

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

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

Roma, 24-26 de mayo de 2004

ASUNTOS DE POLÍTICA

Tema 5 del programa

Para aprobación

S

Distribución: GENERAL

WFP/EB.A/2004/5-A/1

6 abril 2004

ORIGINAL: INGLÉS

ALIMENTOS PARA LA NUTRICIÓN: MAYOR INTEGRACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE NUTRICIÓN EN EL PMA

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

NOTA PARA LA JUNTA EJECUTIVA

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

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

Director de Estrategias, Políticas y Apoyo a los Programas (PSP): Sr. S. Samkange tel.: 066513-2600

Jefe del Servicio de Nutrición (PSPN): Sr. P. Webb tel.: 066513-2565

Para cualquier información sobre el envío de documentos para la Junta Ejecutiva, diríjase a la Supervisora de la Dependencia de Servicios de Reuniones y Distribución (tel.: 066513-2328).



RESUMEN

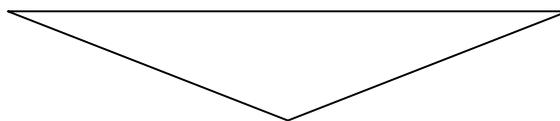
La mayoría de los fallecimientos prevenibles de personas que padecen hambre no se producen en situaciones de urgencia. En los países que no sufren conflictos o catástrofes naturales, la malnutrición es responsable directa del fallecimiento anual de millones de niños y madres. Así pues, la ingente labor del PMA destinada a salvar vidas en situaciones de urgencia debe ir acompañada de iniciativas semejantes para hacer frente a la malnutrición y, de ese modo, salvar vidas también en situaciones posteriores a una emergencia.

Aunque un volumen suficiente de alimentos no es sinónimo de buena nutrición, los alimentos son un factor importante de la ecuación de la nutrición. Las nuevas pruebas científicas confirman que es posible obtener un impacto nutricional positivo mediante la ayuda alimentaria. De conformidad con la prioridad estratégica n° 3, el PMA se propone emplear recursos alimentarios para obtener impacto nutricional de tres maneras complementarias: i) aumentando la efectividad y el impacto de las intervenciones centradas en la salud y la nutrición materno-infantiles que combinan los alimentos con insumos no alimentarios adecuados; ii) aumentando el valor nutricional de los alimentos del PMA, como, por ejemplo, enriqueciéndolos con micronutrientes; y iii) aumentando el impacto nutricional de otras intervenciones del PMA. Estos planteamientos representan la incorporación de la nutrición en el conjunto de actividades del Programa. La adopción de una programación basada en pruebas, las intervenciones conjuntas con asociados y los nuevos diseños de proyectos abren perspectivas de una mayor efectividad y un mayor impacto del PMA en años venideros.

Este documento se deberá leer conjuntamente con los otros dos documentos de política: “Enriquecimiento con micronutrientes: experiencia del PMA y futuras posibilidades de acción” (WFP/EB.A/2004/5-A/2) y “Nutrición y situaciones de urgencia: la experiencia del PMA y los desafíos que tiene ante sí” (WFP/EB.A/2004/5-A/3).



PROYECTO DE DECISIÓN*



De conformidad con la decisión 2002/EB.A/4, la Junta pide a la Secretaría que agregue el siguiente texto al documento “Marco unificado de políticas del PMA: un instrumento de gobierno” (WFP/EB.A/2002/5-A/1) en la sección dedicada a los temas intersectoriales:

“El PMA incorporará la nutrición en sus programas, sus actividades de promoción y sus asociaciones con los siguientes fines: i) hacer frente directamente a la malnutrición, dándole respuesta o previniéndola cuando el suministro de alimentos pueda influir en la situación y ii) aumentar en los países y los hogares la capacidad de reconocer los problemas de nutrición y darles respuesta. El PMA redoblará esfuerzos por obtener resultados nutricionales positivos y documentarlos. Para ello, dotará a los países, las regiones y la Sede de personal debidamente capacitado en evaluación nutricional, diseño de programas, ejecución de proyectos y reunión y gestión de datos. En colaboración con asociados apropiados, el PMA participará más decididamente en diálogos de política de ámbito mundial y nacional centrados en los problemas de la malnutrición y el modo de solucionarlos.”

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



INTRODUCCIÓN

“La reducción de la malnutrición es decisiva para la reducción de la pobreza. Mientras subsista la malnutrición, no se cumplirán los objetivos de desarrollo establecidos para el próximo decenio.”

Banco Mundial 2003¹

1. La malnutrición es un desafío ingente, pero no irresoluble. Hoy sabemos mejor que nunca por qué son esenciales el tratamiento y la prevención de las carencias nutricionales. También sabemos que tratamiento y prevención son posibles. El número de niños con retraso del crecimiento (estatura baja para la edad) descendió de 220 millones en 1990 a 180 millones en 2003.² El número de niños con insuficiencia ponderal (peso bajo para la edad) también descendió de 177 a 140 millones. En comparación con el decenio anterior, hay menos personas que padecen carencia de yodo, y en algunos países han mejorado el peso al nacer y el índice de supervivencia de los lactantes.³
2. Estas mejoras son importantes, pues indican que ha sido posible realizar progresos a pesar del crecimiento demográfico, los efectos devastadores de los conflictos y las catástrofes naturales y los limitados avances de la productividad agrícola en la mayoría de los países con déficit de alimentos. Dicho esto, queda mucho por hacer. La malnutrición no es un estado físico sin más, como si se tratase de una instantánea del bienestar actual; se trata de un proceso. El menor consumo de alimentos, la mala salud y las prácticas deficientes de prestación de asistencia son causas de infección, pérdida de peso y disminución de la capacidad mental. El deterioro nutricional no se debe exclusivamente al nivel actual de consumo, salud y asistencia, sino también al bienestar previo en lo que se refiere al peso al nacer y la gravedad de los episodios patológicos. Ciertos períodos vitales encierran mayor importancia que otros desde el punto de vista de la nutrición, como por ejemplo el parto, los primeros meses de vida, la primera infancia, la adolescencia, el embarazo y la lactancia. La vulnerabilidad nutricional guarda también relación con enfermedades como el sarampión, la tuberculosis y el VIH/SIDA.
3. El PMA ocupa un lugar cada vez más destacado en la lucha contra la malnutrición, y ya se reconocen las funciones decisivas que cumple en lo relativo a la nutrición en situaciones de urgencia, el enriquecimiento de alimentos con micronutrientes, la programación de la nutrición con respecto al VIH, la nutrición en las escuelas y el fortalecimiento de las intervenciones dirigidas a las madres y los niños. En el Plan Estratégico para 2004–2007 se corrobora la voluntad del PMA de respaldar la mejora de la nutrición y la salud de los niños, las madres y otras personas vulnerables. Aun así, el problema de la malnutrición incide de forma transversal en las distintas prioridades estratégicas; forma parte fundamental, por ejemplo, de los Compromisos ampliados relativos a la mujer para el período 2003–2007 y es un elemento básico de la mayoría de las respuestas de emergencia.
4. En el presente documento se explica el modo en que el PMA emplea la ayuda alimentaria como apoyo a la programación de la nutrición y se determinan orientaciones estratégicas con vistas a garantizar una efectividad y un impacto mayores. Sobre la base de

¹ Banco Mundial. 2003. *Combating Malnutrition: Time to Act*. Washington DC, Red sobre desarrollo humano.

² Comité Permanente de las Naciones Unidas sobre Nutrición. 2004. *5th Report on the World Nutrition Situation*. Ginebra.

