


El hambre mundial como pandemia no transmisible. Reconstrucción conceptual neutral al agente desde la tríada de Twaddle y el modelo biopsicosocial

Global Hunger as a Non-Communicable Pandemic An Agent-Neutral. Reconceptualization via Twaddle's Triad and the Biopsychosocial Model

Israel Huerta Castillo*

Universidad de Santiago de Compostela

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.05>

* Investigador de la Facultad de Filosofía, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. Correo electrónico: israel.huerta@rai.usc.es
ORCID record: 

Recepción:	Envío a dictamen:	Aceptación:	Publicación:
27.10.2025	27.10.2025	09.12.2025	02.04.2026

CÓMO CITAR: Huerta Castillo, I. (2026). El hambre mundial como pandemia no transmisible. Reconstrucción conceptual neutral al agente desde la tríada de Twaddle y el modelo biopsicosocial. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 2. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n2.05>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

Resumen

Este artículo examina si el hambre crónica satisface criterios neutrales al agente para su tratamiento como pandemia no transmisible en salud global. Integra la tríada disease–illness–sickness de Twaddle con el modelo biopsicosocial de Engel y operacionaliza “pandemia” mediante seis criterios (extensión transnacional, carga elevada, disrupción socioeconómica, coordinación internacional, externalidades y gobernanza/financiación estables). Se incorpora un anclaje bioético explícito: derecho a la alimentación, justicia distributiva, no maleficencia estructural, solidaridad y responsabilidad intergeneracional. La verificación se apoya en evidencia institucional reciente y literatura sobre nutrición poblacional, determinantes sociales, sindemias y gobernanza. Se derivan paquetes multinivel (comunitario, nacional, global) con financiación contracíclica y vigilancia integrada, y se responden objeciones (dilución, medicalización, terminología, umbrales). Se vincula la propuesta con ODS-2 y la Agenda 2030. Se concluye que el encuadre pandémico neutral al agente no diluye el término, sino que lo refina para la decisión cuando la carga y la disrupción lo exigen.

Palabras clave: bioética, inseguridad alimentaria, sindemias, justicia sanitaria, gobernanza.

1. Introducción

La expresión “pandemia del hambre” ha sido utilizada por responsables de organismos internacionales y por medios de referencia, especialmente desde 2020, con valor retórico o programático para subrayar magnitud y urgencia del fenómeno (1–3). En este trabajo se propone, en cambio, una reconstrucción conceptual y operativa de “pandemia” en sentido neutral al agente: se especifican seis criterios agregados —extensión transnacional sostenida, carga de enfermedad elevada (directa e indirecta), disrupción socioeconómica significativa, necesidad de coordinación internacional específica y prolongada, externalidades transfronterizas y requerimientos de

gobernanza/financiación estables— que permiten priorizar, coordinar y financiar respuestas sostenidas sin confundir este encuadre con la lógica de los brotes infecciosos. El enfoque sindémico —reintroducido en la discusión por Horton al inicio de la COVID-19— refuerza la atención a las interacciones biológico-sociales en contextos de privación y conflicto, y recientes revisiones lo consolidan como guía para intervenciones multinivel (4,5).

La motivación empírica es conocida y vigente. La edición más reciente de *The State of Food Security and Nutrition in the World* (SOFI 2025) estima que entre 745 y 783 millones de personas padecieron hambre en 2024 (punto medio: 764 millones), niveles aún por encima del periodo previo a la COVID-19 (6). A su vez, el *Global Report on Food Crises 2025* documenta que 281,6 millones de personas enfrentaron inseguridad alimentaria aguda en 2024 en 59 países/territorios, con 705 000 en Catástrofe/Fase 5 (7). Estas series actualizadas justifican el esfuerzo de clarificación conceptual y diseño institucional que aquí se propone.

Sobre esta base, el presente manuscrito analiza si el hambre crónica puede ser conceptualizada y tratada como una pandemia no transmisible en sentido neutral al agente. La tesis se articula con dos marcos consolidados en filosofía de la medicina: (i) la tríada *disease–illness–sickness* de Andrew Twaddle, desarrollada y clarificada en trabajos posteriores (8), que distingue analíticamente patología biológica, experiencia subjetiva e inscripción social-institucional; y (ii) el modelo biopsicosocial de George L. Engel, que integra niveles de explicación e intervención sin reducir lo social a lo biológico ni viceversa.(9) El giro añadido se basa en un anclaje bioético explícito: derecho a la alimentación (Directrices de la FAO y, de modo complementario, las *Voluntary Guidelines on Food Systems and Nutrition* del CFS), justicia distributiva, no maleficencia estructural, solidaridad y responsabilidad intergeneracional (10,11,13). En *disease*, el hambre se expresa en biomarcadores y desenlaces clínicos (desnutrición proteico-energética, anemia, déficits de micronutrientes, IMC por debajo de umbrales) y en sus consecuencias a corto y largo plazo; en *illness*,

