

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

**Período de sesiones anual
de la Junta Ejecutiva**

Roma, 8-12 de junio de 2009

INFORMES DE EVALUACIÓN

Tema 7 del programa

Para examen

S

Distribución: GENERAL

WFP/EB.A/2009/7-E

12 mayo 2009

ORIGINAL: INGLÉS

INFORME RESUMIDO DE LA EVALUACIÓN DE LA OPSR BURKINA FASO 10541.0

**Inversión de la tendencia al aumento de
la desnutrición en las regiones aquejadas
de inseguridad alimentaria**

La tirada del presente documento es limitada. Los documentos de la Junta Ejecutiva se pueden consultar en el sitio Web del PMA (<http://www.wfp.org/eb>).

NOTA PARA LA JUNTA EJECUTIVA

El presente documento se remite a la Junta Ejecutiva para su examen.

La Secretaría invita a los miembros de la Junta que deseen formular alguna pregunta de carácter técnico sobre este documento a dirigirse a los funcionarios del PMA encargados de la coordinación del documento, que se indican a continuación, de ser posible con un margen de tiempo suficiente antes de la reunión de la Junta.

Directora, OEDE*:	Sra. C. Heider	Tel.: 066513-2030
-------------------	----------------	-------------------

Oficial Superior de Evaluación, OEDE:	Sr. A. Cordeil	Tel.: 066513-3480
--	----------------	-------------------

Para cualquier información sobre el envío de documentos para la Junta Ejecutiva, sírvase dirigirse a la Sra. C. Panlilio, Auxiliar Administrativa de la Dependencia de Servicios de Conferencias (tel.: 066513-2645).

* Oficina de Evaluación.



RESUMEN

En el presente informe se resume una evaluación independiente de la operación prolongada de socorro y recuperación 10541.0 en Burkina Faso, que se aprobó en diciembre de 2006 y se prorrogó hasta diciembre de 2009. La misión de evaluación se llevó a cabo en noviembre y diciembre de 2008. Sus constataciones tienen por objeto servir de apoyo a la oficina en el país para formular una ampliación de la operación.

Aproximadamente la mitad de la población del país carece de acceso suficiente a los alimentos para satisfacer las necesidades energéticas mínimas. Desde comienzos de los años noventa, la prevalencia y la incidencia de la desnutrición han aumentado de manera preocupante. Durante la crisis del Níger de 2004 y 2005, la tasa de emaciación entre los niños menores de 5 años se aproximó al 19%, muy por encima del umbral de emergencia del 15% establecido por la Organización Mundial de la Salud.

El objetivo de la operación prolongada de socorro y recuperación es invertir las tendencias nutricionales en las siete regiones rurales más afectadas. Aunque no ha sido precedida por una operación de emergencia, la presente operación aborda los objetivos de la estrategia conjunta regional de nutrición para 2006 del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el PMA para los países del norte de la región saheliana. Además, está en consonancia con el Objetivo estratégico 2 del PMA, de estabilizar los medios de subsistencia y aumentar la capacidad de respuesta ante las crisis.

La operación tiene por objeto mejorar el consumo de alimentos de los grupos demográficos vulnerables desde el punto de vista nutricional —mujeres gestantes y madres lactantes y niños menores de 3 años— por medio de una alimentación suplementaria, acompañada de un conjunto básico de cuidados sanitarios y otras medidas. Su doble enfoque se centra en la prevención de la desnutrición y la rehabilitación de la malnutrición aguda moderada mediante actividades que se basan en centros de salud y en las comunidades.

Los objetivos de la operación prolongada de socorro y recuperación se consideraron pertinentes, y el doble enfoque ha resultado eficaz. A pesar de algunas dificultades logísticas debido a la estación de las lluvias y a la falta de infraestructura física, sobre todo carreteras, los recursos disponibles para la operación se han utilizado con eficacia. El componente basado en los centros de salud ha estimulado un aumento del número de personas que quieren obtener servicios de salud, lo cual ha tenido un impacto positivo en la cobertura de las medidas de salud pública como la vacunación, la atención prenatal y la prestación de servicios en los centros. Las actividades complementarias basadas en los centros de salud y en las comunidades han sido eficaces al prestar servicios de atención primaria de la salud a la inmensa mayoría de la población.

