

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

Segundo período de sesiones ordinario
de la Junta Ejecutiva

Roma, 7-11 de noviembre de 2005

PROYECTOS QUE REQUIEREN LA APROBACIÓN DE LA JUNTA EJECUTIVA

Tema 8 del programa

Para aprobación

S

Distribución: GENERAL
WFP/EB.2/2005/8-B/3
19 octubre 2005
ORIGINAL: INGLÉS

OPERACIÓN PROLONGADA DE SOCORRO Y RECUPERACIÓN – GUATEMALA 10457.0

Recuperación y prevención de la malnutrición en favor de los grupos vulnerables

Número de beneficiarios	576.930
Duración del proyecto	Tres años. (Fecha prevista de inicio del proyecto: 1° de diciembre de 2005)
Volumen de alimentos del PMA	28.857 toneladas
Costo (dólares EE.UU.)	
Costo total de los alimentos	20.235.000
Costo total para el PMA	27.445.337

Se ha publicado un número limitado de ejemplares de este documento. 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 aprobación.

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, a ser posible con un margen de tiempo suficiente antes de la reunión de la Junta.

Director Regional, ODPC: Sr. P. Medrano tel.: 066513-2323

Oficial Superior de Enlace, ODPC: Sra. S. Izzi tel.: 066513-2207

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



RESUMEN

En Guatemala el 49,3% de los niños menores de 5 años padece malnutrición crónica (estatura para la edad o retraso del crecimiento); se trata del sexto índice de prevalencia más alto del mundo y del más alto de América Latina y el Caribe; el 12% de los niños nace con insuficiencia ponderal y el 50% de los niños de tres años de edad padece malnutrición crónica. El problema se concentra en las zonas rurales y entre la población indígena, donde la tasa de malnutrición crónica es del 69,5%, frente al 35,7 en las zonas que no son de población indígena.

Guatemala es un país donde se producen con frecuencia sequías e inundaciones, que afectan a los segmentos más vulnerables de la población. Además, el país ha sufrido un duro golpe por culpa de la crisis del café, cuyos efectos en la seguridad alimentaria se han extendido por todo el país. Estos factores suscitan especial preocupación para un país con grandes disparidades sociales y de ingresos, donde la mayoría de los niños pequeños están malnutridos y están expuestos a un alto riesgo de morbilidad y mortalidad.

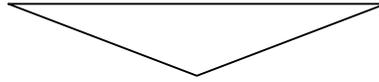
En junio de 2005 una evaluación conjunta de la seguridad alimentaria y la nutrición realizada por el PMA, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Gobierno reveló que la suma de las catástrofes climáticas y las crisis económicas ha impedido a las familias que recuperen sus medios de subsistencia y su bienestar nutricional.

Esta operación prolongada de socorro y recuperación constituye una respuesta a estas constataciones; ayudará a salvar vidas por medio de la alimentación suplementaria y terapéutica y tratará de acabar con la malnutrición crónica en las zonas seleccionadas haciendo frente a las causas subyacentes de la misma, entre las que cabe citar las siguientes: i) el acceso limitado a alimentos suficientes y de calidad; ii) unas prácticas de destete, cuidado y atención sanitaria inadecuadas; y iii) el control limitado de los recursos comunitarios por parte de las mujeres. El personal de las estructuras de atención primaria de salud del Ministerio de Salud ejecutará la operación, en asociación con el PMA, la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Sus actividades forman parte de una iniciativa conjunta de programación del PMA/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en Guatemala.

La operación respalda las estrategias de reducción del hambre del Gobierno; está en consonancia con los objetivos estratégicos 1 y 3 del PMA, con la evaluación común del país/Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo para 2005-2008 y con los Compromisos ampliados del PMA relativos a la mujer.



PROYECTO DE DECISIÓN*



La Junta aprueba la OPSR 10457.0 para Guatemala, “Recuperación y prevención de la malnutrición en favor de los grupos vulnerables” (WFP/EB.2/2005/8-B/3).

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



ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

1. En 2000 el 56% de la población de Guatemala —6,4 millones de personas— vivía en la pobreza y un 16% de esas personas vivía en la pobreza extrema. La situación parece haber empeorado pues la pobreza extrema subió al 22% en 2002,¹ año en el que la malnutrición crónica (estatura para la edad o retraso del crecimiento) de los niños menores de 5 años era del 49,3%, o sea, la sexta más alta del mundo y la más alta de América Latina y el Caribe. Al ritmo de progresión actual Guatemala tropieza con dificultades considerables para alcanzar la meta 2 del objetivo 1 de desarrollo del Milenio (ODM) de reducir el hambre.²
2. El país tiene una de las tasas de desigualdad de ingresos mayores del mundo, a saber, el 48,3% (índice de Gini 2004). Los grupos indígenas —que representan el 42,8% de la población— son los más afectados por la desigualdad: el 72% son pobres, frente al 44% de la población no indígena.³ Existen grandes disparidades entre las zonas urbanas y las rurales. La malnutrición aguda y crónica se concentra en las zonas rurales y entre la población indígena, donde se registra un índice del 69,5% entre los niños menores de 5 años, frente al 35,7% en las zonas no indígenas.

CUADRO 1: PREVALENCIA DE LA MALNUTRICIÓN CRÓNICA ENTRE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS (PORCENTAJE)

	1987	1995	1998-1999	2002
Zonas urbanas	41,2	35,3	32,4	36,5
Zonas rurales	62,1	56,6	54,4	55,5
Zonas indígenas	71,7	67,8	67,3	69,5
Zonas no indígenas	48,2	36,7	34,1	35,7

ENSMI: 1987–2002.

3. Las crisis económicas, la sequía y las inundaciones recurrentes son fenómenos que se producen frecuentemente en Guatemala. Esta situación preocupa especialmente en un país con grandes disparidades sociales y de ingresos, donde la mayoría de los niños pequeños ya están malnutridos y expuestos a riesgo nutricional.
4. Entre 2002 y 2005 dos tipos de crisis contribuyeron en particular al deterioro de la seguridad alimentaria: las irregularidades climáticas y la bajada de los precios internacionales del café. A principios de 2002 el PMA inició una operación de emergencia (OEM) en respuesta a una emergencia nutricional causada por una sequía prolongada. Esa emergencia puso de manifiesto la rapidez con que un fenómeno natural puede convertir una situación de inseguridad alimentaria crónica en una grave crisis que amenaza la vida de las familias pobres, marginadas y con inseguridad alimentaria. En la crisis del café los jornaleros asalariados sin tierra fueron los que resultaron más afectados por los despidos y

¹ Krznaric, R. 2005. *The Limits on Pro-Poor Agricultural Trade in Guatemala: Land, Labor, and Political Power*. Nueva York, Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD, documento ocasional.

² De conformidad con las metas relacionadas con el hambre y la pobreza del ODM, en 2015 tiene que haberse reducido la malnutrición mundial en un 50% (del 33,5% [ENSMI 1987] al 17%), —una media del 1,1% al año— y la malnutrición crónica del 57,9% (ENSMI 1987) al 23,2%, o sea, una media del 2,3% al año. ENSMI. 2001. *Encuesta de Salud Materno-infantil*.

³ Véase la nota 1 de pie de página.



el recorte de los costos, lo que tuvo repercusiones negativas en la seguridad alimentaria de las familias; se vio especialmente afectado el estado nutricional de los niños pequeños y de las mujeres embarazadas y madres lactantes.

5. Las constataciones de la evaluación conjunta de la seguridad alimentaria y la nutrición, realizada en junio de 2005 bajo la dirección del PMA y en colaboración con la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia (SESAN), el Ministerio de Salud, el Fondo de Inversión Social (FIS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, revelan que estas crisis han impedido que las familias recuperen sus medios de subsistencia y su bienestar nutricional. En algunas zonas la prevalencia de la malnutrición crónica ha empeorado desde principios de 2002.
6. La evaluación de las necesidades apunta a la existencia de una relación entre la malnutrición y la falta de acceso a alimentos suficientes y de calidad, a la que se suma a un círculo vicioso de enfermedades. Esto queda demostrado por los altos niveles de malnutrición crónica —el 88% en algunas comunidades indígenas rurales— que se dan en muchas de las zonas donde un elevado porcentaje de la población no tiene acceso a la canasta básica de alimentos.
7. La malnutrición también guarda relación con la falta de preparación de las personas encargadas del cuidado de la nutrición y la salud, lo que redundo en una alimentación inadecuada de los niños pequeños y en unas prácticas deficientes de higiene y salud. El acceso limitado de las mujeres a la educación y su participación restringida en los procesos de adopción de decisiones relativas a la utilización de los recursos es otro factor importante de este fenómeno.
8. La evaluación corroboró que el riesgo de malnutrición aguda es especialmente elevado durante el período estacional de escasez que va de abril a agosto. La variedad de la alimentación se ve limitada principalmente a cereales básicos, sal y leguminosas. El consumo se reduce drásticamente durante el período de escasez: a menudo las familias agotan las reservas de alimentos y sacrifican los animales al no tener comida suficiente para alimentarse.
9. Los niños de 6 a 36 meses de edad son especialmente vulnerables a los períodos de escasez de alimentos, que pueden causar daños irreparables en su desarrollo cognitivo y físico. Con la Encuesta Nacional de Salud Maternoinfantil (ENSMI) de 2002 se descubrió que la mitad de los 1,5 millones de niños que habían llegado a los 36 meses padecía malnutrición crónica.
10. En los primeros meses de vida la estatura de los niños guatemaltecos ya es inferior a la de la población de referencia, con un valor de la desviación estándar de 1; el 12% de los bebés nace con insuficiencia ponderal. Sólo el 40% de los niños menores de seis meses se alimenta exclusivamente por lactancia y las familias no tienen acceso a los alimentos con el valor energético/contenido de micronutrientes adecuado para sus niños pequeños. Según estudios oficiales, las familias empiezan a introducir líquidos de ínfima calidad, como agua azucarada, en condiciones higiénicas precarias ya en los primeros tres meses de vida, cuando los alimentos ricos en micronutrientes son fundamentales para el desarrollo temprano del niño.



CUADRO 2: INDICADORES DE LA MALNUTRICIÓN EN LOS NIÑOS DE 6 A 36 MESES			
	Porcentaje de malnutrición crónica (estatura para la edad <-2Z)	Porcentaje de malnutrición general (peso para la edad <-2Z)	Porcentaje de malnutrición aguda (peso para la estatura <-2Z)
Grupo de edad			
6-11 meses	31,0	16,2	2,3
12-23 meses	57,1	30,2	3,7
24-35 meses	49,2	25,9	1,5

Adaptado de: ENSMI, 1987-2002.

11. Las carencias de los micronutrientes yodo, hierro y vitamina A están generalizadas en Guatemala: sólo el 65% de la sal consumida en los hogares tiene un contenido de yodo de 15 ppm, que se considera adecuado. El 65,3% de los niños de 6 a 11 meses de edad,⁴ el 22% de las mujeres embarazadas y el 20% de las mujeres en edad de procrear padecen anemia por carencia de hierro; la población de las zonas rurales e indígenas se ve afectada de manera desproporcionada. La carencia de vitamina A afecta al 18,5% de los niños menores de 5 años.
12. Las intervenciones de salud pública no incluyen la asistencia a los niños pequeños afectados por carencias de macronutrientes y micronutrientes, en especial los que viven en zonas marginadas.

POLÍTICAS, CAPACIDADES Y MEDIDAS ADOPTADAS POR EL GOBIERNO Y OTRAS PARTES INTERESADAS

Políticas, capacidades y medidas adoptadas por el Gobierno

13. Poco después de que el nuevo Gobierno entrara en funciones, el 14 de enero de 2004, se anunció un marco estratégico consensual para combatir el hambre y la inseguridad alimentaria. En mayo de 2005 se aprobó una ley de seguridad alimentaria y nutrición en la que se reconoce el acceso a los alimentos como un derecho para todos los ciudadanos. El Sistema de nutrición y seguridad alimentaria nacional (SISAN) se creó con el apoyo de la SESAN y el Comité Consultivo Nacional sobre Nutrición y Seguridad Alimentaria (CONASAN). La SESAN se encarga de elaborar planes estratégicos y operacionales para resolver los problemas fundamentales de la malnutrición y el hambre en comunidades consideradas inseguras en materia de alimentación y nutrición, y de velar por la aplicación de las medidas necesarias con la participación de las instituciones gubernamentales, la sociedad civil y la cooperación internacional. El CONASAN es la principal instancia decisoria y cuenta con representantes de todos los ministerios competentes.
14. Tras la adopción de la ley de seguridad alimentaria y nutrición, y con el apoyo del PMA, el Gobierno organizó un taller interinstitucional en el que se determinaron las intervenciones necesarias para contribuir a la consecución del ODM relativo a la reducción del hambre. Éstas ponían de manifiesto la necesidad de facilitar alimentación suplementaria a los niños de 6 a 36 meses edad y a las mujeres embarazadas y lactantes. La

⁴ ENSMI, 2002.



aplicación de esta operación prolongada de socorro y recuperación (OPSR) correrá a cargo del PMA, la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de Salud (OMS/OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); la operación apoya las estrategias de reducción del hambre del Gobierno mediante la prestación de asistencia de socorro y de recuperación.

Políticas, capacidades y medidas adoptadas por otras partes interesadas principales

15. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) cuenta con un amplio historial de prestación de ayuda alimentaria a Guatemala para apoyar actividades de desarrollo y facilitar socorro en situaciones de urgencia. La mayoría de las donaciones más recientes al Gobierno se han hecho por conducto del Programa internacional McGovern-Dole de alimentos para la educación y la nutrición infantil. La misión de la USAID en Guatemala facilita cooperación técnica y financiera a instituciones como los Servicios Católicos de Socorro (CRS), la Cooperativa para la Asistencia y el Socorro a Cualquier Parte del Mundo (CARE) y *Save the Children Fund*, que se encargan de ejecutar actividades relacionadas con la nutrición y la seguridad alimentaria en zonas seleccionadas, en virtud de programas del Título II. La Comisión Europea proporciona ayuda alimentaria en forma de alimentos por trabajo o alimentos para la capacitación, o bien por medio de comedores para los niños menores de 12 años y las mujeres embarazadas y lactantes.

OBJETIVOS DE LA ASISTENCIA DEL PMA

16. Los objetivos de la asistencia facilitada por el PMA a esta OPSR son los siguientes:
- reducir la malnutrición aguda entre los niños menores de 5 años en las zonas seleccionadas (componente de socorro: Objetivo estratégico 1 – salvar vidas en situaciones de crisis);
 - prevenir un declive del estado nutricional de los niños de 6 a 36 meses de edad y de las mujeres embarazadas y madres lactantes (componente de recuperación: Objetivo estratégico 3 – respaldar la mejora del estado nutricional y la salud de los niños, las madres y otras personas vulnerables) mediante:
 - ◊ el suministro de Vitacereal, un alimento compuesto enriquecido apropiado desde el punto de vista nutricional y cultural, a los niños de 6 a 36 meses de edad para propiciar su buen estado nutricional;
 - ◊ el suministro de Vitacereal a las mujeres embarazadas y madres lactantes para propiciar su buen estado nutricional;
 - ◊ la mejora de las prácticas de nutrición, salud, higiene y atención por medio de la capacitación;
 - ◊ la mejora del estado nutricional y de salud de los niños mediante los servicios de atención básica de salud proporcionados por el Ministerio de Salud, entre los cuales la vigilancia del crecimiento, la vacunación, el suministro de comprimidos antiparasitarios, vitamina A, ácido fólico y hierro a los niños, el suministro de hierro y ácido fólico a las mujeres embarazadas y lactantes, y el seguimiento de los embarazos; y



- ◇ el fortalecimiento de las estructuras comunitarias por medio de la potenciación del papel de las organizaciones comunitarias de mujeres.

MEDIDAS ADOPTADAS POR EL PMA

Naturaleza y eficacia de la asistencia relacionada con la seguridad alimentaria hasta la fecha

17. Esta OPSR prosigue la asistencia de socorro facilitada en el marco de la OEM 10174.0 “Asistencia de emergencia a familias víctimas de la sequía con niños que padecen malnutrición aguda” y del componente de socorro de la OPSR Regional 10212.0 para América Central “Asistencia alimentaria a las personas afectadas por crisis y para la recuperación de medios de subsistencia”.
18. El PMA ejecutó la OEM 10174.0 en 2002, cuando la aguda crisis nutricional causada por una sequía prolongada había llevado al Gobierno a declarar el estado de zona catastrófica. Por medio de la OEM se facilitó alimentación suplementaria y terapéutica a 25.000 niños pequeños y sus familias.
19. En 2004, en el marco de la OPSR regional 10212.0, se suministraron 7.329 toneladas de ayuda alimentaria a 275.000 personas en 109 municipios de los 16 departamentos seleccionados. Esa ayuda incluía asistencia alimentaria facilitada por conducto del Ministerio de Salud a 2.470 niños menores de 5 años con malnutrición aguda grave, 31.641 niños con malnutrición aguda moderada y 3.424 mujeres embarazadas y madres lactantes.
20. Los objetivos y mecanismos de selección de la OPSR propuesta son diferentes de los objetivos y mecanismos de los programas en curso o anteriores del PMA. La OPSR 10212.0 y el programa en el país 10092.0 no se dirigen a los niños de 6 a 36 meses crónicamente malnutridos. Para contrarrestar los efectos de las crisis económicas y los desastres recurrentes el PMA ha integrado su intervención en el programa en el país existente mediante el fortalecimiento de su estrategia de recuperación y la atención de las necesidades nutricionales, de educación y capacitación, así como la creación y conservación de activos. El diseño de la nueva OPSR se basa en las enseñanzas extraídas de las actuales intervenciones relacionadas con la salud maternoinfantil en Guatemala y de la experiencia del PMA en otras partes del mundo. No representa una ampliación de la asistencia prestada anteriormente por el PMA.
21. Por medio del proyecto regional de desarrollo 10411.0 para el fomento de la capacidad, el PMA ha venido apoyando la formulación de políticas nacionales y de programas basados en la distribución de alimentos por el Gobierno y contribuirá a fortalecer su capacidad técnica de seleccionar, gestionar y mostrar los efectos de los programas sociales basados en la distribución de alimentos. La OPSR se completará con el proyecto de desarrollo regional 10421.0, cuyas actividades consisten en: i) aumentar la capacidad del Gobierno para fortalecer los programas integrados de suministro de micronutrientes a niños de 6 a 36 meses de edad y mejorar la producción de alimentos complementarios enriquecidos de bajo costo, apropiados desde el punto de vista nutricional y cultural; ii) sensibilizar a la población acerca del elevado costo social de las carencias de micronutrientes y el reducido costo que conlleva solucionar estos problemas; y iii) fortalecer el establecimiento de redes entre los gobiernos, los organismos de las Naciones Unidas, el sector privado y otros actores para resolver los problemas de carencia de vitaminas y minerales.



22. La ejecución de la OPSR correrá a cargo del PMA, el UNICEF y la OMS/OPS. Su finalidad es garantizar un enfoque de programa integrado conforme a la reforma de las Naciones Unidas y aumentar el impacto de los programas mediante la selección rigurosa de las personas más vulnerables. En este marco de colaboración, la operación apoya la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (OMS y UNICEF 2002), que promueve una alimentación suplementaria oportuna, suficiente, segura y apropiada, con la lactancia materna como condición de desarrollo para todos los niños (OMS 2003). La OPSR se suma a los objetivos compartidos por el PMA, la OMS y el UNICEF de contribuir a erradicar la malnutrición infantil, como se afirma en los memorandos de entendimiento de alcance mundial y regional.

Perfil de la estrategia

23. La investigación revela que seleccionar a los niños de 6 a 36 meses de edad como beneficiarios es la forma más eficaz de luchar contra la malnutrición en contextos de socorro y recuperación. Por lo general, los programas alimentarios en Guatemala han permitido atender las necesidades de los niños de la escuela primaria y de los niños de 3 a 5 años por medio de raciones familiares como complemento alimentario, pero eso excluye el grupo destinatario que obtiene los mayores beneficios de las intervenciones nutricionales. Se necesitan urgentemente medidas preventivas destinadas a las mujeres embarazadas y madres lactantes y sus hijos, antes de que otra generación resulte afectada por los efectos irreversibles del retraso del crecimiento y el desarrollo.
24. La actual movilización de la voluntad política y la creación de mecanismos institucionales en el marco del SISAN sientan las condiciones para reducir el hambre y la malnutrición con eficacia. Es imperativo llevar a cabo intervenciones nutricionales basadas en la ayuda alimentaria para las madres y los niños menores de 3 años expuestos al riesgo de malnutrición crónica, así como actividades encaminadas a promover el cambio de comportamiento y el acceso a los servicios básicos. Esta OPSR hará frente a la malnutrición aguda por medio del componente de socorro, luchará contra la malnutrición crónica y atenderá las necesidades nutricionales especiales de los niños pequeños y las mujeres por medio del componente de recuperación.
25. **En el marco del componente de socorro**, la ayuda alimentaria facilitada en forma de alimentación terapéutica contribuirá a mejorar el estado nutricional de los niños que padecen malnutrición aguda, quienes recibirán también un tratamiento especializado para los síntomas asociados con la malnutrición aguda. Las principales actividades del componente de socorro son las siguientes:
- Alimentación terapéutica para los niños menores de 5 años que padecen malnutrición aguda, con arreglo a las normas técnicas del Ministerio de Salud. A petición del Gobierno y del UNICEF, el PMA facilitará alimentos terapéuticos a 3.000 niños, con el apoyo técnico del UNICEF y la OMS. En caso de que aumente el número de casos, el UNICEF sufragará los costos de los productos. Personal especializado del Ministerio someterá a cada niño a un tratamiento de 30 días. Los niños que completen la alimentación terapéutica recibirán tratamiento ambulatorio y, posteriormente, asistencia en el marco del componente de recuperación nutricional de la OPSR. El componente de socorro abarca el control del peso y chequeos médicos periódicos de los niños beneficiarios.
26. **En el marco del componente de recuperación** la alimentación suplementaria, completada con capacitación en nutrición y servicios sanitarios básicos, impedirá que se produzca un ulterior deterioro del estado nutricional de los niños pequeños y las mujeres embarazadas y lactantes, y contribuirá a interrumpir la transmisión intergeneracional de la



malnutrición crónica. Las principales actividades del componente de recuperación son las siguientes:

- Alimentación suplementaria selectiva para propiciar el buen estado nutricional de los niños de 6 a 36 meses de edad y las mujeres embarazadas y madres lactantes. Para suplir la falta de acceso a alimentos en cantidad y de calidad suficientes se facilitará Vitacereal, un suplemento enriquecido aprobado por el Ministerio de Salud y desarrollado por el PMA, la OPS, el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) y el UNICEF. Vitacereal se compra localmente, por lo que su utilización contribuirá a aumentar la capacidad de producción y a mejorar la sostenibilidad de los proyectos. Resulta adecuado como alimento para el destete y para las mujeres gestantes y lactantes. Las pruebas de aceptación en las comunidades destinatarias revelan que satisface las preferencias culturales de niños y mujeres. Vitacereal es un suplemento valioso desde el punto de vista nutricional para el desarrollo del niño en la primera infancia porque está compuesto principalmente por soya y maíz de alta calidad, es sumamente energético y tiene un alto contenido proteínico.
- Capacitación para lograr un cambio del comportamiento. Además de recibir productos suplementarios, las mujeres embarazadas y madres lactantes y las mujeres con niños menores de 3 años participarán en sesiones de toma de conciencia sobre nutrición, salud, higiene y prácticas de atención sanitaria, de conformidad con el Compromiso ampliado relativo a la mujer I.3. La capacitación en nutrición para la mejora de las prácticas es un componente fundamental de la OPSR y comprenderá la preparación correcta de Vitacereal, los beneficios de la lactancia materna exclusiva y continua, servicios de información prenatal y postnatal, y la sensibilización acerca del VIH/SIDA. La capacitación en higiene abarcará la capacitación de las madres en el tratamiento del agua a nivel municipal. El Ministerio será responsable de este componente, que se ejecutará por conducto de promotores de salud con el apoyo técnico del UNICEF.
- Atención básica de salud para los niños y las mujeres embarazadas. En el marco del conjunto de servicios sanitarios básicos se vigilará el crecimiento de los niños para el control y la detección precoz de la malnutrición; los niños recibirán comprimidos antiparasitarios, vacunas, vitamina A, ácido fólico y hierro; las mujeres embarazadas recibirán atención prenatal; y las mujeres gestantes y lactantes recibirán complementos de hierro y ácido fólico.
- El fortalecimiento de las estructuras comunitarias y la potenciación del papel de la mujer en las organizaciones comunitarias relacionadas con el proyecto. La OPSR velará por que las opiniones y decisiones de mujeres y hombres con respecto a la distribución de alimentos y la gestión de activos se consideren de modo igualitario. Las mujeres tomarán parte en los comités de distribución de alimentos y en otros organismos locales relacionados con los programas; al menos la mitad de los representantes y la mitad de los presidentes, secretarios y tesoreros de los comités de distribución de alimentos y de creación de activos serán mujeres (Compromiso ampliado relativo a la mujer V.2). Los organismos de ejecución se ocuparán de que las responsabilidades de capacitación en nutrición y distribución de alimentos no interfieran con las tareas cotidianas de las mujeres.



Estrategia de retirada

27. La sostenibilidad del programa se promoverá por medio de la compra local de Vitacereal para así aumentar la capacidad de producción local y crear un mercado competitivo de alimentos para el destete de alta calidad. Vitacereal, cuyo precio es inferior al de los productos nacionales similares y está adaptado a los hábitos de consumo de la población local, aumentará la eficacia de los programas sociales basados en la distribución de alimentos y podrá llegar a estar disponible en el mercado. La adquisición de un alimento de producción local, con una marca registrada establecida, ayudará al Gobierno y al sector comercial a ocuparse gradualmente del suministro de ese producto.
28. El hecho de que el Gobierno haya consolidado su compromiso respecto de la erradicación del hambre es señal de su voluntad de aceptar hacerse cargo progresivamente de las actividades y de aportar cada vez más contribuciones financieras para sufragar los gastos de las actividades de la OPSR.

BENEFICIARIOS Y ORIENTACIÓN DE LA AYUDA

29. La OPSR aplicará la metodología de análisis y cartografía de la vulnerabilidad (VAM) y unos criterios estrictos de selección para atender a las personas más vulnerables a la malnutrición aguda y crónica y a la inseguridad alimentaria. La operación abarcará 83 municipios de 13 departamentos, principalmente en las tierras altas, donde el Gobierno se ha comprometido a reforzar su capacidad institucional; 33 municipios —el 40% del total— están situados en las cuatro provincias más vulnerables a las catástrofes naturales: Chiquimula, Totonicapán, Sololá y Chimaltenango. La asistencia se limitará a las mujeres y los niños cuya vulnerabilidad nutricional esté directamente asociada con una ingesta de alimentos insuficiente e inapropiada. Se utilizarán los siguientes criterios de selección geográfica:
 - índice de malnutrición aguda (peso para la estatura) inferior a una desviación estándar de -2 ;
 - índice de malnutrición crónica (estatura para la edad) superior al 40% entre los niños de 6 a 36 meses de edad; para las comunidades que no dispongan fácilmente de esta información puede utilizarse un índice de malnutrición crónica de referencia de al menos el 65% entre los niños de primer grado de la escuela primaria.⁵
30. Los grupos beneficiarios de las comunidades seleccionadas serán:
 - los niños menores de 5 años que padecen malnutrición aguda;
 - los niños de 6 a 36 meses de edad; y
 - las mujeres gestantes y lactantes.

⁵ La selección geográfica se perfeccionará una vez que se disponga de los datos de referencia concernientes al grupo destinatario de niños de 6 a 36 meses de edad.



CUADRO 3: CATEGORÍA DE BENEFICIARIOS Y RACIONES									
Categoría de beneficiarios	Número de beneficiarios			Días al año	Producto	Ración por persona y día (gramos)	Cantidad (toneladas)	Precio (dólares EE.UU. por tonelada)	Costo total de los productos (dólares EE.UU.)
	Año 1	Año 2	Año 3						
Alimentación terapéutica: niños menores de 5 años									
	3 000	3 000	3 000	30	F-75 F-100	100	27	2 000	54 000
Alimentación suplementaria: niños de 6 a 36 meses									
	135 000	220 000	220 000	310	Vitacereal	120	21 390	700	14 973 000
Alimentación suplementaria con capacitación en nutrición y salud: mujeres embarazadas y madres lactantes									
	100 000	150 000	150 000	155	Vitacereal	120	7 440	700	5 208 000
Número total de casos anuales									
	238 000	373 000	373 000				28 857		20 235 000

CONSIDERACIONES NUTRICIONALES Y CANASTA DE ALIMENTOS

31. El valor nutricional del componente de socorro de la OPSR se basa en el tratamiento alimentario de la malnutrición grave en dos fases básicas que prevén el suministro de leche terapéutica F-75 en la primera fase y el suministro de leche terapéutica F-100 en la segunda, de conformidad con las normas técnicas del Ministerio de Salud.
32. El valor nutricional de la canasta de alimentos del componente de recuperación tiene por objeto servir de complemento a la lactancia materna y a la ingesta de otros alimentos. El valor nutricional de Vitacereal es de un 16% de proteínas (400 kilocalorías/100 gramos) y un 6% de grasas, enriquecido con vitaminas y minerales (120 gramos diarios para los niños y 120 gramos diarios para las mujeres embarazadas y madres lactantes). Las raciones irán acompañadas de un tratamiento antihelmíntico.

DISPOSICIONES RELATIVAS A LA EJECUCIÓN

33. La OPSR se basa en la intensa participación comunitaria en la ejecución del proyecto. La participación de la comunidad contribuirá a aumentar las capacidades locales y a fortalecer la sostenibilidad del proyecto y la identificación de la comunidad con el mismo. El proyecto se ocupará de velar por el cumplimiento del Compromiso ampliado relativo a la mujer sobre la participación de ésta en igualdad de condiciones en cargos con poder decisorio de organismos locales relacionados con los programas, gracias a lo cual apoyará la potenciación del papel de la mujer en los procesos de asistencia alimentaria (Compromiso ampliado V). Asimismo, el proyecto intentará que las responsabilidades del proyecto no se sumen a las cargas de trabajo, ya de por sí pesadas. Intentará encontrar a asociados que impartan capacitación sobre participación y liderazgo comunitarios en apoyo del mayor poder decisorio en manos de las mujeres que trabajan en los distintos comités (Compromiso ampliado V.3). Además, el proyecto se ajusta a la política en materia de género al suministrar un producto rico en micronutrientes para mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y madres lactantes (Compromiso ampliado I).



34. Al preparar esta OPSR, el PMA consultó y trabajó con la SESAN y el Ministerio de Salud, otras instituciones gubernamentales —como la Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica, la Secretaría de Trabajo Social de la Primera Dama y el Ministerio de Educación—, las autoridades locales, los donantes y los organismos de las Naciones Unidas, entre ellos: la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el UNICEF, la OMS/OPS y el INCAP.
35. La SESAN será el órgano de coordinación de la OPSR. El Ministerio de Salud será responsable de esta operación, cuyas actividades de atención sanitaria básica serán realizadas por la Dependencia de Servicios Sanitarios. La estrategia de ejecución se aplicará con arreglo a un doble enfoque basado en los centros de salud comunitarios y en los dispensarios del Ministerio de Salud, así como en su Programa de ampliación de la cobertura de los servicios sanitarios básicos.
36. La distribución de productos para la alimentación suplementaria de los niños menores de 3 años supondrá, entre otras cosas, que las madres se encarguen de recoger Vitacereal en el punto de distribución de la comunidad todos los meses, una vez que hayan recibido orientación sobre preparación de alimentos para el destete, nutrición básica y atención de salud. El Ministerio de Salud, por conducto de su Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PROSAN), será responsable de la vigilancia nutricional, de la que se ocuparán el personal del Ministerio de Salud, organizaciones no gubernamentales (ONG) y voluntarios de la esfera de la salud. El control del crecimiento de los niños se efectuará en los centros de salud y en los dispensarios del Sistema Integral de Atención de Salud (SIAS) del Ministerio de Salud, con una periodicidad mensual para los niños menores de 12 meses y bimensual para los de más de 12 meses. La OMS/OPS y el UNICEF facilitarán asistencia técnica para fortalecer la estructura institucional y asegurar la vigilancia nutricional en los municipios y las comunidades. Además, proveerán comprimidos antiparasitarios, vitaminas y micronutrientes adicionales.
37. La distribución de productos para la alimentación suplementaria de las mujeres embarazadas y madres lactantes supondrá, entre otras cosas, que las mujeres se encarguen de recoger las raciones individuales de Vitacereal todos los meses, así como que participen en la capacitación en nutrición, salud e higiene. Las raciones de Vitacereal destinadas a las mujeres vendrán en un paquete distinto del de los niños, que irá acompañado de información sobre las necesidades nutricionales específicas de las mujeres durante la gestación y la lactancia. El Ministerio de Salud organizará actividades de fomento de la capacidad en materia de nutrición y salud destinadas al personal del proyecto que trabaja en los centros de salud y a los agentes previstos en virtud de la ampliación de la cobertura. El PMA y sus asociados ayudarán al Gobierno a crear instrumentos educativos comunitarios sencillos, directos y que tengan en cuenta los aspectos culturales.
38. El proyecto se basa en la producción y adquisición locales de Vitacereal. La adquisición de alimentos compuestos de producción local, con una marca registrada establecida, forma parte de la estrategia encaminada a permitir al Gobierno y a los productores locales irse identificando gradualmente con el proceso. La adquisición de Vitacereal conforme a las normas y los reglamentos uniformes del PMA contribuirá a la expansión de la base del mercado local de proveedores. Se espera que la convocatoria periódica de licitaciones locales abiertas a las empresas establecidas que utilizan métodos de producción similares y a las empresas que desean invertir en la producción de alimentos compuestos enriquecidos sirva como catalizador de los precios. Si durante el período de ejecución de la OPSR, el precio de Vitacereal se vuelve prohibitivo en comparación con el precio presupuestado, el PMA apoyará la convocatoria de licitaciones internacionales y regionales.



39. La adquisición y producción locales de Vitacereal contribuirán a la mejora de la preparación para emergencias en la región de América Latina y el Caribe, aumentando así la limitada base de proveedores con que cuenta el PMA para los alimentos compuestos enriquecidos a base de cereales y de soya.
40. El PMA aumentará la capacidad de sus dependencias encargadas de la compra, la cadena de suministro y el apoyo contratando a personal competente en número suficiente, que recibirá capacitación en el despacho regional. Se llevará a cabo un examen de la estrategia de producción para apoyar la fabricación local de Vitacereal.
41. El Gobierno sufragará los costos de logística que suponga el suministro de la ayuda alimentaria. El PMA sufragará los costos del transporte desde el almacén hasta los puntos de distribución. Se utilizarán los puertos de Santo Tomás de Castilla y Quetzal y los almacenes del Instituto Nacional de Comercio Agrícola (INDECA). Los centros de salud se usarán como puntos de entrega para las comunidades y se encargarán de la distribución de los alimentos a los beneficiarios. Desde la fase inicial el PMA colaborará con el Gobierno para preparar una estrategia de traspaso gradual de responsabilidades que lleve al propio Gobierno a sufragar todos los costos de transporte terrestre, almacenamiento y manipulación (TTAM).
42. Los alimentos de producción/adquisición local se transportarán desde las plantas de fabricación hasta los almacenes del INDECA y desde éstos hasta los almacenes comunitarios establecidos en la sede de los proveedores de asistencia sanitaria o en otros lugares adecuados. Los municipios o las ONG se encargarán de facilitar las instalaciones de almacenamiento, que deberán cumplir con las normas mínimas de seguridad necesarias para el almacenamiento de alimentos. El personal de la Dependencia de Asistencia Técnica del Ministerio de Salud facilitará este proceso. Para la distribución de alimentos en los municipios se aplicarán los procedimientos del PMA y el INDECA. Los alimentos se transportarán desde el INDECA hasta los almacenes comunitarios cada mes o cada dos meses. La responsabilidad del almacenamiento de los productos alimenticios corresponderá a los proveedores de servicios sanitarios de cada lugar. Entre los instrumentos de vigilancia del proyecto se contará un conjunto de formularios destinados a respaldar la distribución de los alimentos a escala local. Los productos se distribuirán desde los almacenes comunitarios a los beneficiarios todos los meses.

SUPERVISIÓN DE LA EJECUCIÓN

43. El Ministerio de Salud se encargará de supervisar la ejecución de la OPSR. Fortalecerá la supervisión a escala comunitaria para mejorar la vigilancia de la malnutrición crónica y aguda (véase el Anexo III). Con el apoyo del PMA y las ONG, el Ministerio de Salud realizará un estudio de referencia utilizando el indicador de la relación entre la estatura y la edad y la metodología de evaluación rápida de las necesidades.
44. Se establecerá un sistema de seguimiento de los alimentos de base comunitaria, que se vinculará con las estrategias integradas de atención de salud ya existentes para mujeres y niños. El manual del PMA sobre procedimientos y operaciones y una serie de actividades de capacitación ayudarán a los asociados en la ejecución a observar los requisitos de seguimiento y selección del PMA. Los supervisores de campo del PMA y los supervisores contratados por otros asociados en la ejecución supervisarán las fases de ejecución.
45. Esta OPSR se someterá a una evaluación externa con el apoyo de la Sede.



EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS Y PLANIFICACIÓN PARA IMPREVISTOS

Evaluación de los riesgos

46. El PMA tratará de resolver las siguientes cuestiones, que podrían afectar a la eficacia de esta OPSR:
- los cambios en las prioridades de financiación que dan lugar a una aportación insuficiente de recursos por parte del Gobierno, los donantes o los asociados;
 - la falta de fiabilidad de los datos de seguimiento de los asociados sobre el estado nutricional y el retraso con que llegan;
 - la insuficiencia de los insumos no alimentarios, que socava las oportunidades de crear un enfoque integral del programa;
 - la dilución de los alimentos suplementarios; y
 - el incremento de los gastos de adquisición de los alimentos.

Planificación para imprevistos

47. En caso de escasez de alimentos, podría no disponerse temporalmente de ayuda alimentaria para las actividades preventivas del componente de recuperación de la OPSR. Si se produjera una emergencia de gran alcance, el PMA respondería de forma flexible y buscaría recursos adicionales con cargo al componente de socorro de la OPSR.

CONSIDERACIONES RELATIVAS A LA SEGURIDAD

48. Las Naciones Unidas han establecido un Departamento de Seguridad y Vigilancia (UNDSS) y preparado un plan de seguridad que se actualiza periódicamente. El UNDSS está trabajando con el PMA para entrenar al personal del Programa en cuestiones de seguridad, antes de destinarlos al trabajo sobre el terreno. De conformidad con la inspección de seguridad realizada en noviembre de 2004, el PMA en Guatemala cumple con las normas mínimas de seguridad en las operaciones y trabaja para garantizar la máxima seguridad de su personal. Todo el personal actualmente contratado o de reciente contratación recibirá capacitación en temas de seguridad.

RECOMENDACIÓN

49. Se pide a la Junta Ejecutiva que apruebe la OPSR 10457.0, que prestará asistencia a 373.000 beneficiarios al año a un costo para el PMA de 27,4 millones de dólares, tal como se indica en los Anexos I y II.



ANEXO I

DESGLOSE DE LOS COSTOS DEL PROYECTO			
	Cantidad (toneladas)	Costo medio por tonelada	Valor (dólares)
COSTOS PARA EL PMA			
A. Costos operacionales directos			
Mezclas alimentarias y alimentos compuestos (recuperación)	28 830	700	20 181 000
F75-F100 (socorro)	27	2 000	54 000
Total de productos			20 235 000
Transporte externo			6 264
Transporte interno			2 179 255
Otros costos operacionales directos			502 400
Total de costos operacionales directos			22 922 919
B. Costos de apoyo directo (véanse los detalles en el Anexo II)			2 726 929
C. Costos de apoyo indirecto (7%)			1 795 489
COSTO TOTAL PARA EL PMA			27 445 337



ANEXO II

NECESIDADES DE APOYO DIRECTO (dólares EE.UU.)	
Costos de personal	
Personal internacional de categoría profesional	
Oficiales profesionales nacionales	501 050
Asistencia temporal	426 513
Horas extraordinarias	6 000
Consultores internacionales	45 000
Consultores nacionales	807 434
Viajes del personal en comisión de servicio	287 004
Formación y promoción del personal	57 200
Total parcial	2 130 201
Gastos de oficina y otros gastos corrientes	
Alquiler de instalaciones	150 375
Servicios públicos (generales)	24 590
Material de oficina	37 831
Comunicaciones y servicios de TI	33 240
Seguros	31 525
Reparación y mantenimiento del equipo	33 733
Costos de mantenimiento y funcionamiento de los vehículos	50 315
Otros gastos de oficina	37 831
Servicios proporcionados por otras organizaciones de las Naciones Unidas	47 288
Total parcial	446 728
Equipo y otros gastos fijos	
Mobiliario, herramientas y equipo	35 000
Vehículos	60 000
Equipo de TC/TI	55 000
Total parcial	150 000
TOTAL DE COSTOS DE APOYO DIRECTO	2 726 929



ANEXO III

RESUMEN DEL MARCO LÓGICO DE LA OPSR 10457.0 RELATIVA A GUATEMALA		
Jerarquía de los resultados	Indicadores de la ejecución	Riesgos, supuestos
EFFECTOS DIRECTOS		
<p>Componente de socorro</p> <p>Objetivo estratégico 1: Salvar vidas en situaciones de crisis</p> <p>1. Reducción de la malnutrición aguda entre los niños menores de 5 años.</p>	<p>1.1 Prevalencia de la malnutrición aguda entre los niños menores de 5 años, por sexo (peso para la estatura).</p> <p>1.2 Tasa de recuperación entre los niños menores de 5 niños que reciben asistencia.</p> <p>1.3 Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años en las zonas seleccionadas (indicador piloto en el marco de la iniciativa de aplicación de indicadores específicos, mensurables, conseguibles, realistas y temporalmente delimitados).</p>	<p>Supuesto(s):</p> <p>Crisis económicas externas que agravan la situación nutricional actual.</p>
<p>Componente de recuperación</p> <p>Objetivo estratégico 3: Respaldar la mejora del estado nutricional y la salud de los niños, las madres y otras personas vulnerables</p> <p>2. Disminución del nivel de malnutrición entre los niños menores de 3 años.</p>	<p>2.1 Prevalencia de la malnutrición crónica entre los niños menores de 3 años, por sexo.</p>	<p>Supuesto(s):</p> <p>El gobierno, los donantes y los asociados siguen financiando sus compromisos con miras a reducir la malnutrición infantil.</p> <p>Riesgo(s):</p> <p>Grandes catástrofes naturales u otras situaciones de urgencia que desvían recursos de las actividades de recuperación.</p>
<p>3. Disminución del nivel de malnutrición entre las mujeres embarazadas y las madres lactantes.</p>	<p>3.1 Tasa de insuficiencia ponderal al nacer.</p>	
<p>4. Mejora de las prácticas nutricionales, sanitarias, higiénicas y de atención por medio de la capacitación.</p>	<p>4.1 Porcentaje de mujeres embarazadas y madres lactantes capacitadas que practican la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses.</p> <p>4.2 Porcentaje de mujeres capacitadas para preparar correctamente el Vitacereal para sus niños.</p>	
<p>5. Mejora del estado nutricional y la salud de los niños y las mujeres seleccionados mediante la prestación de servicios sanitarios básicos.</p>	<p>5.1 Prevalencia de la anemia entre las mujeres gestantes y lactantes.</p> <p>5.2 Prevalencia de la anemia entre los niños menores de 3 años.</p> <p>5.3 Prevalencia de la carencia de vitamina A entre los niños menores de 3 años.</p> <p>5.4 Porcentaje de niños menores de 3 años que se atiende en el marco de las campañas de vacunación.</p>	



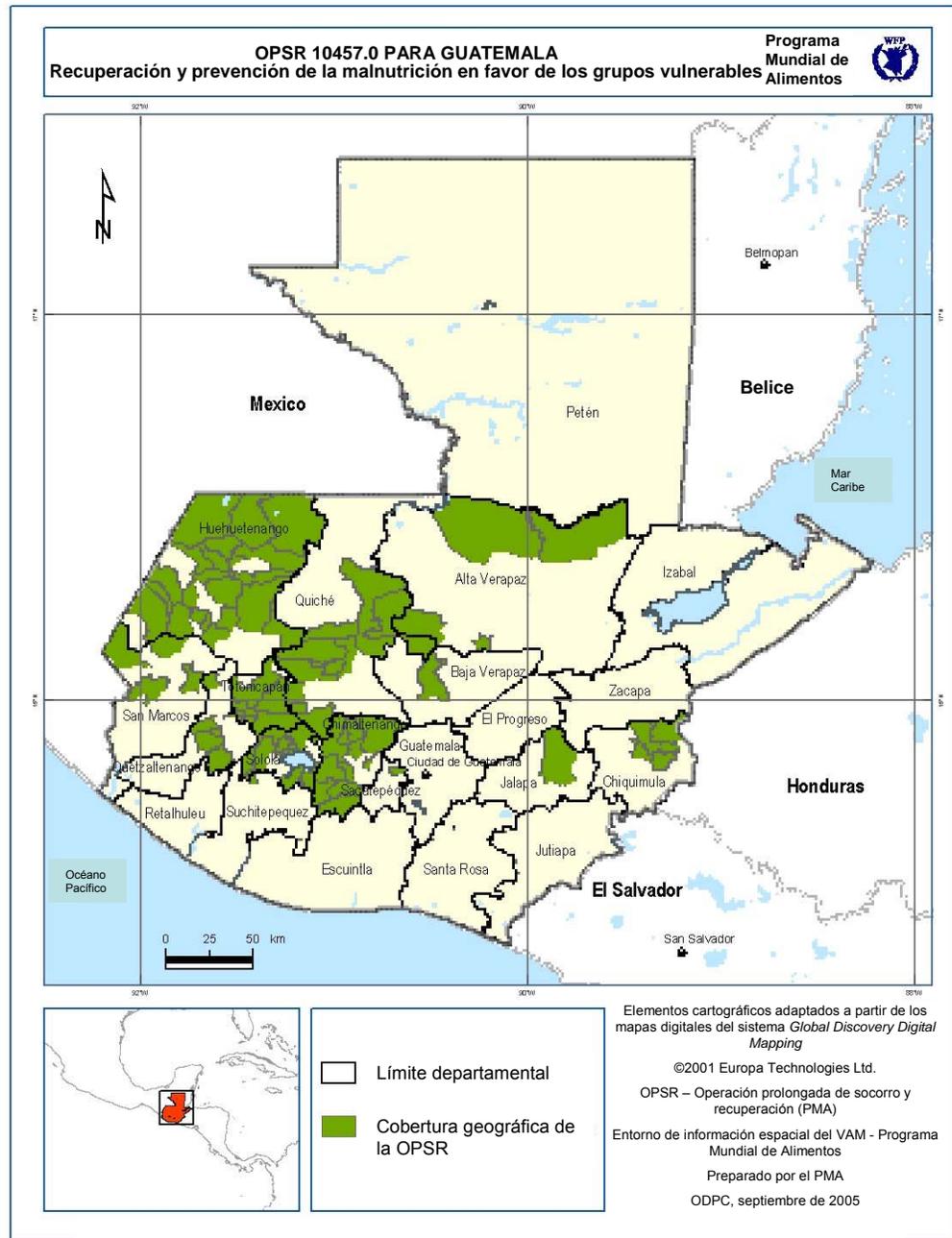
RESUMEN DEL MARCO LÓGICO DE LA OPSR 10457.0 RELATIVA A GUATEMALA		
Jerarquía de los resultados	Indicadores de la ejecución	Riesgos, supuestos
6. Fortalecimiento de las estructuras comunitarias por medio de la potenciación del papel de las organizaciones comunitarias de mujeres.	6.1 Al menos la mitad de los representantes y la mitad de los presidentes, secretarios y tesoreros de los comités de distribución de alimentos y de creación de activos son mujeres (Compromiso ampliado relativo a la mujer V.2).	
PRODUCTOS PRINCIPALES	INDICADORES DE LOS PRODUCTOS	
Componente de socorro 1. Suministro oportuno de alimentos en cantidad suficiente a los niños menores de 5 años y a las mujeres embarazadas y madres lactantes en situaciones de socorro.	1.A.1 Número de niños que padecen malnutrición aguda o en situación de riesgo entre los que reciben ayuda alimentaria por medio de programas de alimentación terapéutica. 1.A.2 Cantidad de alimentos distribuidos en situaciones de socorro, por producto y categoría de proyecto. 1.A.3 Porcentaje de alimentos previstos que se distribuyen en situaciones de socorro, por producto y categoría de proyecto.	Supuesto(s): Los servicios de salud proporcionan complementos de micronutrientes y comprimidos antiparasitarios en el momento oportuno y en cantidad suficiente. Riesgo(s): La distribución de los alimentos complementarios dentro de los hogares puede privar a los niños seleccionados de los alimentos que se les han destinado.
Componente de recuperación 2. Suministro oportuno de alimentos nutritivos en cantidad suficiente a los niños menores de 3 años en el marco de operaciones de recuperación.	2.1 Proporción de niños menores de 3 años que padece malnutrición crónica o en situación de riesgo entre los que reciben mensualmente la cantidad asignada de Vitacereal.	
3. Suministro oportuno de alimentos nutritivos en cantidad suficiente a las mujeres embarazadas y madres lactantes en el marco de operaciones de recuperación.	3.1 Número de mujeres embarazadas y madres lactantes que reciben mensualmente la cantidad asignada de Vitacereal.	
4. Mujeres embarazadas y madres lactantes capacitadas en nutrición, salud e higiene.	4.1 Número de mujeres embarazadas y madres lactantes capacitadas.	
5. Prestación de servicios sanitarios básicos a los niños y a las mujeres embarazadas y madres lactantes.	5.1 Número de niños seleccionados que reciben hierro, ácido fólico y suplementos de vitamina A y tratamiento antihelmíntico. 5.2 Número de mujeres embarazadas y madres lactantes seleccionadas que reciben hierro y ácido fólico. 5.3 Número de niños menores de 3 años en las zonas seleccionadas que se atiende en el marco de los programas de vacunación.	



RESUMEN DEL MARCO LÓGICO DE LA OPSR 10457.0 RELATIVA A GUATEMALA		
Jerarquía de los resultados	Indicadores de la ejecución	Riesgos, supuestos
6. Fortalecimiento de las estructuras comunitarias por medio de la potenciación del papel de las organizaciones comunitarias de mujeres.	<p>6.1 Al menos la mitad de los representantes de los comités de distribución de alimentos son mujeres.</p> <p>6.2 Al menos la mitad de los representantes de los comités de creación de activos humanos son mujeres.</p> <p>6.3 Al menos la mitad de los presidentes, secretarios y tesoreros de los comités de distribución de alimentos son mujeres.</p> <p>6.4 Al menos la mitad de los presidentes, secretarios y tesoreros de los comités de creación de activos son mujeres (Compromiso ampliado V.2).</p>	



ANEXO IV



Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que ésta contiene no entrañan, por parte del Programa Mundial de Alimentos (PMA), juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.



LISTA DE SIGLAS

CONASAN	Comité Consultivo Nacional sobre Nutrición y Seguridad Alimentaria
CARE	Cooperativa para la Asistencia y el Socorro a Cualquier Parte del Mundo
CRS	Servicios Católicos de Socorro
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Maternoinfantil
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
INCAP	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
INDECA	Instituto Nacional de Comercio Agrícola
ODM	Objetivo de desarrollo del Milenio
ODPC	Despacho Regional para América Latina y el Caribe
OEM	Operación de emergencia
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de Salud
OPSR	Operación prolongada de socorro y recuperación
PROSAN	Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia
SIAS	Sistema Integral de Atención de Salud
SISAN	Sistema de nutrición y seguridad alimentaria nacional
TTAM	Transporte terrestre, almacenamiento y manipulación
UNDSS	Departamento de Seguridad y Vigilancia de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VAM	Análisis y cartografía de la vulnerabilidad