se examina la experiencia subjetiva de la falta de alimentos (estrés, afrontamiento, estigma); y en *sickness*, se analizan roles, normas y dispositivos institucionales que determinan acceso a derechos, elegibilidad y configuración de sistemas alimentarios y de protección social (6,7,10,13). Este mapeo evita confundir hambre (experiencia/estructura), malnutrición (categoría biológica) e inseguridad alimentaria (acceso/estabilidad del hogar) y permite asignar intervenciones a la dimensión adecuada. En conjunto, la reconstrucción propuesta no sustituye la epidemiología clásica orientada a contagios; la complementa cuando el criterio decisivo es carga y disrupción y cuando el agente causal no es biológico o no se transmite por contacto, alineando la coordinación con ODS-2 (Hambre Cero) y con la Agenda 2030 (6,7,12).

2. Metodología y alcance

2.1. Enfoque y estrategia analítica

Lo que en este sentido se despliega aquí es un estudio conceptual en filosofía de la medicina y bioética con finalidad normativa orientada a la gobernanza de salud global (8,9,11,13,18–20). El objetivo es reformular la categoría “pandemia” en sentido neutral al agente y con criterios operacionales, y aplicarla al caso del hambre crónica mediante la integración de la tríada *disease–illness–sickness* (Twaddle) y el modelo biopsicosocial (Engel) (8,9). La argumentación se apoya en evidencia secundaria (informes y bases de datos institucionales; revisiones temáticas; literatura revisada por pares), priorizando fuentes con trazabilidad metodológica, cobertura global y series actualizadas (SOFI 2025; GRFC 2025) (6,7). En clave bioética, se incorporan el derecho a la alimentación (Directrices Voluntarias FAO), marcos de justicia en salud, solidaridad y responsabilidad intergeneracional (10,11,13).

2.2. Fuentes y selección de evidencia

Fuentes institucionales: se priorizan informes con continuidad temporal y metodología explícita:

- A) SOFI 2025 (FAO/IFAD/UNICEF/WFP/WHO) para hambre, inseguridad alimentaria y malnutrición (6).
- B) GRFC 2025 (FSIN/GNAFC) para inseguridad alimentaria aguda, métodos IPC y focos de gravedad (7).
- C) Comunicaciones del WFP que documentan el uso retórico-programático de “hunger pandemic” y la dimensión operativa de la respuesta (1,3).

Fuentes académicas: para sindemias y su pertinencia conceptual se consideran Horton y la Comisión *The Lancet* (4,5); para determinantes sociales y marcos ecosociales, referencias de salud pública consolidadas (13); para nutrición materno-infantil y paquetes de intervención poblacional, síntesis y guías de referencia (14–17); en gobernanza y derecho sanitario internacional, análisis sobre arquitectura, mandatos y estándares coordinados (18–21).

2.3. Criterios y pasos del análisis

Clarificación conceptual de “pandemia” y formulación de seis criterios neutrales al agente: (i) extensión transnacional sostenida; (ii) carga de enfermedad (directa/indirecta); (iii) disrupción socioeconómica; (iv) necesidad de coordinación internacional específica y prolongada; (v) externalidades transfronterizas; y (vi) exigencias de gobernanza/financiación estables (4,5,18–21).

Cartografía Twaddle–Engel del hambre: asignación de indicadores, experiencias y arreglos institucionales a *disease, illness, sickness* y derivación de intervenciones por dimensión y nivel con apoyo de literatura de nutrición y programas integrados (6,7,8,9,14–17).

Verificación del cumplimiento de los seis criterios en el hambre mediante métricas y síntesis institucionales (SOFI 2025; GRFC 2025) y comunicaciones recientes (1,3,6,7,21).

Discusión de objeciones (dilución, medicalización, terminología, umbrales) y derivación normativa para diseño institucional, vigilancia integrada y financiación contracíclica, situadas en marcos de gobernanza de salud global (11,13,18–21).

2.4. Alcance, validez, consideraciones éticas y limitaciones

Alcance: no se realizan metaanálisis ni estimaciones originales; las cifras se emplean como ilustrativas de tendencias y cargas, y para argumentar la necesidad de coordinación sostenida (6,7).