Las mejoras nutricionales y el aumento de las tasas de rehabilitación en las siete regiones destinatarias son resultados mensurables que demuestran la pertinencia y la idoneidad del enfoque de la operación. Las anteriores evaluaciones llevadas a cabo en Burkina Faso han puesto de relieve en reiteradas ocasiones que estas regiones son muy vulnerables a la desnutrición y a la inseguridad alimentaria de los hogares. Varios nuevos proyectos destinados a fomentar la agricultura y las actividades generadoras de ingresos, ejecutados por

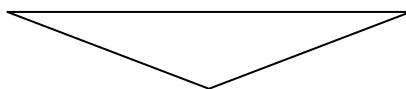
el Gobierno, el equipo de las Naciones Unidas en el país y organizaciones no gubernamentales, consolidan los efectos de la operación en esas regiones, al proporcionar un contexto para un desarrollo sostenible a largo plazo.

A finales de 2008, sólo se había financiado el 57% de la operación, teniendo en cuenta la ampliación hasta diciembre de 2009. Este bajo nivel de financiación se debió al rápido aumento de la zona geográfica abarcada y del número de beneficiarios de la operación que tuvo lugar en 2008. Pese a las limitaciones de recursos, el número de beneficiarios que recibieron alimentos superó el objetivo en un 23%, aproximadamente. Ello fue consecuencia de que muchos beneficiarios no finalizaron el período completo de participación, lo que permitió que se beneficiara más gente de la operación. Así pues, aunque una de las prioridades debería ser la reducción de las tasas de abandono de los beneficiarios, gracias a la operación se ha logrado reducir considerablemente las elevadas tasas de desnutrición aguda moderada en las regiones más afectadas del norte de Burkina Faso. Por falta de tiempo, la evaluación no pudo determinar en qué medida consiguió la operación invertir de manera sostenible la tendencia general, pero la misión llegó a la conclusión de que la operación ha sido eficaz y ha tenido un gran impacto por medio de la movilización de recursos locales, gracias a las características de su diseño dirigido a aumentar la participación de la comunidad a través de los asociados cooperantes del PMA.

Una de las recomendaciones más importantes de la evaluación es la consolidación de la operación en sus siete zonas seleccionadas mediante el desarrollo de la capacidad de todas las partes interesadas para prevenir el deterioro nutricional y el seguimiento de los desertores. Asimismo, la misión recomendó que se examinara la utilización de harinas enriquecidas con micronutrientes y/o complementos alimenticios a base de lípidos alternativos en la cesta de alimentos para luchar contra la malnutrición moderada, aguda y crónica.

Otra recomendación muy importante es que el PMA y sus 20 asociados cooperantes examinen y evalúen todas sus técnicas de información, educación y comunicación para modificar hábitos alimentarios, y determinen cuáles dan mejor resultado. Ello dará lugar a cambios duraderos en los hábitos de alimentación en toda la zona del proyecto.

PROYECTO DE DECISIÓN*



La Junta toma nota del “Informe resumido de la evaluación de la OPSR Burkina Faso 10541.0” (WFP/EB.A/2009/7-E) e invita al PMA a que adopte nuevas medidas conforme a las recomendaciones que figuran en el mismo, teniendo en cuenta las observaciones formuladas por sus miembros durante el debate.

* Se trata de un proyecto de decisión. Si se desea consultar la decisión final adoptada por la Junta, sírvase remitirse al documento “Decisiones y recomendaciones del período de sesiones anual de 2009 de la Junta Ejecutiva” que se publica al finalizar el período de sesiones.



