

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

**Tercer período de sesiones ordinario
de la Junta Ejecutiva**

Roma, 19 - 22 de octubre de 1998

INFORMES DE LA DIRECTORA EJECUTIVA SOBRE ASUNTOS OPERACIONALES

Tema 9 del programa

INFORME PARCIAL SOBRE EL PROYECTO DE DESARROLLO VIET NAM 3844.01

Ayuda para el programa de asistencia sanitaria básica

Costo total de los alimentos	8 187 060 dólares
Costo total para el PMA	10 592 306 dólares
Fecha de aprobación	Octubre de 1993
Fecha de la firma del plan de operaciones	8 de marzo de 1995
Fecha de notificación de la terminación de los preparativos	25 de mayo de 1995
Fecha de la primera distribución	1 de junio de 1995
Duración de la asistencia del PMA	Cuatro años
Duración del proyecto al 31 de diciembre de 1997	Dos años y siete meses

Salvo indicación en contrario, todos los valores monetarios se expresan en dólares EE.UU. En diciembre de 1997, un dólar EE.UU. equivalía a 12.230 dongos vietnamitas.



Distribución: GENERAL
WFP/EB.3/98/9-F/2
11 agosto 1998
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 PARA LA JUNTA EJECUTIVA

El presente documento se remite a la Junta Ejecutiva a efectos de información.

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: Sra. J. Cheng-Hopkins tel.: 066513-2209

Coordinador superior de T. Lecato tel.: 066513-2399
programas:

Para cualquier información sobre el envío de documentos para la Junta Ejecutiva, diríjase al Empleado de documentos y reuniones (tel.: 066513-2641).



FINALIDAD DEL PROYECTO Y DE LA ASISTENCIA DEL PMA

1. En el marco del proyecto se presta apoyo a la ejecución de los programas gubernamentales de asistencia sanitaria básica y de salud materno-infantil. Su objetivo es mejorar la salud y el estado nutricional de los grupos más vulnerables en una etapa crítica de sus vidas: mujeres embarazadas, madres lactantes y niños menores de tres años de edad que componen, en su mayoría, los núcleos de población desfavorecidos de zonas remotas, a menudo con déficit de alimentos.

EJECUCIÓN

2. El proyecto se lleva a cabo bajo la responsabilidad de un Comité Central de Gestión presidido por un Viceministro del Ministerio de Sanidad, y del que forman parte miembros de otros ministerios pertinentes. La ejecución diaria del proyecto en el ámbito central se confía a un administrador de proyectos (un miembro del Comité anteriormente mencionado) del Ministerio de Sanidad y a cinco miembros de la personal de apoyo. Habrá una estructura orgánica parecida en el ámbito provincial, comercial y comunitario.
3. La estructura administrativa del proyecto es racional, pero la extensión geográfica que abarca, consistente en más de 10 provincias en tres regiones distintas del país (dos de las cuales son montañosas), y el gran número de comités resultante dificultan al Comité Central de Gestión la labor general de coordinación. La escasez de personal con calificaciones técnicas supone un obstáculo adicional para la labor de dicho Comité. En general, en las provincias y los distritos hay suficiente personal administrativo pero algunas dependencias locales carecen de una dotación adecuada de personal técnico. Es preciso desplegar más esfuerzos para mejorar la coordinación entre los diversos servicios de salud, sobre todo las instituciones técnicas, en todos los ámbitos. Asimismo, como resultado de los cambios de personal producidos tras la elección de autoridades locales, un número de miembros del personal sin formación está interviniendo en la administración del proyecto a escala provincial y en ámbitos más reducidos.
4. Los centros sanitarios comunitarios cuentan con una infraestructura y unos equipos básicos inadecuados, sobre todo en las regiones montañosas. Se espera que un nuevo préstamo del Banco Mundial mejore la situación en algunos distritos. Durante el primer año del proyecto, los trabajadores de salud recibieron un salario bajo que las raciones del PMA compensaban sólo parcialmente. Desde enero de 1996, cuando empezaron a recibir un salario más alto, su dedicación por la labor ha aumentado visiblemente.

ADMINISTRACIÓN DE LOS ALIMENTOS

5. El PMA asignó 28 058 toneladas de harina de trigo para que se intercambiaban por arroz en el lugar. El tipo de cambio indicativo acordado en el plan de operaciones era de 1:1, pero el Gobierno está examinando actualmente dicho tipo. Asimismo, se asignaron 2 488 toneladas de aceite vegetal y 606 toneladas soja, que debían molerse para obtener harina de soja en el ámbito provincial. Al 31 de diciembre de 1997, el PMA había entregado un total de 20 618 toneladas de harina de trigo, 1 807 de aceite y 549 de



legumbres, lo que representa el 73,5, el 72,6 y el 90,6 por ciento, respectivamente, del compromiso total. Las pérdidas producidas después de la entrega, durante el transporte y la manipulación local de los productos, ascendieron a 42,4 toneladas de arroz, 5,56 toneladas de aceite y 1,02 toneladas de legumbres, o bien el 0,2, el 0,3 por ciento y el 0,18 por ciento respectivamente, de las cantidades totales recibidas.

6. Las raciones mensuales para las diferentes categorías de beneficiarios son las siguientes: las mujeres embarazadas y las madres lactantes y el personal del centro de salud reciben seis kilogramos de arroz y 0,45 kilogramos de aceite vegetal; los niños gravemente malnutridos menores de tres años de edad reciben 4,5 kilogramos de arroz, 0,9 kilogramos de aceite vegetal y 1,5 kilogramos de legumbres. Las raciones para las mujeres embarazadas y las madres lactantes se concibieron principalmente como un incentivo para que acudieran a los centros sanitarios comunitarios para las consultas prenatales y postnatales. Para los niños gravemente malnutridos de menos de tres años de edad, la ración constituye un suplemento nutricional diario de 978 calorías, 28 gramos de proteína y 32 gramos de grasa aproximadamente, y se distribuye en forma de ración sin cocinar para llevar a casa. Si bien el valor nutricional puede ser bajo para niños gravemente malnutridos, es suficiente como ración para llevar a casa para los niños ligeramente malnutridos, que constituyen la mayor parte de todos los beneficiarios en la mayoría de las provincias.
7. El déficit general del PMA de recursos para el desarrollo con respecto a los compromisos efectuados había producido una reducción temporal de la ración mensual de arroz de seis kilogramos a 4,5 kilogramos para las mujeres embarazadas y las madres lactantes y el personal del centro de salud desde junio de 1996. La ración mensual para madres y trabajadores de salud volvió a ser de seis kilos, como se había establecido en el plan de operaciones, a partir de abril de 1998.

CONTRIBUCIÓN DEL GOBIERNO

8. El Gobierno ha realizado la contribución de contraparte necesaria a fin de sufragar los gastos correspondientes a personal, equipo, suministros, construcción y reconstrucción de infraestructura y supervisión, por conducto del Ministerio de Sanidad y las administraciones provinciales. La contribución prevista en el plan de operaciones es de 1 798 000 dólares, lo que cubre fundamentalmente el transporte interno, el almacenamiento, la manipulación, la fumigación, el reenvasado y la distribución. Los gastos totales del gobierno al 31 de diciembre de 1997 ascendían a 1 060 752 dólares, lo que representa el 91 por ciento de las contribuciones prorrateadas. Entre dichos gastos, los gastos de transporte y de la gestión del proyecto fueron inferiores a los prorrateados para el período del informe en un 21 por ciento aproximadamente, debido al hecho de que el arroz distribuido en los distritos procedía directamente de las existencias de las empresas provinciales de alimentos o de los comerciantes de arroz locales. En algunas provincias, los costos relativos al suministro de arroz incluyeron los gastos de las entregas a los distritos.

AYUDA EXTERIOR

9. El proyecto ha recibido artículos no alimentarios del PMA, entre los que cabe citar, equipos de salud maternoinfantil, vehículos y motocicletas para el seguimiento, ordenadores, etc., cuyo valor asciende a 610 000 dólares aproximadamente. Todos los



artículos no alimentarios previstos en el plan de operaciones se suministraron durante el primer año de ejecución del proyecto.

10. El proyecto se concibió con la asistencia técnica de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El UNICEF intervino en la selección de las zonas en las que se debía prestar asistencia. El sector de la salud en general es el tema central de los debates celebrados entre organismos en el seno del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF) en Viet Nam y, en este contexto, se ha establecido un grupo de trabajo sobre medidas sociales. El PMA es un miembro de este grupo de trabajo. El Banco Mundial ha concedido recientemente un préstamo para la mejora de los servicios de salud rurales, incluidos numerosos centros sanitarios comunitarios situados en la zona del proyecto del PMA. El UNICEF, la OMS, los donantes bilaterales y numerosas organizaciones no gubernamentales intervienen asimismo en el sector de la asistencia sanitaria básica, algunos en las mismas provincias del proyecto del PMA.

EVALUACIÓN

11. El proyecto 3844.01 se está poniendo en práctica en el contexto de una economía que está en transición entre una economía centralizada y una economía de libre mercado. Aunque el sector de la asistencia sanitaria básica sigue considerándose una prioridad para el desarrollo social del país, las asignaciones medias anuales per capita del presupuesto público destinadas al sector de la salud siguen siendo muy bajas, por lo general inferiores a dos dólares.
12. Por lo general los resultados del proyecto han sido positivos. Al alentar a las mujeres embarazadas y a las madres lactantes a que acudan regularmente a los centros sanitarios comunitarios se brinda una oportunidad para que los programas financiados por otros organismos lleguen hasta la población que se pretende alcanzar. Por ejemplo, ha aumentado considerablemente la cobertura y la frecuencia de la atención prenatal, la vacunación contra el tétanos, la asistencia en los partos con personal capacitado, la atención postnatal y el seguimiento del crecimiento de los lactantes. También son dignos de mención los logros conseguidos en la reducción de la malnutrición grave entre niños menores de tres años.
13. En el anexo se muestran los logros materiales al 31 de diciembre de 1997. El proyecto ha cumplido los objetivos previstos, si bien se debe ser prudente a la hora de examinar la tasa de recuperación de los niños que sufren de malnutrición grave, ya que la cifra parece reflejar la ultimación de la entrega de las raciones a las que tienen derecho los niños en vez de la rehabilitación confirmada de un estado de nutrición deficiente.
14. En la ración para los niños gravemente malnutridos se estaba utilizando insuficientemente la harina de soja, según se informa, porque muchas madres consideraban que dicha harina no era del gusto de los niños pequeños. Esto ha provocado que la oficina del PMA en el país decidiera intercambiar el resto de las legumbres y parte de la harina de trigo de la asignación por alimentos compuestos. Aunque el suministro inicial de alimentos compuestos se ha importado en forma de una mezcla de maíz y soja, se prevé que la oficina en el país firme pronto un contrato con la organización no gubernamental francesa Groupe de Recherche et d'Echanges Technologiques (*Grupo de Investigación e Intercambio Tecnológico*) para adquirir un nuevo alimento compuesto, prensado y elaborado localmente, que se ha puesto a punto en asociación con el Instituto Nacional de Nutrición de Hanoi.



15. Las limitaciones en cuanto a la entrega de alimentos tienen repercusiones sobre la eficacia. La distribución de una cesta de alimentos un tanto compleja (por ejemplo, tres productos alimenticios en diferentes cantidades según el tipo de beneficiario) puede suponer una carga excesiva para el personal de los centros sanitarios comunitarios, aunque en los días de distribución muchos de los centros recurren a la ayuda de voluntarios de organizaciones tales como Fatherland Front y Women's Union. Se han producido interrupciones en el suministro de aceite vegetal y de legumbres, debido principalmente a la escasez de recursos y a retrasos en la expedición, con los consecuentes efectos negativos, como son la acumulación de distribuciones y los pagos retroactivos.
16. Se deberían desplegar más esfuerzos para integrar la distribución de alimentos en la prestación de servicios sanitarios ofrecidos por los centros sanitarios comunitarios. La calidad de los servicios sanitarios, sobre todo la educación en materia de salud y nutrición para madres que acuden a dichos centros, debería ser una prioridad durante el resto del proyecto.
17. Las mujeres y las niñas lactantes constituyen más del 78 por ciento de los beneficiarios (el resto son niños lactantes varones), mientras que prácticamente un 40 por ciento de los miembros del personal del proyecto son mujeres. El suministro de raciones de alimentos como un incentivo para que se aprovechen de la asistencia sanitaria básica representa un ingreso adicional para sus familias y una mayor atención por la salud, sobre todo de los hijos pequeños.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

18. Los objetivos básicos de este proyecto se están cumpliendo. El proyecto abarca algunas de las provincias más desfavorecidas y con mayor déficit de alimentos de Viet Nam en las que los ingresos y la situación nutricional son precarios. Estas condiciones hacen que la asistencia en alimentos sea una aportación apropiada y eficaz en función de los costos, en especial dado el mecanismo por el cual la harina de trigo importada se intercambia por arroz local.
19. El compromiso de las autoridades y los participantes en todos los ámbitos ha realizado la implantación del proyecto. En la ampliación en curso del proyecto se redujo la cobertura, que se concentró en 10 provincias, lo que garantiza un seguimiento mejor tanto por el Gobierno como por el personal del PMA. El sistema de seguimiento y evaluación se ha mejorado con respecto a la mayoría de los indicadores básicos de salud y se ha integrado mejor en el sistema existente de información sanitaria.
20. Si bien el proyecto se ha beneficiado de un buen suministro inicial de harina de trigo, se han sufrido retrasos en la entrega de aceite vegetal y legumbres. Durante el segundo año de funcionamiento se tuvieron que reducir las raciones de arroz destinadas a las madres y a los trabajadores de salud debido a la escasez general de recursos. No obstante, nunca se produjo ni una sola interrupción en los suministros de harina de trigo (que se intercambiaba por arroz local).
21. La asistencia técnica prestada por la OMS y el UNICEF en la fase de concepción del proyecto ha contribuido al efecto positivo del mismo. La idea inicial de facilitar harina cruda de soja sin elaborar como un producto alimenticio no era buena, y actualmente se está corrigiendo esto mediante la introducción de un alimento compuesto prensado fortalecido con micronutrientes.



22. Entre las recomendaciones propuestas para que se produzcan mejoras en el futuro cabe mencionar: a) una coordinación más estrecha entre los servicios sanitarios en el ámbito provincial y comercial; b) una mayor participación de las instituciones técnicas en el proyecto; c) más formación del personal del proyecto en los aspectos técnicos y la administración de los alimentos; y d) la promoción de la educación sanitaria y nutricional y la mejora de los servicios de atención sanitaria prestados en los centros sanitarios comunitarios.







COMPARACIÓN DE LOS OBJETIVOS Y LOS LOGROS

(al 31 diciembre de 1997)

Producto	Según el plan de operaciones(toneladas)	Prorratedas al 31.12.1997 (toneladas)	Distribución al 31.12.1997 (toneladas)	Logros como porcentaje (% distribución/prorrateda)
MOVIMIENTO ACUMULATIVO DE ALIMENTOS				
Harina de trigo	8 058	18 619	14 288	77
Aceite vegetal	2 488	1 523	1 432	94
Legumbres	606	329	404	123

Beneficiarios	Según el plan de operaciones		Prorratedas al 31.12.1997		Logros al 31.12.1997		Logros como porcentaje	
	Nº de beneficiarios	Nº de raciones	Nº de beneficiarios	Nº de raciones	Nº de beneficiarios	Nº de raciones	Beneficiarios	Raciones
NÚMERO ACUMULATIVO DE BENEFICIARIOS Y RACIONES DE ALIMENTOS								
Mujeres embarazadas	257 400	1 544 400	157 950	947 700	147 829	705 400	94	74
Madres lactantes	257 400	3 088 800	157 950	1 895 000	183 220	1 620 000	116	86
Niños malnutridos	89 100	356 400	54 675	218 700	87 603	375 400	160	172
Personal	3 108	149 184	3 108	96 348	3 220	99 780	104	104

CAMBIOS DE LOS INDICADORES PRINCIPALES DE SALUD MATERNOINFANTIL EN DIFERENTES MOMENTOS (porcentaje)
(junio-diciembre 1995, enero-diciembre 1996 y enero-diciembre 1997)

Indicadores	Periodo 6-12.1995		Periodo 1-12.1996		Periodo 1-12.1997	
	Objetivo previsto	Logros	Objetivo previsto	Logros	Objetivo previsto	Logros
Cobertura prenatal	70	86	70	71	80	87
Cobertura de la vacunación contra el tétanos	70	75	70	77	80	83
Cobertura postnatal	70	73	70	79	80	83
Cobertura del seguimiento del crecimiento de niños menores de un año	70	85	70	86	80	91
Cobertura del seguimiento del crecimiento de niños menores de tres años	70	86	70	79	80	89
Porcentaje de niños gravemente malnutridos rehabilitados en cuatro meses	90	85	90	85	90	80