Validez: la solidez del argumento se apoya en claridad definicional, consistencia inferencial y compatibilidad con estándares de evidencia de salud pública y marcos bioéticos en salud global (5,11,13,18–21).

Ética: estudio sin participación humana o animal (uso exclusivo de fuentes públicas); la dimensión bioética se integra explícitamente (derechos, justicia, no maleficencia estructural, solidaridad y responsabilidad intergeneracional) para evaluar obligaciones de gobernanza en salud global (10,11,13).

Limitaciones: dependencia de fuentes secundarias; sensibilidad a revisiones metodológicas en informes globales; necesidad de validar empíricamente los umbrales tentativos (comparabilidad regional, disponibilidad/calidad de datos) y de afinar estándares interoperables de vigilancia y activación financiera (6,7,14–17).

3. Marco teórico

3.1. Del modelo biomédico al enfoque biopsicosocial

El modelo biomédico ha sido decisivo para identificar mecanismos fisiológicos y sustentar intervenciones clínicas; sin embargo, resulta insuficiente para fenómenos multicausales y sostenidos como el hambre crónica, cuya etiología y curso dependen de determinantes biológicos, psicológicos y sociales.(9,13,14) El modelo biopsicosocial

de Engel integra estos niveles y habilita puentes operativos entre atención primaria, nutrición clínica y poblacional, educación y políticas de protección social (transferencias, comedores, regulación de precios y de los sistemas alimentarios), reduciendo el riesgo de reduccionismo y mejorando la coordinación intersectorial (9,14–17). Este enfoque es consistente con la literatura sobre desigualdades sociales en salud y marcos ecosociales, que documentan cómo la estructura social, las trayectorias de vida y los contextos materiales se traducen en gradientes sistemáticos de salud y vulnerabilidad (13).

3.2. Tríada *disease–illness–sickness* (Twaddle)

La tríada distingue tres planos analíticos (Tabla 1): *disease* (alteraciones biológicas y funcionales; por ejemplo, emaciación, retraso del crecimiento, anemia), *illness* (experiencia subjetiva y su carga psicosocial: ansiedad por disponibilidad de alimentos, afrontamiento, estigma) y *sickness* (roles y normas institucionales que median reconocimiento, elegibilidad y acceso a derechos) (8). Aplicada al hambre, esta cartografía clarifica la asignación de indicadores (biomarcadores, escalas de inseguridad alimentaria, métricas de protección social) y de paquetes de intervención diferenciados por dimensión: terapias nutricionales, fortificación y suplementación en *disease*; apoyo psicosocial, educación alimentaria y comedores escolares en *illness*; y protección social, reservas estratégicas, estabilizadores de precios y coordinación multilateral en *sickness* (6,7,10,11,14–17). La propuesta converge con síntesis internacionales que definen paquetes integrados de intervención en nutrición materno-infantil y salud pública (14–17).

3.3. Clarificación conceptual: *hambre, malnutrición, inseguridad alimentaria*

Para evitar solapamientos, se distinguen hambre (experiencia y estructura de privación), malnutrición (categoría biológica que incluye desnutrición y exceso) e inseguridad alimentaria (condición de acceso/estabilidad a nivel de hogar) (6,10,17). Cuando se requieren

indicadores comparables, la malnutrición aporta biomarcadores (por ejemplo, emaciación, retraso del crecimiento, anemia) (14–16) y la inseguridad alimentaria aporta métricas de acceso y estabilidad del hogar (6,7,17); el hambre opera como categoría integradora que obliga a coordinación y enfoque de derechos (10–12). Este deslinde mejora la asignación de intervenciones por dimensión y la comparabilidad de la vigilancia y la evaluación.

3.4. Reconstrucción de “pandemia” con criterios neutrales al agente

La definición tradicional de “pandemia” privilegia la transmisibilidad biológica, en parte codificada por las regulaciones y marcos de seguridad sanitaria global (18–20). Para propósitos de priorización y financiación en salud global, proponemos un enfoque neutral al agente basado en seis criterios acumulativos: (1) extensión transnacional sostenida (2); carga elevada (directa e indirecta); (3) disrupción socioeconómica significativa (4); necesidad de coordinación internacional específica y prolongada (5); externalidades transfronterizas; y (6) requerimientos estables de gobernanza/financiación (4,5,18–21). La noción de síndemia ayuda a contextualizar la interacción biológico-social en contextos de privación y conflicto, justificando paquetes integrados sin reducir la pobreza a “patología” (4,5,13,14). Para instrumentar estos criterios en mandatos, vigilancia y mecanismos financieros, la literatura de gobernanza de salud global y de derecho sanitario internacional ofrece pautas sobre diseño institucional, interoperabilidad de datos y financiación predecible (18–21).

