

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

Tercer período de sesiones ordinario
de la Junta Ejecutiva

Roma, 20 - 23 de octubre de 1997

PROYECTOS DE DESARROLLO QUE REQUIEREN LA APROBACIÓN DE LA JUNTA EJECUTIVA

Tema 8 a) del
programa



Distribución: GENERAL

WFP/EB.3/97/8-A/Add.1

20 agosto 1997

ORIGINAL: INGLÉS

PROYECTO HONDURAS 5691

Salud y desarrollo comunitario

Duración del proyecto:	Cinco años
Costo total de los alimentos:	4 879 580 dólares
Costo total para el PMA:	8 890 434 dólares
Costo total para el Gobierno:	2 750 000 dólares
Número de los beneficiarios:	106 050 (96 000 familiares, 2 500 niños, 3 050 madres gestantes y 4 500 cursillistas)

Salvo indicación en contrario, todos los valores monetarios se expresan en dólares de los Estados Unidos. En julio de 1997 un dólar de los Estados Unidos equivalía a 13,1 lempiras

RESUMEN

El proyecto está destinado a mejorar las condiciones de salud y el estado nutricional de 19 200 familias de grupos vulnerables que residen en 465 ciudades y 38 municipios, y apoyar a las organizaciones comunitarias en la formulación de sus planes de desarrollo local. Las actividades respaldarán la política gubernamental en materia de mitigación de la pobreza, el programa Acceso mediante el cual el Gobierno se propone ampliar el alcance de los servicios sanitarios, y la política de descentralización encaminada a reforzar la gestión de planes de desarrollo local. La ayuda alimentaria servirá de: i) complemento nutricional para las familias rurales pobres con madres gestantes y lactantes, mujeres jefes de hogar, y niños menores de cinco años en condiciones de riesgo de malnutrición; ii) incentivo para aprovechar los servicios de atención prenatal y el monitoreo del crecimiento de los niños; y iii) apoyo a la construcción de infraestructuras y el desarrollo comunitario. En la ejecución del proyecto intervendrá la Secretaría de Salud, en coordinación con los CODEM (Consejo de Desarrollo Municipal) y las organizaciones no gubernamentales (ONG) que ya trabajan en la zona del proyecto. La coordinación de las actividades y la gestión del proyecto estarán a cargo de una Unida Gerencial del Proyecto (UGP), que contará con el apoyo de tres unidades de campo (UNICAM). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) facilitará a cada UNICAM un asesor técnico permanente; el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) prestará apoyo a los cursos de capacitación para instructores; el UNICEF contribuirá con la reproducción de materiales didácticos y asesoramiento técnico; y el Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA) proporcionará, por conducto del Fondo para la salud de la mujer y micronutrientes, los micronutrientes, artículos alimentarios y otros recursos necesarios para las actividades de seguimiento y capacitación.

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 PARA LA JUNTA EJECUTIVA

El presente documento contiene recomendaciones que se remiten a la Junta Ejecutiva para su examen y aprobación.

De conformidad con las decisiones adoptadas por la Junta Ejecutiva en su primer período de sesiones ordinario de 1996, acerca de los métodos de trabajo, la documentación que prepara la Secretaría para la Junta es concisa y se centra en aquellos aspectos que facilitan la toma de decisiones. Las sesiones de la Junta Ejecutiva han de tener una orientación práctica y propiciar el diálogo y el intercambio de ideas entre las delegaciones y la Secretaría. La Secretaría no cejará en su empeño de impulsar estos principios rectores.

Por consiguiente, la Secretaría invita a los miembros de la Junta que deseen formular alguna pregunta de carácter técnico sobre este documento a dirigirse al personal del PMA que se indica a continuación, a ser posible con un margen de tiempo suficiente antes de la reunión de la Junta. Este procedimiento facilitará el examen del documento durante la sesión plenaria de la Junta.

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

Director regional:	J. Conway	tel.: 6513-2207
Coordinador del programa:	A. Kapoor	tel.: 6513-2042

Para cualquier información sobre el envío de documentos para la Junta Ejecutiva, diríjase al Empleado de documentos y reuniones (tel.: 6513-2641).



ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS

1. Honduras es el cuarto país más pobre de América Latina y el Caribe. En 1995, su economía registró un producto interno bruto (PIB) de 589 dólares anuales per cápita, y en el último decenio experimentó una disminución de las tasas de producción de alimentos y una fuerte dependencia de las importaciones de cereales. En el país sigue siendo elevada la prevalencia de malnutrición crónica. Durante el período 1985-95, el índice de los precios de los alimentos aumentó en un 400 por ciento. Pese al reciente aumento de los jornales mínimos a 2,40 dólares, los jornales reales para las actividades agrícolas siguen siendo bajos (1,55 dólares), de suerte que la mayoría de los trabajadores rurales no puede costearse la cesta familiar diaria de alimentos. En 1993, aproximadamente el 77 por ciento de la población rural vivía por debajo del umbral de pobreza, y el 56 por ciento por debajo del nivel de indigencia, definida como incapacidad para adquirir una cesta básica diaria de alimentos.
2. La alimentación hondureña básica consiste principalmente de dos productos - maíz y frijoles - lo que la hace muy vulnerable a los períodos de escasez y la producción interna de alimentos es inferior a la demanda. Como el 60 por ciento de las tierras agrícolas son pequeñas parcelas de menos de tres hectáreas de agricultura de subsistencia, una pérdida de cosecha afecta directamente la seguridad alimentaria familiar, ya que aproximadamente entre el 45 y el 66 por ciento del maíz y entre el 48 y el 71 por ciento del frijol se destina al consumo familiar. En la zona elegida para el proyecto, la escasez de agua, la falta de sistemas de riego, la erosión de los suelos y la irregularidad de las precipitaciones constituyen una amenaza constante para la seguridad alimentaria comunitaria y familiar. En 1994, la ingestión diaria de calorías alcanzó en la región occidental solamente el 66 por ciento del nivel mínimo recomendado, y el 76 por ciento en la región del sur, donde se ubica la población beneficiaria del proyecto.
3. La estrategia de las familias que consiste en dar las raciones mayores a los miembros que trabajan a fin de que tengan la fuerza necesaria para seguir trabajando, podría exponer al riesgo de la malnutrición a los miembros más vulnerables de las familias, tales como las madres gestantes o lactantes y los niños pequeños. Los niños cuyas familias viven en una situación de escasez alimentaria son los que sufren un mayor déficit de consumo de alimentos. Normalmente, los niños hondureños de 18 a 59 meses consumen un 25 por ciento menos del mínimo necesario de energía alimentaria. Los niños de edad preescolar ocupan el segundo lugar en la escala de desnutrición global de América Central: en 1996, en el 19,3 por ciento de los niños menores de cinco años los valores del peso para la edad, eran bajos y el retraso del crecimiento en niños de 12 a 59 meses de las zonas rurales oscilaba entre 38,7 y 62 por ciento. Para cubrir el déficit de la alimentación y evitar daños irreparables durante la vida fetal y la infancia, es necesario asegurar una alimentación complementaria, sin descuidar los aspectos relativos a la producción que garantizan la seguridad alimentaria a más largo plazo.
4. En 1995 se evaluaron las repercusiones físicas de la malnutrición crónica en Honduras mediante el Censo de Talla en Escolares de Primer Grado (seis a nueve años) realizado en todo el país, según el cual una de las zonas más afectadas era la del proyecto. Mientras a nivel nacional la desnutrición crónica afectaba al 38,5 por ciento, en la zona rural de Copán afectaba al 62 por ciento y en la zona rural de Ocotepeque al 47 por ciento. En los departamentos de El Paraíso y Choluteca, tomados en conjunto, la frecuencia del retraso



del crecimiento para la edad es del 53,2 por ciento, y es un problema que se da por igual tanto entre los niños como entre las niñas.

5. Es frecuente que el retraso del crecimiento vaya acompañado de deficiencias nutricionales, tales como de hierro, yodo y vitamina A. Las deficiencias de vitamina A y yodo se han abordado eficazmente mediante estrategias de enriquecimiento de los alimentos, y la deficiencia de yodo se ha logrado controlar gracias al enriquecimiento de la sal. El azúcar vitaminizado está contribuyendo a reducir notablemente la avitaminosis A. Dado que los niños menores de cinco años no reciben suficiente vitamina A con el azúcar enriquecido, cada seis meses la Secretaría de Salud les distribuye una dosis grande de dicha vitamina. La única deficiencia de micronutrientes que sigue relativamente desatendida es la de hierro, de lo que resultan anemias que afectan al 30,5 por ciento de las madres gestantes, el 22 por ciento de las mujeres y el 28 por ciento de los niños entre 12 y 59 meses.
6. Los suplementos de vitaminas y minerales son en general bien aceptados por las mujeres en edad fértil, pero la cobertura de la atención prenatal y la capacidad de la Secretaría de Salud se limitan sólo al 50 por ciento de las necesidades. Así pues la harina de trigo enriquecida con hierro y el programa destinado a proporcionar suplementos de hierro a las madres gestantes y a los niños de edad preescolar no han sido suficientes para combatir y prevenir adecuadamente esta deficiencia. Dados los efectos negativos que produce la anemia por deficiencia de hierro en el rendimiento escolar, la resistencia a las infecciones, la resistencia física, la capacidad de trabajo, las tasas de mortalidad materna, y el crecimiento, se impone la necesidad de intensificar las medidas destinadas a superar la anemia nutricional. Entre los alimentos disponibles que suelen consumirse en el lugar, los que contienen hierro son insuficientes tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo. Los de origen vegetal contienen poco hierro y los de origen animal son prohibitivos para los más pobres; además de que, durante el embarazo ni siquiera un consumo elevado aportaría la cantidad de hierro necesaria sin recurrir a medicamentos. Se impone, pues, una mayor difusión de la atención prenatal y de suplementación de hierro para corregir su deficiencia.
7. La causa principal de la malnutrición en Honduras consiste en el círculo vicioso que se establece entre la insuficiente ingestión de alimentos y la reiteración de enfermedades infecciosas, particularmente la diarrea aguda y las infecciones de las vías respiratorias que comienzan durante el destete. Las condiciones insalubres del medio ambiente en el que vive la mayoría de la población contribuyen mucho a la morbilidad y mortalidad entre los grupos vulnerables. Aproximadamente el 20 por ciento de la mortalidad materna se debe a la anemia. Honduras cuenta con una de las tasas más altas de mortalidad materna de América Latina, con más de 15 defunciones por cada 10 000 nacimientos vivos. Entre la población infantil que vive en condiciones de malnutrición crónica y en ambientes antihigiénicos las tasas de mortalidad son altas. Las estimaciones actuales de la tasa de mortalidad infantil (TMI) son proyecciones de los datos actuariales de 1987 o bien estimaciones indirectas de las encuestas sobre la población. Según las cifras correspondientes a 1995, las tasas de mortalidad por provincia se distribuyen de la siguiente manera: 64 por mil nacimientos vivos en Copán, 63 en Ocotepeque, 59 en El Paraíso y 56 en Choluteca. Como en las zonas rurales de Honduras la TMI es al menos un 12 por ciento más alta que en las zonas urbanas (y superior en más del 30 por ciento superior a la de otros países latinoamericanos), en la zona del proyecto supera el 60 por 1 000 nacimientos vivos.
8. En las zonas rurales en las que se ejecutará el proyecto, el déficit crónico de alimentos se agrava por la falta de una infraestructura básica de agua y saneamiento. Aproximadamente



el 75 por ciento de las familias de estas zonas no tiene agua potable, y el 45 por ciento carece de servicios básicos de saneamiento. El estado de las paredes, pisos y techos de las viviendas es muy deficiente, lo que contribuye a aumentar la vulnerabilidad de la población beneficiaria. En cuanto a la seguridad alimentaria familiar, se determinó que el factor principal que contribuía a la inseguridad alimentaria no era solamente la menor producción de alimentos, sino también la falta de caminos de acceso que permitieran a los agricultores llevar los productos a los mercados. Limitación ésta que afecta también el acceso a los servicios sanitarios. Según los CODEM, los problemas principales que deben abordar son la falta de saneamiento, agua e infraestructura básica.

9. Hay tres políticas gubernamentales que son decisivas en Honduras: a) el Plan de seguridad alimentaria, a través del cual el Gobierno apoya programas encaminados a mitigar la pobreza en el país; b) el Programa Acceso, que tiene por objeto ampliar la cobertura de los servicios sanitarios y c) la política de descentralización, por la que se respalda la ejecución de planes de desarrollo comunitario.
10. El Programa Acceso reconoce que la mayoría de la población, especialmente de las zonas rurales, no puede acceder a los servicios sanitarios. Se trata de un programa que ejecuta la Secretaría de Salud, con el apoyo de organismos multilaterales y bilaterales (OMS/OPS, UNICEF, USAID y el Gobierno de Suecia), y a través del cual se alienta a las comunidades a identificar sus prioridades sanitarias y promover planes de acción. Comenzó en junio de 1996 en el 72 por ciento de los municipios, lo que representa el 66,4 por ciento de la población total. Sin embargo, en muchas de las zonas del proyecto propuestas, los municipios carecen de recursos y competencia técnica para ejecutar planes locales, tales como actividades nutricionales, educativas y de alimentación de grupos vulnerables.
11. Después de muchos años en que los servicios sanitarios se administraron con un enfoque centralista y con decisiones impuestas desde arriba, hace falta fortalecer las organizaciones de base para que, en coordinación con las organizaciones gubernamentales y otros representantes de la sociedad civil, examinen los planes locales y participen activamente en su ejecución. Los CODEM varían de uno a otro: algunos tienen experiencia y cuentan con una amplia participación de los miembros de la comunidad en la identificación de las prioridades locales y el diseño de los planes, mientras que otros necesitan ser fortalecidos. Es necesario desplegar esfuerzos especiales para apoyar la participación de la mujer en los niveles de toma de decisión dentro de los CODEM.

AYUDA ANTERIOR DEL PMA

12. Hasta ahora la ayuda a los grupos vulnerables (madres gestantes y lactantes, y niños menores de cinco años) se proporcionaba por conducto del proyecto Honduras 2523.01. Entre 1991 y 1996, se distribuyeron directamente 17 000 toneladas de artículos alimenticios y se destinaron 5 000 toneladas de trigo a la monetización para apoyar las actividades de desarrollo comunitario y familiar así como las actividades productivas (capacitación y crédito), haciendo hincapié especialmente en la mujer.
13. El objetivo principal del proyecto era aumentar la frecuencia de las visitas a los centros primarios de salud y nutrición por parte de los grupos vulnerables de las comunidades más pobres, para lo cual se utilizaría como incentivo la distribución de raciones familiares. El proyecto contaba también con recursos para impartir capacitación en nutrición y salud y para fomentar la asistencia de los niños de edad escolar a las guarderías. En los dos



primeros años la realización del proyecto se vio muy afectada por problemas relacionados con la capacidad de ejecución y coordinación de la Secretaría de Salud, que posteriormente lograron resolverse en gran parte. Las realizaciones del componente de capacitación y crédito fueron moderadas, y pudieron obtenerse gracias a la activa participación de las ONG e instituciones gubernamentales locales.

14. Las lecciones aprendidas del proyecto anterior se aplicaron en el proyecto actual en el sentido que en la formulación del proyecto han participado directamente las autoridades locales y los beneficiarios. Entre la Secretaría de Salud y el PMA se han logrado acuerdos operacionales específicos que facilitarán la ejecución del proyecto, y también se estipularon acuerdos iniciales con las ONG en calidad de coejecutoras.

OBJETIVOS DEL PROYECTO Y RESULTADOS PREVISTOS

15. El **objetivo del proyecto a largo plazo** es contribuir a mejorar la situación sanitaria y nutricional de las familias pobres de las zonas rurales mediante un mayor acceso a los alimentos y los servicios sanitarios, y el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias, en consonancia con las políticas del gobierno en materia de seguridad alimentaria, acceso a los servicios de salud y política de descentralización.

16. Los **objetivos inmediatos** son los siguientes:

- a) mejorar las condiciones sanitarias y el estado nutricional de los grupos vulnerables de la zona del proyecto (niños menores de cinco años, madres gestantes y lactantes, y mujeres jefes de familia).

Los indicadores principales para la realización del objetivo a) son:

- i) cambio en la prevalencia (porcentaje) de la malnutrición crónica de los niños beneficiarios de seis a 23 meses); y
 - ii) cambio en la prevalencia (porcentaje) de anemia entre las madres gestantes beneficiarias (según la fase del embarazo).
- b) aumentar el acceso a los servicios de saneamiento e infraestructura en determinadas comunidades de la zona del proyecto.

Los indicadores principales para la realización del objetivo b) son:

- i) número de casas mejoradas (pisos, techos, paredes, cocinas con chimeneas, letrinas);
 - ii) número de infraestructuras y edificios comunitarios construidos o mejorados; y
 - iii) número de mujeres que han realizado los cursos de capacitación en prácticas generales de salud y técnicas de eliminación de residuos.
- c) fortalecer las organizaciones comunitarias para que puedan ejecutar sus propios planes de desarrollo.

Los indicadores principales para la realización del objetivo c) son:

- i) número de organizaciones comunitarias que han preparado y ejecutado planes de desarrollo;
- ii) porcentaje de mujeres que participan en las organizaciones comunitarias y en los niveles de decisión; y



- iii) porcentaje de voluntarios sanitarios y trabajadores sociales que participan en los CODEM.