³ UNICEF/ Iniciativa sobre Micronutrientes. 2004. *Vitamin and Mineral Deficiencies: Global Damage Report*. Nueva York.



pruebas recientes constatadas sobre el terreno y de exámenes de las prácticas idóneas, así como de consultas con las Naciones Unidas y otros asociados en la esfera de la nutrición, en el documento se exponen los vínculos entre la nutrición y los objetivos de desarrollo generales, se hace el balance de las actuales actividades del PMA en la esfera de la nutrición, se establecen posibilidades de ampliación e intensificación de las actividades y se examinan las dificultades que han de superarse para incorporar la nutrición en el PMA.⁴

LA NUTRICIÓN Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

5. La carga de la malnutrición no recae sólo en individuos, sino en sociedades enteras. Por una parte, los efectos se transmiten de una generación a otra. La malnutrición materna determina el estado nutricional del recién nacido y la trayectoria del crecimiento del lactante como consecuencia de la “herencia de hambre” que los padres dejan a sus vástagos. Por otra parte, la malnutrición tiene graves consecuencias para el desarrollo. Según el Banco Mundial, “... los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) no podrán alcanzarse si no se producen avances importantes en la eliminación de la malnutrición.”⁵ Esta afirmación no es un mero ejercicio de retórica; se funda en un cúmulo de pruebas de la importancia de la nutrición, no sólo como resultado del desarrollo, sino como factor que subyace al propio proceso de desarrollo.

Malnutrición, morbilidad y mortalidad

6. La nutrición y la mayoría de los ODM coinciden en aspectos decisivos, pero destacan la relación que guarda la malnutrición con el hambre (ODM 1), la mortalidad infantil (ODM 4), la salud materna (ODM 5) y las enfermedades como el VIH/SIDA (ODM 6). Por ejemplo, la malnutrición es causa directa de más del 50% de los 10 a 12 millones de defunciones anuales de niños menores de cinco años.⁶ La malnutrición afecta igualmente a las mujeres; la anemia por carencia de hierro es una de las causas de los cientos de miles de casos de defunción materna, mientras que el retraso del crecimiento es un importante motivo de obstrucción del trabajo de parto, que es otra causa de mortalidad materna. Como consecuencia, una mujer que habita en África tiene una probabilidad de 16 de morir durante el embarazo o el parto, en contraste con el riesgo de 1 a 2800 que corre una mujer de un país industrializado.⁷
7. Las enfermedades son el principal modo en que la malnutrición contribuye a la mortalidad. En conjunto, la insuficiencia ponderal del lactante y la de la madre constituyen el principal factor de riesgo en el marco de la carga global de la morbilidad, sumando en total una cifra estimada de 170 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad.⁸ Cuando la capacidad de un cuerpo de resistencia a las infecciones se ve afectada, puede sobrevenir una enfermedad grave que, a su vez, reduce el apetito y la

⁴ Se agradecen las constructivas observaciones formuladas por el UNICEF, la FAO, el FIDA, el ACNUR, y la OMS sobre la base de anteriores borradores.

⁵ Banco Mundial. 2003.

⁶ Jones, G. *et al.* 2003. *How many child deaths can we prevent this year?* The Lancet. 362: 65–71. Rice, A. *et al.* 2000. *Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths.* Boletín de la OMS. 78 (10): 1,207–21. Black, S. *et al.* 2003. *Where and why are 10 million children dying every year?* The Lancet. 361: 2, 226–34.

⁷ OMS. 2003. “La tasa de mortalidad materna es desproporcionadamente alta en los países en desarrollo”. Comunicado de prensa OMS/77 (octubre). Ginebra.

⁸ OMS. 2002. “Informe sobre la salud en el mundo”. Ginebra.



absorción de nutrientes. La interacción entre la nutrición y las enfermedades reviste especial importancia en relación con la tuberculosis y el VIH/SIDA (ODM 6). Hacen falta más investigaciones, pero se cree que la malnutrición acelera la evolución de las enfermedades y el fallecimiento. El tratamiento del VIH/SIDA con medicamentos antirretrovirales puede resultar menos eficaz y producir más efectos secundarios cuando el individuo está malnutrido. A medida que la población afectada encuentra más facilidades para hacerse la prueba del VIH/SIDA y que aumenta el conocimiento científico de la relación entre la malnutrición y el VIH/SIDA, surgen nuevas posibilidades de organizar intervenciones de apoyo a la nutrición dirigidas concretamente a la población que padece inseguridad alimentaria y está enferma de VIH/SIDA.

La malnutrición y las dimensiones de la pobreza

8. Aunque son menos directas, revisten igual importancia las relaciones entre la malnutrición y la pobreza (ODM 1), la enseñanza (ODM 2) y la igualdad entre los géneros (ODM 3). Las pérdidas de productividad causadas en los países en desarrollo por el efecto combinado del retraso del crecimiento y de las carencias de yodo y hierro equivalen a no menos del 4% del producto interno bruto anual.⁹ Este efecto se debe fundamentalmente a la repercusión en los salarios y la productividad y al bajo grado de participación de la mano de obra como consecuencia de las ausencias laborales provocadas por la mala salud. El peso y la estatura bajos en edad adulta guardan relación con un nivel inferior de producción y salarios; incrementando en un 1% el aporte calórico de los brasileños que no consumen más de 1.700 kilocalorías al día, cantidad muy inferior al mínimo necesario, los ingresos aumentan casi en un 2% en virtud del incremento de la productividad.¹⁰
9. Otros determinantes de los ingresos bajos tienen que ver con la enseñanza y con la discriminación por motivo de género. Según la FAO, "... pruebas empíricas demuestran que en la primera infancia la nutrición desempeña un papel fundamental en el rendimiento cognitivo, la capacidad de aprendizaje y, en última instancia, el bienestar familiar."¹¹ Los niños se ven menos afectados que las niñas, pues son mayores los obstáculos previos que éstas encuentran para acceder a la escuela y permanecer en ella. El mayor equilibrio de género en la escuela, combinado con una mejora en el rendimiento de las niñas derivada de la reducción de la malnutrición, contribuye de forma destacada al fortalecimiento de la condición de la mujer adulta.
10. Esta serie de relaciones de gran alcance indica que, en el marco de sus actividades, el PMA ha de prestar más atención a la nutrición en aras de la consecución de *todos* los ODM, y no sólo del ODM 1, relativo al hambre. Para ello, no sólo habrá que potenciar el impacto mediante intervenciones centradas en la nutrición, sino también incorporar la nutrición en el conjunto de sus actividades de suministro de alimentos.

⁹ Horton, S. 1999. *Opportunities for investment in nutrition*. Asian Development Review. 17 (1/2): 246–73.

¹⁰ Thomas, D. & Strauss, J. 1997. *Health and wages*. Journal of Econometrics. 77: 159–85.

¹¹ FAO. 2003. "Ingesta de alimentos y crecimiento económico". Roma.



LA FUNCIÓN DE LOS ALIMENTOS EN LA PROGRAMACIÓN DE LA NUTRICIÓN

11. Hoy en día abundan los conocimientos sobre la manera de diseñar intervenciones efectivas de apoyo a la nutrición.¹² En este tipo de actividad los alimentos no son el único recurso, y no siempre son el recurso óptimo. No obstante, cuando la malnutrición tiene que ver con un acceso limitado a los alimentos, y cuando, en combinación con recursos no alimentarios pertinentes, hacen falta una cantidad y una cantidad de alimentos suficientes para atender las necesidades identificadas, los alimentos *son* un elemento importante.¹³
12. Cada vez está más documentada la importancia en la programación de la nutrición de los alimentos *en cuanto alimentos*, y no a título de transferencia de recursos o de incentivo. Gracias a ensayos bien diseñados de suministro de *alimentos*, y no simplemente de suplementos de micronutrientes o medicamentos, se ha documentado una serie de resultados positivos que comprenden el aumento de peso de la madre, mejoras en el peso al nacer y un fortalecimiento del crecimiento infantil en lugares tan diversos como Gambia, Indonesia y Nepal.¹⁴ De hecho, en México se ha demostrado que los alimentos suplementarios suministrados a los niños menores de tres años de los hogares más pobres repercutían de forma notable en el crecimiento infantil y atenuaban su retraso. Se estima que, al aumentar el crecimiento y la productividad, esta repercusión, obtenida “exclusivamente mediante suplementos nutricionales”, supondrá un aumento de casi el 3% de los ingresos que percibirá el niño durante su vida adulta.¹⁵
13. También se van acumulando pruebas del impacto nutricional de la *ayuda alimentaria*. En un estudio reciente llevado a cabo en Etiopía se demostraba el acusado impacto de la ayuda alimentaria en la protección del crecimiento del niño en época de sequía.¹⁶ En otro estudio se demostraba que en los hogares que recibían ayuda alimentaria mediante actividades de alimentos por trabajo (APT), comprendido el programa *Meret* del PMA, los resultados eran positivos en lo que se refiere al peso para la estatura del niño.¹⁷ Otro estudio sobre los refugiados bhutaneses de Nepal demostraba que los alimentos compuestos enriquecidos del PMA tenían que ver con las mejoras obtenidas en la esfera de los nacimientos; entre 1994 y 2001 el peso al nacer mejoró en los campamentos, lo cual coincidió con la inclusión de alimentos compuestos enriquecidos en la ración general.¹⁸ Igualmente, un ensayo llevado a cabo con los refugiados a los que el PMA prestaba apoyo en Argelia constató que los alimentos compuestos enriquecidos suministrados a los niños

¹² Allen, L. y Gillespie, S. 2001. *What works?* Ginebra, Comité Permanente de las Naciones Unidas sobre Nutrición/Banco Asiático de Desarrollo.

¹³ OCDE/OMS. 2003. *Poverty and Health*. DAC Guidelines and Reference Series. París.

¹⁴ Kramer, M. y Kakuma, R. 2004. *Energy and protein intake in pregnancy* (Cochrane Review). The Cochrane Library. 1/2004. Chichester, Reino Unido. Wiley, J. *et al.* 1997. *Effects on birth weight and perinatal mortality of maternal dietary supplements*. British Medical Journal. 315, 786–90. Ramachandran, P. 2002. *Maternal Nutrition*. Nutrition Reviews. 60 (5), 26S–34S; Rivera, J. y Habicht, J-P. *Supplementary feeding on the prevention of mild-to-moderate wasting*. Boletín de la OMS. 80 (12), 926–32.

¹⁵ Behrman, J. y Hoddinott, J. 2001. “Evaluación del impacto de PROGRESA en la talla del niño en edad preescolar”. Food Consumption Discussion Paper. N° 104. Washington D.C, IIPA.

¹⁶ Yamano, T. *et al.* 2003. *Child Growth, Shocks and Food Aid in Rural Ethiopia*. World Bank Policy Research Working Paper Series No. 3096.

¹⁷ Quisumbing, A. 2002. *Food Aid and Child Nutrition in Rural Ethiopia*. World Development. 31 (7), 1.309–132.

¹⁸ Shrimpton, R. *et al.* 2003. *Maternal nutrition, birth weight and infant growth in Nepal*. Londres, Institute of Child Health.



que sufrían retrasos del crecimiento permitían una mejora nutricional rápida.¹⁹ Este último estudio viene a indicar que el tratamiento de las carencias de micronutrientes y el retraso del crecimiento puede surtir efecto, incluso hasta que los niños gravemente malnutridos cumplen cinco años.

14. Estos resultados científicos confirman no sólo que la ayuda alimentaria puede cumplir importantes funciones en la programación de la nutrición combinándola con otros insumos básicos, sino también que el PMA dispone ya de una base sólida para fortalecer su efectividad.²⁰ El objetivo para años venideros debería ser no sólo investigar nuevas vías de acción, sino también ampliar y reforzar la actuación positiva previa.

EL PMA Y LA PROGRAMACIÓN DE LA NUTRICIÓN

15. El PMA lleva mucho tiempo dando importancia a la nutrición. En el curso del decenio de 1960 el Programa empezó a prestar apoyo a proyectos dirigidos a las madres y los lactantes en el marco de los cuales se entregaban alimentos suplementarios en centros de salud, actividad a la que el PMA destinó el 6% de sus gastos para el desarrollo correspondientes al decenio. A raíz de estas actividades, la Conferencia Mundial de Alimentación de 1974 adoptó una resolución por la que se instaba a los gobiernos a que, con asistencia alimentaria y financiera multilateral, suministraran alimentos suplementarios a los grupos vulnerables "... a escala suficientemente amplia para atender de forma continua gran parte de sus necesidades".²¹ En consecuencia, el PMA amplió sus actividades, sobre todo en Asia, hasta el punto de que la proporción de programas de apoyo a las madres y los lactantes ascendió a casi el 13% de la cartera de proyectos para el desarrollo en el decenio de 1970 y el número de beneficiarios fue de 1,5 millones de personas.
16. En la actualidad, el PMA destina aproximadamente un 20% de sus recursos para el desarrollo a lo que se conoce con el nombre de intervenciones de apoyo a la salud y la nutrición maternoinfantiles. Esta proporción supone unos 40 millones de dólares EE.UU. anuales destinados a 2,3 millones de personas.²² La mayoría de los beneficiarios del PMA habita en el Asia meridional (un 38%) y en el África subsahariana (un 49%). El Asia meridional registra la mayor prevalencia de peso bajo al nacer, desnutrición materna y retraso del crecimiento infantil. En África son superiores los índices de mortalidad infantil y malnutrición aguda; de hecho, África es el único continente en el que la malnutrición empeora en lugar de mejorar.²³

¹⁹ Lopriore, C. & Branca, F. 2001. *Strategies to fight anaemia and growth retardation in Saharawi refugee children*. Roma, Instituto Italiano de Nutrición.

²⁰ Otros casos documentados de impacto positivo de la programación de la nutrición del PMA proceden de la evaluación de 2002 del programa en el Ecuador, de las actividades de enriquecimiento de la harina llevadas a cabo en Bangladesh y del descenso de la malnutrición en la República Popular Democrática de Corea entre 1998 y 2002.

²¹ Memorando sobre los programas especiales de alimentación – Acción conjunta de la FAO y el PMA. Archivo FP 1/1. 24 de marzo de 1976. Roma.

²² Datos del PMA para 2003. Quedan excluidos los gastos que el PMA destina a la nutrición en situaciones de urgencia (aproximadamente, el 11% de los gastos con fines de socorro), con los que en 2003 se asistió a otros 6 millones de niños y madres. El gasto comparable que el UNICEF destina a la nutrición en situaciones que no son de urgencia fue, en término medio, de 24 millones de dólares EE.UU. anuales durante el decenio de 1990; la inversión anual en nutrición del Banco Mundial es inferior a 100 millones de dólares anuales (Shrimpton, R. *et al.* 2002. *UNICEF Nutrition Portfolio Review*. Nueva York; y Banco Mundial, 2003.)

²³ Banco Mundial. 2002. *Human Development in Africa*. Washington D.C.



17. De los 30 países africanos con programas, 11 cuentan actualmente con intervenciones de apoyo a la salud y la nutrición maternoinfantiles. En algunos casos, como en Malawi y Ghana, la lucha contra la malnutrición es la actividad primordial del programa en el país. El número total de beneficiarios de África superó los 3,5 millones de personas en 2002. Aunque esta cifra abarca alrededor de la mitad de los beneficiarios de las intervenciones de este tipo del PMA en todo el mundo, es relativamente baja si se tienen en cuenta los actuales niveles de malnutrición. Asimismo, es indicio de las dificultades concretas que encuentran estas actividades en países cuya capacidad receptiva es limitada como consecuencia de un desarrollo deficiente de la infraestructura, de la cobertura limitada de los sistemas sanitarios oficiales en las zonas rurales y de la falta de asociados en la ejecución cualificados.
18. En cambio, Asia, donde seis programas en los países comprenden actividades de nutrición, cuenta con una tradición de intervenciones de apoyo a la nutrición mediante alimentos organizadas por los propios países. La India, Bangladesh y Camboya, por ejemplo, disponen de una capacidad institucional considerable que el PMA ha logrado aprovechar en el marco de asociaciones. El Servicio Integrado de Desarrollo Infantil de la India, creado en 1975 y respaldado por el PMA desde 1977, favorece a 20 millones de niños pequeños y a 3,5 millones de madres al año.²⁴ Aunque el apoyo prestado por el PMA a la India ha disminuido en los últimos años como consecuencia de la concentración geográfica de las actividades del programa en el país y de las limitaciones de recursos, las actividades que actualmente se llevan a cabo en cinco estados benefician a más de 1 millón de niños al año.
19. Aunque a escala inferior, el PMA respalda la nutrición en las demás regiones. La región de América Latina y el Caribe comprende siete países en los que se llevan a cabo intervenciones de apoyo a la salud y la nutrición maternoinfantiles que abarcan más de 500.000 beneficiarios. La nutrición es la actividad principal de los programas del PMA en Guatemala y Honduras. El 9% restante del total de beneficiarios de estas intervenciones corresponde a la región de Oriente Medio y África del Norte, donde las principales actividades tienen lugar en el Yemen y, últimamente, en el Pakistán.

Objetivos nutricionales del apoyo a la salud y la nutrición maternoinfantiles

20. A pesar de que responden a preocupaciones comunes, los objetivos de las intervenciones del PMA de apoyo a la salud y la nutrición maternoinfantiles no son en modo alguno uniformes. Van de la lucha contra la malnutrición aguda en Benin y la República Centroafricana a la prevención de la pérdida de peso de los niños pequeños en el Pakistán, la reducción de la anemia por carencia de hierro que padecen las madres en Nepal y Honduras, la reducción de la carencia de vitamina A de los niños en Bolivia, la mejora de los conocimientos y prácticas nutricionales en Sri Lanka y Bangladesh, la reducción de la mortalidad materna en Mauritania e, incluso, la reducción de la incidencia del peso bajo al nacer en Ghana y Madagascar.
21. La variedad de objetivos da idea de las múltiples caras de la malnutrición y de la diversidad de contextos en los que el PMA opera. Por ejemplo, en el marco de la programación para el desarrollo, el Programa aportó alimentos a más de 12.000 niños que padecían malnutrición aguda en Zambia en 2002 y a 5.000 niños en Burkina Faso. Por el contrario, otras operaciones de urgencia se proponen no sólo salvar vidas, sino también promover modificaciones del comportamiento a más largo plazo impartiendo educación

²⁴ WFP/Fundación M.S. Swaminathan. 2001. *Enabling Development: Food Assistance in South Asia*. Oxford, Reino Unido, OUP.



nutricional. Diez OPSR llevadas a cabo en el curso de 2002 incluían actividades de educación sobre nutrición. También mediante algunas intervenciones de emergencia se facilitaron alimentos suplementarios a niños malnutridos por conducto de instituciones de apoyo a la salud y la nutrición maternoinfantiles, 300.000 en el Afganistán y casi 1,5 millones en la República Popular Democrática de Corea. Se necesitaron otros insumos sanitarios y nutricionales para prevenir el ulterior deterioro del estado nutricional en el marco de lo que supuso una intervención preventiva.

22. Como la malnutrición incide de forma transversal en las distintas categorías de movilización de recursos del PMA, es importante que, en la medida de lo posible, el Programa establezca vínculos entre la programación para el desarrollo y la programación para situaciones de urgencia. El PMA y sus asociados deben prestar atención al carácter concreto de las necesidades nutricionales y tratar de responder en consecuencia; en la esfera de la malnutrición no es eficaz aplicar siempre el mismo patrón.

EVOLUCIÓN DE LOS PRINCIPIOS Y LAS PRÁCTICAS

23. Aunque el suministro de alimentos suplementarios a las madres y los niños sigue siendo un aspecto esencial de muchas actividades del PMA en la esfera de la nutrición, en los últimos decenios las cosas han cambiado mucho. En primer lugar, ha evolucionado el carácter de las actividades de apoyo a la salud y la nutrición maternoinfantiles en el sentido de que la entrega de alimentos ha dejado de ser el único objetivo y de que los programas están mejor ajustados a los problemas que se proponen solucionar. En segundo lugar, se presta más atención a la mayor potenciación posible del valor nutricional de las raciones de alimentos. En tercer lugar, el alcance de la programación de la nutrición va actualmente más allá de los proyectos de apoyo a la salud y la nutrición maternoinfantiles en sentido estricto, pues abarca cuestiones relativas a la nutrición en otro tipo de intervenciones.

Cambios en el carácter de las intervenciones de apoyo a la salud y la nutrición maternoinfantiles

24. La promoción de la nutrición maternoinfantil es una actividad compleja. Para que resulte efectiva, el PMA sólo debería intervenir cuando la falta de alimentos adecuados, comprendida la ingesta de micronutrientes, es un factor primordial que limita el crecimiento del niño o el aumento de peso de la madre, así como cuando los alimentos pueden propiciar el suministro de insumos no alimentarios necesarios.²⁵ En tales casos, los suplementos alimentarios pueden ser un factor decisivo del éxito de las intervenciones en la esfera de la nutrición. De hecho, las actividades del PMA en los últimos años han partido por lo general de principios comunes de diseño derivados de las enseñanzas extraídas en el decenio de 1990; en los párrafos que siguen figuran algunos de los más importantes.
25. El primer principio es un **análisis adecuado de los problemas** que aclare la función que cumplen los alimentos. La mayor atención prestada a los problemas de nutrición gracias al análisis y cartografía de la vulnerabilidad (VAM) y de la evaluación de las necesidades de urgencia ha dado lugar a un análisis más preciso de las dimensiones subnacionales de la malnutrición. ¿Tiene que ver el problema más con la falta de alimentos que con la insalubridad del agua? ¿Son el principal motivo de preocupación los lactantes, los niños en

²⁵ PMA, 2003. *A Desk Review of WFP and Other Agency Mother and Child Nutrition Interventions*. Roma; LoPriore et al. 2004. *Best Practices in the Use of Food for Maternal and Child Nutrition Interventions* (borrador). Roma.



edad escolar, las madres o los adolescentes? De ese modo, ha sido posible mejorar la selección geográfica en relación con esferas de la inseguridad alimentaria que *también* presentan problemas en lo referente a la nutrición y el consumo de alimentos y mejorar la agrupación de las actividades para generar valor añadido mediante la combinación entre recursos alimentarios y no alimentarios.

26. Por ejemplo, en el curso de 2003 el programa del PMA en la India centró sus actividades en cuatro estados prioritarios, concentrando aún más los recursos en diez distritos. El objetivo es generar sinergia entre distintos programas del PMA, combinando el apoyo a la salud y la nutrición maternoinfantiles con actividades de APT y otras actividades para el desarrollo a fin de propiciar un efecto multiplicador. Del mismo modo, el PMA se centra en Mauritania en zonas donde son altos los índices de inseguridad alimentaria y de malnutrición e insta a otros organismos, como el programa de nutrición NUTRICOM, al que presta apoyo el Banco Mundial, a que intervengan en las mismas ubicaciones por medio de centros comunitarios de distribución de alimentos respaldados por el PMA.
27. En segundo lugar, en el marco de las intervenciones centradas en la nutrición hacen falta **recursos y conocimientos prácticos complementarios**. Por lo que se refiere a los recursos, el PMA avanza en la definición de un conjunto de recursos óptimos en el ámbito de la nutrición. Los programas de apoyo a la salud y la nutrición maternoinfantiles giran en torno a una serie de actividades interdependientes que han dado muestras de reducir la malnutrición maternoinfantil, comprendido lo siguiente: i) la alimentación suplementaria; ii) la educación sobre nutrición (promoción de prácticas adecuadas de amamantamiento y alimentación complementaria de los lactantes, con inclusión de una alimentación y una rehidratación adecuadas de los niños enfermos); iii) servicios sanitarios (vacunas, asistencia prenatal y envíos a centros de atención sanitaria); iv) suplementos de vitaminas y minerales, sobre todo hierro y folato para las embarazadas, vitamina A y sal yodada; v) el tratamiento antiparasitario; y vi) la lucha contra las enfermedades.²⁶
28. Aunque el PMA lleva mucho tiempo colaborando con los ministerios de salud en la ejecución de actividades de apoyo a la salud y la nutrición maternoinfantiles, el gasto destinado por los gobiernos y los donantes a la nutrición ha sido, por lo general, bajo y normalmente inadecuado para resolver el problema en toda su dimensión.²⁷ Ello se debe, en parte, a que la nutrición y el hambre han quedado en general eclipsados por el programa de reducción de la pobreza al que se destina la mayor parte de las asignaciones presupuestarias a escala nacional y sectorial.²⁸ Habida cuenta de que la buena nutrición va más allá de la entrega de alimentos, la modificación de la situación exige múltiples recursos y conocimientos prácticos.
29. En lo que respecta a los conocimientos prácticos, el PMA puede contribuir al fortalecimiento de la capacidad en los países y los hogares. Es de importancia primordial hallar el modo de incorporar la nutrición en el programa político y de reducción de la pobreza, comprendido el fortalecimiento de la capacidad nacional para hacer frente a la malnutrición. El Programa cada vez hace más esfuerzos por respaldar el establecimiento de

²⁶ UNICEF. 2002. "Para la vida". Nueva York; Bonnard, P. *et al.* 2002. *A Review of the Title II Development Food Aid Program*. Washington DC, FANTA.

²⁷ El gasto destinado a la nutrición suele formar parte de los gastos generales destinados a la salud, que, de entrada, son bajos. Por ejemplo, en los países africanos cuyo PNB es inferior a 300 dólares EE.UU. anuales, el gasto medio destinado a la salud es de apenas un 1,4% (3,2 dólares per cápita). El gasto en nutrición representa una proporción ínfima de esa pequeña cantidad. (Véase Peters, D. *et al.* 2000. *Benchmarks for Health Expenditures in Africa*. Boletín de la OMS. 78 (6), 761-69.)

²⁸ Banco Mundial, 2003.



infraestructura local de salud y nutrición y la prestación de servicios en ubicaciones rurales apartadas, donde reside la mayor parte de los beneficiarios del PMA. Al mismo tiempo, con arreglo a los principios de programación del Programa, muchos proyectos de apoyo a la salud y la nutrición maternoinfantiles procuran identificar centros que ofrezcan por lo menos un nivel mínimo de recursos y servicios no alimentarios necesarios para obtener impacto en la esfera de la nutrición.²⁹

30. En tercer lugar, cada vez se presta más atención a la **prevención de la malnutrición** y no sólo a su tratamiento. Siendo cierto que la capacidad *nacional* de prestación de servicios en materia de salud y nutrición debe fortalecerse en gran medida, también lo es que hace falta mayor capacidad para reconocer y tratar la malnutrición *en los hogares*. La prevención es el modo de obtener a largo plazo los resultados pretendidos en la esfera de la nutrición. Para que resulte efectiva, la prevención tiene que iniciarse en las comunidades mejorando la atención prestada a las mujeres embarazadas, la alimentación suplementaria, las prácticas de alimentación del lactante y de destete, la puericultura y la condición y los derechos de la mujer en general.³⁰
31. Para ello hace falta que las comunidades participen en el análisis de los problemas; hay que fomentar la identificación de prácticas locales.³¹ El PMA ya presta apoyo a diversas actividades de ámbito comunitario. En El Salvador, por ejemplo, se suministra alimentación suplementaria a los niños en edad preescolar en guarderías infantiles organizadas y gestionadas por los padres y por maestros del lugar. En Camboya, las comunidades se movilizan al margen de los círculos institucionales. En 2002 más de 1.000 voluntarios ubicados en aldeas supervisaron el crecimiento infantil y ofrecieron a las mujeres capacitación en nutrición en lugares de encuentro de las aldeas. Los voluntarios se encargaron del almacenamiento y la distribución de los alimentos que el PMA suministraba a unos 40.000 niños y madres a condición de que participaran en las actividades de fomento del crecimiento y seguimiento de la nutrición.
32. Con respecto a la educación sobre nutrición, muchas mujeres que reciben alimentación suplementaria también reciben capacitación en nutrición. Por ejemplo, en el curso de 2002 37.000 mujeres recibieron en Zambia capacitación en prácticas idóneas de nutrición. En la República Centrafricana se facilitó capacitación y material de información sobre nutrición a más de 8.000 mujeres. En el Pakistán, se capacitó a más de 5.000 agentes sanitarios en gestión de la anemia y asesoramiento en materia de nutrición y se imprimió información nutricional en las tarjetas de racionamiento. La actividad del PMA en El Salvador va todavía más lejos al ofrecer a los padres sesiones de educación sobre nutrición. De hecho, el PMA ha tomado parte directa en la preparación, la publicación y la difusión de material didáctico y de capacitación en nutrición que ha recibido una buena acogida, desde Nepal y la India hasta Mauritania y Ghana.
33. En todos los casos, el objetivo es habilitar a los individuos y los hogares para que identifiquen y gestionen la malnutrición por cuenta propia. La efectividad y el impacto de las actividades de información, educación y comunicación respaldadas por el PMA deben

²⁹ PMA, 2003. "Marco unificado de políticas del PMA: versión actualizada". WFP/EB.3/2003/10-B.

³⁰ Según Amartya Sen, "en la medida en que el PMA pueda reducir las ulteriores privaciones [nutricionales] mediante intervenciones preventivas, podrá incluso menguar la necesidad de futuras intervenciones." Sen, A. *The Entitlement Perspective of Hunger*. Conferencia pronunciada en un seminario del PMA y de la Universidad de las Naciones Unidas el 31 de mayo de 1997.

³¹ Está claro que la programación de ámbito comunitario ha de compenetrarse con los sistemas sanitarios gubernamentales, no quedar al margen de éstos.



entenderse mejor y difundirse con vistas a acercar a más hogares los beneficios derivados de los conocimientos sobre nutrición.

Máxima potenciación posible del valor nutricional de los alimentos del PMA

34. Cuando se reconoce que los alimentos solos no son suficientes, debe tenerse presente la importancia fundamental de garantizar a la población malnutrida el consumo de suficientes alimentos de calidad. El PMA hace hincapié en la mejora de la calidad de las raciones, no sólo mediante canastas de alimentos equilibradas, sino añadiendo valor nutricional a los alimentos al enriquecerlos con micronutrientes.
35. En el plano técnico, el PMA colabora con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y con el *Institute for Child Health* de la Universidad de Londres en la preparación de un programa informático que permita al PMA y al ACNUR evaluar y comparar mejor las composiciones alternativas de la canasta de alimentos.³² El PMA implantó recientemente un sistema de examen científico externo de los alimentos “nuevos” propuestos al Programa. En nombre del PMA y bajo los auspicios de la Universidad de las Naciones Unidas, un grupo de asesoramiento técnico integrado por expertos de muchas disciplinas se encarga de examinar los nuevos productos ofrecidos por lo que se refiere a su calidad, inocuidad, valor nutricional y valor operacional, teniendo presente las circunstancias de envío, almacenamiento y manipulación en que opera el PMA.³³
36. En lo que respecta a la programación, han aumentado las funciones del PMA de enriquecimiento de los alimentos. Aproximadamente dos tercios de los proyectos de apoyo a la salud y la nutrición maternoinfantiles suministran productos enriquecidos. Como las madres no suelen disponer de alimentos suplementarios nutritivos para alimentar a los niños mayores de seis meses, el PMA presta cada vez más apoyo a la producción a bajo costo de alimentos suplementarios enriquecidos, fundamentalmente mediante ingredientes locales.³⁴ Hasta la fecha, el PMA ha ayudado a establecer la producción de alimentos compuestos enriquecidos en 13 países.³⁵ De hecho, sólo en la India el empleo de alimentos suplementarios enriquecidos se duplicó de 55.000 toneladas en 2001 a 105.000 toneladas en los primeros 10 meses de 2003.³⁶ Lo señalado da idea del valor que encierran los alimentos enriquecidos en las actividades de apoyo a la salud y la nutrición maternoinfantiles y las de otro tipo.

³² En el curso de 2004, el personal del PMA sobre el terreno tendrá a su disposición este programa, cuyo diseño y ensayo se encuentran en fase avanzada.

³³ Las solicitudes dirigidas al grupo de asesoramiento se codifican para que las evaluaciones se centren en las cualidades técnicas del producto y su uso previsto. Un grupo de examen interno del PMA examina las conclusiones del grupo de asesoramiento en relación con otros factores como: i) el costo; ii) las condiciones de compra y de envío; iii) las consideraciones de orden administrativo y político; iv) la posibilidad de utilización en gran escala; y v) la fiabilidad del vendedor o el donante.

³⁴ Es importante el vínculo con la educación sobre nutrición, pues las madres han de estar en situación de seguir los consejos que se les da sobre la alimentación suplementaria adecuada de los lactantes o, si no, les parecerá que la información comunicada no es pertinente.

³⁵ Bangladesh, Bolivia, Etiopía, Honduras, la India, Indonesia, Kenya, Malawi, Nepal, el Pakistán, la República Popular Democrática de Corea, el Senegal y Zambia.

³⁶ Base de datos WINGS/SAP del PMA.



Fortalecimiento de la contribución nutricional de otras intervenciones del PMA

37. El tercer enfoque para la incorporación de la nutrición supone el reconocimiento de los resultados en la esfera de la nutrición que pueden obtenerse incluso mediante intervenciones no centradas en este objetivo. Por ejemplo, un número cada vez mayor de actividades de **alimentos para la educación** (APE) incorpora objetivos de fomento de los conocimientos sobre nutrición, como ocurre en Rwanda y Tanzania, y reduce la carencia de micronutrientes suministrando comidas escolares.
38. Un examen de 2002 de las actividades de APE llevadas a cabo en 68 países indicaba que i) la canasta de alimentos de la mayoría de las actividades de suministro de comidas escolares contenía por lo menos un artículo enriquecido; ii) trece contenían mezcla de maíz y soya; y iii) siete contenían cuatro productos enriquecidos. Al emplearse estos productos, se había identificado que la carencia de micronutrientes suponía una preocupación de orden nutricional que se debía abordar mediante actividades de APE. Por ejemplo, una actividad llevada a cabo en Angola tiene por objeto no sólo aumentar la capacidad de molienda y enriquecimiento de la harina de maíz, sino también utilizar una modalidad de alimentación escolar para dirigir los beneficios a los niños de las zonas donde es alta la incidencia de pelagra derivada de la carencia de vitamina B, con lo cual se logran objetivos múltiples de forma simultánea. Del mismo modo, el PMA presta apoyo en Bolivia a la alimentación preescolar y escolar mediante suministros de harina de trigo enriquecida, sal yodada y aceite vegetal enriquecido combinados con la distribución de comprimidos antiparasitarios organizada por el Ministerio de Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La combinación entre los alimentos enriquecidos, el tratamiento antiparasitario y la educación produce importantes efectos de sinergia.
39. El **tratamiento antiparasitario** es otra cuestión que suscita cada vez más interés en relación con los beneficios nutricionales. Se trata de uno de los mecanismos más rentables de garantizar que los alimentos consumidos por un niño reportan beneficios óptimos en la esfera de la nutrición. Los individuos que padecen infestaciones verminosas graves corren el riesgo de contraer anemia y otras carencias nutricionales. El PMA, que desde 1998 colabora estrechamente con la OMS en el tratamiento antiparasitario, ha ampliado el número de beneficiarios a más de 2 millones de niños, comprendidos 1,3 millones en África, donde el problema está generalizado, y se propone intensificar aún más su intervención actuando en las escuelas y organizando actividades de apoyo a la salud y la nutrición materno-infantiles. Por ejemplo, el PMA presta apoyo en Camboya al plan nacional de inversión en nutrición (2002–2007), que prevé el tratamiento antiparasitario de los niños mayores de dos años y de las embarazadas de más de tres meses.
40. Las **actividades generadoras de ingresos** del PMA también reportarán beneficios. En Bangladesh y el Senegal el PMA fomenta la producción local de alimentos suplementarios enriquecidos que contribuyen a la lucha contra las carencias de micronutrientes. En Bangladesh las familias reciben harina de trigo enriquecida en forma de raciones para llevar a casa, mientras que en el Senegal se suministran, principalmente a los niños menores de tres años, alimentos a base de maíz enriquecidos que se consumen en centros comunitarios de alimentación. La sostenibilidad a más largo plazo es importante, pues estos proyectos promueven el desarrollo local de la actividad empresarial, así como el aumento de la capacidad técnica y directiva de las mujeres.



41. Por último, es importante destacar la función del PMA en **la promoción y el apoyo en la esfera de la formulación de políticas nacionales**.³⁷ El PMA colabora cada vez más con los gobiernos nacionales en aras de lo siguiente:
- definir con mayor claridad el carácter de los problemas nutricionales en el marco de los avances en el entendimiento del carácter de las amenazas para los medios de subsistencia y de la inseguridad alimentaria de los hogares;
 - definir las funciones de la programación con suministro de alimentos en la lucha contra la malnutrición, comprendidas las actividades nacionales que empleen recursos internos, como en el caso de la India y Sri Lanka;
 - dar a conocer al público y los donantes la urgencia que revisten los problemas de malnutrición, y abordarlos de forma más abierta en el marco de los procesos de las estrategias de reducción de la pobreza y de los ODM; y
 - contribuir a la promoción de nuevas políticas y estrategias en la esfera de la nutrición o el enriquecimiento de los alimentos, como en Camboya y Bangladesh.
42. Estas actividades de orden normativo, llevadas a cabo en estrecha colaboración con expertos nacionales y con asociados de las Naciones Unidas, son importantes para conformar un entorno propicio al éxito de las intervenciones sobre el terreno centradas en la nutrición. Representan elementos decisivos para el aumento de la capacidad institucional, factor imprescindible para respaldar una programación efectiva de la nutrición.

DIFICULTADES QUE PLANTEA LA PROGRAMACIÓN EN LA ESFERA DE LA NUTRICIÓN

La escasez de la demanda de servicios nutricionales denota escasez de capacidad

43. La malnutrición crónica suele pasar desapercibida. Cuando el retraso del crecimiento afecta a más de la mitad de los niños, cuesta a los padres identificar los procesos que retrasan el crecimiento de sus propios hijos e hijas. Sin embargo, mientras que la malnutrición se pasa por alto, la buena nutrición es en gran medida invisible. Los individuos sanos y productivos no relacionan su bienestar con una nutrición adecuada. En consecuencia, es difícil estimular la demanda de los productos y servicios que contribuyen al bienestar nutricional. Tampoco es frecuente que la nutrición ocupe un lugar destacado en los programas políticos de las administraciones locales o los donantes. Por consiguiente, es fácil olvidar las prioridades en la esfera de la nutrición al establecer un orden de prioridades a efectos de asignación presupuestaria, con lo cual es poca la capacidad de modificar la situación.³⁸
44. La falta de capacidad a todos los niveles es un problema que debe resolverse. Como es de esperar, las mayores deficiencias de la capacidad institucional y humana de programar

³⁷ Esta actividad comprende la vinculación entre la cuestión de la nutrición y otras prioridades, como la incorporación del enfoque de género. Por ejemplo, el primero de los Compromisos ampliados relativos a la mujer del PMA (2003–2007) se centra en la atención de las necesidades nutricionales de las adolescentes y las madres y el aumento de sus conocimientos sobre nutrición.

³⁸ Banco Mundial, 2003, pág. 37: "... la nutrición no recibe un tratamiento sistemático en las estrategias de asistencia a los países o en las evaluaciones de la pobreza."



la nutrición coinciden con los problemas nutricionales más graves. Las intervenciones se ven obstaculizadas por el alcance limitado de la infraestructura de entrega, por la falta de conocimientos prácticos al margen de la formación médica y por la disponibilidad limitada de recursos no alimentarios.³⁹

45. La mayor concentración en la programación comunitaria es un modo de superar las deficiencias institucionales, pero no se trata de una opción fácil. Hacen falta grandes inversiones de tiempo y esfuerzo para conseguir que las comunidades se identifiquen con las intervenciones, y puede que, frente a la competencia que representan otras prioridades, la nutrición siga quedando marginada. El PMA se propone colaborar estrechamente con el Banco Mundial en países como Etiopía apoyando iniciativas respaldadas por los gobiernos y provistas de recursos para llevar a cabo actividades sobre nutrición. No obstante, las comunidades suelen decantarse por necesidades más acuciantes, como el agua salubre o los caminos. Así las cosas, hace falta colaborar con asociados que no sólo participen en la programación, sino que también respalden el desarrollo institucional y el fomento de los conocimientos prácticos a escala nacional y comunitaria y promuevan un diálogo de política que ponga la malnutrición en primer plano al lado del crecimiento económico. Hay que facilitar la “demanda” de nutrición al igual que en los últimos decenios se ha facilitado la demanda de igualdad entre el hombre y la mujer o de descentralización del poder.

Asociaciones

46. En vista de los múltiples factores (alimentos, salud, atención sanitaria y prestación de servicios) que, combinados, determinan el bienestar nutricional, el PMA debe ampliar su red de colaboración con organismos, instituciones y expertos en política y programación en la esfera de la nutrición. El PMA ya contribuye de forma destacada al presupuesto y las funciones de comité directivo del Comité Permanente de las Naciones Unidas sobre Nutrición, que es el principal foro del diálogo de política centrado en las dimensiones científica y operacional de la nutrición.
47. En lo referente a la asociación con otros programas, los organismos hermanos de las Naciones Unidas cada vez solicitan más la colaboración del PMA para sumar fuerzas en el marco de intervenciones centradas en la nutrición. En Etiopía, por ejemplo, el UNICEF y el PMA colaboran para garantizar un gran alcance a una nueva actividad de apoyo a la salud y la nutrición maternoinfantiles suministrando alimentos suplementarios enriquecidos a título de transferencia condicionada al seguimiento y la promoción del crecimiento, la prestación de servicios sanitarios y la vacunación. En el África meridional, una nueva actividad conjunta de la FAO, el UNICEF y el PMA tendrá por objeto atender las necesidades nutricionales y de seguridad alimentaria, inmediatas o a más largo plazo, de los huérfanos por causa del VIH/SIDA de la subregión. En el Senegal, Mauritania y Madagascar, el PMA colabora estrechamente con el Banco Mundial y voluntarios de las Naciones Unidas.
48. El PMA, el UNICEF y la FAO elaboran planes de colaboración en la esfera de la nutrición; también se preparan nuevos acuerdos generales con el Centro de Control y Prevención de las Enfermedades, con el Instituto Italiano de Nutrición, con la Iniciativa sobre Micronutrientes y con organizaciones no gubernamentales (ONG). Los recursos que han de acompañar a los compromisos del PMA en materia de nutrición deben plasmarse en aporte de personal motivado y no sólo de alimentos. Sigue teniendo carácter prioritario la ampliación de la capacitación en nutrición del personal del PMA, combinada con orientación sobre los aspectos técnicos de la programación.

³⁹ FAO, 2003; Gillespie y Allan, 2001.



Recursos no alimentarios

49. La capacidad del PMA de tomar parte en asociaciones no sólo depende de los conocimientos prácticos y las aptitudes, sino también de los recursos. Hace falta destinar recursos no alimentarios a la capacitación para preparar material didáctico sobre nutrición y elaborar módulos técnicos con fines de capacitación del personal. Los proyectos sobre nutrición también necesitan recursos no alimentarios, con inclusión del apoyo a la capacitación de los voluntarios de las aldeas y los asesores que trabajan en centros de salud, el enriquecimiento de los alimentos con micronutrientes, comprendida la molienda, la compra local de alimentos compuestos enriquecidos y mejoras en la gestión de los datos sobre nutrición. Para documentar y difundir los resultados en el marco de la gestión basada en los resultados (RBM), el PMA tendrá que reunir, analizar y gestionar información nutricional. En los últimos años, las modalidades flexibles de financiación que generan recursos en efectivo han sustentado muchos elementos innovadores de la programación de la nutrición del PMA. Hay que identificar y garantizar fuentes de dinero en efectivo para prestar apoyo a actividades mejoradas sobre nutrición en el conjunto del PMA.

Documentación del impacto nutricional

50. La programación basada en pruebas es fundamental para cumplir los objetivos en la esfera de la nutrición. La adopción de indicadores sobre nutrición en el marco de la RBM representa una importante reorientación del enfoque del PMA. No obstante, habida cuenta de que la utilización de información nutricional con fines institucionales y de gestión supone una novedad para el Programa, hay mucho por hacer en lo referente a la capacitación del personal, la orientación técnica, el apoyo analítico y la interacción con asociados sobre el terreno en la esfera de la nutrición. Por ejemplo, el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) y el PMA colaboraron durante 2000-2001 en la implantación experimental de instrumentos de evaluación rápida de la nutrición para establecer puntos de referencia relativos a la malnutrición en China. Las encuestas realizadas en colaboración con instituciones nacionales en las provincias de Shaanxi, Hubei y Guangxi occidental servirán de referencia a las evaluaciones del impacto que se efectúen en 2006.

51. No se sugiere aquí que el personal del PMA vaya a reunir la mayoría de los datos sobre nutrición; los asociados en la ejecución reúnen con frecuencia esos datos, que deben comunicarse de forma más sistemática. En algunos casos, las oficinas del PMA en los países tendrán que colaborar con entidades homólogas para supervisar por cuenta propia el acopio de datos con el apoyo de la Sede y los despachos regionales. Será necesaria la colaboración con la FAO, el ACNUR, el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), el UNICEF y otros organismos a fin de fortalecer la capacidad institucional nacional y local de prestar apoyo a una programación mejorada de la nutrición. También será necesaria la interacción entre las distintas dependencias técnicas del PMA para prestar apoyo a mejoras en la reunión de datos y la capacidad de análisis. De ese modo, con el tiempo se fomentará en el PMA el entendimiento y la asimilación de la información nutricional.

52. Estas actividades, en gran medida novedosas, pondrán a prueba la capacidad del PMA, sobre todo en las pequeñas oficinas en los países que disponen de una cantidad limitada de dinero en efectivo y dependen sustancialmente de fondos bilaterales internos para llevar a cabo actividades con valor añadido. Al formular los proyectos, será importante presupuestar recursos adecuados para establecer puntos de referencia pertinentes y realizar encuestas de seguimiento, lo cual no se ha hecho antes de forma sistemática.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

53. Las intervenciones centradas en la nutrición representan aproximadamente el 11% de los gastos del PMA en situaciones de urgencia y el 20% de su cartera de proyectos de desarrollo. Si se añaden las inversiones del Programa en molienda y enriquecimiento de alimentos con micronutrientes, actividades de tratamiento antiparasitario y educación sobre nutrición en el marco de OPSR y programas en los países, preparación y compra de alimentos compuestos enriquecidos y programación centrada en el VIH/SIDA y las actividades escolares con objetivos nutricionales concretos, queda claro que la contribución del PMA a la programación de la nutrición es, efectivamente, notable.⁴⁰
54. El Plan Estratégico para 2004–2007 está decidido a dar “mayor prioridad” a la nutrición en sus actividades, para lo cual se propone ampliar el programa de nutrición del PMA, que dejará de ser una actividad de ámbito especializado para incorporarse al conjunto de las actividades con el nombre de alimentos para la nutrición (APN). Para ello, se llevará a cabo una nueva generación de actividades de apoyo a la salud y la nutrición materno-infantiles y se prestará atención a las posibilidades que encierran al respecto los propios alimentos, a los beneficios nutricionales derivados incluso de aspectos periféricos de las actividades respaldadas por alimentos y a la función del PMA en la promoción de políticas y actividades de lucha contra la malnutrición a escala nacional e internacional.
55. Las actividades de APN van dirigidas a aumentar la capacidad de la población que padece mayor inseguridad alimentaria en el mundo para que supere las cargas actuales y futuras impuestas por la malnutrición. Para ello, debe fortalecerse la capacidad de los países y los hogares a efectos de reconocer, gestionar y, en última instancia, prevenir el deterioro nutricional. No obstante, para que la programación de la nutrición surta efecto, debe disponerse de recursos sostenidos y flexibles. Se entiende por “recursos sostenidos” una corriente segura de alimentos gracias a la cual los productos lleguen a tiempo y a la vez mientras dure el período del programa de nutrición, pues el bienestar de la madre, las circunstancias que rodean al embarazo y el crecimiento del niño son mucho más difíciles de corregir cuando se han visto trastornados. Se entiende por “recursos flexibles” el abandono de los enfoques convencionales de determinación de los recursos en efectivo sobre la base del tonelaje de los alimentos entregados, pues estos enfoques no son aptos para la programación de la nutrición, en el marco de la cual la calidad reviste la misma importancia que la cantidad.
56. Para cumplir los objetivos estratégicos del PMA en la esfera de la nutrición, debe fortalecerse la capacidad humana e institucional en todos los niveles. El análisis adecuado de los problemas, la programación innovadora, la colaboración efectiva con los asociados y la documentación de los resultados exigirán más conocimientos prácticos, un nivel de financiación sostenido y voluntad de prevención, al igual que de cura. Para que todo esto sea posible, lo que se señala a continuación es de importancia fundamental:
- A escala nacional y regional debe fortalecerse la capacidad en nutrición para garantizar que el PMA pueda adoptar prácticas idóneas en la esfera de la nutrición y documentar los resultados. Deberá ser más sistemática la dotación de personal debidamente especializado en nutrición de los despachos regionales y las grandes

⁴⁰ El entendimiento cada vez más preciso de la escala de las actividades del PMA queda reflejado en una sugerencia que figura en el Informe Sobre Desarrollo Humano de 2003 del PNUD en el sentido de que “... la organización de la financiación internacional de la alimentación comunitaria ... podría asignarse al Programa Mundial de Alimentos, como un banco internacional que proporcionara nutrición para todos.” (pág. 103)



operaciones prioritarias, lo cual se combinará con la capacitación en nutrición del personal de todas las categorías.

- Hay que investigar las modalidades de apoyo a las necesidades especiales de recursos de las intervenciones centradas en la nutrición. El dinero en efectivo es decisivo para el enriquecimiento local de los alimentos, las compras locales de alimentos compuestos (de ser posible, elaborados con ingredientes locales), la preparación de material didáctico sobre nutrición y el apoyo a la capacitación local en nutrición. Para promover la integración de actividades de nutrición en el conjunto del PMA, puede que haya que destinar a la nutrición fuentes internas de financiación. Anteriormente, unos cuantos donantes jugaron un papel decisivo en la prestación de apoyo a la programación de la nutrición del PMA por medio de donaciones de apoyo institucional. Convendría recibir más apoyo de este tipo centrado en la programación de la nutrición.
- La prevención de la malnutrición exige una programación original basada en el suministro de alimentos en el marco de un conjunto óptimo de recursos y conocimientos prácticos. El PMA debería comprometerse a fomentar la capacidad a más largo plazo en los hogares y los países al tiempo que procura facilitar iniciativas normativas y del sector privado centradas en la atención de las necesidades de los individuos nutricionalmente vulnerables.



SIGLAS UTILIZADAS EN EL DOCUMENTO

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
APE	Alimentos para la educación
APN	Alimentos para la nutrición
APT	Alimentos por trabajo
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FIDA	Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
ODM	Objetivo de desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPSR	Operación prolongada de socorro y recuperación
RBM	Gestión basada en los resultados
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VAM	Análisis y cartografía de la vulnerabilidad