3.5. Marco bioético: derechos, principios y responsabilidad

Del encuadre pandémico neutral al agente exige un anclaje bioético explícito:

Derechos y obligaciones: el derecho a una alimentación adecuada y los *entitlements* imponen deberes positivos y negativos a Estados y comunidad internacional (disponibilidad, acceso, adecuación, estabi-

lidad) y se reflejan en el pilar *sickness* como obligaciones institucionales exigibles (10–12).

Principios aplicados a estructuras: justicia (distributiva y de reconocimiento), no maleficencia estructural (evitar daños previsibles derivados de decisiones de comercio, precios o protección social), beneficencia pública y solidaridad (cooperación transnacional y responsabilidad intergeneracional) orientan la arquitectura de decisiones (11,13).

Justificación ética de la coordinación: la lectura sindémica refuerza la legitimidad de paquetes integrados (salud–nutrición–protección social–educación) y de mecanismos contracíclicos que prevengan la “fatiga de picos” y aseguren continuidad en contextos crónicos (4,5,11,13,18–21).

Gobernanza en salud global: estándares de vigilancia integrada, umbrales de activación y financiación predecible alineados con ODS-2 se derivan de marcos robustos de gobernanza y derecho sanitario internacional (6,7,12,18–21).

4. Análisis aplicado: hambre y tríada *disease–illness–sickness*

4.1. Dimensión disease (biológica y clínica)

En *disease*, el hambre se expresa en alteraciones somáticas mensurables: desnutrición aguda (emaciación), desnutrición crónica (retraso del crecimiento), insuficiencia ponderal, anemia y déficits de micronutrientes (6,7,14–16). Los indicadores operativos consolidados incluyen z -scores peso-talla y talla-edad, prevalencias de anemia (Hb < 11 g/dL en niños de 6–59 meses; < 12 g/dL en mujeres 15–49 años) y deficiencias específicas (p. ej., vitamina A) (14–16). La respuesta con mayor respaldo empírico combina manejo integrado de la desnutrición aguda (RUTF), fortificación y suplementación de micronutrientes, y fortalecimiento de la atención primaria (14–17). Umbrales operativos tentativos para alta prioridad: emaciación (6–59

meses) $\geq 5\%$ nacional o regional sostenida ≥ 2 años, o $\geq 10\%$ en focos subnacionales; retraso del crecimiento $\geq 20\%$ nacional o tendencia al alza ≥ 3 p. p. en 5 años; anemia en mujeres 15–49 años $\geq 30\%$. Estos umbrales se inspiran en clasificaciones y rangos empleados en SOFI y en marcos programáticos de nutrición poblacional (6,7,14–16).

4.2. *Dimensión illness (experiencia y salud mental)*

Illness captura la experiencia subjetiva de la falta de alimentos: ansiedad anticipatoria, estrategias de afrontamiento negativo (por ejemplo, saltarse comidas), estigma y estrés crónico, con efectos conocidos sobre salud mental y funciones ejecutivas que impactan adherencia terapéutica, desempeño escolar y productividad (6,10,11,13,17). Instrumentalmente, las escalas de inseguridad alimentaria del hogar permiten vincular trayectorias experienciales con biomarcadores; su integración con mediciones clínicas favorece una lectura no reduccionista (6,7,14–17). Umbrales tentativos para activar respuestas no clínicas con impacto clínico y social: inseguridad alimentaria severa $\geq 15\%$ nacional (o $\geq 25\%$ en subpoblaciones) mantenida ≥ 2 años; autorreporte de reducción de raciones $\geq 20\%$ de hogares durante ≥ 12 meses (6,7,17).