RESULTADOS

- 17. Los resultados del objetivo a) del proyecto son los siguientes:
 - i) desparasitación universal de los niños menores de cinco años de la zona del proyecto para mejorar la utilización biológica de nutrientes;
 - ii) suministro de un suplemento de sulfato ferroso en forma de jarabe a todos los niños menores de cinco años para reducir la frecuencia de deficiencia de hierro;
 - iii) reducción del 30 por ciento de la prevalencia de anemia entre las madres gestantes y los niños menores de dos años de la zona del proyecto después de tres años de suplementación universal de hierro/ácido fólico;
 - iv) reducción del 20 por ciento, por lo menos, de la prevalencia de déficit de talla para la edad entre niños de seis a 23 meses después de tres años de ayuda alimentaria y capacitación en alimentación infantil.
 - v) incremento del 10 por ciento, por lo menos, de la ingestión media de calorías por parte de todos los niños beneficiarios al término del período de la ayuda alimentaria (12 meses).
 - vi) capacitación en monitoreo del crecimiento de los niños y suministro de dinamómetros para, por lo menos, 450 funcionarios locales de atención de salud y voluntarios comunitarios (monitores de peso y parteras tradicionales); y
 - vii) establecimiento de un sistema simplificado para el monitoreo del crecimiento y del estado anémico de los niños.
- 18. Los resultados para el objetivo b)¹ (véase el Anexo III a)) son:
 - i) mejora de 900 cocinas, aproximadamente, en 38 municipios;
 - ii) construcción y habilitación de 1300 letrinas, aproximadamente, en 38 municipios;
 - iii) mejora de pisos, paredes y techos de 600 casas, aproximadamente, en 38 municipios;
 - iv) instalación o mejora de 30 sistemas hídricos, aproximadamente, en 30 municipios;
 - v) construcción o mejora de 30 centros comunitarios, aproximadamente (escuelas, y centros de salud, guarderías y otros);
 - vi) construcción y/o rehabilitación de 900 kilómetros de caminos comunitarios, aproximadamente; y
 - vii) capacitación del 100 por ciento de las familias en técnicas de eliminación de residuos y de preparación de los alimentos.
- 19. Los resultados para el objetivo c) son:

¹ Los resultados para el objetivo b) son sólo indicativos. Los CODEM los ultimarán mediante un proceso de consulta.



- i) análisis de las necesidades locales y planes de trabajo preparado por el cien por ciento de los CODEM;
- ii) plan de desarrollo local realizado por cada CODEM; y
- iii) mayor participación de mujeres en las Juntas de los CODEM.

FUNCIÓN Y MODALIDADES DE LA AYUDA ALIMENTARIA

20. El proyecto mejorará las condiciones de salud y el estado nutricional de los grupos vulnerables y fortalecerá las organizaciones comunitarias para la realización de sus planes locales.

Funciones

21. En el presente proyecto, la ayuda alimentaria se suministra como un complemento nutricional a las familias rurales pobres con madres gestantes, mujeres jefe de familia y niños menores de cinco años en riesgo de malnutrición o niños con un peso inferior a lo normal. En las raciones se incluirán micronutrientes, tanto de productos enriquecidos (mezcla de maíz y soja, y aceite vegetal) como de suplementos de hierro y, en el caso de las mujeres, ácido fólico.
22. La ayuda alimentaria se utilizará como incentivo para que las madres asistan regularmente a los centros rurales de atención pre y posnatal, y el personal capacitado efectúe el monitoreo del crecimiento y el desarrollo de sus hijos, particularmente durante el período anterior a la cosecha en el que suelen escasear los alimentos. Para fomentar la asistencia no sólo de las beneficiarias directas del proyecto, a toda la población en riesgo se proporcionarán suplementos de hierro y tratamientos de desparasitación, aun cuando no estén incluidos en el programa de asistencia alimentaria.
23. La ayuda alimentaria constituirá un incentivo para la construcción de infraestructuras y el desarrollo comunitario, ya que a través de la participación en dichas obras las familias podrán acceder a una cantidad mayor de alimentos. La ayuda alimentaria destinada a las obras públicas con alto coeficiente de mano de obra impulsará el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias. La ayuda alimentaria servirá, además, de incentivo para la participación de voluntarios sanitarios (parteras y monitores de crecimiento de los niños), para quienes dicha ayuda servirá de remuneración durante su capacitación.

Insumos alimentarios y justificación de los productos

24. La ración diaria de alimentos para una familia beneficiaria de grupos vulnerables compuesta de cinco miembros será la siguiente: 500 gramos de maíz, 375 de frijoles, 75 de pescado enlatado, 500 de mezcla de maíz y soja enriquecida con hierro, y 50 de aceite vegetal enriquecido con vitamina A. Esta ración, que aportará el 50 por ciento aproximadamente de la energía diaria necesaria para un adulto (1 114 kilocalorías), se suministrará durante 12 meses solamente.
25. Para los que participan en actividades en régimen de alimentos por trabajo el valor de la ración diaria familiar equivale al 80 por ciento, aproximadamente, del jornal mínimo nacional. Cada ración se compone de 3,25 kilogramos de maíz, 330 gramos de frijoles, 75 gramos de aceite vegetal enriquecido con vitamina A y 150 gramos de pescado enlatado, y se dará a cada familia durante cinco meses solamente, es decir, durante el período de mayor escasez.



26. La ración de alimentos preparados destinada a los niños de las guarderías apoyará las actividades de alimentación realizadas actualmente por la Junta Nacional de Bienestar Social (JNBS) en los cuatro departamentos en los que se ejecutará el proyecto. Cada ración proporcionará el 98 por ciento aproximadamente del promedio de energía diaria que necesita un niño de uno a cinco años de edad (1 100 kilocalorías) y estará compuesta de 20 gramos de pescado enlatado, 15 de aceite vegetal, 150 de mezcla de maíz y soja y 100 de frijol, y los niños la recibirán durante 250 días al año. La ración diaria de alimentos preparados destinada a las mujeres gestantes en condiciones de riesgo internadas en hogares maternos de Copán y Ocotepeque contendrán 250 gramos de maíz, 15 de pescado, 30 de aceite, 200 de mezcla de maíz y soja y 100 de frijol, por un total de 2 306 kilocalorías (cien por ciento del aporte energético necesario para una madre gestante que desarrolla poca actividad física).

Modalidades de la ayuda alimentaria

27. **Distribución de alimentos a grupos vulnerables.** La Secretaría de Salud desempeñará una función importante en este componente del proyecto, poniendo su red de servicios a disposición del proyecto en todos los niveles organizativos.
28. El CODEM llevará a cabo, con la participación de un comité formado por mujeres beneficiarias y el personal de los centros de salud, la identificación de los beneficiarios, la distribución de las raciones familiares y el seguimiento del progreso de los destinatarios del proyecto en materia de nutrición. En las comunidades en las que los beneficiarios no muestran un 50 por ciento, por lo menos, de los resultados previstos (cumplimiento del plan de suministro de suplementos y tendencia positiva, después de un año, del peso para la edad), el proyecto se suprimirá. Este mecanismo debería contribuir a crear un sentido de responsabilidad comunitaria ante los problemas relativos a la nutrición.
29. Las actividades en régimen de alimentos por trabajo constituirán una alternativa a la distribución gratuita de alimentos. El CODEM, en consulta con las ONG y las asociaciones comunitarias, decidirá sobre los trabajos a realizar y la selección de los beneficiarios más pobres. Se prestará atención especialmente a la identificación de proyectos que benefician a las mujeres, y las ONG colaborarán estrechamente con los CODEM en el seguimiento de la marcha del proyecto.
30. En el cuadro siguiente se presenta un desglose indicativo de los beneficiarios y las raciones.



DESGLOSE DE LOS BENEFICIARIOS

Tipo de beneficiarios	Número de beneficiarios	Número de días por año	Número de raciones	Cantidad (toneladas)	Valor total (dólares)
Grupo vulnerable	72 500	360	5 220 000	7 830	3 300 000
Alimentos por trabajo	23 500	150	705 000	2 683	829 000
Niños (guarderías)	2 500	250	625 000	178	96 500
Madres gestantes (hogares maternos)	3 050	30	91 500	54	19 500
Capacitación	4 500		67 500	257	79 500
Monetización para el componente de micronutrientes				2 154	430 000
Total				13 156	4 800 000

ESTRATEGIA DEL PROYECTO

31. La estrategia del proyecto se basa sobre cuatro principios: selección de los grupos más vulnerables, enfoque participativo y perspectiva de género, ejecución destinada a fortalecer las organizaciones locales, y cooperación entre organismos.
32. La Secretaría de Salud será el principal organismo de ejecución del componente de alimentación de los grupos vulnerables, y para la ejecución de otras actividades actuará en coordinación con los CODEM y las ONG. Bajo su responsabilidad se constituirá una Unidad Gerencial del Proyecto (UGP), que administrará las actividades del proyecto y vigilará los resultados, contando con el apoyo de tres unidades de campo (UNICAM) (Copán, El Paraíso y Choluteca). Estas últimas ejecutarán las actividades del proyecto en estrecha coordinación con las ONG y los CODEM y dispondrán del servicio de expertos técnicos y logísticos y de personal de la OMS (Proyecto Acceso) para ejecutar el proyecto en coordinación con la actual red de la Secretaría de Salud y, a nivel comunitario, con las parteras, las voluntarias sanitarias, y los monitores de peso.
33. El Comité de gestión estratégica - que iniciará la ejecución del proyecto - estará formado por una Junta de Directores, incluidos el Subsecretario de riesgos poblacionales (de la Secretaría de Salud) y un representante del PMA, que invitará, si es necesario, a los representantes de las partes interesadas que participan en el proyecto, entre ellas el importante organismo gubernamental sobre equidad de género. En consonancia con las políticas gubernamentales, este comité prestará asesoramiento a la UGP sobre los resultados del proyecto, y se reunirá dos veces al año para examinar la marcha del proyecto y los planes anuales.
34. La Unidad Gerencial del Proyecto (UGP) estará compuesta por un director, un oficial de programación, un oficial de logística, un instructor, dos secretarías y un motorista¹. El personal recibirá capacitación en lo que se refiere a los objetivos y el enfoque del proyecto (perspectiva de género y técnicas participativas). Los CODEM y las ONG participarán, según proceda, en el comité de gestión estratégica. La UGP recibirá asesoramiento del

¹ La Secretaría de Salud aportará los recursos necesarios para pagar los sueldos al personal de la UGP y las UNICAM, salvo los oficiales del programa, que serán Voluntarios de las Naciones Unidas, y tres funcionarios de la OPS.



