

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

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

Roma, 4-8 de junio de 2007

PROYECTOS QUE REQUIEREN LA APROBACIÓN DE LA JUNTA EJECUTIVA

Tema 9 del programa

Para aprobación

S

Distribución: GENERAL
WFP/EB.A/2007/9-A/1

23 abril 2007
ORIGINAL: INGLÉS

PROYECTO DE DESARROLLO – CAMBOYA 10170.2

Apoyo a la salud maternoinfantil

Número de beneficiarios	63.520
Duración del proyecto	36 meses (enero de 2008 – diciembre de 2010)
Costo (dólares EE.UU.)	
Costo total para el PMA	7.216.180
Costo total de los alimentos	4.216.250
Costo total para el Gobierno	43.200

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 Regional, ODB: Sr. A. Banbury Anthony.Banbury@wfp.org

Oficial Superior de Enlace,
ODB/ODP: Sra. S. Izzi Tel.: 066513-2207

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



RESUMEN

A pesar de los recientes progresos, Camboya sigue sufriendo las consecuencias de 30 años de guerra, desplazamiento interno e inestabilidad política. La pobreza constante obedece también al elevado crecimiento demográfico, la baja productividad agrícola, la exclusión social, el acceso insuficiente a los servicios de salud y una gran exposición a las catástrofes naturales.

Camboya ocupa el puesto 129 de los 177 países que figuran en el índice de desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. En 2005 el producto interno bruto per cápita era de 350 dólares EE.UU.¹. Camboya también está clasificada como país menos adelantado², de bajos ingresos y con déficit de alimentos³. Alrededor del 35% de los camboyanos vive por debajo de la línea de pobreza, y el 20% vive por debajo del umbral de pobreza alimentaria y pobreza y no consigue satisfacer sus necesidades mínimas de alimentos de 2.100 calorías al día; el 91% de la población situada por debajo del umbral de pobreza alimentaria vive en las zonas rurales y el 65% del total de sus gastos se destina a los alimentos¹.

Según los informes disponibles la mortalidad infantil es de 83 fallecimientos por cada 1.000 nacidos vivos⁴ y la mortalidad materna, de 437 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos⁵. La malnutrición de niños camboyanos menores de 5 años es una emergencia silenciosa: la prevalencia del retraso del crecimiento es del 37%; la tasa de insuficiencia ponderal es del 36% y la de emaciación, del 7%. La falta de variedad en la alimentación, en la cual los cereales aportan el 65% de las calorías¹, se traduce en una grave carencia de micronutrientes: el 46% de las mujeres en edad reproductiva y el 62% de los niños menores de 5 años padecen anemia⁴.

Los resultados preliminares de la Encuesta demográfica y sanitaria realizada en Camboya en 2005 indican cierta mejoría en el estado de salud y nutrición de la población desde la encuesta anterior, de 2002. Sin embargo, la situación todavía justifica que se sigan ejecutando intervenciones intersectoriales de nutrición, fortalecimiento de la seguridad alimentaria y mejora de los servicios de salud, el acceso al agua y el saneamiento.

El mejoramiento de la salud y la nutrición materna durante la gestación favorece el desarrollo fetal y reduce el riesgo de nacimientos con insuficiencia ponderal, retraso del crecimiento y emaciación; la reducción de las carencias de micronutrientes en las mujeres gestantes se asocia a la reducción del riesgo de muerte durante el parto. Los niños de 6 a 24 meses son los más vulnerables a la malnutrición debido a que reciben un cuidado deficiente y corren un mayor riesgo de contraer infecciones; en este grupo de edad, en particular, la mejora de los cuidados y de las prácticas de salud y nutrición promueve un desarrollo saludable e

¹ Gobierno Real de Camboya, Ministerio de Planificación, 2006. *A poverty Profile of Cambodia 2004*. Phnom Penh.

² Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. "Informe sobre desarrollo humano 2006". Nueva York.

³ PMA. 2006. Serie de informes sobre el hambre en el mundo 2006 – "El hambre y el aprendizaje", Roma.

⁴ Encuesta demográfica y sanitaria en Camboya (EDSC), 2005. Phnom Penh.

⁵ EDSC, 2000.



incrementa la recuperación del crecimiento.

El presente proyecto está en consonancia con los planes de salud y nutrición del Gobierno, comprendido el Plan de inversiones en nutrición de Camboya para 2003-2007, que pronto se someterá a revisión. Este proyecto tiene en cuenta los resultados de las encuestas de referencia y de evaluación realizadas por el PMA en 2004 y 2005, y aprovecha los adelantos logrados en las fases previas.

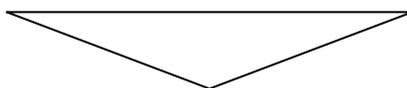
Las provincias beneficiarias se determinan a partir de la prevalencia de la pobreza y el retraso del crecimiento, así como de la presencia actual o prevista de asociados cooperantes adecuados (véase el mapa del Anexo III). Las provincias seleccionadas son Pursat, Kampong Speu, Kampong Thom, Preah Vihear y Siem Reap, que presentan las tasas más altas de pobreza o de retraso del crecimiento, o ambas. Dentro de estas provincias, las comunidades rurales donde hay mayor pobreza e inseguridad alimentaria recibirán atención en colaboración con el Ministerio de Salud y las organizaciones no gubernamentales que participarán en la selección de los hogares más expuestos a la inseguridad alimentaria y más vulnerables en el ámbito de las aldeas.

Los objetivos principales del proyecto son mejorar el estado de nutrición de: i) los niños de 6 a 24 meses; los niños menores de 6 meses reciben atención indirectamente a través del apoyo proporcionado a sus madres, a las que se les alienta a alimentar durante seis meses a sus niños exclusivamente con leche materna; ii) las mujeres en los seis meses anteriores al parto; y iii) las mujeres lactantes en los seis meses posteriores al parto. Estos objetivos se realizarán mediante el suministro de raciones de alimentos enriquecidos para fortalecer la alimentación de los beneficiarios. Los objetivos secundarios son: i) la participación de las mujeres gestantes y lactantes y de las madres de niños de 6 a 24 meses en las actividades de educación sanitaria y nutricional; y ii) el mayor recurso a los servicios de atención de salud y desarrollo comunitario.

El arroz se utilizará como incentivo para que las mujeres asistan a los centros de salud y para que los voluntarios de las aldeas se encarguen de las actividades de vigilancia del crecimiento, educación sanitaria y nutricional y distribución de alimentos.

La cooperación entre el Ministerio de Salud, las organizaciones no gubernamentales y el PMA a través de los centros de salud y los equipos móviles de asistencia dará mayor eficacia a los servicios de salud y nutrición. Además de la alimentación suplementaria, estos asociados proporcionarán servicios de vacunación y distribución de cápsulas de vitamina A, tabletas de hierro, ácido fólico y antihelmínticos.

PROYECTO DE DECISIÓN*



La Junta aprueba el proyecto de desarrollo 10170.2 relativo a Camboya “Apoyo para la salud maternoinfantil” (WFP/EB.A/2007/9-A/1), a reserva de que se disponga de recursos.

* Se trata de un proyecto de decisión. Si se desea consultar la decisión final adoptada por la Junta, sírvase remitirse al documento “Decisiones y recomendaciones del período de sesiones anual de 2007 de la Junta Ejecutiva” (WFP/EB.A/2007/15) que se publica al finalizar el período de sesiones.



ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

1. A pesar del progreso socioeconómico reciente, Camboya sigue siendo uno de los países más pobres del sureste de Asia, ocupa el puesto 129 de los 177 países que figuran en el índice de desarrollo humano de 2006 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Camboya es un país menos adelantado, de bajos ingresos y con déficit de alimentos. El 35% de los camboyanos vive por debajo de la línea de pobreza, en 2005 el producto interno bruto (PIB) per cápita fue de 350 dólares EE.UU. El crecimiento económico sólo ha beneficiado a una pequeña parte de la sociedad, se circunscribe a Phnom Penh, donde está impulsado por las industrias de la construcción y el sector textil, y a Siem Reap y Sihanoukville, donde se apoya en el turismo. No ha propiciado una reducción generalizada de la pobreza. El índice de desarrollo humano relativo al género de 2006 del PNUD sitúa a Camboya en el puesto 97 de 136 países, y pone de relieve la difícil situación de las camboyanas, que tienen menos acceso a la educación, empleo remunerado y propiedad de tierras y carecen de servicios aceptables de salud durante la gestación y la maternidad. La proporción de familias encabezadas por mujeres es del 29%. El crecimiento anual de la población, del 1,7%, es de los más altos de la región.
2. El estado de salud y nutrición de la población es precario. La mortalidad infantil es de 83 por cada 1.000 nacidos vivos **Error! Bookmark not defined.** y la mortalidad materna es de 437 por cada 100.000 nacidos vivos⁵. Los resultados de 2005 indican que ya se logró el objetivo del Gobierno, de reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años a 85 fallecimientos por cada 1.000 nacidos vivos para 2010. Con todo, estas cifras son promedios nacionales y tienen en cuenta las zonas más desarrolladas del país, donde no interviene el PMA. Sólo el 44% de los partos son atendidos por personal médico cualificado, y las cifras reales posiblemente son mucho más elevadas. Para alcanzar el objetivo de 2010 en las zonas de intervención y avanzar hacia una reducción de 65 fallecimientos por cada 1.000 nacidos vivos para 2015 se requiere un mayor compromiso.
3. El aumento del retraso del crecimiento registrado en los niños entre los 12 y los 23 meses de edad tiende a seguir siendo elevado conforme crecen los niños. La recuperación del crecimiento a través de una mejor atención a los niños, salud y nutrición, es más eficaz en los niños menores de 24 meses. En el Cuadro 1 se exponen las tasas de retraso del crecimiento, emaciación e insuficiencia ponderal.

CUADRO 1. PREVALENCIA DEL RETRASO DEL CRECIMIENTO, LA EMACIACIÓN Y LA INSUFICIENCIA PONDERAL EN LOS NIÑOS (%)			
Edad	Retraso del crecimiento	Emaciación	Insuficiencia ponderal
6-11 meses	14,5	6,8	21,5
12-23 meses	42,1	11,9	41,0
24-59 meses	43,0	6,0	40,0
Menos de 5 años	37,0	7,0	36,0

4. El 20% de los camboyanos vive por debajo del umbral de pobreza alimentaria. La ingestión insuficiente de alimentos aunada a una escasa variedad de los mismos —los cereales aportan el 65% de las calorías consumidas¹— se traduce en elevados niveles de malnutrición. Otros factores son los bajos niveles de instrucción entre las madres, el escaso conocimiento de las buenas prácticas de salud y nutrición, la inadecuación del cuidado de los niños y de las prácticas de destete, la elevada exposición de los niños a las enfermedades y el limitado acceso a los servicios básicos de atención sanitaria. Los asociados cooperantes actuales, en particular World Vision Cambodia, Caritas y la Alianza para la Salud Reproductiva y de los Niños (RACHA), seguirán ocupándose del acceso al agua potable y a una sanidad aceptable.
5. Durante los últimos 10 años Camboya ha estado reconstruyendo su sistema de atención de la salud y otras infraestructuras destruidas por la guerra, con el objetivo de incrementar el acceso económico y geográfico a los servicios básicos de salud. La falta de fondos para salarios, suministros y mantenimiento limita seriamente la calidad y disponibilidad de los servicios públicos y, en consecuencia, su utilización. Los hogares recurren a los proveedores tradicionales y privados de servicios de salud. La tasa de prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), del 1,9%, es la más elevada de Asia⁶, y ejerce una presión adicional en el sector de la salud.
6. El proyecto está en consonancia con: i) el Objetivo Estratégico 3 del PMA: respaldar la mejora del estado nutricional y de salud de los niños, las mujeres y otras personas vulnerables; ii) el Plan Estratégico y los Compromisos ampliados del PMA relativos a la mujer; iii) el 4º objetivo de desarrollo del Milenio (ODM) relativo a Camboya: reducir la mortalidad de los niños; iv) el 5º ODM relativo a Camboya: mejorar la salud materna; y v) el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF) para 2006-2010, a través del cual las Naciones Unidas se comprometen a apoyar el Plan de inversiones en nutrición de Camboya (CNIP) con el fin de mejorar el estado nutricional de las mujeres y los niños.
7. El Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN) para 2006-2010, cuyo objetivo es reducir la pobreza a través del crecimiento económico, prevé que se hagan más inversiones en capital humano para incrementar el desarrollo económico. El Gobierno se ha comprometido a mejorar el acceso a los servicios de salud y educación, en especial para las mujeres y niñas, y a incrementar la participación y el empoderamiento de la población pobre.
8. El Gobierno, a través de su enfoque en favor de los pobres, está comprometido a alcanzar los ODM relativos a Camboya correspondientes a la salud y la nutrición, mediante actividades de atención sanitaria destinadas a reducir la malnutrición infantil y mejorar la salud materna. Estas actividades están integradas en los planes de desarrollo nacional y comunitarios y utilizarán las estructuras de salud ya existentes.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS DE LA COOPERACIÓN ANTERIOR

9. El PMA está presente ininterrumpidamente en Camboya desde 1979, tiempo durante el cual la ayuda suministrada ha pasado de las operaciones de socorro a las actividades de rehabilitación y recuperación.

⁶ Ministerio de Salud, Centro Nacional para el VIH/SIDA, Dermatología y Enfermedades de Transmisión Sexual. 2006. *Report on HIV Sentinel Surveillance in Cambodia, 2003*.



10. En 1999 el PMA puso en marcha un proyecto de desarrollo de acción rápida para atender a las necesidades nutricionales de las madres y los niños pequeños en las zonas donde hay inseguridad alimentaria. A este proyecto siguió un proyecto de desarrollo de salud maternoinfantil (SMI), entre abril de 2002 y mayo de 2005, en cuyo ámbito se distribuyeron raciones suplementarias de alimentos a niños de 6 a 59 meses de edad y mujeres gestantes y lactantes, y ambos grupos se beneficiaron asimismo de actividades de vigilancia del crecimiento, educación en materia de salud y nutrición y capacitación en atención sanitaria básica y prevención. Se realizaron también actividades de fomento de la capacidad en pro de los voluntarios locales. Este proyecto se sustituyó por el proyecto en curso de SMI que abarca el período de junio de 2005 a diciembre de 2007.
11. Un estudio de referencia realizado al inicio del proyecto de SMI en 2002 estableció los criterios de referencia para medir los avances del proyecto, entre los cuales figuran: los indicadores antropométricos, los niveles de hemoglobina de los niños y las madres, conocimientos en materia de salud y nutrición, así como el régimen alimentario. En 2004 y 2005 se llevaron a cabo encuestas de seguimiento.
12. El estudio de 2005 reveló que el retraso del crecimiento entre los niños había disminuido 1,9 puntos porcentuales, en comparación con el valor de referencia del 55,6%; en el grupo de control de las aldeas donde el proyecto aún no se había iniciado había aumentado 0,2 puntos porcentuales. La deficiencia crónica energética entre las mujeres había disminuido 11,5 puntos porcentuales a 5,3%, del 16,8% de referencia; en el grupo de control se mantuvo en 14%. La insuficiencia ponderal entre los niños disminuyó 4,5 puntos porcentuales con respecto al valor de referencia del 50%. La falta de vitamina A entre los niños disminuyó 1,6 puntos porcentuales, y entre las mujeres gestantes se redujo en 4,2 puntos porcentuales. La anemia por carencia de hierro entre las mujeres gestantes se redujo en 23 puntos porcentuales, entre las mujeres lactantes disminuyó 12,1 puntos porcentuales, y entre los niños, 17,2 puntos porcentuales. También se observó que las raciones se compartían entre todos los miembros del hogar.
13. La encuesta de 2005 reveló que entre los grupos vulnerables eran frecuentes una higiene deficiente, unas prácticas de lactancia y alimentación inadecuadas, una atención insuficiente a la salud y falta de conocimientos en materia de atención sanitaria. Como consecuencia directa del proyecto, se logró que el 26,7% de las madres entendiera que el calostro es bueno para los recién nacidos; subió en 25,2% el número de mujeres que comenzaron a amamantar a una hora del parto; aumentó el 12,2% el número de madres que suministró más líquido a los niños que tenían diarrea; y aumentó en 14,6% el número de madres que hervía el agua para beber. Aunque no se puede atribuir exclusivamente al proyecto el hecho de que se recurra con más frecuencia a los servicios de salud, se observó un aumento del 20,2% entre las mujeres gestantes que acudieron a los centros de salud y un aumento del 14,5% en el número de mujeres que recibió atención prenatal.
14. El estudio de 2004 y la encuesta de 2005 han llegado a la conclusión de que el proyecto es técnicamente viable y socialmente aceptable. Se incorpora en los planes gubernamentales de fomento de la salud y la nutrición, que promueven la movilización y sensibilización en estas esferas en el ámbito de las aldeas y las comunidades. En el informe se ha recomendado que se siga prestando apoyo al proyecto de SMI.
15. La ejecución del proyecto se coordinará con la nueva OPSR, a fin de atender a las necesidades de las personas en situaciones de crisis mediante actividades de alimentos para la educación, alimentos para la creación de activos y alimentos para la salud; este último componente atiende a pacientes con tuberculosis, personas que viven con el VIH, huérfanos y niños vulnerables. Los supervisores de la ayuda alimentaria vigilarán ambos



proyectos. La ejecución de los programas es limitada en algunas zonas debido a la falta de asociados con la capacidad adecuada.

ESTRATEGIA DEL PROYECTO

16. El objetivo de largo plazo del proyecto es contribuir a los ODM de reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna.
17. Los objetivos inmediatos son reducir la prevalencia de retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal entre los niños pequeños y mejorar la salud y la nutrición de las madres, de conformidad con el Plan Estratégico (2006-2009) y los indicadores del PMA (véase el Anexo II).
18. Los objetivos se basan en los criterios nutricionales estándar de un programa de alimentación con actividades complementarias.
19. Se prevén los siguientes resultados mensuales en las zonas atendidas (véase el Anexo II):
 - 20.900 lactantes de 6 a 24 meses reciben una ración mensual para llevar a casa de alimentos compuestos enriquecidos, aceite y azúcar;
 - 13.480 mujeres gestantes y lactantes reciben una ración mensual para llevar a casa de alimentos compuestos enriquecidos, aceite y azúcar durante seis meses antes del parto y seis meses después;
 - 20.220 mujeres gestantes y lactantes y madres de niños de 6 a 24 meses participan en actividades de asesoramiento y capacitación en atención sanitaria y nutrición, y reciben una ración mensual complementaria de arroz; y
 - 1.500 voluntarios sanitarios de las aldeas, de los cuales por lo menos el 50% son mujeres, reciben educación en salud y nutrición y una ración de arroz.
20. El número total de beneficiarios se estima en 63.520, teniendo en cuenta que no todas las personas registradas en el curso de los 36 meses de duración del proyecto reciben asistencia durante el mismo período de tiempo: 41.800 niños de 6 a 24 meses, 20.220 mujeres gestantes y lactantes y madres de niños pequeños, y 1.500 voluntarios sanitarios de las aldeas. Los niños pueden contarse como beneficiarios durante hasta 18 meses y las mujeres, durante hasta 30 meses por hijo. Las madres que no estén embarazadas o lactando y tengan más de un hijo en el programa recibirán una ración para ellas y una para cada hijo.
21. Los niños de 6 a 24 meses y las mujeres gestantes y lactantes de hogares vulnerables de las zonas atendidas serán seleccionados por el personal de los centros de salud y las organizaciones no gubernamentales (ONG), las parteras tradicionales y los voluntarios sanitarios de las aldeas.
22. Las ONG asociadas registrarán a los voluntarios sanitarios de las aldeas, que a menudo serán miembros de los comités de desarrollo de las mismas, en colaboración con las autoridades locales. Se alentará a las mujeres a que participen, habiéndose establecido el objetivo de que éstas lleguen a representar por lo menos el 50% de los voluntarios.
23. Para optimizar la cobertura del proyecto, éste se ejecutará en las aldeas a través de equipos móviles de asistencia formados habitualmente por dos miembros del personal del centro de salud, uno de una ONG y uno o dos voluntarios de la aldea. Los servicios ofrecidos incluyen atención prenatal, educación en nutrición y salud de las mujeres



seleccionadas y vigilancia del crecimiento de los niños seleccionados; los asociados gubernamentales y no gubernamentales proporcionarán otros servicios mediante los programas en curso, como vacunación y distribución de cápsulas de vitamina A, tabletas de hierro y ácido fólico y tabletas antihelmínticas. A través de la cooperación actual entre los equipos móviles de SMI y los equipos de atención domiciliaria para las personas con VIH/SIDA se seguirá dando apoyo a los beneficiarios del proyecto de SMI que padecen de VIH/SIDA.