4.3. *Dimensión sickness (roles, normas e instituciones)*

Sickness aborda los arreglos institucionales que median acceso a derechos y recursos: cobertura de protección social efectiva, reservas estratégicas de alimentos, estabilizadores de precios, reglas comerciales y previsibilidad presupuestaria (6,7,10–12). La literatura de determinantes sociales y marcos ecosociales documenta gradientes de clase, género y territorio; en contextos sindémicos, el hambre interactúa con enfermedades infecciosas y no transmisibles, y con choques climáticos y económicos, amplificando impactos (5,7,13–15). Operativamente, la coordinación interagencial y los arreglos de derecho

sanitario internacional ofrecen lecciones sobre vigilancia, alertas y financiación: interoperabilidad de sistemas, estándares de notificación y fondos contracíclicos (18–21). Umbrales tentativos (*sickness*): cobertura de protección social efectiva < 30 % de la población pobre y/o transferencias sin previsibilidad presupuestaria a 12 meses; volatilidad de precios de alimentos básicos > 20 % interanual con transmisión a hogares de bajos ingresos durante ≥ 2 trimestres; déficit de reservas (capacidad < 3 meses de consumo básico) o restricciones comerciales sostenidas con riesgo de desabastecimiento (6,7,18–21).

4.4. Verificación de los seis criterios “pandémicos” (*agent-neutral*)

Extensión transnacional sostenida: la inseguridad alimentaria severa y la desnutrición coexisten en múltiples regiones con persistencia plurianual y focos de alta gravedad (6,7).

Carga de enfermedad elevada (directa/indirecta): la desnutrición contribuye a mortalidad y AVAD por interacción con infecciones y por efectos a largo plazo sobre desarrollo y productividad (14–16).

Disrupción socioeconómica significativa: impactos en productividad, capital humano y cohesión social, con picos asociados a conflicto, choques climáticos y crisis de costo de vida, tal como ilustran comunicaciones recientes y advertencias de agencias especializadas (1–3,6,7,21).

Necesidad de coordinación internacional específica y prolongada: logística transfronteriza, interoperabilidad de vigilancia y financiación multilateral requieren mandatos claros y arquitectura de gobernanza (6,7,18–21).

Externalidades transfronterizas: volatilidad en precios internacionales y desplazamientos forzados con derrames regionales (6,7,18–21).

Gobernanza y financiación multilaterales estables y predecibles: se justifican mecanismos contracíclicos y predecibles para evitar ciclos de “pico-fatiga” y respuestas ad hoc (18–21).

Tabla 1. Mapeo Twaddle aplicado al hambre mundial

criterio	Umbral sugerido	Justificación
Disease	Emaciación > 5 % (nacional) ≥ 2 años o ≥ 10 % en focos; retraso del crecimiento ≥ 20 %	Series SOFI y clasificaciones de severidad [6,10,11]
Illness	Inseguridad severa ≥ 15 % nacional ≥ 10 % os; reduciora; retraso crecimiento ≥ 20 %	Módulos de hogar SOFI; literatura [6,10,11]
Sickness	Inseguridad sever ≥ 15 % nacional ≥ 220 %; reducción raciones ≥ 20 % de hogares ≥ hogares ≥ 12 meses	Módulos de marcar SOFI; literatura programática [6,10,11]
Coordinación	Protección social < 30%; volatilidad > 200 % ≥ 2 meses; falta de interoperabilidad de vigilancia	GRFC 2024; gobernanza reservas

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Señales/umbrales tentativos de activación “pandémica”

Dimensión	Indicadores ilustrativos	Intervenciones prioritarias	Fuentes clave
Disease	Emaciación, retraso del crecimiento, anemia; déficits de micronutrientes	RUTF; manejo de desnutrición aguda; fortificación; suplementación; APS	SOFI 2024 [6]
Illness	Inseguridad alimentaria severa; estrés; estigma	Transferencias; comedores escolares; apoyo psicosocial; educación alimentaria	SOFI 2024 [6]
Sickness	Cobertura de protección social; volatilidad de precios; reservas	Protección social; regulación; reservas; coordinación multilateral	GRFC 2024; gobernanza [7,11-13]

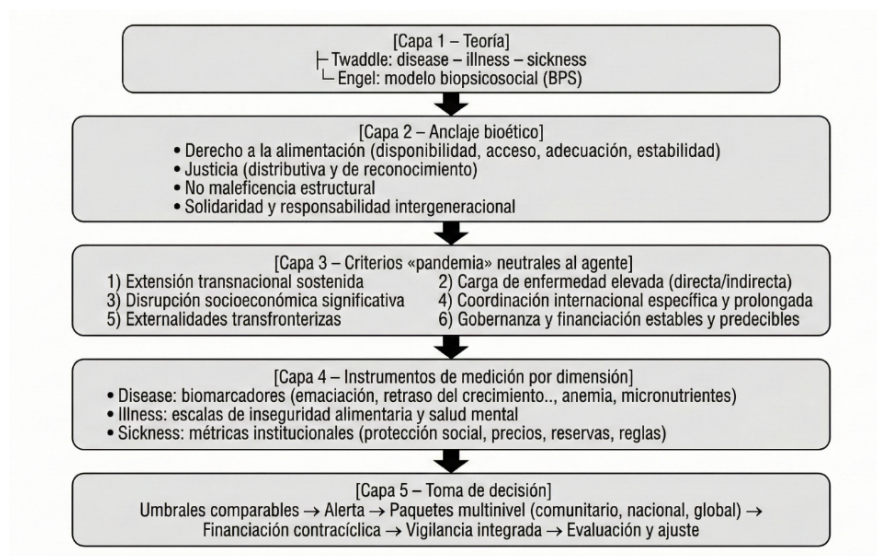
Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Guía integrada de intervención por entradas

Entradas (señales)	Paquete de respuesta	Resultados esperados	Referencias
Emaciación ≥ 5 %; inseguridad severa > 15 %	RUTF; APS; agua segura; apoyo psicosocial; comedores escolares	↓ morbilidad; ↓ estrés; ↑ adherencia	[6,10,11]
Volatilidad > 20 %; cobertura de protección social < 30 %	Transferencias predecibles; reservas; regulación de precios	↑ resiliencia; estabilización del acceso	[7,6]
Falta de financiación predecible; brechas de vigilancia	Fondo contracíclico; estándares comunes; interoperabilidad logística	↓ recurrencia de crisis; ↓ tiempos de respuesta	[11-13,1,2]

Fuente: elaboración propia.

Figura 1. Esquema de operacionalización bioético-sanitaria



Fuente: elaboración propia.

El mapeo Twaddle–Engel permite asignar indicadores y paquetes de intervención por dimensión, evitando soluciones fragmentadas (8,9,14–17). Los umbrales tentativos traducen los seis criterios *agent-neutral* en señales verificables, abriendo la puerta a mecanismos de alerta y financiación predecible (6,7,14–17,18–21). La literatura sobre determinantes sociales y sindemias justifica el énfasis en la interacción entre niveles, mientras que los estudios de gobernanza orientan la institucionalización de la coordinación y la vigilancia (4,5,13,18–21). En conjunto, la verificación de los seis criterios sitúa al hambre crónica dentro de los problemas que justifican su tratamiento como “pandemia no transmisible” en sentido neutral al agente, sin diluir la especificidad de las pandemias infecciosas (4,5,18–21).

5. Discusión: similitudes y diferencias; objeciones; implicaciones bioéticas y de política

5.1. Similitudes y diferencias con pandemias infecciosas

Hambre crónica y pandemias infecciosas comparten cuatro rasgos decisivos para la acción colectiva: (i) presencia transnacional con persistencia plurianual, (ii) carga elevada de enfermedad —mortalidad y AVAD directos e indirectos—, (iii) disrupción socioeconómica sostenida sobre productividad, capital humano y cohesión social, y (iv) necesidad de coordinación internacional estable en el tiempo (4–7,13–15,18–21). Se diferencian, sin embargo, en tres aspectos: (a) ausencia de contagio biológico, (b) cronificación del fenómeno con oscilaciones cíclicas más que picos agudos, y (c) menor saliencia mediática y política frente a choques epidémicos de alta transmisibilidad (3,4,18–21). Bajo criterios neutrales al agente, estas diferencias no invalidan el encuadre pandémico; más bien exigen un régimen de respuesta adaptado a la persistencia y a las estructuras (vigilancia integrada, umbrales comparables, financiación contracíclica y gobernanza multinivel), aprendiendo de la arquitectura de salud global sin trasladar acríticamente lógicas pensadas para patógenos (18–21).

5.2. Objeciones conceptuales y respuestas

“Dilución” del término pandemia: se evita al requerir seis criterios acumulativos y umbrales operativos, restringiendo el encuadre a problemas de altísimo impacto y externalidades transfronterizas verificables (4–7,18–21).

“Medicalización” de la pobreza: la tríada *disease–illness–sickness* (Twaddle) y el modelo biopsicosocial (Engel) desplazan el foco hacia obligaciones institucionales y de diseño de sistemas (protección social, estabilización de precios, reservas, reglas), junto con intervenciones clínicas y psicosociales, evitando reducir el hambre a un problema exclusivamente biomédico (8,9,11,13–17).

Confusión terminológica: la distinción entre hambre (experiencia/estructura), malnutrición (categoría biológica) e inseguridad alimentaria (acceso/estabilidad a nivel de hogar) asigna indicadores y responsabilidades en su nivel correcto y mejora la comparabilidad en vigilancia y evaluación (6,7,10,17).

Ausencia de umbrales: se proponen señales verificables por dimensión (Tablas 2–3) y su validación empírica multicéntrica, combinando métricas clínicas, experienciales e institucionales, y anclándolas en estándares de gobernanza y financiación previsible (6,7,14–17,18–21).

5.3. Implicaciones bioéticas y de política pública

Desde la bioética de la salud global, reconocer el hambre crónica como pandemia no transmisible neutral al agente exige alinear tres planos:

- (i) Derechos y principios: derecho a la alimentación adecuada, justicia (distributiva y de reconocimiento), no maleficencia estructural (evitar daños previsible derivados de decisiones de comercio, precios o protección social), solidaridad y responsabilidad intergeneracional (10–13).
- (ii) Diseño institucional: vigilancia integrada con indicadores clínicos, experienciales e institucionales; umbrales comparables para activar alertas y desembolsos; financiación contracíclica y predecible que rompa los ciclos de “pico–fatiga” entre crisis y desmovilización (6,7,14–17,18–21).
- (iii) Paquetes multinivel (comunitario, nacional, global): combinación de RUTF y manejo de desnutrición, transferencias monetarias predecibles, comedores escolares, apoyo psicosocial y educación alimentaria, junto con reservas estratégicas, estabilizadores de precios y mecanismos multilaterales de coordinación (6,7,10,11,14–18,21).

Este encuadre prioriza sin medicalizar: justifica obligaciones positivas y negativas de Estados y comunidad internacional, traduce ODS-

2 a criterios operativos y estabiliza flujos de recursos, integrando lecciones de gobernanza sanitaria global sin perder la especificidad no infecciosa del fenómeno (6,7,11–13,18–21).

5.4. Implicaciones para evaluación e investigación aplicada

El enfoque de “pandemia no transmisible” demanda: (a) protocolos y umbrales de alerta comparables con análisis de sensibilidad por región y estructura productiva; (b) evaluación de beneficios en salud, educación y productividad; (c) estimaciones de costo-efectividad de paquetes integrados según nivel de implementación; y (d) validación empírica de los umbrales y de su desempeño bajo choques climáticos, conflictividad y crisis macroeconómica, apoyándose en las series SOFI/GRFC y en marcos de gobernanza para asegurar interoperabilidad de datos y desembolsos automáticos cuando se superen los umbrales acordados (6,7,13–21).

6. Conclusiones, limitaciones y agenda para investigación y política

6.1. Conclusiones

El hambre crónica satisface seis condiciones neutrales al agente para su tratamiento como pandemia no transmisible: (1) extensión transnacional sostenida (2), carga de enfermedad elevada —directa e indirecta— (3), disrupción socioeconómica significativa (4), necesidad de coordinación internacional específica y prolongada (5), externalidades transfronterizas y (6) requerimientos de gobernanza y financiación multilaterales estables y predecibles (4–7,18–21). La articulación Twaddle–Engel permite operacionalizar el diagnóstico y la respuesta en las tres dimensiones —*disease, illness, sickness*—, asignando indicadores y paquetes de intervención con mayor coherencia y reduciendo abordajes fragmentados (8,9,14–17). El encuadre pandémico neutral al agente no trivializa el término ni “medicaliza” la

pobreza; desplaza el foco a obligaciones institucionales y de justicia, justifica mecanismos financieros contracíclicos y estables, y demanda vigilancia integrada con umbrales comparables y coordinación interagencial basada en derechos (6,7,10–13,18–21). Esta reconceptualización se alinea con ODS-2/Agenda 2030 al traducir su horizonte programático en criterios operativos de alerta, coordinación y financiación: vincular emaciación/anemia (*disease*), inseguridad alimentaria severa (*illness*) y cobertura de protección social/estabilidad de precios (*sickness*) a umbrales de activación facilita una gobernanza previsor y proporcional a la carga (6,7,10–12,14–17).

6.2. Limitaciones

El estudio es conceptual y normativo; se apoya en evidencia secundaria sujeta a revisiones metodológicas y actualizaciones de series institucionales (6,7). Los umbrales propuestos son tentativos y requieren validación empírica y calibración regional, considerando disponibilidad/calidad de datos y estacionalidad (6,7,14–17). La cobertura de determinantes (clima, conflicto, *shocks* financieros, estructura productiva y dependencia de importaciones) es necesariamente parcial; los marcos ecosociales y sindémicos orientan futuras extensiones analíticas (4,5,13).

6.3. Agenda para investigación y política

1. Validar empíricamente umbrales comparables en las tres dimensiones (*disease/illness/sickness*) y su capacidad para gatillar respuestas y desembolsos contracíclicos (6,7,14–17,18–21).
2. Desarrollar vigilancia integrada con tableros interoperables que combinen indicadores clínicos, experienciales e institucionales; acordar estándares de datos y reglas de activación/desactivación (6,7,13,18–21).
3. Evaluar costo-efectividad e implementación de paquetes multinivel (comunitario, nacional, global) y sus co-beneficios en salud, educación y productividad (6,7,14–17).

4. Diseñar arquitectura de gobernanza y financiación estable: fondos contracíclicos, ventanas contingentes y mandatos claros para coordinación interagencial, inspirándose en lecciones del derecho y la seguridad sanitarios, adaptadas a seguridad alimentaria y nutricional (18–21).

Referencias

1. World Food Programme. WFP Chief warns of hunger pandemic as COVID-19 spreads: Statement to the UN Security Council. Rome: World Food Programme; 2020. Disponible en: <https://www.wfp.org/news/wfp-chief-warns-hunger-pandemic-covid-19-spreads-statement-un-security-council>
2. United Nations Secretary-General. Highlight 21 April 2020: Secretary-General's remarks to the Security Council on the protection of civilians affected by conflict-induced hunger. New York: United Nations; 2020. Disponible en: <https://www.un.org/sg/en/content/highlight/2020-04-21.html>
3. Reuters. UN food agency warns of deepening hunger crisis as funding falls short. *Reuters*. 2025. Disponible en: <https://www.reuters.com/world/un-food-agency-warns-deepening-hunger-crisis-funding-falls-short-2025-11-18/>
4. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020; 396(10255):874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
5. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, et al. The Global Syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2019; 393(10173):791–846. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)
6. Food and Agriculture Organization (FAO); International Fund for Agricultural Development (IFAD); United Nations Children's Fund (UNICEF); World Food Programme (WFP); World Health Organization (WHO). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2025*. Rome: FAO; 2025. Disponible en: <https://www.fao.org/publications/sofi>
7. Food Security Information Network (FSIN); Global Network Against Food Crises (GNAFC). *Global Report on Food Crises 2025*. Rome/Brussels: FSIN/GNAFC; 2025. Disponible en: <https://www.fsinplatform.org/grfc-2025-september-update>
8. Hofmann B. On the triad disease, illness and sickness. *J Med Philos*. 2002; 27(6):651–673. <https://doi.org/10.1076/jmep.27.6.651.13793>
9. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196(4286):129–36. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
10. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Derecho a la alimentación (Internet). Roma: FAO; [citado 25 nov 2025]. Disponible en: <https://www.fao.org/right-to-food/en>

11. Powers M, Faden R. *Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*. Oxford: Oxford University Press; 2021. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195375138.001.0001>
12. United Nations General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution A/RES/70/1. New York: United Nations; 2015. Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/3923923?v=pdf>
13. Krieger N. *Ecosocial Theory, Embodied Truths, and the People's Health*. New York: Oxford University Press; 2021. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197510728.001.0001>
14. Black RE, Victora CG, Walker SP. Maternal and child undernutrition and overweight in low- and middle-income countries. *Lancet*. 2013; 382(9890):427–51. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)
15. Victora CG, Christian P, Vidaletti LP, Gatica-Domínguez G, Menon P, Black RE. Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: variable progress towards an unfinished agenda. *Lancet*. 2021; 397(10292):1984–2001. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00394-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00394-9)
16. World Health Organization (WHO). *Guideline on complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age*. Geneva: WHO; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>
17. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Nutrición (Internet). Nueva York: UNICEF; [citado 25 nov 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/nutrition>
18. Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. *N Engl J Med*. 2013; 368(10):936–42. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1109339>
19. Gostin LO, Katz R. The International Health Regulations: The governing framework for global health security. *JAMA*. 2016; 316(15):1543–4. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12186>
20. World Health Organization. *International Health Regulations (2005): as amended in 2014, 2022 and 2024*. Geneva: World Health Organization; 2025. Disponible en: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/IHR_2014-2022-2024-en.pdf
21. Global Preparedness Monitoring Board. *The New Face of Pandemic Preparedness: 2025 GPMB report*. Geneva: World Health Organization; 2025. Disponible en: <https://www.gpmb.org/reports/report-2025>