PMA y otros organismos de las Naciones Unidas, tales como la OPS, el FNUAP y el UNICEF.

35. Cada UGP contará con el siguiente personal: un coordinador, una enfermera, un oficial de logística del programa, un trabajador social, una secretaria y un motorista. El personal de la OPS seguirá los resultados del proyecto y vigilará los progresos en materia de nutrición. Las UNICAM catalizarán las actividades del proyecto sobre el terreno, coordinando todas las actividades y vigilando los resultados junto con la Secretaría de Salud, las ONG y los CODEM.

EJECUCIÓN DEL PROYECTO

36. El proyecto se ejecutará en coordinación con la Secretaría de Salud, los CODEM y las ONG.
37. La red de la Secretaría de Salud, que comprende el personal regional, local y comunitario de la zona del proyecto, prestará servicios preventivos de atención sanitaria a los beneficiarios del proyecto, vigilará las repercusiones nutricionales del proyecto y coordinará con las UNICAM las actividades, iniciativas y resultados. Cada comunidad contará con un monitor de peso y nutrición. A los voluntarios se impartirá capacitación en asuntos relacionados con la salud y la nutrición (incluida la equidad de género) y los asuntos relativos al desarrollo comunitario). En las comunidades la red de la Secretaría de Salud informará sobre el progreso de los beneficiarios a los CODEM, encargados de la distribución de los alimentos.
38. Los CODEM seleccionarán la población beneficiaria, en coordinación con el personal de salud, vigilarán los resultados del proyecto, administrarán la distribución de los alimentos, y recaudarán dinero para pagar el transporte a las aldeas. Un comité especial compuesto principalmente de mujeres distribuirá los alimentos.
39. Los CODEM dirigirán también las actividades en régimen de alimentos para el desarrollo, en coordinación con las ONG; recibirán, además, todos los planes de desarrollo local, y decidirán qué iniciativas se financiarán con cargo al proyecto. Se prestará atención especialmente a las actividades identificadas por las mujeres o que las beneficien.
40. Las ONG identificadas desempeñarán una función importante en el plan de ayuda alimentaria o para el desarrollo. En coordinación con los CODEM: a) seleccionarán a los beneficiarios de las actividades en régimen de alimentos por trabajo; b) seguirán la preparación de planes comunitarios; c) identificarán las obras comunitarias que han de realizarse; d) vigilarán que la distribución de los alimentos y la marcha del proyecto se ajusten a los planes; e) apoyarán las actividades de capacitación; f) prepararán informes parciales; g) participarán en la junta de directores; y h) coordinarán con los otros organismos de ejecución: Save the Children, Visión Mundial, Comisión Cristiana para el Desarrollo (CCD) y la Asociación para el Desarrollo de Ocotepaque.
41. Los criterios para la selección de las ONG son los siguientes:
 - a) que trabajen en la zona del proyecto;
 - b) que posean capacidad de evaluación técnica así como métodos de selección que permitan llegar a los más pobres;
 - c) que hayan obtenido de otros donantes, para cubrir sus gastos generales, aportaciones no alimentarias necesarias para las actividades;



- d) que tengan capacidad para administrar los alimentos, y comprensión y aceptación de la modalidad de la ayuda del PMA;
 - e) que estén familiarizados con la perspectiva de género y los enfoques participativos;
 - f) que posean capacidad de vigilancia técnica y social y de supervisión en el lugar; y
 - g) que cuenten con objetivos y planes que estén en consonancia con los objetivos del proyecto.
42. Las actividades en régimen de alimentos para el desarrollo se planificarán en cada UNICAM con la participación de las ONG y los CODEM. Los productos alimenticios serán administrados por grupos de mujeres. El proyecto movilizará los recursos locales, y los CODEM identificarán las nuevas oportunidades que se presenten para el desarrollo; una parte de los fondos puede reasignarse para actividades de rehabilitación de urgencia. La adhesión a los compromisos del PMA en pro de la mujer formará parte de las cartas de entendimiento/contratos con las ONG y los organismos gubernamentales de ejecución.

Logística de los alimentos

43. Los productos del PMA se recibirán en Puerto Cortés, ubicado en la costa Atlántica, y se depositarán en la bodega central de la JNBS en San Pedro Sula. Periódicamente, la JNBS o empresarios privados transportarán los productos en camión desde la bodega central a los almacenes intermedios de Santa Rosa de Copán, Choluteca y Zamorano, y desde allí a los municipios. Los gastos correrán por cuenta de la Secretaría de Salud Pública. Los CODEM se responsabilizarán de la organización y, en caso necesario, de la financiación del transporte de los alimentos desde las municipalidades hasta los puntos finales de distribución en las aldeas.

Fondos generados

44. El componente de micronutrientes del presente proyecto se financiará con cargo al Fondo para la Salud de la Mujer y Micronutrientes. En el marco de este plan, se prevé la monetización de 2 154 toneladas de trigo para sufragar los gastos relativos al suministro de micronutrientes, incluidos el seguimiento y evaluación y la capacitación (véase el Anexo III b)). Canadá proporcionará el trigo, que se venderá al mejor postor, bajo la supervisión del Ministerio de Finanzas y Crédito Público, al precio c.i.f. o más caro para su entrega en el puerto de llegada. Hasta ahora, la experiencia de la monetización ha demostrado que en Honduras la tasa de rendimiento supera el cien por ciento. Las modalidades para el establecimiento y la gestión de los fondos generados se detallarán en el plan de operaciones.

Supresión gradual

45. Durante el primer año la UGP realizará actividades preparatorias a través de un proceso de planificación participativo. Se formarán comités locales, se impartirá capacitación al personal y se estipularán acuerdos con los organismos asociados a la ejecución. En la fase inicial del proyecto, decisiva para su éxito, hará falta un apoyo técnico. El proyecto estará en plena ejecución en los años segundo, tercero, cuarto y quinto, y se espera que para el final del proyecto se haya logrado una cooperación más estrecha entre el sector de salud, las ONG y los CODEM. Además, la infraestructura, la capacidad organizativa y el capital humano generados gracias a la ayuda alimentaria constituirán la base de la sostenibilidad social del proyecto y contribuirán a potenciar las comunidades con vistas a la seguridad alimentaria. Cabe esperar que al final de la duración del proyecto, los CODEM estén en



condiciones de continuar ejecutando los planes de desarrollo con sus propios recursos y con el apoyo del Gobierno sin necesidad de la ayuda del PMA.

BENEFICIARIOS Y PRESTACIONES

46. Durante los cinco años de su duración, el proyecto beneficiará directamente a un total de 19 200 familias (14 500 de grupos vulnerables y 4 700 participantes en actividades de alimentos por trabajo), 2 500 niños de las guarderías de la JNSB y 3 050 madres gestantes en condiciones de riesgo que se encuentran en los hogares maternos de la zona del proyecto, que comprende 465 aldeas rurales y 38 municipios¹. En el Anexo II figura un desglose completo.
47. A través de las actividades de capacitación en alimentación y nutrición, administración de los alimentos, y otros temas pertinentes, el proyecto mejorará la capacidad técnica de la Secretaría de Salud y de los miembros/personal de la corporación municipal que participan directamente en actividades del proyecto (4 500 personas).
48. Los criterios para la selección de los grupos vulnerables beneficiarios serán los siguientes:
 - a) residentes de las aldeas que están dentro de la zona de influencia del proyecto
 - b) inscripción previa o simultánea en un programa integrado de puericultura o en un programa de atención prenatal/posnatal en la clínica más cercana de la Secretaría de Salud (para seguir siendo beneficiario se necesita una participación continua en dichos programas);
 - c) aprobación justificada y por escrito del comité de selección y vigilancia de los beneficiarios de la aldea del candidato (es decir, por razones de pobreza extrema);
 - d) mujeres embarazadas o que actualmente están amamantando un niño (de menos de 18 meses);
 - e) niños de seis a doce meses, independientemente de su estado nutricional (actitud preventiva); y
 - f) niños de 13 a 59 meses con un peso inferior a lo normal (<-2 desviaciones típicas por debajo del promedio del peso para la edad en la población de referencia del NCHS/OMS).
49. Los criterios para la selección de los beneficiarios de las actividades en régimen de alimentos por trabajo serán los siguientes:
 - a) residentes de aldeas que están dentro de la zona de influencia del proyecto; y
 - b) los miembros más vulnerables de las familias recomendadas por los CODEM (incluidos los miembros de familias encabezadas por mujeres pobres).

¹ Los criterios para la selección de los municipios están en consonancia con el Perfil de la estrategia en el país para Honduras, presentado a la Junta Ejecutiva en su período de sesiones anual de 1997.



EFFECTOS PREVISTOS DEL PROYECTO SOBRE LA MUJER

50. La perspectiva de género se aplica no sólo en los criterios para seleccionar los beneficiarios, sino también en la vigilancia sobre cómo la mujer se beneficiará de los resultados del proyecto. Los análisis de género permitirán verificar si la mujer cuenta con mejores posibilidades de obtener y controlar los recursos y si está presente en los niveles de decisión de las organizaciones comunitarias.
51. Los efectos principales del proyecto en la mujer serán los siguientes:
- a) mejorará el estado nutricional de las mujeres y niñas (el 70 por ciento, aproximadamente, de los beneficiarios de grupos vulnerables);
 - b) en las actividades en régimen de alimentos para el desarrollo se dará prioridad a los proyectos que beneficien a las mujeres;
 - c) más mujeres participarán en las organizaciones comunitarias;
 - d) más mujeres ocuparán puestos de decisión en los CODEM;
 - e) los problemas nutricionales de los niños dejarán de ser exclusivamente una preocupación y responsabilidad de las madres para convertirse en un problema comunitario;
 - f) en las familias las mujeres ejercerán un control mayor sobre los recursos alimentarios;
 - g) las mujeres coordinarán con las ONG, la red de la Secretaría de Salud y los Consejos comunitarios; y
 - h) los miembros de la familia tendrán mayor sensibilidad ante las diferencias en razón de género a la hora de administrar y distribuir los alimentos dentro del hogar.
52. Los mecanismos del proyecto para asegurar los beneficios a las mujeres serán los siguientes: a) a través de los comités comunitarios y municipales, las mujeres participarán en la distribución de los alimentos, la vigilancia de los resultados del proyecto y la evaluación de los proyectos que se realizarán en régimen de alimentos para el desarrollo. Los comités estarán representados en los CODEM, y se prevé que al final del proyecto las mujeres constituirán el 50 por ciento de los miembros de éstos. b) A las UNICAM se distribuirá un instrumento sencillo para vigilar la distribución de los alimentos entre los miembros de las familias, el acceso a los alimentos y el control sobre los recursos. c) Los programas de capacitación (en salud y nutrición, ejecución de proyectos y formación de comunidades), realizados por el FNUAP, el UNICEF, la OPS y el PMA, incluirán la problemática de la equidad de género como una cuestión intersectorial. d) La UGP recibirá de la Oficina para la Mujer asesoramiento sobre la forma de cumplir con los compromisos relativos a la mujer (Conferencia de Beijing de 1995). e) En el mandato del personal del proyecto, particularmente de la UGP, se incluirá como requisito una sensibilidad especial ante las cuestiones relativas al género. f) El proyecto organizará cada año un seminario sobre dichas cuestiones con la participación de las ONG, los Consejos municipales y el sector de salud, para evaluar la forma en que se tiene en cuenta en la ejecución del proyecto la cuestión de género. g) El acopio de datos y los indicadores se desglosarán por género. Los indicadores que se utilizarán para medir el control de las mujeres sobre los recursos alimentarios incluirán una evaluación de los alimentos que controlan (para venta, consumo en los hogares, intercambio y donativos) y de los productos consumidos diariamente por los miembros de las familias.



APOYO AL PROYECTO

53. La OPS/Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá - (INCAP) ofrecerá la colaboración de asesores para los aspectos técnicos de la preparación y realización de encuestas básicas y sistemas de seguimiento, y la OPS/Honduras financiará un asesor técnico permanente para cada UNICAM. El FNUAP apoyará las actividades de capacitación del proyecto facilitando personal con experiencia en materia de formación de instructores. El UNICEF/Honduras dará su apoyo para la reproducción del material didáctico.
54. El CIDA proporcionará los suplementos de hierro y ácido fólico así como el equipo necesario para el monitoreo de la anemia y el peso, y las propias comunidades contribuirán sufragando los gastos de traslado de los productos alimenticios y los suplementos desde los almacenes municipales hasta su destinación final.
55. Las ONG (Save the Children, CCD, Visión Mundial, PRAF y ADEVAS) ejecutarán el plan de alimentos para el desarrollo, y facilitarán su competencia técnica en esferas como: a) la identificación de proyectos locales; b) el proceso de toma de decisiones; c) el seguimiento de la distribución de los alimentos destinados a la ejecución del proyecto; d) la presentación de informes; y e) la coordinación. PRAF y ADEVAS sufragarán los costos de ejecución, que incluyen los costos de personal y los gastos generales.

Capacitación

56. La cartera de capacitación se considera un elemento fundamental para el éxito del proyecto dada la necesidad de sensibilizar a los líderes comunitarios y al personal de salud y personal del proyecto sobre las cuestiones relativas a la ejecución del proyecto, tales como los objetivos, las responsabilidades en materia de monitoreo, etc. Los módulos de capacitación abarcan una gama de 15 temas sobre salud y nutrición, que van desde el monitoreo del peso de los niños hasta los aspectos sanitarios de la reproducción. En otros ocho módulos se incluirán aspectos relativos al desarrollo comunitario y a la infraestructura de la comunidad.
57. El proyecto capacitará a voluntarios sanitarios, líderes de comunidades, personal del proyecto y determinados beneficiarios, y el FNUAP, la OPS-INCAP y el UNICEF, en coordinación con las ONG y el personal del proyecto, se harán cargo del programa de capacitación. Durante los cinco años del proyecto se impartirá capacitación a 4 500 personas, aproximadamente, y a los voluntarios que asisten a las actividades de capacitación se distribuirá una ración alimentaria familiar.

Artículos no alimentarios

58. La falta de artículos no alimentarios puede llegar a constituir un obstáculo para la entrega eficaz de la ayuda del PMA, especialmente por lo que se refiere al plan de alimentos para el desarrollo. Por lo tanto, para lograr el mayor efecto posible de la asistencia del PMA la ayuda alimentaria deberá complementarse en alguna medida con productos no alimenticios. Dado que no se aplica la monetización, salvo en el caso del componente de micronutrientes que financiará el Canadá, para la ejecución del presente proyecto se necesitan recursos adicionales. El PMA pedirá a los donantes que compren los artículos necesarios para la ejecución del proyecto, y para sufragar algunos de estos gastos se utilizarán recursos de un proyecto anterior.



Seguimiento y evaluación (SyE)

59. Con la asistencia técnica de la OPS/INCAP se llevará a cabo una encuesta básica para evaluar la proporción de niños con peso inferior a lo normal, la prevalencia de anemia entre las madres gestantes, y los hábitos alimentarios de los hogares, con particular referencia a las prácticas de alimentación de los niños de edad preescolar. El diseño del estudio se utilizará para evaluaciones complementarias que se realizarán al final del segundo y quinto año del proyecto.
60. El monitoreo de las tendencias del peso de los niños, y del consumo de alimentos y suplementos de hierro por parte de los niños y las mujeres beneficiarias, realizarán - utilizando formatos simplificados e ilustrados - las monitoras de peso de la comunidad (campesinas voluntarias adultas capacitadas) bajo la supervisión de una enfermera auxiliar y de los promotores de salud del dispensario público.
61. El proyecto contará con un sistema de SyE para la administración de los alimentos y suplementos de hierro, cuyos indicadores (prevalencia de anemia, ingestión de energía alimentaria por parte de las familias y los niños de edad preescolar, prevalencia de insuficiencia ponderal entre niños menores de dos años) son equivalentes a los utilizados por USAID/CARE y se ajustan a las metas nutricionales del gobierno.
62. El sistema de presentación de informes acerca del seguimiento y evaluación se basará sobre la red de servicios de atención de salud y de personal de salud voluntario de la comunidad que existe actualmente, pero reforzada. Las monitoras de peso y de consumo de suplementos por parte de los niños actuarán en coordinación con los comités comunitarios sobre alimentos y nutrición y el personal del dispensario local, a los que informarán mensualmente sobre el peso y las condiciones sanitarias de todos los niños de sus respectivas comunidades, y comunicarán al personal sanitario (y por su intermedio al comité municipal) los datos del comité local sobre nuevos beneficiarios y suspensiones de prestaciones.
63. Las ONG vigilarán los planes de alimentos por trabajo de conformidad con las normas alimentarias ya establecidas por los CODEM y la Unidad Gerencial del Proyecto. Se establecerá un número de raciones por cada trabajo comunitario, según los parámetros locales.

VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

Viabilidad técnica

64. El plan de ayuda alimentaria propuesto es sumamente viable, ya que cuenta con las redes de atención de salud y de la comunidad local. La ejecución de las actividades sanitarias y nutricionales del proyecto, tales como la desparasitación, la prescripción de suplementos de hierro y la educación sanitaria y nutricional, forma parte de las tareas ya realizadas por el personal sanitario local. Se prevé que al final del proyecto el personal de la Secretaría de Salud, especialmente el que trabaja en las comunidades, seguirá los progresos de la población en materia de nutrición e identificará los riesgos nutricionales que corren especialmente los niños menores de cinco años y las madres gestantes. Durante la ejecución del proyecto la Secretaría proveerá a sus oficinas regionales con un equipo de mantenimiento.



65. El suministro de complementos alimenticios a los niños y adultos que viven en ambientes deficitarios de alimentos debería producir efectos sociales positivos que, a su vez, redundarán en un aumento de la capacidad de las comunidades para procurarse los medios de subsistencia. En efecto, el suministro de alimentos a una población durante los períodos críticos de su vida contribuye a mejorar su situación sanitaria y nutricional. Además, los beneficios sociales derivados de la asistencia alimentaria y de la suplementación de micronutrientes se transmiten de generación en generación, y las consecuencias económicas positivas de la capacitación del capital humano colocan a la familia en una posición mejor para resolver el problema de la inseguridad alimentaria en la zona del proyecto.
66. Las actividades realizadas en régimen de alimentos por trabajo apoyarán el desarrollo de la infraestructura comunitaria y fortalecerán a los CODEM. Los resultados se establecerán de conformidad con las prioridades comunitarias, tratando de que sean eficaces en función de los costos. El proyecto proporcionará algunos de los insumos necesarios y los CODEM suministrarán los recursos locales. Al final del proyecto los consejos garantizarán el mantenimiento de las obras comunitarias y tratarán de movilizar recursos para financiar nuevas iniciativas.

Viabilidad social y política

67. La viabilidad social del proyecto se apoya en un proceso nacional de descentralización política que consiste en el fortalecimiento de las organizaciones locales. Aunque hasta ahora los resultados de la gestión local han sido variables, lo importante es que se ha comenzado un proceso en el que participan las partes interesadas de la sociedad civil, las cuales encuentran en él una respuesta más apropiada a sus necesidades básicas. Es un proceso destinado a continuar gracias al apoyo de los organismos bilaterales y multilaterales que participan en el desarrollo de la comunidad local. Además, el presente proyecto apoyará el Programa Acceso de la Secretaría de Salud a través del cual las comunidades asumirán la gestión de sus propios planes sanitarios.
68. Aunque a principios de 1998 se elegirá un nuevo gobierno, todos los partidos han coincidido en el objetivo de apoyar las actividades y los planes encaminados a reducir la inseguridad alimentaria, mejorar el acceso a los servicios sanitarios, especialmente en las zonas rurales, y consolidar el proceso de descentralización política.

RIESGOS

69. Para ejecutar las actividades el proyecto necesita personal de dedicación exclusiva y todos los recursos acordados. Dado que la programación y coordinación son fundamentales para la gestión del proyecto, el PMA financiará a un coordinador durante nueve meses para que vele por que la estrategia del proyecto se realice con una base técnica sólida. Si no se obtienen todos los recursos acordados, el proyecto comenzará las operaciones en una zona limitada.
70. Las ONG han expresado una cierta preocupación por la dependencia que podría crear el plan de alimentos por trabajo, ya que las familias que han recibido ayuda alimentaria como “remuneración” por su trabajo podrían no estar dispuestas a participar en obras comunitarias que no ofrecieran dicho incentivo. Se propone, por consiguiente, que se estudie en profundidad la forma de llevar a cabo el plan de actividades en régimen de alimentos por trabajo evitando posibles efectos colaterales.



DESINCENTIVOS, DESPLAZAMIENTO DE SUMINISTROS Y DEPENDENCIA

71. La distribución de la ayuda alimentaria no debería causar distorsiones en la producción y las políticas nacionales: en 1996 la producción nacional ascendió a 530 000 toneladas de maíz y 54 000 toneladas de frijoles, aproximadamente. El PMA proporcionará un promedio de 1 028 toneladas de maíz por año (0,19 por ciento de la producción nacional) y 456 toneladas de frijoles (0,84 por ciento de la producción nacional). Honduras no produce trigo.
72. Los donativos de ayuda alimentaria se utilizarán como incentivo para la participación de la población en actividades de alimentos para el desarrollo que se realizarán durante el período de escasez de alimentos, que suele extenderse desde enero a agosto, especialmente entre mayo y agosto. Cada beneficiario podrá recibir como máximo solamente 150 raciones por año para evitar la dependencia de la ayuda alimentaria y la competencia con los trabajos agrícolas y no agrícolas.
73. La ayuda alimentaria se utilizará para complementar durante 360 días al año el régimen alimenticio de las madres gestantes y lactantes y de sus hijos menores de cinco años en condiciones de riesgo de malnutrición. El proyecto no debería afectar la economía del mercado local ya que el grupo beneficiario, que es un grupo desnutrido, como alternativa a la ayuda alimentaria no compraría, por falta de recursos, los productos necesarios en el mercado local sino que quedaría sin alimentos suficientes.

COSTOS DEL PROYECTO

74. A continuación se presenta el desglose de los costos del proyecto:

DESGLOSE DE LOS COSTOS DEL PROYECTO			
	Cantidad (toneladas)	Costo medio por tonelada	Valor (dólares)
COSTOS PARA EL PMA			
A. Costos operacionales directos			
Producto ¹			
– Maíz	5 144	185	951 640
– Aceite vegetal	331	900	297 900
– Legumbres	2 284	450	1 027 800
– MMS	2 722	320	871 040
– Pescado enlatado	521	2 400	1 250 400
– Trigo (véase el Anexo III b)	2 154	200	430 800
Total de productos	13 156		4 829 580
Transporte exterior			
Transporte marítimo	13 156	133	1 749 748
Superintendencia	13 156	2,50	32 890
TTAM			
a) Transporte terrestre	-		-
b) TIAM	-		-
Total parcial de costos operacionales directos			6 612 218



DESGLOSE DE LOS COSTOS DEL PROYECTO

	Cantidad (toneladas)	Costo medio por tonelada	Valor (dólares)
B. Costos de apoyo directos (véase el Anexo I)			1 193 255
Total de los costos directos			7 805 473
C. Costos de apoyo indirectos (13,9 por ciento del total de los costos indirectos)			1 084 961
COSTO TOTAL PARA EL PMA			
COSTO PARA EL GOBIERNO			8 890 434
– Manipulación, almacenamiento y transporte de productos			730
– Costos de personal			364 000
– Proyecto			560 000
– Secretaría de Salud			
– Costos de vehículos			59 000
– Mantenimiento			59 000
– Combustible			59 000
– Seguimiento			
– Viajes y viáticos del personal del proyecto			338 000
– Viajes y viáticos del personal de la Secretaría			435 000
– Gastos de oficina			155 000
– Varios			50 000
COSTO TOTAL PARA EL GOBIERNO			2 750 000
COSTO TOTAL DEL PROYECTO (PMA y otros)			11 640 434
Costo del PMA como porcentaje del costo total del proyecto: 79,1 por ciento			

¹ Se trata de una cesta de alimentos teórica utilizada con fines de presupuestación y aprobación. Al igual que en todos los proyectos asistidos por el PMA, la combinación exacta y las cantidades efectivas de productos que se suministrarán al proyecto pueden variar con el tiempo en función de la disponibilidad de productos para el PMA y en el interior del país receptor

COORDINACIÓN Y CONSULTAS

75. El proyecto se preparó en estrecha coordinación con la OPS, el FNUAP, el UNICEF y la FAO. El personal de la Secretaría de Salud a nivel central y local participó directamente en las fases de apreciación y preparó los acuerdos operacionales que la Secretaría ha estipulado con el PMA para la ejecución del proyecto. También se consultó a las ONG de la zona del proyecto y durante la misión de apreciación se concertó su modo de participación. Se consultó a los gobiernos locales y a las organizaciones comunitarias para obtener sus opiniones y conocer sus prioridades, y también para definir sus funciones en la ejecución. Se ha solicitado a los organismos técnicos pertinentes de las Naciones Unidas que presentaran sus observaciones. Se pedirá el visto bueno del subcomité consultivo de colocación de excedentes.



RECOMENDACIÓN DE LA DIRECTORA EJECUTIVA

76. Se recomienda a la Junta Ejecutiva la aprobación del proyecto.



ANEXO I

NECESIDADES DE APOYO DIRECTO (dólares)

Costo de personal	
Internacional	72 000
Voluntarios de las Naciones Unidas (3)	360 000
Viáticos/VNU	43 200
Total parcial	475 200
Servicios de apoyo técnico	
Preparación del proyecto	29 650
Apreciación del proyecto (seguimiento del proyecto) estudio básico	100 000
Evaluación del proyecto (asesoría)	20 000
Total parcial	149 650
Equipo	
Comunicación	
Vehículos	75 000
Motocicletas	6 000
Equipo informático	19 000
Otros equipos (material médico y de seguimiento)	93 877
Total parcial	193 877
Artículos no alimentarios	
Servicios de almacenamiento	22 466
Otros (instrumentos o materiales de construcción)	252 062
Total parcial	274 528
Otros:	
Capacitación	100 000
TOTAL	1 193 255



ANEXO II

DEPARTAMENTOS, MUNICIPALIDADES Y POBLACIÓN BENEFICIARIA							
Departamentos y municipalidades	Población total 1977	Población 1997 0 a 4 años	Mujeres 15-45 años	Niños 0-4 años + mujeres 15-45 años	Porcentaje de pobreza	Objetivo familias(*)	Objetivo (población)
Cholulca	208 2	32 82	35 5	68 399		9 21	46 21
1 Apacilagua	10 9	1 72	1 8	3 587	55.54	484	2 41
2 Concepción de María	29 3	4 63	5 0	9 650	61.25	1 31	6 91
3 Duyure	3 3	521	565	1 086	48.90	135	675
4 El Corpus	26 1	4 12	4 4	8 600	54.80	1 11	5 71
5 El Triunfo	35 0	5 52	5 9	11 519	65.28	1 71	8 61
6 Marcovia	36 5	5 75	6 2	12 000	60.88	1 71	8 60
7 Morolica	5 3	845	916	1 761	53.02	230	1 11
8 Orocuina	18 7	2 95	3 2	6 162	45.15	728	3 61
9 Pespire	27 8	4 38	4 7	9 141	40.52	1 01	5 00
10 San Antonio de Flores	6 2	978	1 0	2 038	59.20	287	1 41
11 San Isidro	4 3	686	743	1 429	54.36	190	950
12 San José	4 3	684	741	1 425	57.74	197	985
Copán	107 2	17 17	17 8	35 064		4 51	22 61
1 Cabañas	9 5	1 53	1 6	3 137	51.83	405	2 01
2 Concepción	5 1	826	860	1 686	60.39	241	1 20
3 Copán Ruinas	29 3	4 70	4 8	9 596	53.85	1 21	6 31
4 San Agustín	4 2	684	712	1 396	51.24	179	895
5 San Antonio	11 3	1 81	1 8	3 713	48.61	460	2 30
6 San Jerónimo	5 2	836	871	1 707	43.99	199	995
7 San Juan de Opoa	8 7	1 40	1 4	2 870	52.89	376	1 81
8 San Nicolás	6 7	1 07	1 1	2 198	47.30	268	1 31
9 Santa Rita	23 9	3 84	3 9	7 838	52.16	1 01	5 00
10 Veracruz	2 8	452	471	923	48.91	115	575
El Paraíso	89 6	14 27	15 5	29 811		4 11	20 61
1 Alauca	8 0	1 27	1 3	2 664	58.90	372	1 80
2 Liure	11 2	1 78	1 9	3 734	62.32	542	2 71
3 Oropoli	6 0	960	1 0	2 005	44.02	232	1 10
4 San Antonio Flores	6 0	956	1 0	1 996	49.47	249	1 21
5 San Lucas	8 2	1 32	1 4	2 757	47.51	335	1 61
6 Soledad	11 6	1 86	2 0	3 887	54.84	678	3 30
7 Teupasenti	24 7	3 93	4 2	8 227	52.16	1 00	5 30
8 Texiguat	9 7	1 55	1 6	3 244	60.28	461	2 30
9 Vado Ancho	3 9	621	676	1 297	68.79	202	1 01
Ocotepeque	32 9	5 40	5 5	10 959		1 21	6 41
1 Belén Gualcho	11 0	1 81	1 8	3 669	44.86	429	2 11
2 Concepción	3 6	601	618	1 219	38.38	130	650
3 Dolores Merendón	2 0	344	353	697	56.59	96	480
4 Fraternidad	1 8	298	306	604	49.55	76	380
5 Mercedes	5 7	948	974	1 922	42.19	217	1 00
6 San Jorge	3 4	567	582	1 149	48.74	142	710
7 Sinuapa	5 1	838	861	1 699	41.99	191	955
38 Total	438 0	69 68	74 5	144 233		19 21	96 01

Nota: NBNS: necesidades básicas no satisfechas.



(*) Datos facilitados por la Secretaría de Salud.



ANEXO III a)

NORMAS DE TRABAJO DEL COMPONENTE DE ALIMENTOS POR TRABAJO

Actividad	Unidad	Norma (días de trabajo)	Objetivo	Nº de raciones
Construcción de cocinas	No.	5	900	4 500
Construcción de letrinas	No.	15	1 300	19 500
Mejora de casas rurales	No.	100	600	60 000
Establecimiento del sistema de distribución de agua	No.	900	20	18 000
Mejora del sistema de distribución de agua	No.	300	10	3 000
Construcción de centros comunitarios	No.	900	10	9 000
Mejora de centros comunitarios	No.	300	20	6 000
Construcción y mejora de caminos secundarios	Km.	650	900	585 000
Total				705 000

ANEXO III b)

Gastos que se sufragarán con cargo al Fondo para la Salud de la Mujer y Micronutrientes con la monetización del trigo(*)

	Cantidad	Costo Unitario	Costo (dólares)
Jarabe con sulfato ferroso 8oz/bt	67 3	2	134 781
2. Tabletas de 400 mg. de Abendazol	718 8	0,05	35 942
3. Tabletas de sulfato ferroso	34 6	0,00015	5 194
4. Hemoglobinómetros Hemo Cue	120	500	60 000
5. Cubetas desechables de Hemo Cue	62 0	2	124 000
6. Equipo para comprobar de calidad del agua	4	1 325	5 300
7. Equipo de primeros auxilios	20	24,35	487
8. Balanzas para pesar niños (Salter scale)	600	33	19 800
9. Equipo de partera	600	42,68	25 608
10. Equipo de respuestos para reponer artículos rotos/gastados	2 4	20	48 000
11. Estudio básico			30 000
12. Seguimiento y Evaluación			50 000
5. Capacitación			20 000
Total parcial: costos que se sufragarán con monetización			559 112

(*) Suministrado por el Canadá.



ANEXO IV











MARCO LÓGICO

Objetivo específico	Problemas	Resultados	Indicadores	Actividades	Métodos de verificación	Supuestos
<ul style="list-style-type: none"> Mejorar el estado de nutrición de los niños menores de cinco años, madres lactantes, mujeres embarazadas y mujeres jefes de familia en las zonas del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> Deficiente utilización biológica de los nutrientes ocasionada por la elevada incidencia de enfermedades infecciosas en los grupos vulnerables Ingesta inadecuada de alimentos en calidad y cantidad principalmente en los grupos vulnerables Alta prevalencia de malnutrición crónica en mujeres en edad fértil y niñas menores de cinco años. Prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil 	<ul style="list-style-type: none"> Los grupos vulnerables han sido tratados por parásitos intestinales y suplementos periódicamente con micronutrientes para mejorar la utilización biológica de los alimentos ingeridos Las familias practican hábitos saludables de consumo de alimentos La prevalencia de la malnutrición crónica en niños mejores de cinco años ha disminuido La prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil ha disminuido 	<ul style="list-style-type: none"> 90% de las mujeres embarazadas y mujeres adolescentes han recibido suplementos de hierro/ácido fólico (Según las normas de la Secretaría de Salud Pública) A partir de 1999 (2º año del proyecto), 80% de los niños de edad preescolar ha sido desparasitado trimestralmente y ha recibido suplementos de hierro periódicamente Las familias del proyecto han diversificado su patrón de consumo, especialmente durante el período del destete La prevalencia de desnutrición en niños de 6-23 meses disminuye en 20% en zona del proyecto La prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil y niños menores de dos años disminuida en 30% durante el período del proyecto La ingesta calórica de los 	<ul style="list-style-type: none"> Acopiar albedazol y suplementos de hierro y ácido fólico de acuerdo a necesidades. Elaborar plan logístico para distribución de suplementos y desparasitantes Suministrar suplementos a la población vulnerable durante entrega de paquete básico con plan educativo Administrar el desparasitante a niños de 1 a 4 años de acuerdo a normas Garantizar que la población vulnerable ingiera los suplementos según normas Determinar los patrones de consumo en la zona de intervención del proyecto Elaborar un plan de educación alimentario y nutricional adecuado para cada región del proyecto haciendo hincapié en la alimentación maternoinfantil Implementar progresivamente el plan de educación alimentario y nutricional para las operaciones de la Secretaría de Salud Pública Verificar modificaciones de hábitos alimentarios de los grupos vulnerables Realizar encuestas de base, intermedias y finales para estimar la prevalencia de anemia y malnutrición proteicoenergética Elaborar y ejecutar el plan logístico de los alimentos Monitorear la entrega y el uso de los alimentos <ol style="list-style-type: none"> CODEM (UNICAM), Patronatos, Consejos comunitarios Beneficiarios (Salud) 	<ul style="list-style-type: none"> Informes mensuales sobre asistencia infantil integrada de UPS Inventario de medicamentos de UPS Informes de supervisión de las UNICAM Datos de encuestas para evaluación de medio término y final Hoja de información de partera Datos de encuesta cualitativa por región étnica y agroecológica Documento del plan de educación alimentaria/nutricional Guías alimentarias para personal operativo Informe de consultoría técnica para diseño y validación del plan y las guías alimentarias Informes parciales semestrales sobre la UGP Plan y programa de ejecución de actividades del proyecto Datos de encuesta para evaluación de medio término y final (recordatorio de 24 horas) Datos de encuesta para evaluaciones intermedia y final (niños menores de dos años y mujeres embarazadas, recordatorio de 24 horas en submuestras) Informes de monitoreo de hemoglobina en beneficiarias (y controles) generados por todas las UPS Informes de movimiento de 	<ul style="list-style-type: none"> El aporte de alimentos propios de cada familia está garantizado La prevención de infecciones por inmunización es efectiva

MARCO LÓGICO

Objetivo específico	Problemas	Resultados	Indicadores	Actividades	Métodos de verificación	Supuestos
		<ul style="list-style-type: none"> • La ingesta de alimentos por los niños menores de dos años es adecuada 	<p>niños menores de dos años aumenta en por lo menos 10% mediante la ayuda alimentaria al proyecto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorear peso/edad de niños beneficiarios una vez al mes • Instruir a madres sobre beneficios de suplementos de hierro y normas de ayuda alimentaria 	<p>suplementos para niños y madres beneficiarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de información de partera (u otro personal comunitario). • Planillas de alimentos de UPS/CODEM (Unidad comunitaria administradora de alimentos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Las prácticas comunitarias de saneamiento ambiental e higiene evitan brotes epidémicos
<ul style="list-style-type: none"> • Acceso limitado a los servicios de salud para control de crecimiento y atención prenatal 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzada la capacidad institucional y competencia del personal de la red de servicios para el monitoreo del crecimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Al final del segundo año el 90% del personal realiza prácticas adecuadas de atención en las esferas de nutrición, salud y maternoinfantil • Un sistema práctico de monitoreo del crecimiento y la anemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las necesidades de materiales, equipo y capacitación para monitoreo de crecimiento a nivel de UPS, y aldeas en la zona del proyecto • Comprar y suministrar materiales y equipo a las UPS y los voluntarios en las aldeas, según necesidades detectadas • Capacitar y reforzar sobre técnicas de monitoreo de crecimiento al personal de UPS y monitoras comunitarias de peso • Capacitar al personal institucional y comunitario en la detección, el tratamiento y la referencia de deficiencias nutricionales específicas (deficiencia de Vitamina A, yodo, anemia, y DPE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar y promover la aplicación de normas de asistencia infantil integrada en 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo e informe de diagnóstico de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) del personal de salud sobre anemia, riesgo obstétrico-perinatal, antropometría, monitoreo del crecimiento, tratamiento de la diarrea • Inventario de equipo (balanzas, infantómetros, hemoglobímetro "Hemo Cue") • Guías prácticas para temas reforzados en UPS y casas de monitoras comunitarias de peso • Informe técnico de consultorías para diseño/ejecución de programas de monitoreo de crecimiento (y otros temas relevantes en salud maternoinfantil) • Informes de supervisión de UNICAM y Secretaría de Salud Pública • Evaluación intermedia y final de CAP sobre temas tratados en cada región 	

MARCO LÓGICO

Objetivo específico	Problemas	Resultados	Indicadores	Actividades	Métodos de verificación	Supuestos
				la zona del proyecto • Supervisar ejecución de atención a usuarios según normas	peso sobre monitoreo de crecimiento, medición de peso de niños, llenado de registros con personal de UPS • Informes de parteras y monitoras • Informes nutricionales de auxiliar de enfermería en UPS • Programa y vías para capacitación/ consolidación del personal operativo en detección obstétrico y riesgo/daño nutricional • Hoja de información de parteras y monitoras de peso	
		• Aumento controles mujeres embarazadas, crecimiento y desarrollo de niños	• El déficit de cobertura y concentración del control prenatal y del crecimiento y desarrollo reducido en 50%	• Mejorar el sistema actual de información entre parteras y UPS • Capacitación de parteras para detección de riesgo obstétrico (presentación defectuosa, hemorragias fetos múltiples, etc)	• Diseño de sistemas de seguimiento y evaluación (documento por consultoría OPS/INCAP) • Informes periódicos de auxiliares de enfermería sobre atenciones prestadas por UPS • Guías para capacitación sobre detección de riesgo por parteras • Formatos simplificados y validados para recolección de datos por personal comunitario	• La OPS extiende su apoyo a estas iniciativas a la zona del proyecto
• Mejorar las condiciones sanitarias y de infraestructura de las comunidades beneficiarias que afectan las condiciones de salud	• Prácticas inadecuadas de higiene en la preparación de alimentos y el mantenimiento de la vivienda • Condiciones inadecuadas de eliminación de residuos • Exposición nociva al humo en las viviendas con incidencia en las enfermedades del	• Las familias hace uso adecuado de prácticas saludables en la preparación de alimentos y mantenimiento de las viviendas • Mecanismos adecuados de eliminación de residuos en funcionamiento • Cocinas mejoradas en funcionamiento	• Se ha capacitado el 100% de las familias beneficiarias y por lo menos un 50% de éstas han mejorados sus técnicas • Un 100% de las familias participantes han sido capacitadas y de éstas por lo menos el 50% ha mejorado sus sistemas de eliminación de residuos • Un mínimo de 900 cocinas han sido mejoradas	• Capacitar al personal de salud (comunitaria) sobre prácticas higiénicas en la preparación de alimentos, mantenimiento de la vivienda y eliminación de residuos • Repetir en las comunidades la capacitación y prácticas higiénicas en la preparación de alimentos, mantenimiento de la vivienda y eliminación de residuos • Supervisar a los instructores (de ONG), etc. • Identificar las obras básicas y de infraestructura y sistemas de agua que serán mejorados por medio de técnicas participativas	• Lista de participantes que han terminado la capacitación • Apreciaciones rápidas de las prácticas higiénicas en los medios rurales • Lista de los insumos utilizados • Actas municipales	• Se han firmado acuerdos con las ONG para la rehabilitación/me-

MARCO LÓGICO

Objetivo específico	Problemas	Resultados	Indicadores	Actividades	Métodos de verificación	Supuestos
	aparato respiratorio y peso al nacer					jora de los sistemas de agua e infraestructura
	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones inadecuadas para la eliminación de excretas • Escasos servicios básicos e infraestructura 	<ul style="list-style-type: none"> • Letrinas instaladas y en funcionamiento • Las comunidades cuentan con más y/o mejores obras de infraestructuras 	<ul style="list-style-type: none"> • Las familias beneficias del proyecto han construido 1 300 letrinas • Se han construido o rehabilitado al menos 900 km. de caminos comunitarios • Las comunidades han construido o mejorado al menos 30 centros comunitarios, escuelas, centros de salud, guarderías etc 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar con las organizaciones de base y ONG el plan para la realización de las obras de servicios básicos e infraestructura • Realizar las obras de acuerdo a los planes establecidos • Capacitar a la comunidad en el monitoreo de las obras y de la manipulación de los alimentos • Organizar grupos para la distribución de alimentos de acuerdo a las obras realizadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes periódicos de las ONG • Informes de las unidades de campo • Check lists de las visitas al campo 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones inadecuadas de las viviendas (paredes, pisos, techos) con incidencia a enfermedades • Inadecuado acceso al agua (potable) 	<ul style="list-style-type: none"> • Viviendas con paredes y/o techos mejorados con recursos locales básicos • Las familias y/o comunidades disponen de agua apta para consumo humano 	<ul style="list-style-type: none"> • Al menos 600 viviendas han mejorado sus pisos, techos y/o paredes • Se han instalado/mejorado al menos 30 sistemas de agua 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a la comunidad en el mantenimiento de las obras realizadas • Monitorear a ONG, y organizaciones de base en el avance de resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes trimestrales con desglose de los gastos • Informes sobre la utilización de artículos no alimentarios 	
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las organizaciones comunitarias para la gestión y ejecución de sus planes de desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> • Heterogeneidad en el grado de avance organizativo de las comunidades • Limitada capacidad de gestión 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha reforzado la capacidad de gestión de las organizaciones comunitarias 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de organizaciones comunitarias que elaboraron diagnósticos participativos y planes de trabajo • Número de iniciativas formuladas y ejecutadas por las organizaciones comunitarias con el apoyo del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en formulación, seguimiento y evaluación del proyecto con los líderes de la comunidad aplicando técnicas participativas • Capacitación en administración de los recursos de ayuda alimentaria del proyecto • Formulación de planes de desarrollo comunales • Organización de comités de trabajo • Ejecución de obras comunales • Diseño de mecanismo de seguimiento y evaluación por parte de la ONG y el proyecto • Capacitación sobre organización, gestión y género, a CODEM, patronatos y otras 	<ul style="list-style-type: none"> • Planes de desarrollo comunitario y planes de trabajo • Actas de cuadros directivos y patronatos • Cantidad y calidad de las iniciativas presentadas al proyecto por los CODEM • Actas de los CODEM 	<ul style="list-style-type: none"> • Que los alcaldes fomente la constitución y dinámica de los CODEM • Que las ONG promueven el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias

MARCO LÓGICO

Objetivo específico	Problemas	Resultados	Indicadores	Actividades	Métodos de verificación	Supuestos
	<ul style="list-style-type: none"> Prácticas verticales y autoritarias en la organización Insuficiente coordinación y comunicación Limitados recursos humanos cualificados para atender a las necesidades de la comunidad en materia orgánica Débil participación de mujeres y jóvenes 	<ul style="list-style-type: none"> Renovación periódica de los cuadros directivos en las comunidades/gobiernos locales Programas de acción multicomunales Incremento del número de voluntarios sanitarios de salud promotores sociales y líderes comunales Aumento del 50% por lo menos de la participación de la mujer y los jóvenes en las organizaciones comunitarias 	<ul style="list-style-type: none"> Cada dos años se renuevan los cuadros directivos Planes estructurados o ejecutados de forma comunal Los promotores, voluntarios y líderes realizan sus respectivas tareas Porcentaje de mujeres y jóvenes que participan en organizaciones comunitarias Porcentaje de mujeres que participan en las directivas de las organizaciones comunitarias 	<p>organizaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> Información a las comunidades sobre el compromiso político y las elecciones democráticas Realización de asambleas y cabildos Realización de elecciones comunales Formulación de planes de desarrollo comunitarios (CODEM) Ejecución de obras de forma articulada Capacitación especializada según esfera de trabajo (readiestramiento de voluntarios comunitarios en salud, nutrición y saneamiento ambiental) Establecimiento de los respectivos cargos y equipos de trabajo Diseño de formatos simples para informes de cada cargo establecido en la comunidad Incorporación de los maestros para promover actividades específicas para estos grupos en las escuelas Organización de jóvenes en grupos de servicio público Capacitación a grupos de mujeres y jóvenes en organización y liderazgo 	<ul style="list-style-type: none"> Actas electorales y de instalación de cuadros directivos Documentos que reflejan el proceso de planificación Actas de entrega de obras Informes de auxiliares de enfermería de ONG sobre las participación comunitaria Actas de patronatos y CODEM que muestren la participación de jóvenes y mujeres 	