24. La canasta de alimentos consta de alimentos compuestos enriquecidos, aceite vegetal, azúcar y arroz, teniendo en cuenta las modalidades previstas de distribución de estos alimentos dentro de los hogares, de acuerdo con las recomendaciones de la última misión de estudio. El azúcar se mezcla previamente con los alimentos compuestos enriquecidos, que se envasan en raciones mensuales; de este modo se mejora la higiene, se evitan pérdidas durante la distribución y se impide que el azúcar se destine a la elaboración de licor de arroz.
25. El objetivo de la alimentación suplementaria con raciones de alimentos enriquecidos es mejorar el estado nutricional de los niños pequeños y las mujeres gestantes y lactantes mediante el suministro de un complemento de micronutrientes en su alimentación.
26. La distribución de arroz: i) servirá como incentivo para que las mujeres seleccionadas participen en las actividades de educación en materia de salud y nutrición; ii) reducirá al mínimo la distribución de los alimentos compuestos en los hogares; iii) promoverá el recurso a los servicios de atención sanitaria y desarrollo comunitario; y iv) compensará a los voluntarios que se encargan de la vigilancia del crecimiento, imparten educación sanitaria y nutricional y distribuyen los alimentos.
27. La ración de alimentos compuestos, excluido el arroz, permite satisfacer por lo menos el 77% de las necesidades de energía de los niños y casi todas las necesidades de micronutrientes, y corresponde por lo menos a una tercera parte de las necesidades de las mujeres gestantes y lactantes. La combinación de la ración de alimentos enriquecidos y arroz en la canasta de alimentos del hogar mejorará la nutrición de los beneficiarios, aunque los alimentos se compartan entre todos los miembros de la familia.
28. La vigilancia del crecimiento en la fase actual del proyecto se lleva a cabo una vez al mes. Los voluntarios de la aldea comentan los gráficos del crecimiento con las madres y remiten a los centros de salud los casos más problemáticos. Los resultados se recopilan mensualmente y se notifican cada tres meses al PMA.
29. Se prevé que mejore el estado de salud y nutricional de los beneficiarios de las raciones complementarias de alimentos gracias a la combinación de una mejor alimentación y las intervenciones arriba expuestas. La preparación en salud y nutrición proporcionada dará a las madres los conocimientos necesarios para combatir los efectos intergeneracionales de la malnutrición. Conforme mejore la capacidad de los voluntarios y el personal de los centros de salud, las comunidades de la zona del proyecto se beneficiarán de mejores servicios de salud y nutrición.
30. Se prevé que el estado de salud y nutrición de un mayor número de mujeres gestantes y lactantes mejorará gracias a la diversificación de la alimentación, los progresos realizados en la atención prenatal y postnatal, los mejores conocimientos de higiene y el espaciamiento de los embarazos. El consumo de alimentos enriquecidos, la educación nutricional y la mejora de las prácticas de alimentación deberían dar lugar a una mayor diversidad en la alimentación.

31. Las raciones para la alimentación complementaria y suplementaria de las mujeres deberían contribuir a mejorar su posición como principales encargadas en el hogar de la salud y la administración de los recursos.
32. A través del conjunto mínimo de actividades, el Ministerio de Salud ejecutó un programa nacional de capacitación para el personal de salud que incluye actividades de vigilancia y promoción del crecimiento. Se elaboraron materiales de información sobre educación y comunicación para permitir a las comunidades, los centros de salud y los equipos móviles de asistencia promover unas buenas prácticas de salud y nutrición entre los niños menores de 5 años. Los gráficos de vigilancia del crecimiento y los materiales de nutrición y salud utilizados en este proyecto están en consonancia con las normas nacionales e internacionales.
33. El Gobierno vigilará por que los centros de salud dispongan de una dotación de personal aceptable y organizará actividades mensuales para los equipos móviles de asistencia con la ayuda de las ONG asociadas.
34. El PMA apoyará el fomento de la capacidad para el personal de los centros de salud gubernamentales, los equipos móviles de asistencia y los voluntarios sanitarios de las aldeas, a través de cursos anuales de actualización y material de información sobre educación y comunicación.
35. La colaboración del PMA con ONG como World Vision Cambodia, Caritas y RACHA ha sido importante para llegar a los beneficiarios previstos, integrar las actividades de SMI en las intervenciones de desarrollo, optimizar la utilización de los recursos y reducir al mínimo los costos.
36. En la nueva fase del proyecto se mantendrán las modalidades de ejecución actuales. El PMA seguirá utilizando acuerdos de asociación tripartitos estándar con el Ministerio de Salud y las ONG. Se examinará la posibilidad de establecer nuevas asociaciones, en función del interés y la capacidad del Gobierno y de las ONG asociadas.
37. Las asociaciones con las ONG se ampliarán sin excluir a nuevas ONG asociadas. Los centros de salud comprendidos en la fase en curso del proyecto seguirán recibiendo apoyo para asegurar la continuidad del proyecto y hacer conocer mejor sus objetivos.
38. Las ONG son responsables de la asistencia técnica relacionada con la salud, la educación nutricional, los cultivos hortícolas y la distribución de cápsulas de vitamina A, tabletas de hierro y ácido fólico y tabletas antihelmínticas, proporcionadas por el Gobierno con apoyo del Banco Mundial, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
39. Es importante la coordinación con otros organismos para que la ayuda alimentaria suministrada por el PMA produzca los efectos previstos. La alimentación suplementaria no es suficiente por sí sola para atender a las causas de fondo de la malnutrición, por lo cual deberá integrarse con otras intervenciones de salud y nutrición. Una prestación deficiente de servicios de atención prenatal y de salud infantil anularía los beneficios previstos.
40. El PMA tiene un almacén central en Phnom Penh y tres almacenes en las provincias, a los cuales se entregarán los alimentos importados, que se transportan desde el puerto de Sihanoukville, y los alimentos comprados localmente. Para garantizar la higiene, los trabajadores contratados por el PMA reenvasarán la mezcla de maíz y soya en bolsas que contendrán las raciones mensuales. Las empresas comerciales contratadas transportarán los alimentos a los puntos de distribución final.

41. La tasa de transporte terrestre, almacenamiento y manipulación (TTAM) para la fase de expansión del proyecto se estima en 85 dólares/tonelada, incluidas la descarga y la manipulación en el puerto de ingreso y el transporte. Mediante el Sistema de análisis y gestión del movimiento de los productos (COMPAS) se someterán a seguimiento las entregas y se notificarán las pérdidas y daños sufridos.
42. La escasez de recursos internos está obstaculizando la ejecución del Plan estratégico nacional de desarrollo. Es esencial que se siga dando apoyo internacional a Camboya para ayudar al Gobierno a desarrollar la capacidad del sistema de atención de salud nacional.
43. Sin embargo, a partir de 2010 Camboya prevé beneficiarse de las reservas de petróleo y gas recientemente descubiertas. El PMA promoverá políticas nacionales que permitan a las personas pobres vulnerables sacar provecho, también ellas, de la nueva riqueza. Así pues, este proyecto hace hincapié en la necesidad de que el Gobierno y las comunidades se hagan cargo gradualmente de las actividades y en el fomento de la capacidad para que éstos puedan asumir plenamente la responsabilidad de su ejecución.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

44. Las ONG asociadas serán las principales responsables de someter a seguimiento las actividades del proyecto y presentar informes al respecto; el PMA prestará apoyo para incrementar la participación del personal del Gobierno, por ejemplo organizando reuniones más regulares entre todas las partes interesadas. Los supervisores de la ayuda alimentaria del PMA visitan con regularidad los lugares del proyecto y la distribución de alimentos. Se utilizan listas de verificación estándar para comprobar que se lleven a cabo todos los componentes del proyecto.
45. El examen de la fase en curso del proyecto ha llegado a la conclusión de que los formularios de notificación contienen toda la información necesaria para seguir los avances logrados. Se observó que la presentación de informes trimestrales sobre los indicadores de los productos y el proceso permite dar respuestas rápidas cuando se vuelve necesario hacer ajustes al proyecto.
46. Al inicio del proyecto se llevará a cabo una encuesta de referencia de las zonas de ejecución, mientras que en el segundo trimestre de 2010 se realizará una encuesta de seguimiento. Los resultados medidos en el marco del proyecto se refieren al retraso del crecimiento y la insuficiencia ponderal en niños de 6 a 24 meses, y a la prevalencia de la subnutrición entre las mujeres gestantes y lactantes con una circunferencia braquial medio-superior (CBMS) inferior a 22 centímetros⁷. Se introducirá gradualmente como iniciativa piloto la medición del peso bajo al nacer debido a la malnutrición materna.
47. Los indicadores de los productos y del proceso se medirán y notificarán en informes parciales trimestrales, que elaborarán los asociados cooperantes.
48. El éxito de la ejecución depende de que se mantenga la estabilidad política, el Gobierno siga aplicando su programa de reformas, no se produzcan sequías e inundaciones de excepcional intensidad, y no haya interrupciones del suministro por falta de fondos.
49. Este proyecto no tendrá repercusiones en el medio ambiente.
50. El proyecto se ejecutará en zonas donde hay elevados niveles de inseguridad alimentaria; atenderá a comunidades que tienen poca o ninguna capacidad de compra y que no están en condiciones de producir los alimentos que necesitan para un régimen alimentario

⁷ PMA, 2005. "Manual de alimentación y nutrición". Roma.



saludable, ni de lograr una producción cuantitativamente suficiente. No se prevé el riesgo de que el proyecto frene la producción local o perturbe los mercados locales.

51. Gracias a una coordinación continua durante las fases anteriores y actual del proyecto, se ha logrado la participación de todas las partes interesadas desde la fase de planificación; el proyecto se ha beneficiado asimismo de la colaboración del Ministerio de Planificación -que preside el Consejo Nacional de Nutrición-, el Ministerio de Salud, el Grupo de trabajo técnico sobre seguridad alimentaria y nutrición -copresidido por el PMA-, otras organizaciones de las Naciones Unidas -en particular el UNICEF- y las ONG asociadas.

ANEXO I-A

DESGLOSE DE LOS COSTOS DEL PROYECTO			
	Cantidad (toneladas)	Costo medio por tonelada	Valor (dólares)
COSTOS PARA EL PMA			
A. Costos operacionales directos			
Productos *			
– Arroz	3 721,68	254,12	945 753
– Mezcla de maíz y soja	7 426,08	343,32	2 549 522
– Aceite vegetal	371,31	720,00	267 343
– Azúcar	928,26	488,69	453 631
Total de productos	12 447,33		4 216 249
Transporte externo		63,57	791 277
Transporte terrestre, almacenamiento y manipulación		84,61	1 053 189
Otros costos operacionales directos		13,63	169 620
Total de costos operacionales directos			6 230 335
B. Costos de apoyo directo¹ (véanse los detalles en el Anexo I-B)			
Total de costos de apoyo directo		41,27	513 758
C. Costos de apoyo indirecto² (7,0%)			
COSTO TOTAL PARA EL PMA			7 216 180
Contribución del Gobierno			43 200
* Se trata de una canasta de alimentos teórica utilizada a efectos de presupuestación y aprobación. El contenido puede variar.			

¹ Se trata de una cifra indicativa a título informativo. La asignación de CAD se revisa anualmente.

² La Junta Ejecutiva puede modificar la tasa de CAI durante el período de ejecución del proyecto.

ANEXO I-B

NECESIDADES DE APOYO DIRECTO (dólares EE.UU.)	
Costos de personal	
Oficiales profesionales nacionales	85 500
Personal nacional de servicios generales	184 500
Asistencia temporal	45 292
Consultores internacionales	30 000
Viajes del personal en comisión de servicio	60 000
Formación y promoción del personal	7 500
Total parcial	412 792
Gastos de oficina y otros gastos corrientes	
Alquiler de locales	25 760
Servicios públicos (generales)	11 200
Material de oficina	4 500
Comunicaciones y servicios de TI	12 000
Reparación y mantenimiento del equipo	2 400
Costos de mantenimiento y funcionamiento de los vehículos	26 500
Otros gastos de oficina	6 000
Servicios de organizaciones de las Naciones Unidas	3 000
Total parcial	91 360
Equipo y otros costos fijos	
Mobiliario, herramientas y equipo	1 729
Equipo de TC/TI	7 877
Total parcial	9 606
TOTAL DE LOS COSTOS DE APOYO DIRECTO	513 758



ANEXO II: MATRIZ DE LOS RESULTADOS Y LOS RECURSOS

Cadena de resultados	Indicadores de las realizaciones	Riesgos, hipótesis	Recursos necesarios
<p>Efectos del UNDAF</p> <p>1. Mejor estado de salud, nutricional y educacional y mayor equidad de género entre los grupos rurales pobres y vulnerables para 2010.</p>	<p>Indicadores de los efectos del UNDAF</p> <p>1.1. Mayor acceso a servicios sociales de calidad y utilización de los mismos de forma equitativa.</p> <p>1.2 Mayor concienciación y habilitación de la población, en particular de las mujeres, los niños y los jóvenes, para exigir sus derechos a los servicios sociales.</p>		
<p>Efectos del proyecto de desarrollo del PMA</p> <p>Mejor estado de nutrición y de salud entre las mujeres gestantes y lactantes y los niños de 6 a 24 meses seleccionados.</p> <p>1. Prevención y reducción de la prevalencia de la insuficiencia ponderal entre los niños pequeños.</p> <p>2. Prevención y reducción de la prevalencia de la emaciación entre los niños pequeños.</p>	<p>Indicadores de los efectos del proyecto de desarrollo del PMA</p> <p>1. Disminución de la prevalencia de la insuficiencia ponderal (<2DE) en los niños de 6 a 24 meses.</p> <p>2. Disminución de la prevalencia de la emaciación (<2DE) en los niños de 6 a 24 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se mantiene la estabilidad política. ➤ El Gobierno se compromete a ejecutar el Plan de inversiones en nutrición de Camboya. 	<p>7.216.180 dólares</p>



* Desviación estándar.

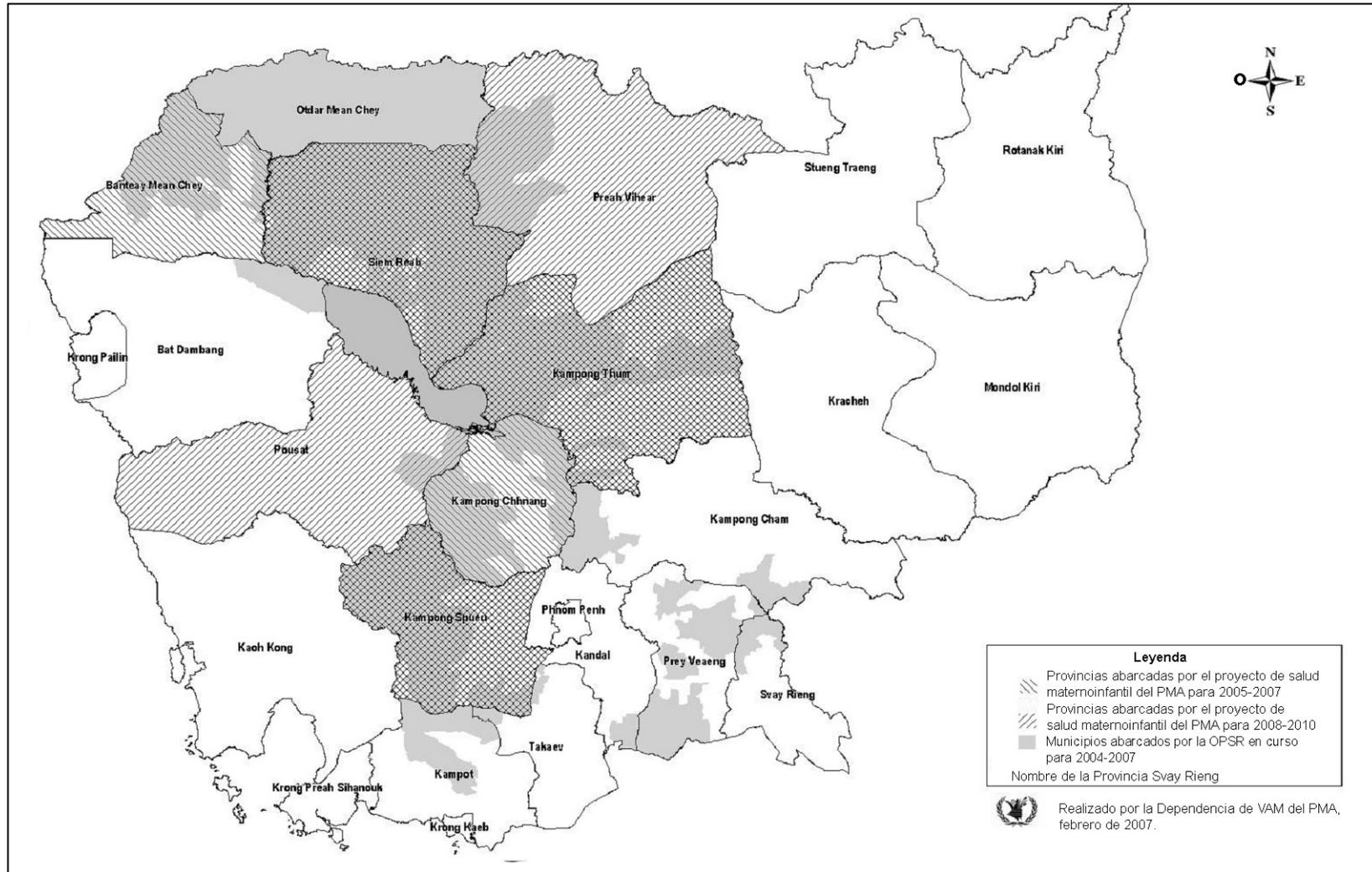
ANEXO II: MATRIZ DE LOS RESULTADOS Y LOS RECURSOS			
Cadena de resultados	Indicadores de las realizaciones	Riesgos, hipótesis	Recursos necesarios
<p>3. Aumento de la medición del bajo peso al nacer en los recién nacidos.</p> <p>4. Reducción de la prevalencia de la subnutrición en las mujeres gestantes y lactantes.</p>	<p>3. Aumento de la medición del peso al nacer.</p> <p>4. Disminución de la prevalencia de la subnutrición en las mujeres gestantes y lactantes (CBMS <22 centímetros)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No hay inundaciones ni sequías de intensidad extraordinaria. ➤ Todas las partes que intervienen en el proyecto cumplen sus responsabilidades: la ayuda alimentaria por sí sola no bastará para obtener los efectos previstos. 	
<p>Productos</p> <p>Mayor participación de mujeres gestantes y lactantes y de niños pequeños en las intervenciones de nutrición que reciben ayuda alimentaria:</p> <p>1. 20.900 niños de 6 a 24 meses –10.450 niños y 10.450 niñas– reciben una ración mensual para llevar a casa de alimentos compuestos enriquecidos.</p> <p>2. 13.480 mujeres gestantes y lactantes reciben una ración mensual para llevar a casa de alimentos compuestos enriquecidos.</p> <p>3. 20.220 mujeres gestantes y lactantes y madres de niños de 6 a 24 meses participan en los cursos de capacitación en materia de atención sanitaria y nutrición infantil.</p>	<p>Indicadores de los productos</p> <p>1. Número de niños de 6 a 24 meses que recibe una ración mensual para llevar a casa de alimentos compuestos enriquecidos.</p> <p>2. Número de mujeres gestantes y lactantes que recibe una ración mensual para llevar a casa de alimentos compuestos enriquecidos.</p> <p>3. Número de mujeres seleccionadas que participan en los cursos de capacitación y las sesiones de asesoramiento en materia de atención sanitaria y nutrición infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se comparten raciones de alimentos enriquecidas con los miembros de las familias. ➤ Los asociados imparten capacitación básica apropiada. 	<p>Total: 7.216.180 dólares (conforme a lo presupuestado: CAD – 513.758 dólares; y OCOD – 169.620 dólares)</p>



ANEXO II: MATRIZ DE LOS RESULTADOS Y LOS RECURSOS			
Cadena de resultados	Indicadores de las realizaciones	Riesgos, hipótesis	Recursos necesarios
4. Por lo menos el 90% de los voluntarios sanitarios de las aldeas y el personal de salud concluyen los cursos de capacitación básica o de actualización en materia de vigilancia del crecimiento y SMI.	4. Número de voluntarios sanitarios de las aldeas y personal de salud que concluye los cursos de capacitación básica o de actualización en materia de vigilancia del crecimiento y SMI.	➤ Los asociados dictan cursos de actualización apropiados.	



Provincias abarcadas por el proyecto de salud materno-infantil para 2008-2010



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



SIGLAS UTILIZADAS EN EL DOCUMENTO

CBMS	Circunferencia braquial medio-superior
CNIP	Plan de inversiones en nutrición de Camboya
COMPAS	Sistema de análisis y gestión del movimiento de los productos
EDSC	Encuesta de Demografía y Salud de Camboya
OCOD	Otros costos operacionales directos
ODB	Despacho Regional de Bangkok (Asia)
ODM	Objetivo de desarrollo del Milenio
ODP	Despacho Regional de Ciudad de Panamá (América Latina y el Caribe)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPSR	Operación prolongada de socorro y recuperación
PEDN	Plan estratégico de desarrollo nacional
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RACHA	Alianza para la salud reproductiva e infantil
TTAM	Transporte terrestre, almacenamiento y manipulación
UNDAF	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional