

Tercer período de sesiones
ordinario de la Junta Ejecutiva

Roma, 21 - 24 de octubre de 1996

INFORMES PARCIALES SOBRE PROYECTOS APROBADOS

Tema 8 d) del programa

PROYECTO PAKISTÁN 2237 (Ampl. 3)

Asistencia al sector de atención primaria de salud

Costo total de los alimentos	22 485 306 dólares
Costo total para el PMA	25 613 995 dólares
Fecha de aprobación por el CPA	7 de junio de 1990
Fecha de la firma del plan de operaciones	13 de febrero de 1991
Fecha de notificación de la terminación de los preparativos	17 de febrero de 1991
Fecha de la primera distribución	1° de enero de 1992
Duración de la asistencia del PMA	Cuatro años y seis meses
Duración del proyecto al 29 de febrero de 1996	Cuatro años y dos meses

Salvo indicación en contrario, todos los valores monetarios se expresan en dólares EE.UU. En febrero de 1996, un dólar EE.UU. equivalía a 34 rupias pakistaníes.

S

Distribución: GENERAL

WFP/EB.3/96/8-D/Add.6
2 septiembre 1996
ORIGINAL: INGLÉS

Se ha publicado un número limitado de ejemplares de este documento. Por lo tanto, se ruega a los delegados y observadores que lo lleven consigo a las reuniones y se abstengan de pedir otros ejemplares.

NOTA A LA JUNTA EJECUTIVA

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

De conformidad con las decisiones adoptadas por la Junta Ejecutiva en su primer período de sesiones ordinario, relativas a los métodos de trabajo, los documentos elaborados por la Secretaría para remitirlos a la Junta son concisos y se centran en las decisiones. Las sesiones de la Junta Ejecutiva tendrán un carácter pragmático y en ellas se propiciará un mayor diálogo e intercambio de ideas entre las delegaciones y la Secretaría. La Secretaría proseguirá en su empeño por fomentar la aplicación de estos principios rectores.

Por consiguiente, la Secretaría invita a los miembros de la Junta que puedan tener dudas de carácter técnico respecto del presente documento a que se sirvan contactar con el(los) miembro(s) del personal del PMA que se indican en el párrafo inferior, a ser posible con un margen de tiempo suficiente antes de la reunión de la Junta. Este procedimiento ha sido concebido con objeto de facilitar la labor de la Junta a la hora de examinar el documento durante la sesión plenaria.

Los funcionarios del PMA encargados de coordinar el presente documento son los siguientes:

Director regional:	M. Hammam	tel.: 5228-2208
Oficial responsable:	J. Taft-Dick	tel.: 5228-2323

En caso de cualquier duda relativa al envío de documentos para la Junta Ejecutiva, sírvanse dirigirse al Empleado de documentos (tel.: 5228-2641).

FINALIDAD DEL PROYECTO Y DE LA ASISTENCIA DEL PMA

1. Pese al crecimiento económico satisfactorio del país, los indicadores sociales del Pakistán siguen estando atrasados con respecto a los de los países con un nivel de desarrollo similar, en especial por lo que se refiere al estado de salud de mujeres y niños y a la educación de las muchachas. Habida cuenta de los decepcionantes avances realizados en el desarrollo de los recursos humanos, el Gobierno del Pakistán ha emprendido un programa de acción social (PAS) para hacer frente a las necesidades de la población rural pobre en lo relativo a educación básica, atención primaria de salud, planificación familiar, abastecimiento de agua a las zonas rurales y saneamiento. En el sector sanitario, el programa procura mejorar la eficacia y utilización de los centros de atención básica de salud y, en particular, ampliar el acceso de la mujer a los servicios de asistencia sanitaria. En apoyo a esa estrategia, el proyecto se ha vuelto a formular de manera que la ayuda alimentaria se utilice como inversión para el desarrollo de los recursos humanos con el fin de alcanzar los siguientes objetivos:
 - a) **Objetivo a largo plazo:** ayudar al Gobierno del Pakistán en sus esfuerzos por promover la atención primaria de salud en las zonas rurales y los barrios urbanos pobres.
 - b) **Objetivos a corto plazo:** i) promover la asistencia de las mujeres embarazadas pobres a los centros sanitarios; fomentar la utilización de servicios específicos de atención primaria de salud.
2. Se trata de políticas básicas coherentes con la Declaración sobre el cometido del PMA, en la que se señala la importancia de mejorar la calidad de vida de la población más vulnerable mediante la protección de la salud y la educación sanitaria, el suministro directo de alimentos a las madres en concepto de incentivo (transferencia de ingresos), y el apoyo a la seguridad alimentaria en los hogares.

EJECUCIÓN

3. La ejecución del proyecto está a cargo de los Departamentos Provinciales de Salud bajo la supervisión del Ministerio Federal de Salud. En los centros sanitarios las visitadoras de salud¹ prestan servicios de atención prenatal y posnatal y distribuyen aceite a las beneficiarias. En la actualidad, el proyecto abarca unos 980 centros de asistencia sanitaria (el 18 por ciento del total nacional); de éstos, 200 se hallan en la Provincia Fronteriza del Noroeste (PFNO), 200 en Sindh, 90 en Aza, Jammu y Cachemira (AJK), 90 en Beluchistán y 400 en el Punjab; y se han seleccionado aquellos que se encuentran en zonas donde las condiciones de salud pública no son satisfactorias y la asistencia a los centros es escasa.
4. Según el plan de operaciones original, el PMA se había comprometido a proporcionar una cesta de alimentos compuesta de cinco productos alimenticios para ofrecer un complemento nutricional a los beneficiarios. El presente proyecto se ha vuelto a formular con miras a simplificar la distribución y reducir los costos de transporte limitando la composición de la cesta de alimentos a un solo producto de valor elevado, es decir, el aceite

¹ Empleadas de los Departamentos de Salud transferidas a los centros sanitarios para que presten servicios de salud maternoinfantil (SMI).



vegetal. Los objetivos del proyecto se revisaron también para que la ayuda se centrara en la promoción de los servicios clave de salud materno-infantil (SMI) y el suministro de alimentos a las madres coincidiera con los períodos de riesgo nutricional más elevado. Cada beneficiaria recibe un total de hasta cuatro latas de aceite (de cuatro a cinco kilogramos cada una) durante los meses de embarazo, el parto y el período posnatal correspondiente. La primera lata se proporciona cuando se confirma el embarazo tras una visita apropiada y, de ser necesario, se aprovecha la ocasión para administrar la vacuna contra el tétanos (TT I). La segunda lata se entrega después del sexto mes de gestación, cuando se administra la segunda vacuna contra el tétanos (TT II). La tercera lata se proporciona cuando la madre lleva al recién nacido al centro de salud para que lo pesen y le administren la vacuna BCG, y la cuarta lata cuando al niño se le vacuna contra la DPT. En cada fase, la madre recibe educación sanitaria pertinente relativa a lactancia materna, vacunación, salud y nutrición infantiles, y asesoramiento en planificación de la familia. Se alienta a las mujeres a registrarse en los centros en una fase temprana del embarazo para poder beneficiarse de los servicios de atención de salud de carácter preventivo.

5. La ejecución de la nueva estrategia, junto con la actividad intensiva de seguimiento, comenzaron a principios de 1995 en el Punjab, las provincias de AJK y Beluchistán y, a finales de 1995, en Sindh y la PFNO. El seguimiento del proyecto realizado por el PMA se fortaleció con el establecimiento de una unidad del PAS dotada de un director del programa y cinco oficiales de campo (uno destacado en cada provincia), así como dos funcionarios de seguimiento y evaluación. Se han elaborado listas de comprobación para el seguimiento en los distritos y los centros con el fin de reunir datos sobre la gestión del proyecto y los indicadores claves de los resultados obtenidos, tales como nivel de inscripción y asistencia de las mujeres gestantes a los centros de salud, número de visitas prenatales, meses de embarazo en el momento del registro, y alcance de la cobertura de las vacunas TT, BCG y DPT y del asesoramiento sanitario proporcionado.

ADMINISTRACIÓN DE LOS ALIMENTOS

6. Originalmente, el PMA se había comprometido a proporcionar 910 toneladas de té, 6 248 de mezcla de trigo y soja, 7 602 de azúcar, 4 614 de aceite de mantequilla y 11 483 de legumbres. Para 1994, el proyecto había recibido 131 toneladas de té, 1 200 de mezcla de trigo y soja, 1 505 de azúcar, 1 508 de aceite de mantequilla y 4 318 de legumbres. Como consecuencia del cambio de estrategia logística, el saldo de la asignación se convirtió en aceite vegetal (19 000 toneladas) mediante una revisión presupuestaria.
7. Todo los productos proporcionados en el marco de la estrategia precedente se habían utilizado a finales de 1994. Para finales de 1995, el proyecto había recibido 2 345 toneladas de aceite en el marco de la nueva estrategia de las cuales se habían utilizado 1 935 toneladas (el 83 por ciento del total). Las pérdidas después de la entrega ascendieron a 15 toneladas o al 0,6 por ciento de la entrega total de aceite. De la cantidad total de aceite, 372 toneladas se asignaron al Gobierno de Sindh para las víctimas de las inundaciones (madres y niños) que se registraron en 1994. El Gobierno de Francia proporcionó 27 729 dólares para sufragar los gastos de transporte, capacitación y seguimiento que conllevaba la ejecución de dicha operación.
8. Los costos de suministro, envío y entrega del aceite vegetal del PMA a los beneficiarios se han estimado en 1 143 dólares por tonelada (de los cuales 50 dólares corresponden al costo por tonelada del transporte interno), en comparación con el precio medio del mercado



local de 1 349 dólares por tonelada. Esto arroja un valor alfa de 1,18, lo que representa un bajo nivel de gastos generales para el Gobierno y permite que la ayuda alimentaria desempeñe eficazmente su función de transferencia de ingresos.

CONTRIBUCIÓN DEL GOBIERNO

9. La contribución del Gobierno al proyecto, en forma de personal, servicios sanitarios y financiación del costo de transporte del aceite vegetal, corresponde a las obligaciones especificadas en el plan de operaciones. Sin embargo, es posible mejorar la regularidad en el suministro de insumos a los centros de salud.

APOYO TÉCNICO Y AYUDA EXTERIOR

10. Los principales donantes, entre los que se encuentran el Banco Mundial, el Banco Asiático de Desarrollo, el Reino Unido, el Gobierno de los Países Bajos, el Organismo Japonés de Cooperación Internacional (JICA), la OMS, el FNUAP y el UNICEF proporcionan apoyo técnico al sector de atención primaria de salud con el fin de fortalecer la capacidad institucional, el suministro de insumos, la contratación y capacitación de personal femenino adicional, y de mejorar los servicios. Recientemente, el Gobierno ha comenzado un programa de asistentes sanitarias femeninas (AS) para que las comunidades rurales tomen conciencia de la importancia de la atención de salud. Se ha establecido también un sistema de información sobre la gestión sanitaria para institucionalizar el acopio sistemático de datos en todas las provincias, y una dependencia de apoyo multilateral (DAM), para coordinar las actividades del PAS. El PMA y la DAM mantienen reuniones periódicas con el fin de compartir los resultados del seguimiento y examinar las cuestiones relacionadas con la salud y la educación básica.
11. El personal del PMA ha capacitado al personal de contraparte en el funcionamiento de la nueva estrategia, la ejecución del proyecto, los sistemas de registro y la presentación de informes, y la gestión de los alimentos. Se ha establecido un sistema de seguimiento directo de los beneficiarios (SDB) para evaluar los efectos del proyecto. Se están organizando seminarios de S y E para examinar junto con las autoridades del proyecto los resultados del seguimiento, las estrategias y los planes futuros. El proyecto ha recibido también camiones y furgonetas del Gobierno de Suecia para facilitar el transporte del aceite y la movilidad del personal de contraparte para fines de seguimiento.



EVALUACIÓN

12. Desde 1995, el PMA ha sometido el proyecto a un estrecho seguimiento (se han visitado el 30 por ciento de los centros). Además, se han llevado a cabo exámenes anuales en cada provincia, con la participación de donantes tales como la Unión Europea, el Servicio de Socorro Católico y el UNICEF, a fin de evaluar los efectos del proyecto y de confirmar los resultados del seguimiento según las estimaciones del PMA. A raíz del examen anual realizado en cada provincia, el personal de la Sede del PMA ha llevado a cabo un examen de la gestión para evaluar los avances realizados por el proyecto en el marco de la nueva estrategia en las fases iniciales de la ejecución. Los resultados de los exámenes se han examinado junto con las autoridades del proyecto y representantes de los distintos donantes y organismos técnicos, y han confirmado que la nueva estrategia ha sido plenamente aceptada. De hecho, ésta ha permitido proporcionar ayuda alimentaria a las familias pobres de las zonas rurales de manera sencilla y eficaz en función de los costos, mediante la entrega del aceite a las madres durante las visitas a los centros de atención de salud. La transferencia de ingresos lograda con el suministro de aceite (de 200 a 230 rupias) representa un 10 por ciento de los ingresos mensuales de las familias pobres, que dependen de los servicios sanitarios básicos proporcionados de manera gratuita por el Gobierno.
13. Tal como se indica en los cuadros del anexo, el nivel de las inscripciones y visitas diarias de las mujeres gestantes en los centros que reciben asistencia (es decir, donde se distribuye el aceite) ha aumentado, por término medio, en el 71 por ciento. El proyecto ha resultado valioso para difundir entre las mujeres conceptos básicos de salud en cuestiones relativas a lactancia materna, vacunación, nutrición, lucha contra la diarrea y planificación familiar, y ha fortalecido el programa de vacunación aunque recientemente los centros han experimentado problemas en el suministro de las vacunas e interrupciones en los sistemas de la cadena de frío posiblemente debido a que en los últimos tiempos los donantes han trasladado al Gobierno la responsabilidad de proporcionar esos insumos. Además, a menudo los centros carecen de otros insumos sanitarios, como son comprimidos de hierro para el tratamiento de la anemia y complementos vitamínicos.
14. Se realizaron cerca de 1 000 entrevistas, para fines de SCB, en los centros y los hogares de las mujeres beneficiarias de las cinco regiones. Por término medio, el 48 por ciento de las beneficiarias entrevistadas se habían registrado durante los primeros cinco meses de gestación, lo que constituía un porcentaje superior al promedio nacional, estimado por el Centro de Encuestas sobre Salud y Demografía del Pakistán en el 20 por ciento. Análogamente, la proporción de mujeres que acudían a los centros de SMI asistidos por el PMA para someterse a tres o más visitas prenatales era superior en un 193 por ciento. Además, el número de nacimientos previstos para las mujeres que habían acudido a los centros del proyecto era el 68 por ciento superior al porcentaje nacional. Tal vez el elemento más prometedor revelado por el SCB fuera que una proporción considerable de las mujeres entrevistadas (más del 40 por ciento por término medio) confirmaran que había recibido y comprendido los mensajes sanitarios básicos. Sin embargo, el porcentaje de beneficiarias con menos de 20 años de edad y de mujeres que daban a luz por primera vez era muy bajo, es decir, inferior al 10 por ciento en todas las provincias. Al parecer, el proyecto aún no había llegado a las madres jóvenes ni a las que estaban en su primer embarazo, lo que podía deberse a factores socioculturales que obstaculizaban la movilidad de las madres jóvenes, o al hecho de que éstas no fueran conscientes de la importancia de los servicios que se les ofrecían en los centros.



15. Hasta la fecha no es posible evaluar la sostenibilidad a largo plazo del proyecto, es decir, si las mujeres seguirán acudiendo o no a los centros para recibir asistencia prenatal una vez que termine la distribución del aceite. No obstante, hay algunas señales alentadoras. En el Punjab, donde el proyecto se ha interrumpido recientemente por algunos meses, según los datos sobre las nuevas inscripciones la tasa de registro, pese a haberse reducido al interrumpirse la distribución del aceite, no ha disminuido a los niveles anteriores al proyecto.
16. Se han elaborado algunas estimaciones sobre la rentabilidad del proyecto. En ellas se pone de manifiesto que los gastos ordinarios por beneficiario para hacer funcionar un centro de salud han disminuido actualmente el 3,7 por ciento debido al aumento del número de beneficiarios que asiste a los centros de salud gracias al proyecto. Los costos de seguimiento y supervisión del PMA ascienden por cada centro al tres por ciento de los costos totales del proyecto y al 10 por ciento del costo de los alimentos. Se estima que el valor de mercado del incentivo ofrecido a las madres es de siete dólares, aproximadamente. Esa cifra excede del costo de adquisición del aceite, envío, entrega y seguimiento. Los beneficios para la salud no pueden calcularse de la misma manera; sin embargo, lo que es muy importante, suponen la protección de madres y niños mediante actividades de vacunación, asesoramiento sobre partos seguros, educación para mejorar la salud y nutrición infantiles, y una mayor conciencia de la importancia de los servicios de planificación familiar disponibles.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

17. El incentivo en aceite del PMA ha alentado a las mujeres gestantes a utilizar las instalaciones existentes en los centros de atención de salud, un resultado que está en consonancia con uno de los objetivos principales del PAS. Esas mujeres ahora se registran en los centros en una fase más temprana, se someten a más reconocimientos prenatales y son cada vez más las que deciden que a su parto, (generalmente) en casa, asista una partera capacitada. Por supuesto, muchas se sienten atraídas por la lata de aceite que se proporciona a las mujeres que acuden a los servicios sanitarios básicos, lo que parece compensar el tiempo y costo de los viajes al centro de salud, que a menudo se halla lejos de la aldea. Dado que el suministro de aceite vegetal sólo se considera una "oferta inicial" para inducir a las mujeres a recibir asesoramiento y servicios, es alentador el hecho de que incluso una entrega parcial de incentivos en alimentos tenga un efecto positivo en la asistencia. La sostenibilidad dependerá en gran medida de que se disponga de un mayor número de visitadoras mejor capacitadas y asistentes sanitarias ubicadas en las aldeas, mayor disponibilidad de vacunas, así como demás insumos sanitarios y micronutrientes, y de la mejor utilización del material para asesoramiento en planificación familiar y educación sanitaria. Las autoridades sanitarias provinciales deberían hacer todo lo posible por asegurar una disponibilidad suficiente de suministros y servicios sanitarios, tales como el programa ampliado de inmunización y el suministro de comprimidos de hierro/vitaminas y de material para planificación familiar, en los centros de salud asistidos por el PMA. Además, el proyecto tiene que seguir limitándose a los centros de salud de las zonas rurales y los barrios urbanos pobres que ya están dotados de todos los medios para proporcionar atención primaria de salud, pero están infrautilizados. El PMA está planificando la supresión gradual de la ayuda a los centros de las ciudades en los que las inscripciones ya han alcanzado un nivel suficientemente elevado. Es preciso establecer un estrecho vínculo con el programa de agentes de salud comunitarios patrocinado por el Primer Ministro y destinado a hacer conocer a la comunidad el proyecto, los servicios sanitarios disponibles y el derecho de la población a las prestaciones.



18. Con objeto de mantener la continuidad, será necesario que el suministro de aceite se regularice. El calendario de la llegada de los envíos debería comunicarse al Gobierno con antelación (al comienzo del año civil), de modo que pueda efectuarse una asignación presupuestaria adecuada para el ejercicio económico (de julio a junio). Asimismo, debería pedirse a los donantes que el aceite se enriquezca con vitaminas y que en los envases se indiquen claramente las fechas de elaboración o caducidad, o ambas, si procede.
19. Habida cuenta de los resultados positivos de la nueva estrategia que alienta a más mujeres a asistir a los centros de SMI y a recibir servicios de atención de salud de carácter preventivo y educación sanitaria, se ha recomendado que el proyecto se prorrogue por dos años, sin asignaciones adicionales, de modo que coincida con las fechas de terminación de otros proyectos operativos en el Pakistán, en el marco del ciclo del programa realizado en el país (de julio de 1994 a junio de 1998). El proyecto se evaluará en 1997 para estimar, entre otras cosas, sus resultados, incluido el aumento del número de beneficiarios abarcado (en 1996, 2,6 veces más que en el primer año de funcionamiento, es decir, en 1995, cuando se puso a prueba, con óptimos resultados, la nueva estrategia). Dicha evaluación, que se realizará en el marco del examen conjunto de la ayuda del PMA al programa de acción social en el Pakistán, determinará también la posibilidad de ampliar las actividades del proyecto en el próximo ciclo del programa en el país.



ANEXO

CUADRO I

NUMERO ESTIMADO DE BENEFICIARIOS Y NECESIDADES DE ACEITE						
	1995	1996	1997	1998	1999	Total
Nº. estimado de beneficiarios ¹	67 725 ²	178 250	225 000	225 000	225 000	920 975
Utilización estimada de aceite (toneladas)	1 935 ³	3 565	4 500	4 500	4 500	19 000 ⁴
Objetivo anual(%)	10	18	24	24	24	100

¹ El nivel previsto de participación en el Punjab es del 45 por ciento, en Sindh del 20 por ciento, en la PFNO del 20 por ciento, en Beluchistán del siete por ciento y en AJK del ocho por ciento.

² En 1995, el proyecto se ejecutó en 650 centros, que en 1996 aumentaron a 980.

³ De éstas, 372 toneladas se utilizaron para las víctimas de las inundaciones en Sindh.

⁴ Saldo de la asignación revisada en términos de aceite comestible.

CUADRO II

PROMEDIO DE LAS INSCRIPCIONES DIARIAS DE MUJERES GESTANTES EN LOS CENTROS DE SALUD ¹						
	Punjab	PFNO	Sindh	Beluchistán	AJK	Promedio
Antes de la distribución del aceite ²	1,24	0,67	1,10	0,93	1,13	1,01
Después de la distribución del aceite ²	1,78	1,32	1,34	2,11	2,11	1,73
% del aumento de la inscripción de mujeres gestantes	44	97	22	127	87	71

¹ El promedio diario se obtiene dividiendo el número de inscripciones mensuales de las mujeres gestantes por el número de días en los que las VS estuvieron presentes en el centro de salud.

² Promedio del período de tres meses anterior y posterior a la distribución del aceite.

N.B. El análisis se ha basado en 56 de los 210 centros visitados en el Punjab, en 45 de los 150 visitados en la PFNO, en 45 de los 180 en Sindh, en 18 de los 67 en Beluchistán, y en 18 de los 56 de AJK, durante el período de julio de 1995 a marzo de 1996. El gran incremento experimentado en Beluchistán y la PFNO se debe al bajo nivel básico registrado antes de la distribución en esas provincias menos pobladas y más distantes.



CUADRO III**RESUMEN DE LOS RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO DIRECTO DE LOS BENEFICIARIOS (SDB)**

	Punjab	PFNO	Sindh	Beluchistán	AJK	Promedio
Perfil de la edad de los beneficiarios (%)						
- Menores de 20 años de edad	6	8	7	2	8	6
- 20-29 años	54	66	62	38	53	55
- 30-39 años	36	22	31	49	24	35
- 40 años y más	5	5	1	11	8	6
Inscripción en los cinco primeros meses de embarazo (%)	59	41	40	25	63	48
Confirmación de la recepción del aceite	96	100	100	100	100	99
Conocimiento del derecho a las prestaciones (%)	43	19	16	54	88	47
Más de tres visitas prenatales (%)	49	25	49	12	52	41
Partos con personal capacitado (%)	87	58	28	62	60	64
Número de beneficiarios entrevistados	299	157	105	212	175	948

