutritional interventions update: zinc supplements during pregnancy [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240030466
80. Nutritional interventions update: vitamin D supplements during pregnancy [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240008120
81. Gharpure R, Mor SM, Viney M, Hodobo T, Lello J, Siwila J, et al. A One Health Approach to Child Stunting: Evidence and Research Agenda. Am J Trop Med Hyg. 8 de marzo de 2021;104(5):1620-4.
82. One health [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/one-health
83. Sawyer ADM, van Lenthe F, Kamphuis CBM, Terragni L, Roos G, Poelman MP, et al. Dynamics of the complex food environment underlying dietary intake in low-income groups: a systems map of associations extracted from a systematic umbrella literature review. Int J Behav Nutr Phys Act. 13 de julio de 2021;18(1):96.
84. Rueda-Guevara P, Botero-Tovar N, Trujillo KM, Ramírez A. Worldwide evidence about infant stunting from a public health perspective: A systematic review. Biomédica. 22 de septiembre de 2021;41(3):6017-554.
85. Raiten DJ, Bremer AA. Exploring the Nutritional Ecology of Stunting: New Approaches to an Old Problem. Nutrients. febrero de 2020;12(2):371.
86. Angood C, Khara T, Dolan C, Berkley JA, WaSt Technical Interest Group. Research Priorities on the Relationship between Wasting and Stunting. Bhutta ZA, editor. PLOS ONE. 9 de mayo de 2016;11(5):e0153221.
87. Plan Estratégico Internacional (ISP3).Acción contra el Hambre. 2021-2025. 2021

Enlace a toda la bibliografía consultada: ACF Chronic malnutrition | Zotero

ACCIÓN
CONTRA EL
HAMBRE