ANTECEDENTES

Contexto

1. Burkina Faso es uno de los países más pobres del mundo que ocupa el lugar 173 de 179 países según el índice de desarrollo humano¹ de 2008. La mitad de la población del país de unos 14,5 millones de personas carece de acceso suficiente a los alimentos necesarios para satisfacer sus necesidades energéticas mínimas. Desde comienzos de los años noventa, la prevalencia y la incidencia de la desnutrición han aumentado de manera preocupante, sobre todo en las zonas rurales del norte del país. Durante la crisis del Níger de 2004 y 2005, la prevalencia de la emaciación infantil se acercó al 19%, y afectó a más de 450.000 niños.
2. Burkina Faso tiene muchos problemas comunes con sus vecinos del norte de la región saheliana (el Chad, Malí, Mauritania y el Níger). En esta región, alrededor de 1,4 millones de niños menores de 5 años sufren de emaciación, y existen graves problemas ambientales, de salud pública y económicos. Además, las relaciones entre la desnutrición grave, la pobreza y la inseguridad alimentaria son complejas y no siempre predecibles. Por ejemplo, la región sudoccidental es una de las que sufre niveles más altos de emaciación en Burkina Faso, pese a que en ella se registran bastantes precipitaciones, se obtienen cosechas abundantes y hay facilidades para emigrar a los países vecinos para trabajar en la agricultura de plantación.
3. A pesar de las elevadas y, en muchos casos, crecientes tasas de malnutrición, el problema de la emaciación ha pasado casi desapercibido a los donantes y otros asociados. Sin embargo, desde 2001 el Gobierno de Burkina Faso ha formulado políticas, planes y protocolos para hacer frente a la desnutrición en el marco de sus políticas sanitaria, de seguridad alimentaria y agrícola. En octubre de 2006 se revisó el Plan nacional de actuación en favor de la nutrición, que se basaba en el documento de estrategia de lucha contra la pobreza de 2003, para convertirse en la política nacional de nutrición. Dicha política se vio fortalecida por un decreto presidencial, por el que se estableció a principios de 2008 un Consejo Nacional de Coordinación de Nutrición, en el que el Ministerio de Salud cumple la función de coordinador general del programa de nutrición. En 2007 se formalizaron protocolos nacionales para la gestión de la malnutrición aguda grave.
4. Este marco de políticas perfeccionado ha hecho posible que el PMA, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y otros asociados diseñaran una intervención sobre el terreno en gran escala para abordar tanto las causas como los efectos de la malnutrición aguda moderada y grave. La operación prolongada de socorro y recuperación (OPSR) en Burkina Faso 10541.0 se centró inicialmente en las cinco regiones expuestas a un mayor riesgo de malnutrición, y se amplió a dos regiones más en 2008.

Descripción de la operación

5. La OPSR 10541.0 se concibió para prestar asistencia a 426.000 niños de 0 a 3 años de edad y 242.500 mujeres gestantes y madres lactantes desnutridas de cinco regiones muy afectadas por la malnutrición, complementándose así el programa en el país del PMA.

¹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Índices de desarrollo humano: actualización 2008 – Clasificación de los países según el Índice de Desarrollo Humano (disponible en <http://hdr.undp.org/es/estadisticas/>).



Aunque los problemas de nutrición afectan a todo el país, la misión de evaluación del Gobierno y de las Naciones Unidas de 2006 decidió que se diera prioridad a las regiones saheliana, septentrional, centro-septentrional, oriental y sudoccidental para poner fin al ciclo de sequía, inseguridad alimentaria familiar y desnutrición y malnutrición. La ejecución del proyecto debía prolongarse desde el 1º de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2008, pero la plena ejecución de las actividades sobre el terreno se retrasó hasta junio de 2007 para dar tiempo a la llegada de los productos alimenticios y a la evaluación de los resultados de una encuesta de nutrición realizada en las cinco regiones seleccionadas. El costo total de la OPSR era de 18,3 millones de dólares EE.UU., de los que 9,1 millones correspondían al costo de 24.211 toneladas de alimentos. En diciembre de 2008 se había dotado al proyecto del 57% de los recursos, habiéndose ampliado a dos regiones más a mediados de 2008. El aumento de los precios de los alimentos y el déficit de producción agrícola de 2008 influyeron también en el déficit de recursos. En diciembre de 2008 se aprobó una revisión del presupuesto por la que se prorrogó el proyecto hasta el 31 de diciembre de 2009, aumentando el presupuesto total hasta casi 29 millones de dólares, para prestar asistencia a 832.147 beneficiarios. El volumen de alimentos necesarios ascendía a 30.147 toneladas.

6. Los beneficiarios, que se seleccionaron de conformidad con criterios antropométricos, reciben mensualmente una ración suplementaria de alimentos durante un período de seis meses. Las actividades de información, educación y comunicación y las demostraciones de cocina semanales se complementan con un conjunto básico de medidas de atención primaria de la salud, tales como tratamientos antihelmínticos y prevención y tratamiento del paludismo. Los servicios de salud pública y las organizaciones no gubernamentales (ONG) asociadas ejecutan el programa a través de la red de centros de salud en las zonas rurales y las asociaciones comunitarias de las aldeas.
7. La OPSR persigue los dos objetivos siguientes: i) reducir los niveles de desnutrición moderada y aguda en los niños menores de 3 años y las mujeres gestantes y madres lactantes (Objetivo estratégico 3 y objetivos de desarrollo del Milenio 4, 5 y 6), y ii) incrementar la capacidad del Gobierno para ejecutar su Plan nacional de actuación en favor de la nutrición, que comprende, entre otras cosas, el establecimiento de un sistema nacional de vigilancia de la nutrición.

Características de la evaluación

8. La evaluación se llevó a cabo de conformidad con la anterior política de evaluación institucional del PMA, con arreglo a la cual debía evaluarse toda operación de más de 12 meses de duración. La primera fase de la OPSR finalizó el 31 de diciembre de 2008, y la evaluación se desarrolló entre septiembre de 2008 y febrero de 2009. La evaluación sirve, pues, como examen de mitad de período de la OPSR, que se ha ampliado en su duración (hasta finales de 2009) y su ámbito geográfico (se han añadido dos regiones más a las cinco iniciales).
9. Se estudió la documentación que se había preparado con anterioridad a la OPSR (una encuesta de referencia, evaluaciones de vulnerabilidad y encuestas de producción agrícola y de seguridad alimentaria) y durante su ejecución (informes de seguimiento posteriores a la distribución, informes mensuales, estudios de seguimiento de los precios del mercado y encuestas de los asociados cooperantes). En una misión preparatoria del jefe de equipo de evaluación y el coordinador de evaluaciones se examinó el marco logístico de la operación, se establecieron contactos con interesados internacionales y se confirmaron los detalles de la logística de la misión sobre el terreno. Se celebraron reuniones con varias docenas de interesados antes y después de las visitas sobre el terreno y se mantuvieron conversaciones



con funcionarios médicos regionales, personal de los centros de salud, personal de ONG, jefes de aldeas, grupos de beneficiarios y grupos centrados en las comunidades.

10. Las principales limitaciones a las que se enfrentó la evaluación derivaron de la ampliación geográfica de la OPSR, que obligaba a recorrer grandes distancias en un período limitado. Otro factor que limitó la evaluación de los cambios de la situación nutricional y de los resultados de la rehabilitación fue la breve duración de las actividades.

ASPECTOS DESTACADOS DE LAS REALIZACIONES

Diseño de la operación: pertinencia e idoneidad

11. El diseño de la OPSR 10541.0 se ajusta a sus objetivos, que son los siguientes: i) reducir los niveles de desnutrición moderada y aguda en niños menores de 3 años y mujeres gestantes y madres lactantes (Objetivo estratégico 3 y objetivos de desarrollo del Milenio 4, 5 y 6), y ii) incrementar la capacidad del Gobierno para ejecutar su Plan nacional de actuación en favor de la nutrición, que comprende, entre otras cosas, el establecimiento de un sistema nacional de vigilancia de la nutrición. Estos objetivos están bien definidos, son realistas y se corresponden con las preocupaciones prioritarias del Gobierno de Burkina Faso y el PMA.
12. Los enfoques de la OPSR están en consonancia con las políticas nutricionales del PMA y con sus políticas y directrices operacionales en las intervenciones en situaciones de emergencia crónica. La selección de las regiones que se enfrentan a un mayor riesgo de inseguridad alimentaria se ajusta a las políticas internas del PMA. Los objetivos nutricionales no se pueden alcanzar únicamente mediante el incremento de los ingresos, sino que requieren también programas de salud infantil y reproductiva dirigidos a disminuir la incidencia del bajo peso al nacer, fomentar la alimentación exclusiva con leche materna y mejorar la nutrición de los lactantes y los niños.
13. Al diseñar la OPSR se tuvieron en cuenta las conclusiones de una evaluación nacional de la vulnerabilidad nutricional que llevaron a cabo en septiembre de 2006 el equipo de las Naciones Unidas en el país y organismos gubernamentales, para frenar el aumento de la desnutrición y la inseguridad alimentaria en las zonas rurales. En dicha evaluación se estimó que el 49% de las familias rurales no producía suficientes alimentos para satisfacer sus necesidades y se constató que la desnutrición entre los niños menores de 5 años era elevada e iba en aumento. Se llegó a la conclusión de que era necesario actuar de inmediato con actividades integradas centradas en las regiones a las que se había otorgado gran prioridad. Dada la dimensión y la complejidad del problema, las intervenciones exigían una colaboración estrecha entre las instituciones gubernamentales, los miembros del equipo de las Naciones Unidas en el país, las ONG y otros asociados de la sociedad civil. Las actividades deberían centrarse en la rehabilitación nutricional y la prevención de la malnutrición, teniendo en cuenta sus causas subyacentes y las amenazas inmediatas para la salud.
14. Los objetivos y los enfoques de la OPSR están en plena consonancia con las políticas nutricionales de los países del norte del Sahel establecidas de común acuerdo por el PMA y el UNICEF después de la crisis de 2005, y que se ajustan a las prácticas idóneas para abordar la malnutrición aguda moderada y grave mediante proyectos comunitarios y de atención de salud.

Productos y procesos de ejecución: elementos de eficacia

15. Para medir el principal producto de la OPSR, la distribución oportuna de alimentos en cantidad y calidad suficientes para apoyar las intervenciones nutricionales dirigidas a los beneficiarios destinatarios, se establecieron cinco indicadores. La oficina en el país y los asociados atribuyen la consecución de casi todos los objetivos fijados –a pesar de la falta de recursos– a la gran popularidad de que goza la OPSR entre los asociados y los beneficiarios, especialmente sus aspectos comunitarios. Desde el principio de la operación, los comités de aldea y los mismos beneficiarios han donado alimentos y leña a asociados tales como la Organización Católica para el Desarrollo y la Solidaridad y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.
16. El 30 de junio de 2008, cuando el presupuesto total de la OPSR era todavía de 18,3 millones de dólares, se habían movilizado 10,8 millones, dejando un déficit del 26%. En noviembre de 2008, cuando la operación se prorrogó hasta el 31 de diciembre de 2009 con un presupuesto total de 28,9 millones de dólares, el déficit aumentó a 13 millones². Los principales donantes de la OPSR son Alemania, las Naciones Unidas, el Departamento de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea y los Estados Unidos.
17. La aportación de recursos por parte de los donantes locales e internacionales a lo largo de la ejecución de la OPSR ha sido relativamente escasa a pesar de su visibilidad. Para una OPSR que trata de obtener resultados en la esfera de la nutrición, el bajo nivel del 57% de recursos aportados crea un serio problema, que se ha solventado sólo parcialmente gracias al ahorro obtenido al compartir la logística con el programa en el país y a las compras realizadas a nivel local. Como consecuencia del déficit se retrasó la puesta en marcha de la OPSR y tuvieron lugar problemas logísticos y varias interrupciones de la distribución. Además, la capacidad de ejecución de algunos asociados era insuficiente. La OPSR ha aumentado la capacidad de las ONG para abordar problemas relacionados con la nutrición ofreciéndoles cursos de capacitación en el servicio.
18. El PMA ha distribuido de manera eficaz los recursos disponibles, y las entregas de alimentos han sido oportunas y adecuadas. La mayor parte de las entregas mensuales de alimentos de la OPSR a los centros de salud y los proyectos comunitarios se realizan a través de cuatro suboficinas del PMA, y su almacén principal se encuentra en Uagadugú. Por lo que se refiere a las entregas mensuales de cantidades relativamente pequeñas de alimentos necesarias para proyectos comunitarios que se realizan en un número cada vez mayor de aldeas, se subcontrata a transportistas locales por el procedimiento habitual de licitación del PMA. El personal de los centros de salud y ONG y los miembros de los comités de aldea han recibido capacitación en procedimientos básicos de almacenamiento y presentación de informes.
19. La mayor parte de las entregas del PMA son raciones suplementarias de alimentos destinadas a las intervenciones de rehabilitación nutricional. Para este objetivo se programaron algo más de 23.000 toneladas, de las que se han distribuido 10.705, lo que corresponde al 50% del déficit de recursos. De las 628 toneladas previstas para las demostraciones de cocina se han distribuido 215, aproximadamente.
20. Las actividades comunitarias se iniciaron en pequeña escala, ya que había pocas ONG que trabajaran en la esfera de la nutrición. Ello hizo necesario seleccionar y formar a otras ONG que no se dedicaban al campo de la salud con la capacidad suficiente para trabajar con el PMA y el Gobierno en las actividades de la OPSR. Desde junio de 2007 hasta agosto de 2008, el número de ONG colaboradoras aumentó de 5 a 19. Debido al rápido

² Boletín de seguimiento de la oficina en el país. Diciembre de 2008 (Uagadugú).



aumento resultante de las actividades comunitarias, desde mayo de 2008 se han superado los objetivos de distribución en la alimentación suplementaria.

21. La oficina en el país calculó que el costo mensual de las raciones osciló entre 7,20 dólares por beneficiario en junio de 2007 y 9 dólares en agosto de 2008. Los voluntarios, conocidos como *bénévoles*, que ayudan en el registro, la medición y el almacenamiento de alimentos reciben una ración mensual como compensación. En algunos centros de salud de distrito, los *bénévoles* reciben pagos en efectivo mensuales de entre 12,50 y 32,50 dólares. Un simple cálculo pone de manifiesto que los alimentos son para los voluntarios un incentivo más barato que el dinero.
22. Los alimentos suplementarios a base de lípidos se han utilizado recientemente para tratar la desnutrición aguda grave, con unos resultados globales que indican una recuperación más rápida. Se está experimentando también la utilización de suplementos a base de lípidos enriquecidos con micronutrientes para el tratamiento sistemático de la malnutrición moderada. La evaluación de la eficacia de dichos programas debería tener carácter prioritario.

Resultados

23. Reducir las tasas elevadas y crecientes de malnutrición moderada aguda, como las que se registraban en las regiones más gravemente afectadas de Burkina Faso, es un reto importante. La encuesta de referencia que se realizó en marzo y abril de 2007 reveló una prevalencia del 17,7% en niños menores de 3 años. Dicho porcentaje superaba con creces la norma de referencia de la OMS para 2006, del 15%, correspondiente a una situación de crisis, que es la que utiliza el PMA como umbral para iniciar actividades de alimentación suplementaria general de emergencia.
24. Las tasas de prevalencia de la malnutrición de las encuestas de seguimiento eran más bajas, salvo en la primera (de septiembre y octubre de 2007), que se llevó a cabo en un marco en el que las condiciones suelen ser peores. En la tercera encuesta de seguimiento de agosto de 2008, la prevalencia de la malnutrición moderada aguda había disminuido al 15,5%, y la emaciación grave aguda se había mantenido estable en alrededor del 5%. Así pues, aunque no se haya alcanzado todavía el objetivo del 10%, la OPSR ha tenido un fuerte impacto positivo en las regiones seleccionadas, lo que parece indicar que si se continúan sus actividades se alcanzará el objetivo previsto.
25. Por lo general, las tasas de rehabilitación han sido satisfactorias, con un promedio del 65% durante el período de ejecución de la OPSR. Las directrices del Proyecto Esfera³ establecen un parámetro de al menos un 75% de pacientes recuperados en las intervenciones de alimentación suplementaria previstas, con un abandono de menos del 15% de los pacientes beneficiarios, aunque un examen reciente de tales intervenciones mostró una mediana de recuperación del 62% en 27 programas en situaciones crónicas, cifra parecida a la tasa alcanzada en Burkina Faso.
26. Deberían considerarse también las tendencias. Todas las regiones de Burkina Faso, comprendida la región sudoccidental, la más desfavorecida, han mejorado progresivamente por lo que respecta a: i) la capacidad de los asociados cooperantes para ejecutar la OPSR; ii) el número de asociados que realizan actividades, a menudo ayudándose mutuamente, y iii) la concienciación de la población local sobre la importancia que tiene para ellos participar en el programa. El resultado ha sido un lento incremento de las tasas de

³ Carta Humanitaria y Normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre elaboradas por el Proyecto Esfera (www.sphereproject.org).



rehabilitación, alcanzándose últimamente porcentajes muy elevados que van del 85% al 95%.

Cuestiones intersectoriales

27. Ha aumentado rápidamente el número de asociaciones que trabaja sobre el terreno, lo que ha permitido que se puedan beneficiar de la OPSR numerosas comunidades necesitadas que estaban al margen del sistema de salud y de los centros de protección social. Los asociados han colaborado con el proyecto en muchas formas distintas. Algunos, como la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, han utilizado sus redes de voluntarios de las aldeas para obtener un panorama general de la vulnerabilidad causada por peligros naturales. La misión de evaluación llegó a la conclusión de que las ventajas comparativas de las culturas institucionales de los asociados se podrían utilizar de manera mucho más eficaz para fomentar el sentimiento de identificación local con las intervenciones. Por ejemplo, la atención que la ONG Helen Keller Internacional presta a las ancianas de las aldeas rurales como agentes impulsores del cambio por lo que se refiere a los hábitos de alimentación de las mujeres más jóvenes merece un estudio más detallado para determinar la planificación de la segunda fase de la estrategia de información, educación y comunicación de la OPSR. Tales enfoques innovadores resultan muy valiosos para ampliar los debates sobre políticas relativas a la rehabilitación nutricional.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Evaluación general

28. Los objetivos de la OPSR 10541.0 se ajustan a las prioridades de Burkina Faso y a las necesidades urgentes de sus beneficiarios, entre los que se muestran tendencias preocupantes en las tasas de prevalencia de la emaciación infantil y el estado nutricional de las madres. La OPSR es un programa ambicioso por su envergadura y diseño. El modo de actuar más adecuado consiste en desarrollar actividades polifacéticas que abarquen simultáneamente el tratamiento y la prevención y mediante las cuales se distribuyan productos, se presten servicios, se proporcione información y se potencie la capacidad de acción. El doble enfoque utilizado para solventar la desnutrición aguda y moderada es totalmente apropiado a la grave crisis de desnutrición que padece Burkina Faso. La misión de evaluación concluyó además que los objetivos de la OPSR están en plena consonancia con los Objetivos estratégicos del PMA y con los elaborados por su Despacho Regional para África Occidental en su estrategia regional de lucha contra la malnutrición. Asimismo, la OPSR está alineada con las políticas del PMA sobre nutrición, las actividades de socorro y rehabilitación prolongadas, las cuestiones de género y el VIH/SIDA. La celebración de consultas frecuentes con el equipo de las Naciones Unidas en el país por lo que respecta a las evaluaciones regionales y de distrito, el seguimiento y la evaluación garantizan una estrecha colaboración entre dicho equipo y los proyectos asociados a la OPSR, así como la complementariedad de sus actividades.

29. Varios factores han influido en la eficacia de la OPSR. La falta de recursos desde el principio de la operación ha provocado interrupciones en la distribución, que se han compensado en parte gracias a que las comunidades han proporcionado alimentos y a que se han modificado los hábitos de alimentación más rápidamente de lo previsto. El uso combinado de servicios de salud y un enfoque comunitario ha logrado una cobertura razonable y unos resultados encomiables en un período muy breve. Obviamente, un mayor



volumen de recursos se habría traducido en una cobertura y unas tasas de recuperación más completas, ya que los componentes básicos del programa, como el seguimiento de los beneficiarios que abandonan las actividades, podrían haberse aplicado de manera más eficaz. La combinación de alimentos importados con fórmulas de rehabilitación elaboradas localmente ha aumentado, en cierta medida, la eficacia.

30. La combinación de alimentos, productos no alimentarios y servicios en un conjunto básico de medidas ha sido eficaz. Se han observado tasas de recuperación nutricional satisfactorias y una asistencia más regular a los centros de salud, ya que la OPSR ha ampliado las oportunidades de los beneficiarios para obtener servicios de prevención, como el de vacunación, por lo que ha aumentado también el porcentaje de personas vacunadas. También es mayor la asistencia regular a los centros de salud para recibir atención prenatal y postnatal, lo que ha hecho que estos servicios resulten más eficaces en función de los costos y que disminuyan las tasas de mortalidad en los embarazos de alto riesgo.
31. La misión constató que la OPSR había ayudado al desarrollo de otros proyectos de nutrición con los asociados en las regiones seleccionadas, lo que ha contribuido considerablemente a fomentar la capacidad local y a facilitar el intercambio de ideas y experiencias. Gracias a ello se ha asignado una mayor prioridad a la nutrición en el programa nacional, lo cual debería tener un impacto positivo en el futuro.
32. Las cuestiones intersectoriales de este proyecto comprenden el establecimiento de asociaciones sólidas con ONG y organizaciones de la sociedad civil. La OPSR ha superado todas las expectativas en esta esfera, sobre todo mediante la adopción de los objetivos nutricionales de la operación por parte de otras organizaciones, lo que se ha traducido en un aumento importante de la cobertura y de la capacidad a nivel comunitario.

Cuestiones que han de tenerse en cuenta para el futuro

33. Los principales desafíos a los que se enfrenta la OPSR son la insuficiencia de recursos, la escasa capacidad de ejecución de los asociados cooperantes y los problemas logísticos que retrasan las entregas de alimentos. De cara al futuro lo fundamental son los recursos, que han sido siempre exiguos pese a la gran visibilidad de la OPSR. Los acuerdos con el programa en el país para compartir la logística sirvieron de ayuda, pero no evitaron que se retrasara la puesta en marcha de la operación. La caída de los precios de compra de 2008 mejoró en parte el déficit de recursos.
34. La mejora del estado nutricional general se suele utilizar como indicador de un desarrollo sostenible. Las oportunidades que abre la utilización de nuevos alimentos suplementarios para la rehabilitación nutricional contribuyen a promover las cuestiones relativas a la nutrición en el programa de desarrollo. La misión de evaluación sugiere que, si bien el enfoque de la OPSR es muy eficaz para mejorar el estado nutricional general, debería ampliarse la escasa duración de tales operaciones, además de garantizar su completa financiación.

Recomendaciones

35. El PMA, los donantes y los asociados deben seguir prestando apoyo a la OPSR, que, en términos generales, ha dado buenos resultados en su primera fase y en la actualidad requiere nuevos fondos y personal con un nivel de formación suficiente para proseguir. No obstante, dada la posibilidad de que sigan faltando fondos en 2009, se recomienda que la OPSR consolide sus logros en las esferas que ya abarca en la actualidad. Habrá que lograr



un equilibrio entre el mayor número de beneficiarios atendidos gracias a la ampliación de la cobertura y la calidad y cantidad de los insumos y servicios que se proporcionan.

36. Debería estudiarse la posibilidad de utilizar alimentos alternativos o adicionales en la ración, por ejemplo, alimentos suplementarios listos para el consumo para la rehabilitación de niños que sufren emaciación moderada.
37. Es preciso llevar a cabo estudios de costos y de la eficacia de los modelos de intervención utilizados por una OPSR de este tipo. La Asociación REACH tiene un modelo de costos que se podría experimentar aplicándolo a las actividades de la OPSR. Además, debería estudiarse de nuevo la posibilidad de producir alimentos enriquecidos a nivel local teniendo en cuenta su costo por niño y madre rehabilitados y su costo por reducción del nivel de emaciación de la población en un punto porcentual, más que su costo por tonelada.
38. Los altos índices de beneficiarios que abandonan el programa influyen negativamente en la eficacia, por lo que esta cuestión debería seguir estudiándose. Una posible solución podría consistir en utilizar suplementos a base de lípidos, que no necesitan ser cocinados y plantean menos problemas en aspectos como el almacenamiento y la contaminación por bacterias.

LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO

OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPSR	Operación prolongada de socorro y recuperación
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia