

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/3

6 abril 2004

ORIGINAL: INGLÉS

NUTRICIÓN Y SITUACIONES DE URGENCIA: LA EXPERIENCIA DEL PMA Y LOS DESAFÍOS QUE TIENE ANTE SÍ

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 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

En el último decenio, el PMA y sus asociados han realizado grandes progresos en la lucha contra la malnutrición en las situaciones de urgencia. Siendo la malnutrición un importante factor determinante de la mortalidad, las intervenciones de suministro de alimentos contribuyen de forma importante a salvar vidas por efecto de su impacto en la nutrición y la salud de la población afectada.

Las intervenciones humanitarias encaminadas a impedir el deterioro del estado nutricional o promover su recuperación tienen que ajustarse con precisión al carácter de cada crisis y procurar atajar las causas subyacentes. El éxito resultante girará en torno a tres elementos fundamentales.

Para que la canasta de alimentos resulte apropiada desde el punto de vista nutricional, ha de garantizarse que se formule en función de las necesidades locales, que esté coordinada y que se entregue a tiempo y no un producto un mes y otro el siguiente. Algunos productos alimentarios hacen falta en pequeñas cantidades, como ocurre con la sal yodada y los alimentos compuestos enriquecidos, pero su inclusión y su entrega suelen ser decisivas para la obtención de resultados positivos en la esfera de la nutrición. Cada vez se entiende mejor la importancia de los micronutrientes en el logro de los objetivos de las operaciones de urgencia, y está comprobado que hace falta utilizar más alimentos enriquecidos que antes.

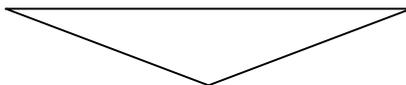
A la hora de programar la nutrición, es importante combinar los alimentos con insumos no alimentarios básicos. El PMA necesita recursos en efectivo para llevar a cabo diversas actividades en la esfera de la nutrición y la salud pública, comprendidos la molienda o el enriquecimiento de cereales a escala local, compras locales de alimentos compuestos enriquecidos y el apoyo a actividades complementarias como la educación sobre nutrición, la capacitación y el tratamiento antiparasitario. La capacidad de ofrecer mejoras sostenidas de la nutrición dependerá de la firme colaboración con asociados expertos en nutrición y salud pública y en gestión de la información.

Para abordar a largo plazo y de forma efectiva los procesos subyacentes que contribuyen a la malnutrición grave, hace falta lograr un mejor vínculo entre la programación para las situaciones de urgencia y las actividades en situaciones de otro tipo.

Este documento deberá leerse conjuntamente con otros dos documentos de política: “Alimentos para la nutrición: mayor integración de las actividades de nutrición en el PMA” (WFP/EB.A/2004/5-A/1) y “Enriquecimiento con micronutrientes: experiencia del PMA y futuras posibilidades de acción” (WFP/EB.A/2004/5-A/2).



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 analizará sistemáticamente los problemas de nutrición en las situaciones de urgencia y determinará las respuestas más adecuadas en función de conocimientos actualizados y de las prácticas idóneas. Se redoblarán los esfuerzos a fin de que se suministren a tiempo alimentos nutricionalmente adecuados con vistas al cumplimiento de los objetivos en esta esfera. El PMA habilitará a su personal para que diseñe y realice intervenciones efectivas en el ámbito de la nutrición y notifique los resultados, e intensificará su colaboración con asociados provistos de conocimientos prácticos complementarios sobre nutrición. Se explorarán modalidades de financiación a fin de que el Programa disponga de más recursos en efectivo para prestar apoyo a los objetivos en esta esfera. Al programar la nutrición en las situaciones de urgencia, también se tendrán más en cuenta las causas que subyacen a la malnutrición, y no sólo los episodios agudos que surgen en las crisis, y se procurará establecer vínculos con actividades de desarrollo a más largo plazo.”

* 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

1. Las situaciones humanitarias de urgencia se caracterizan por la incapacidad de grandes sectores de la población de mantener el equilibrio entre sus necesidades alimentarias y los alimentos que pueden consumir. Si bien la malnutrición no se debe únicamente a la falta de alimentos, las situaciones prolongadas de consumo insuficiente de alimentos aumentan la malnutrición. En consecuencia, los alimentos siguen ocupando un lugar destacado en la mayoría de las respuestas a las situaciones de urgencia y forman parte de una serie de intervenciones que combaten la malnutrición directamente, mediante la distribución general de alimentos, actividades de alimentación suplementaria y terapéutica y el enriquecimiento de los alimentos con micronutrientes e, indirectamente, tratando de atajar las causas subyacentes.
2. Hace decenios que se reconoce el vínculo entre la escasez de alimentos y la malnutrición, pero hasta hace poco tiempo no se entendía plenamente la decisiva importancia de hacer frente a las carencias nutricionales como modo de salvar vidas. Hoy en día se reconoce lo siguiente: i) la malnutrición aguda es un indicio patente de exceso de mortalidad de los niños pequeños;¹ ii) aun cuando sea moderada, la malnutrición eleva la mortalidad en situaciones de urgencia, pues lo normal es que la malnutrición que padece la mayor parte de la población afectada sea moderada más que aguda;² iii) la carencia de micronutrientes contribuye a la mortalidad por enfermedad en las situaciones de urgencia;³ y iv) la llegada puntual de la asistencia alimentaria contribuye a prevenir la mortalidad en virtud de su efecto de reducción de la malnutrición.⁴
3. En el presente documento se explica el modo en que el PMA utiliza la ayuda alimentaria para abordar la cuestión de la nutrición en las situaciones de urgencia partiendo del vínculo entre malnutrición y mortalidad establecido sobre una base científica. El documento se basa en una combinación entre las amplias consultas celebradas con el personal del PMA y otros profesionales y un examen exhaustivo de los documentos de los proyectos. Pone de relieve la importante evolución que en los últimos decenios ha experimentado la nutrición en las situaciones de urgencia, hace balance de los principales elementos de las actividades del PMA en esta esfera, determina los principales desafíos que encuentra la programación y propone medidas prácticas para las futuras operaciones del Programa en situaciones de crisis.⁵

¹ La definición operativa de exceso de mortalidad establece una tasa bruta de mortalidad superior a un fallecimiento diario por cada 10.000 personas. Organización Mundial de la Salud (OMS)/Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)/Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR)/PMA. 2000. *The management of nutrition in major emergencies*. Ginebra.

² Pelletier, D. y Frongillo, E. 2002. "Changes in Child Survival Are Strongly Associated with Changes in Malnutrition in Developing Countries". Washington DC, *Food and Nutrition Technical Assistance Project*.

³ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), PMA *et al.* 2002. *Para la vida*. Nueva York.

⁴ Mason, J. 2002. "Lessons on Nutrition of Displaced People". *Journal of Nutrition*. 132: 2096S-2103S; Toole M. y Waldman, R. 1997. "The public health aspects of complex emergencies and refugee situations". *Annual Review of Public Health*. 18: 283-312; Young, H. *et al.* 2004. "Nutrition in Emergencies". *The Lancet*. De próxima aparición en 2004.

⁵ Estos temas se examinaron en colaboración con asociados de la comunidad que facilita ayuda humanitaria, comprendido el grupo de trabajo de las Naciones Unidas y el Subcomité de Nutrición sobre la nutrición en las situaciones de urgencia, y con coordinadores del PMA sobre nutrición ubicados en muchas oficinas en los países. Se agradecen las constructivas observaciones formuladas por el ACNUR, el UNICEF y la OMS sobre la base de los borradores presentados.



TENDENCIAS DE LA NUTRICIÓN EN LAS SITUACIONES DE URGENCIA

4. Desde que se inició el siglo XXI, el PMA ha dedicado por lo menos un 75% de sus recursos a las operaciones de socorro y recuperación de urgencia; en 2003, la proporción llegó casi al 90%. Pero no siempre fue así. En 1975 el PMA asignó prácticamente el 90% de sus recursos a proyectos de desarrollo; sólo se destinaron 99.000 toneladas de alimentos al apoyo de actividades en situaciones de urgencia. En 2002 los recursos alimentarios destinados a situaciones de urgencia fueron superiores a 3.000.000 de toneladas, que se entregaron a 60 millones de personas.
5. El aumento de los recursos del PMA destinados a actividades de respuesta humanitaria obedece a una intensificación de las crisis desde principios del decenio de 1990. El número de personas damnificadas por catástrofes naturales aumentó de 50 millones en 1980 a 250 millones en 2000.⁶ Sólo las inundaciones afectan a un promedio de 140 millones de personas al año; en 2002, más de 600 millones de personas fueron víctimas de perturbaciones climáticas, y más de la mitad de ellas se sufrieron los efectos de las sequías de gran parte de África y Asia meridional.
6. Igualmente, en el decenio de 1990 los conflictos desplazaron en más de 60 países a 30 millones de personas al año o destruyeron sus medios de subsistencia. Fue espantoso el número de víctimas que se cobraron los conflictos del anterior decenio en la región de los Grandes Lagos, Somalia, los Balcanes y, en fechas más recientes, la zona costera del África occidental y la República Democrática del Congo.⁷
7. No obstante, a pesar del aumento del número y la magnitud de las catástrofes, el exceso de mortalidad en situaciones de urgencia ha ido disminuyendo. Los fallecimientos por causas no violentas notificados en las grandes situaciones de urgencia disminuyeron a razón de casi el 40% entre 1993 y 2003 si se los compara con el decenio anterior. Los organismos que prestan ayuda humanitaria salvan y protegen vidas mejor que nunca antes, fundamentalmente por medio de respuestas más oportunas, una movilización mejorada de los recursos y una mejor gestión de los síntomas y las causas de la malnutrición.
8. Contribuyeron a esta mejora dos factores importantes. El primero fue el avance de las ciencias médicas y nutricionales en el decenio de 1990, combinado con una aplicación cada vez más profesional de los conocimientos teóricos. Últimamente se ha acumulado una gran variedad de investigación aplicada que sigue sirviendo de base a las estrategias humanitarias de respuesta en situaciones de urgencia nutricional, comprendidos protocolos médicos para el tratamiento de la malnutrición grave y directrices para hacer un uso efectivo de los alimentos en la programación para las situaciones de urgencia.⁸
9. Por ejemplo, con el paso del tiempo se ha ido entendiendo notablemente mejor el modo de diseñar las raciones de alimentos con vistas a potenciar al máximo los beneficios nutricionales. En el cuadro que figura a continuación se ilustra la evolución de la planificación de las raciones sobre la base de las necesidades nutricionales y no de los

⁶ Las estadísticas que figuran en esta sección proceden del *Informe mundial sobre desastres* de 2001 y 2003 de la FICR, complementado con datos del Centro de Investigaciones sobre Epidemiología de los Desastres de la Universidad de Lovaina (Bélgica).

⁷ Las recientes evaluaciones del exceso de mortalidad debido en parte a la malnutrición y las epidemias oscilan entre los 250.000 fallecimientos en el Sudán meridional durante 1998-1999 y los tres millones de muertes en la República Democrática del Congo durante 2000-2001.

⁸ El Proyecto Esfera. 2004. *Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastre*. Ginebra; Collins, S. 2001. "Changing the way we address severe malnutrition during famine." *The Lancet*. 358, págs. 498 a 501.



alimentos disponibles en las situaciones de urgencia. Los principales organismos adoptaron gradualmente una cifra de planificación encaminada no sólo a proteger las funciones metabólicas mínimas manteniendo un nivel mínimo de “prevención de la inanición”, sino también a reducir la mortalidad corrigiendo las carencias nutricionales previas y teniendo en cuenta la actividad física necesaria para disponer de acceso a los alimentos. Las organizaciones que prestan ayuda humanitaria se percataron de los peligros que conlleva la distribución de productos lácteos y preparaciones para lactantes cuando se retira la leche materna o aumenta la mortalidad infantil como consecuencia del uso de agua insalubre o biberones que no están limpios. Otras conclusiones tienen que ver con la necesidad de diversificar las raciones de alimentos y enriquecer los alimentos para prevenir la carencia de micronutrientes.

MOMENTOS DESTACADOS DE LA EVOLUCIÓN DE LAS CONSIDERACIONES NUTRICIONALES EN LAS SITUACIONES DE URGENCIA⁹	
Decenio de 1960	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La respuesta alimentaria se basa en los productos disponibles. ➤ La donación de alimentos está más determinada por la disponibilidad que por la suficiencia nutricional. ➤ Reconocimiento limitado de la importancia del contenido nutricional de las raciones.
Decenio de 1970	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Concentración en la carencia de proteínas en el marco de la malnutrición proteinoenergética. ➤ La canasta de alimentos es más variada y comprende frijoles y aceite vegetal. ➤ Sólo se utilizan alimentos compuestos enriquecidos con fines de alimentación suplementaria.
Decenio de 1980	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Los principales organismos elevan la cifra de planificación de las raciones de 1.500 a 1.900 kilocalorías diarias por persona. ➤ Los alimentos compuestos enriquecidos forman parte de la mayoría de las raciones entregadas a la población que depende totalmente de la ayuda alimentaria. ➤ La canasta de alimentos está cada vez más constituida por seis productos principales: cereales, leguminosas, aceite, azúcar, sal y alimentos compuestos enriquecidos.
Decenio de 1990	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Algunos organismos, como el PMA, elevan la cifra de planificación de las raciones destinadas a la población que depende totalmente de la ayuda alimentaria, de 1.900 a 2.100 kilocalorías. ➤ Gracias a los avances científicos se producen alimentos terapéuticos aptos para el tratamiento de la malnutrición aguda, como por ejemplo F100 y F75. ➤ Se imponen más limitaciones al uso de productos lácteos y preparaciones para lactantes en las situaciones de crisis. ➤ Elaboración de políticas y directrices de los organismos de las Naciones Unidas para establecer enfoques comunes de lucha contra la malnutrición en situaciones de urgencia. ➤ Prescripción de enriquecimiento del aceite, la sal y la harina que se compran internacionalmente. ➤ La producción local de alimentos compuestos enriquecidos aumenta en algunos países en desarrollo. ➤ Uso generalizado de galletas BP5 y galletas enriquecidas de alto contenido en proteínas.
Decenio de 2000	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mayor recurso a la molienda y el enriquecimiento locales de cereales para la distribución de alimentos con fines de socorro. ➤ Se compran alimentos compuestos enriquecidos en los países en desarrollo para utilizarlos en terceros países. ➤ Elaboración de alimentos terapéuticos listos para el consumo con vistas al tratamiento a domicilio de la malnutrición aguda. ➤ Se presta más atención al vínculo entre el tratamiento de la malnutrición aguda y la prevención de la malnutrición crónica.

⁹ Adaptado de Toole, M. 1998. *An Overview of Nutrition in Emergencies*. Exposición presentada el 11 de abril al Grupo de Trabajo sobre Nutrición en situaciones de Urgencia, Ginebra; Mason, 2002.



10. El segundo factor que contribuyó a la mejora fue la mayor armonización de las políticas y los métodos de los distintos organismos. La mejora en la coordinación y normalización de las actividades de ayuda humanitaria se aprecia en la formulación de numerosas iniciativas impulsadas por organizaciones no gubernamentales (ONG) que tienen por objeto acordar normas profesionales y científicas mínimas aplicables a las actividades de ayuda humanitaria.¹⁰ Esos esfuerzos comprenden la evolución del procedimiento de llamamiento unificado y de las evaluaciones conjuntas de las necesidades y la preparación de directrices y manuales interinstitucionales. Entre otras cosas, este proceso supuso la firma de memorandos de entendimiento por los que se forjaban alianzas más estrechas entre el PMA y sus organismos hermanos en la esfera de la nutrición en situaciones de urgencia, en particular con el ACNUR, el UNICEF y ONG destacadas. La consecuencia ha sido una mayor y más expresa concentración del PMA en la nutrición.

EL PMA Y LA NUTRICIÓN EN SITUACIONES DE URGENCIA

11. El objetivo general de las operaciones de urgencia es salvar vidas. Muchas vidas se pierden como consecuencia directa o indirecta de la malnutrición; en consecuencia, el PMA parte del objetivo fundamental de utilizar los alimentos para facilitar apoyo nutricional a las personas vulnerables. Según la OMS, los alimentos constituyen la terapia indicada para combatir la malnutrición proteinoenergética.¹¹ Al respecto, el PMA interviene en tres frentes principales:
- El **fomento general de la nutrición** supone la distribución de una canasta de productos alimentarios a la población afectada por una crisis. El objetivo inmediato es atender las necesidades alimentarias de la población que dispone de acceso limitado a las fuentes normales de alimentos y, de ese modo, proteger su nutrición.
 - La **corrección de la malnutrición** gira en torno a intervenciones de alimentación selectiva que complementan la distribución general de alimentos con vistas a poner freno al deterioro del estado nutricional de los grupos vulnerables y estabilizar los beneficios obtenidos:
 - ◇ la **alimentación suplementaria selectiva** tiene por objeto impedir que la malnutrición moderada que padecen determinadas personas se convierta en malnutrición grave y fomenta su recuperación o proporciona nutrientes a grupos vulnerables específicos;
 - ◇ la **alimentación suplementaria general** se utiliza para prevenir la malnutrición y la consiguiente mortalidad cuando es grave el peligro que corren determinados sectores de la población; y
 - ◇ la **alimentación terapéutica** se basa en el tratamiento de la malnutrición grave mediante alimentos energéticos y de alto contenido nutricional combinados con intervenciones médicas.
 - Las **intervenciones de suministro de micronutrientes** suponen la compra de alimentos enriquecidos o el enriquecimiento local de alimentos para atender las necesidades de la población o hacer frente a los brotes de carencia de micronutrientes.

¹⁰ En particular, el establecimiento de normas mínimas y de otros códigos de conducta por parte del Proyecto Esfera.

¹¹ OMS, 2000. *The Management of Nutrition in Major Emergencies*. Ginebra, pág. 91.



12. El principal objeto de la ración general es prevenir los episodios sostenidos de carencia de alimentos que contribuirían al exceso de la mortalidad por efecto del aumento de la malnutrición. La ración general está ajustada a las necesidades nutricionales de la población y no de individuos concretos. A medida que las intervenciones se centran en el tratamiento de determinados problemas nutricionales que afectan a los individuos, el carácter de los alimentos entregados cambia: las propias modalidades de intervención ganan en complejidad y la función de las medidas de salud pública adquiere preponderancia.
13. En las secciones que figuran a continuación se examinan con mayor detenimiento la planificación y la operación de esas intervenciones. El estudio se basa en parte en el examen de 37 operaciones de urgencia (OU) y operaciones prolongadas de socorro y recuperación (OPSR) que se ejecutaban en 2002.¹² En el examen se documenta: i) la planificación de las raciones; y ii) la cantidad entregada según los documentos de presentación de informes y las observaciones formuladas por las oficinas en los países.

FOMENTO GENERAL DE LA NUTRICIÓN EN LAS SITUACIONES DE URGENCIA

14. En las situaciones de urgencia, la población necesita alimentos no sólo para no padecer inanición sino también para conservar la vida y para: i) mantener el crecimiento fisiológico y mental; y ii) poder recuperarse de la malnutrición previa. La causa inmediata de la mortalidad en las situaciones de urgencia es una enfermedad, en especial el sarampión, el cólera, la diarrea o la fiebre tifoidea. La malnutrición, sobre todo la que afecta a los niños, contribuye de forma importante a la evolución y la repercusión de las enfermedades.¹³ Así pues, la contribución de los alimentos a la disminución de la mortalidad se enmarca en la repercusión que tienen en la salud por medio de la nutrición.¹⁴
15. Las situaciones de urgencia presentan variaciones. Algunas afectan a una población bien alimentada cuyo riesgo de mortalidad aumenta de repente como consecuencia de una epidemia, de desplazamientos o del trauma del conflicto, como ocurrió en Bosnia, Kosovo y Azerbaiyán. Otras crisis complican una situación grave de antemano haciendo simultáneas la malnutrición aguda y la crónica. Por ejemplo, con los altos niveles endémicos de malnutrición registrados en Etiopía y Bangladesh, hasta las crisis de evolución lenta pueden provocar un grave empeoramiento de las condiciones que

¹² El examen se centró en una muestra de operaciones de ayuda a refugiados y PDI llevadas a cabo en el Afganistán, Angola, Argelia, Armenia, Azerbaiyán, Bangladesh, Burundi, Colombia, Côte d'Ivoire, Djibouti, Eritrea, Etiopía, la Federación de Rusia, Georgia, Guatemala, Guinea, el Irán, Kenya, Liberia, Malawi, Namibia, Nepal, el Pakistán, la República del Congo, la República Democrática del Congo, Rwanda, Sierra Leona, Somalia, Sri Lanka, el Sudán, Uganda y Zambia. Se examinaron aparte seis operaciones especiales que no forman parte de las estadísticas agregadas incluidas en el texto, pues no comprenden obligatoriamente un gran volumen de refugiados o PDI: el Iraq (2002-2003), el Afganistán (1999 y 2002), Centroamérica (OPSR regional, 2003-2006), la República Popular Democrática de Corea (2002-2003), la OU regional para África meridional (2002-2003) y Venezuela (2000). Las discrepancias en los datos notificados se verificaron con las oficinas en los países para que las comparaciones entre los datos previstos y los datos reales tuvieran la mayor precisión posible.

¹³ Más de la mitad de los 11 millones de fallecimientos anuales de niños en edad preescolar en países en desarrollo son consecuencia de la malnutrición en situaciones que no son de crisis. En las situaciones de urgencia la proporción puede dispararse.

¹⁴ Algunas respuestas recientes en situaciones de urgencia (Azerbaiyán, el Irán y Colombia) no precisaban objetivos nutricionales más allá de la protección de las vidas, pero más del 85% de las respuestas del PMA en situaciones de urgencia establecen una meta expresa en la esfera de la nutrición.



incrementan la mortalidad. Así pues, el alcance previo de la malnutrición determina la evolución de una crisis. Las respuestas deben ajustarse a las circunstancias de cada caso.

16. La evaluación del nivel, la tendencia y las causas de la malnutrición aguda contribuye a la adopción de decisiones sobre las necesidades de urgencia, el orden de prioridad de los grupos afectados, la planificación de las intervenciones y el seguimiento y evaluación de la efectividad. Aunque últimamente se ha producido una convergencia de los métodos de encuesta y los instrumentos analíticos, hace falta proseguir con la normalización de los procedimientos y las necesidades de presentación de informes en el ámbito de los organismos que facilitan ayuda humanitaria. La adopción por el PMA de la gestión basada en los resultados (RBM) y de nuevas directrices para la evaluación de las necesidades de urgencia ofrece la oportunidad de proceder con mayor claridad y rigor al incorporar el análisis de la malnutrición en las evaluaciones mejoradas de las necesidades alimentarias, el diseño de las operaciones de urgencia y la evaluación del impacto.

Planificación y entrega de las raciones

17. La composición adecuada de la canasta de alimentos es fundamental para mantener el estado nutricional de la población afectada, especialmente cuando los beneficiarios dependen totalmente de la ayuda alimentaria y su capacidad de subsistencia es limitada. No debe cortarse todo por un mismo patrón al planificar las raciones para las situaciones de urgencia: el tamaño y la composición de la canasta de alimentos tienen que ajustarse a las preferencias alimentarias locales, al perfil demográfico de la población, al nivel de actividad, a las condiciones climáticas, a la capacidad local de subsistencia y a los niveles existentes de malnutrición y enfermedad.

⇒ Número de productos que componen la canasta de alimentos

18. La composición de las raciones para las situaciones de urgencia ha variado en el curso de la existencia del PMA. Las tres primeras operaciones del Programa en 1962-1963 fueron respuestas de ayuda humanitaria: un terremoto en el Irán, un huracán en Tailandia y el reasentamiento de cinco millones de repatriados en Argelia. La canasta de alimentos preparada para esas crisis constaba únicamente de dos o tres productos, como té en el caso del Irán y conservas de pescado y leche condensada en el caso de Tailandia. Parece que las consideraciones más acuciantes eran la proximidad geográfica de donantes que pudieran entregar los alimentos a tiempo y la dimensión práctica; se facilitaron principalmente productos enlatados y conservas. Los factores nutricionales no tenían una presencia destacada.
19. Hoy en día la situación es distinta. La ración que se va imponiendo consta de cinco o seis productos como cereales en grano o harina de cereales, leguminosas, aceite vegetal, alimentos compuestos enriquecidos, azúcar y sal. Según el examen de las 37 respuestas para situaciones de urgencia llevadas a cabo en 2002, el 40% planificaron la inclusión de cinco productos. No obstante, la lista de alimentos incluidos va de un solo producto (maíz en grano, en Zambia) a seis o siete productos, en el caso de las OU de Angola, Djibouti, Guinea, Namibia y la República Popular Democrática de Corea, y a nueve o diez productos, en el caso del Iraq y Bangladesh.

⇒ Contenido energético de la canasta de alimentos

20. En consonancia con recomendaciones aceptadas por varios organismos, el PMA adoptó en 1997 una cifra de planificación de las raciones de 2.100 kilocalorías diarias por persona



como valor inicial de referencia para calcular las necesidades energéticas de la población que depende totalmente de la ayuda alimentaria.¹⁵ La cifra se ajusta en función de las condiciones locales.¹⁶ Por ejemplo, aunque en la OPSR para Armenia se observaba que los hogares atenderían el 20% de las necesidades alimentarias con el producto de sus propios huertos, el comercio y las remesas de fondos, la ración se fijó en 1.922 kilocalorías y no en 1.680 kilocalorías por motivo de las bajas temperaturas invernales de las zonas montañosas. Del mismo modo, en la OU para la sequía en África meridional se elevó la cifra de planificación inicial a 2.200 kilocalorías en atención a las mayores necesidades de Lesotho durante el invierno y a la acusada incidencia del VIH/SIDA y el nivel de actividad previsto en otras partes de la región. De hecho, la crisis del África meridional fue la primera gran situación de urgencia en la que se subrayó la importancia de prestar especial atención a las necesidades nutricionales en zonas donde es alta la incidencia del VIH/SIDA.

21. Cuando los beneficiarios no dependen totalmente de la ayuda alimentaria, es menor el tamaño de la canasta de alimentos prevista. De las 37 operaciones examinadas, en un 25% se planificó la entrega de menos de 2.000 kilocalorías. En la OPSR para la zona costera del África occidental, por ejemplo, se planificaron raciones completas de 2.100 kilocalorías para los refugiados recién desplazados, mientras que se asignaron 1.790 kilocalorías a los refugiados establecidos, que disponían de medios de subsistencia para atender parte de sus necesidades alimentarias. Asimismo, en la OPSR de 2002 para Etiopía se planificaron 2.080 kilocalorías para los refugiados sudaneses y eritreos, pero sólo 1.730 kilocalorías para los refugiados somalíes, pues se entendía que estos últimos disponían de mejores opciones de subsistencia, comprendidos huertos familiares, ganado y remesas de fondos.

⇒ *Composición en nutrientes: proteínas, materias grasas y micronutrientes*

22. Al definir la canasta de alimentos, el PMA se guía por las directrices de la OMS y de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) sobre el porcentaje de energía correspondiente a las proteínas y las materias grasas y sobre las normas en materia de micronutrientes. En lo que respecta a las proteínas, en el 80% de las OU de 2002 se planificaron y entregaron canastas de alimentos que respetaban estas directrices. Todas las operaciones examinadas que no cumplían las recomendaciones sobre el contenido en proteínas correspondían a países cuyo régimen alimentario se basa en el arroz, a saber, Bangladesh, Colombia, Côte d'Ivoire y Nepal, donde es difícil incorporar una cantidad adecuada de proteínas en la ración porque el contenido en proteínas del arroz es bajo. Una opción consiste en incrementar la proporción de leguminosas y alimentos compuestos enriquecidos para que el contenido en proteínas sea mayor.
23. El cumplimiento de la recomendación relativa al contenido de materias grasas también puede ser problemático. De las operaciones examinadas, en un 68% se planificó una cantidad de materias grasas inferior al mínimo establecido, normalmente a causa de los costos que suponía la compra de aceite vegetal y de consideraciones relativas al tiempo de conservación: los alimentos cuyo contenido de materias grasas es elevado tardan poco en ponerse rancios. Sin embargo, las grasas son un macronutriente esencial para la supervivencia humana y un componente de la canasta de alimentos fundamental para aumentar la cantidad de energía del régimen alimentario y facilitar la absorción de las vitaminas liposolubles A, E, D y K.

¹⁵ Obsérvese que todas las cifras de kilocalorías que figuran en el texto se refieren a kilocalorías diarias por persona.

¹⁶ ACNUR/UNICEF/PMA/OMS 2002. *Food and Nutrition Needs in Emergencies*. Roma.



24. En algunos casos, se incorporan a la ración general alimentos elaborados con objeto de aumentar el contenido de la canasta en proteínas, materias grasas y micronutrientes. De las operaciones de 2002 examinadas, un 40% incluía en la distribución general alimentos compuestos enriquecidos en forma de harina de soya y cereales enriquecida con micronutrientes que se combinaba con aceite vegetal, sal y, a veces, azúcar. La OU de Etiopía se proponía entregar alimentos compuestos enriquecidos a un 35% de sus beneficiarios; la decisión de incluir a éstos en la canasta general de alimentos estaba también motivada por el alto grado de malnutrición aguda y por la carencia generalizada de micronutrientes en la población.
25. También se aportan micronutrientes mediante otros alimentos. Las directrices y las especificaciones de compra del PMA recomiendan que el aceite vegetal comprado a escala internacional se enriquezca con vitamina A. El Programa también prescribe la yodación de la sal. La sal, producto que se necesita en pequeñas cantidades, plantea dificultades de orden logístico en la medida en que es difícil de separar, supervisar y distribuir. Tal vez sea ése el motivo de que en un 68% de las operaciones examinadas, comprendidas las del Afganistán, Armenia, Colombia, Georgia y el Irán, no se distribuyese sal; la carencia de yodo es endémica en estos países, y es probable que la sal del PMA hubiera supuesto la única fuente de yodo si se hubiese distribuido adecuadamente. En los entornos de refugiados, el ACNUR también entrega alimentos frescos que aportan micronutrientes.

CORRECCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN

26. Mediante intervenciones de alimentación selectiva se procura estabilizar y corregir la malnutrición de los grupos nutricionalmente vulnerables en las situaciones de urgencia. En 2002 el PMA facilitó alimentos a más de 360.000 niños en el marco de actividades de alimentación terapéutica, mientras que en el marco de OU y OPSR prestó asistencia a tres millones de niños mediante actividades de alimentación suplementaria.

Alimentación suplementaria selectiva

27. Los programas de alimentación suplementaria (PAS) facilitan alimentos complementarios a determinados grupos vulnerables. En algunos casos, ya había PAS en curso antes de que se declarase la situación de urgencia. Por ejemplo, antes de la respuesta a la sequía de 2002-2003 ya se prestaba apoyo a PAS en el marco de programas en Malawi y Zambia; en uno y otro caso, se seleccionaron madres y niños malnutridos con fines de recuperación y prevención, y la respuesta de urgencia aprovechó cadenas de suministro y mecanismos de selección establecidos que propiciaron un rápido aumento del volumen de alimentos entregados cuando la OU se puso en marcha. En otros casos, los PAS para situaciones de urgencia pueden servir de base al fortalecimiento institucional y constituirse en focos de los servicios que presten las ONG y los gobiernos cuando la crisis haya pasado pero las necesidades sigan siendo altas.
28. Es importante entender que los PAS suelen reportar beneficios al margen de los alimentos que suministran. Las ubicaciones en que se distribuyen los alimentos sirven para prestar a grupos destinatarios especiales servicios suplementarios como el envío de la población a consultorios médicos, consultas de atención prenatal, suministro de suplementos de hierro, tratamiento antiparasitario y promoción de la nutrición y la salud o recursos alimentarios suplementarios suministrados por colaboradores asociados.
29. Los PAS implantados en entornos de refugiados también pueden beneficiar a la población local. Por ejemplo, los PAS de Sierra Leona y Guinea ofrecen alimentación suplementaria a las madres y los niños de las aldeas situadas en los alrededores, donde la



malnutrición sigue siendo superior a la registrada en los campamentos. De ese modo, se contribuye a aliviar la tensión entre los refugiados y las comunidades de acogida y a abordar el problema general de la malnutrición en el conjunto de la región.

30. Debe aumentarse y documentarse mejor el ámbito de acción y la efectividad de los PAS, aunque su ejecución esté muchas veces en manos del PMA y sus asociados. Encierra gran importancia disponer de personal capacitado e insumos no alimentarios con fines de capacitación en nutrición, educación sobre nutrición y salud y reconocimiento y envío de la población a los sistemas sanitarios.

Alimentación suplementaria general

31. Los programas de alimentación suplementaria general facilitan apoyo alimentario selectivo a determinados grupos de una población que corren especial riesgo de malnutrición, como por ejemplo los niños pequeños y las mujeres embarazadas y lactantes. Las actuales recomendaciones indican que cabe aplicar los PAS de ámbito general cuando la incidencia de la malnutrición infantil aguda supera el 15%, lo cual puede ocurrir incluso cuando se suministra una ración general completa.
32. Se recomienda no sustituir las raciones generales dotadas de recursos insuficientes por PAS de ámbito general, pero en la práctica eso es lo que a veces sucede. Por ejemplo, las deficiencias del suministro de alimentos que tuvieron lugar en Etiopía en 2002 dieron lugar a reducciones de la ración general, con lo cual se empezó a facilitar alimentación general (a razón de 900 kilocalorías por encima de la ración general reducida a la mitad) a 50.000 mujeres y niños de las regiones prioritarias. Este enfoque puede resultar contraproducente, pues mediante la alimentación suplementaria es difícil impedir que la malnutrición se dispare si, en general, los alimentos siguen siendo insuficientes. Otro problema es que, aunque se logre contener la malnutrición de los niños pequeños y las madres, el estado nutricional del resto de la población puede deteriorarse. No obstante, cuando más de un 15% de los niños padece malnutrición grave, puede que sea necesaria la alimentación general para impedir que se produzca una situación de urgencia importante en la esfera de la salud pública.¹⁷

Alimentación terapéutica

33. Los programas de alimentación terapéutica, ejecutados por ONG y gobiernos, tienen por objeto reducir la mortalidad de la población que sufre malnutrición grave. La proporción de beneficiarios de la alimentación terapéutica en relación con el total de personas que reciben raciones generales oscila entre menos del 1% en Kenya y Uganda y hasta un 12% en Eritrea y Somalia.
34. La constatación de que la malnutrición aguda grave constituye un complejo trastorno nutricional sirvió para que en el decenio de 1990 se elaboraran alimentos con fines de tratamiento terapéutico, comprendidos la leche F75 y F100 y otros alimentos terapéuticos listos para el consumo; estos alimentos han demostrado su eficacia en condiciones reguladas, pero pueden resultar costosos. En el marco de memorandos de entendimiento vigentes con el UNICEF y el ACNUR, estos organismos se encargan de la compra y la entrega de estos alimentos. Sin embargo, en varios casos el PMA gozaba de cierta ventaja comparativa a efectos de intervenir con rapidez para garantizar la entrega puntual de alimentos de alto valor energético con fines de rehabilitación. El PMA también respalda la alimentación terapéutica facilitando alimentos compuestos enriquecidos. En 2002, cerca

¹⁷ OMS/ACNUR/FICR/PMA 2000.



del 55% de las OU comprendían algún tipo de actividad de alimentación terapéutica en el marco de la cual el PMA se encargaba de entregar alimentos compuestos enriquecidos.

35. El costo de los alimentos terapéuticos suele ser alto, pero el tonelaje que comportan es, por lo general, bajo. Por ejemplo, en la OPSR 10045.1 de 2002 para Bangladesh, que prestaba asistencia a refugiados procedentes de Myanmar, sólo se entregaron 8 toneladas de alimentos con fines terapéuticos, en comparación con las 4.400 toneladas de alimentos entregados en el marco de la distribución general.

Intervenciones de suministro de micronutrientes

36. La carencia de micronutrientes contribuye de forma decisiva a la mortalidad y la morbilidad, incluso en situaciones que no son de urgencia.¹⁸ Las situaciones de urgencia pueden agravar los trastornos por carencia de micronutrientes a todas las edades. Así pues, el desafío es doble: i) la necesidad de prevenir o atajar los brotes de enfermedades por carencia de micronutrientes en situaciones de urgencia; y ii) la necesidad de abordar la carencia de micronutrientes con vistas a prevenir el deterioro en crisis posteriores.
37. Con respecto al primer desafío, los brotes graves de carencia son cada vez menos frecuentes como consecuencia del mejor conocimiento de los peligros y de una mejor planificación. Por ejemplo, la OPSR para la Federación de Rusia detectó la gravedad de la anemia en las regiones seleccionadas y solicitó en consecuencia una donación de 30.000 toneladas de harina de trigo enriquecida con hierro. Partiendo de una estrategia distinta, en el Pakistán se enriquecieron 16.000 toneladas de harina de trigo mediante tecnología instalada en Peshawar por el PMA en el marco del proyecto de panaderías de Kabul para el Afganistán. La anemia por carencia de hierro era la principal preocupación de la que se ocupaba la iniciativa; ésta consistió en enriquecer la harina con hierro, vitaminas A, B1 y B2, niacina y ácido fólico, pues se sabía que la carencia de micronutrientes estaba generalizada en la población afgana.
38. En cuanto a la prevención de una ulterior crisis de carencia de micronutrientes, el PMA cada vez presta más apoyo al fomento de la capacidad local en materia de enriquecimiento. Constituyen un ejemplo los persistentes brotes de pelagra en el África meridional, resultantes de la falta de niacina en un régimen alimentario basado fundamentalmente en el maíz. El problema se ha abordado comprando cereales enriquecidos (en casi el 40% de las operaciones de socorro del PMA examinadas la canasta de alimentos contenía un producto básico molido y enriquecido) y empleando alimentos enriquecidos a escala local.

DESAFÍOS EN LA PROGRAMACIÓN

Entrega de los alimentos indicados a la población indicada en el momento indicado

39. El PMA garantiza debidamente la entrega de nutrientes adecuados a gran escala. Las OU más recientes beneficiaban a más de 100.000 personas; las operaciones para Angola, la República Popular Democrática de Corea y los Grandes Lagos beneficiaban cada una a más de un millón de personas; las operaciones para el Afganistán y el África meridional beneficiaban cada una a por lo menos 10 millones de personas. En cada caso, la atención prestada a la nutrición fue fundamental para salvar vidas.

¹⁸ Véase “Enriquecimientos con micronutrientes: experiencia del PMA y futuras posibilidades de acción” (WFP/EB.2/2004/5-A/2)



40. No obstante, convendría incorporar mejoras. El aplazamiento del inicio de la distribución de uno o varios productos básicos o la interrupción de una cadena de distribución establecida pueden afectar gravemente a la nutrición de la población beneficiaria. La corriente de alimentos ha de ser regular y estar bien coordinada para que la canasta de alimentos se pueda entregar en su conjunto y no producto a producto en distintos momentos. Aunque todos los alimentos se suministren a tiempo, la malnutrición y la tasa bruta de mortalidad no sólo están supeditadas a la suficiencia de alimentos. Esta circunstancia plantea un desafío a la labor del PMA para demostrar la repercusión de sus operaciones de urgencia tanto en la mortalidad como en el estado nutricional de la población.

Interrupciones de la cadena de distribución y respuestas operacionales

41. De las OU examinadas en 2002, en un 66% se produjo como mínimo una interrupción; de estas operaciones, la mayoría sufrió dos interrupciones que duraron entre dos y cuatro meses cada una. La mayor parte de las interrupciones se debía a la insuficiencia de fondos, al retraso con que los fondos llegaron o a limitaciones en las compras. Estas circunstancias son motivo de preocupación: si la malnutrición aguda es motivo de activación de una OU, la rapidez en la distribución de los recursos para hacer frente a la malnutrición tiene máxima prioridad. La malnutrición no se puede eliminar si no se entrega un complemento completo de productos alimentarios. Actualmente se procura evitar las interrupciones de las cadenas de distribución, sobre todo en las operaciones de ayuda a los refugiados. Por ejemplo, el PMA prepara ahora una actualización mensual de la cadena de distribución de todas las operaciones de ayuda a los refugiados, que da a conocer a los donantes y los asociados, para evitar las posibles interrupciones resultantes de la financiación insuficiente.
42. El 33% de las interrupciones se debió al retraso con que llegaban los productos comprados. En 2002, la OPSR para Zambia de ayuda a los refugiados angoleños y congolese funcionó seis meses sin maíz a causa de retrasos en la entrega debidos en gran parte a dificultades logísticas relacionadas con la respuesta a la sequía regional. Las limitaciones logísticas más graves notificadas en 2002 tuvieron lugar en las operaciones llevadas a cabo en el Afganistán, el Pakistán y la República Democrática del Congo. Cabe señalar que se puso en marcha una operación especial para la República Democrática del Congo con fines de rehabilitación del sistema ferroviario a fin de subsanar los casos de estrangulamiento de orden logístico, pero se registró un déficit de financiación del 100%. Otras interrupciones fueron consecuencia de la preocupación que suscita la seguridad en Somalia y Colombia.
43. Las compras locales también pueden resultar difíciles. La fragmentación de los mercados y las limitaciones de logística complicaron la compra de leguminosas en Etiopía. Muchos países en desarrollo encontraron problemas en 2002 para comprar alimentos compuestos enriquecidos, en parte como consecuencia de la capacidad limitada de la producción local y en parte a raíz de la presencia simultánea de situaciones de urgencia a gran escala en toda África. De hecho, sólo se distribuyó efectivamente el 73% del volumen de alimentos compuestos enriquecidos previsto para 2002. El PMA tiene que evaluar y fomentar la ampliación de la capacidad local de producción de alimentos compuestos enriquecidos en África si las distintas operaciones de urgencia siguen disputándose el escaso volumen de alimentos disponible.
44. Las principales respuestas a las interrupciones de la distribución son: i) contraer empréstitos a cuenta de las actividades del programa en el país, lo cual suele suponer empréstitos concedidos por ONG asociadas o procedentes de las reservas gubernamentales, ii) reducir la ración general destinada a algunos beneficiarios, iii) seleccionar con más precisión a la población nutricionalmente vulnerable, lo cual supone un mayor uso de



alimentos compuestos enriquecidos en los casos en que es difícil obtener cereales y iv) retirar productos de la canasta. Un producto susceptible de eliminación es el azúcar, del cual en 2002 sólo se distribuyó efectivamente un 44% de la cantidad prevista.

Limitaciones en la programación de una nutrición de calidad en las situaciones de urgencia

⇒ Recursos no alimentarios

45. La entrega puntual de un volumen suficiente de alimentos de calidad es necesaria, pero no basta para resolver los procesos que subyacen a la malnutrición. Son fundamentales recursos no alimentarios de varios tipos. Así ocurre de forma palmaria en el caso de la alimentación terapéutica, en el marco de la cual los medicamentos y el agua salubre deben combinarse con los alimentos y con los servicios prestados por asociados competentes si se desea obtener los resultados pretendidos. También hacen falta recursos complementarios para hacer frente a la malnutrición moderada. Las intervenciones más innovadoras del PMA en la esfera de la nutrición, que comprenden la educación sobre nutrición y actividades de enriquecimiento de los alimentos, solían estar vinculadas con grandes corrientes de cereales. El gran tonelaje va acompañado a menudo de una mayor disponibilidad de recursos en efectivo. Debe hallarse la manera de garantizar recursos no alimentarios apropiados destinados no sólo a la logística o la seguridad, sino también a una mayor efectividad en la lucha contra la malnutrición.

Capacidad de los asociados

46. Muchos asociados del PMA aportan conocimientos técnicos y recursos que complementan los conocimientos especializados y los aportes del PMA. No debe subestimarse la importancia de los memorandos de entendimiento firmados con el ACNUR, el UNICEF y el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) a finales del decenio de 1990, pues han elevado a un nivel superior la colaboración práctica y de orden normativo. Sigue aumentando la participación conjunta en la capacitación del personal de los organismos de las Naciones Unidas en la esfera de la nutrición en situaciones de urgencia; las directrices conjuntas han resultado importantes para despejar la confusión, mientras que la mayor claridad en la delimitación de las responsabilidades ha hecho posible una mayor eficacia. Asimismo, el PMA interviene cada vez más en actividades conjuntas de capacitación, consulta y asociación con numerosas ONG que operan en la esfera de la nutrición en situaciones de urgencia, con inclusión de Acción contra el hambre y Médicos sin Fronteras. El PMA colabora en actividades de mejora de la capacidad nacional; en Eritrea, por ejemplo, el Programa y CARE International firmaron en 2003 un memorando de entendimiento de ámbito local para colaborar en el fortalecimiento de la dependencia de nutrición del Ministerio de Salud; en Etiopía, el PMA sufraga actualmente los gastos del personal de nutrición desplazado a regiones problemáticas bajo los auspicios de la dependencia de nutrición en situaciones de urgencia de la Comisión nacional de prevención y preparación para casos de catástrofes.

47. No obstante, subsisten dos problemas importantes: i) los asociados hacen grandes esfuerzos desde el punto de vista financiero e institucional en un mundo en el que la lucha humanitaria suele librarse de forma simultánea en una multitud de frentes y ii) no todos los asociados en las operaciones de urgencia disponen de los conocimientos técnicos o la capacitación necesarios para centrar su labor en la nutrición. Por ejemplo, en la OPSR para Colombia intervinieron 350 asociados en la ejecución, pero sólo 11 llevaron a cabo actividades en la esfera de la nutrición. En el África meridional, sólo intervinieron en los



seis países abarcados por la OU regional 53 asociados en la ejecución y la coordinación fue relativamente buena, lo cual no impidió que surgieran muchos problemas, como la falta de recursos y la escasez de conocimientos técnicos sobre acopio y análisis de información nutricional.

Información nutricional

48. La intensificación de la voluntad del PMA de cumplir los objetivos en materia de nutrición mediante la gestión basada en los resultados obliga al Programa a asumir mayores responsabilidades de documentación del impacto. Esta tarea resulta difícil en las situaciones de urgencia a causa de las limitaciones de seguridad o de la escasez de recursos y conocimientos prácticos para la reunión de datos. Con todo, la programación de calidad exige encuestas y evaluaciones apropiadas que sirvan al PMA para entender el lugar en que surgen los problemas de nutrición y sus causas, las tendencias del estado nutricional de los grupos de población y los individuos y la efectividad de las intervenciones en la esfera de la nutrición. En el marco de la gestión basada en los resultados, ya no basta con recurrir a otros organismos para que se ocupen de facilitar datos sobre nutrición que sean pertinentes para la programación del PMA, lo cual planteaba antes dificultades siempre que el PMA debía actuar con rapidez pero los asociados carecían de fondos para reaccionar dentro del mismo plazo. El aumento de la propia capacidad del PMA de reunir e interpretar datos sobre nutrición constituye una prioridad.
49. Una atención más sistemática a la nutrición en el marco de las actividades de análisis y cartografía de la vulnerabilidad (VAM) y de evaluación de las necesidades de urgencia aporta valor añadido a las iniciativas del PMA de fortalecimiento de los conocimientos. Mediante las nuevas directrices para la evaluación de las necesidades de urgencia, en fase de preparación, aumentará la capacidad del PMA de incorporar información nutricional en las evaluaciones y de determinar los tipos de intervención en la esfera de la nutrición que se ajustan mejor a las condiciones identificadas.

Cómo hacer perdurar los beneficios nutricionales después de una emergencia

50. La comunidad de ayuda humanitaria cada vez cosecha más éxitos en sus esfuerzos por salvar vidas en situaciones de crisis, tratar la malnutrición grave y combatir la malnutrición moderada en los campamentos de refugiados. Resulta paradójico que, una vez asentados, los refugiados suelen gozar de un estado nutricional mejor que el de las comunidades de acogida circundantes. Los éxitos cosechados deben divulgarse más a la población de acogida; las prácticas idóneas generadas en situaciones de urgencia deben hacerse perdurar una vez superada la emergencia. Las nuevas actividades que el PMA lleva a cabo en el Afganistán, Angola y Etiopía en colaboración con el UNICEF y los gobiernos de los países tienen por objeto mejorar el impacto nutricional de las OU con vistas al período posterior a la crisis, lo cual supone un aumento de la capacidad institucional local de dotar a la población vulnerable de recursos de salud y nutrición y la implantación de sistemas que perduren en el período de rehabilitación y desarrollo posterior a la situación de urgencia.
51. Al respecto, es importante no dispensar a los individuos malnutridos un trato distinto del que recibe el resto de la población.¹⁹ Quienes terminan el ciclo de tratamiento terapéutico suelen necesitar apoyo ulterior en el marco de programas de alimentación suplementaria, lo cual sólo funciona si la ración general fomenta una mejora de la seguridad alimentaria. La

¹⁹ Prudhon, C. 2002. *Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations*. París, Acción contra el hambre; Young *et al.*, 2004.



“cura” de los trastornos agudos y el tratamiento de los trastornos crónicos subyacentes deben coordinarse mejor, pues la una y el otro apuntan a objetivos interdependientes. Con excesiva frecuencia, los centros de alimentación terapéutica cierran sus puertas al término de la crisis, a pesar de que, en lo fundamental, los procesos que ocasionaron la malnutrición generalizada y los fallecimientos no han sufrido variaciones. Hace falta examinar con más detenimiento la función que cumple la mejora de la nutrición de la población en la transición de una situación de urgencia a una nueva situación, comprendida la posibilidad de prestar apoyo a una atención terapéutica a domicilio impulsada por las comunidades, que esté más vinculada con los intentos de resolver los problemas de nutrición a largo plazo. Del mismo modo, siempre que fuera posible deberían diseñarse modalidades de distribución que funcionen en situaciones de urgencia y en otras situaciones, como es el caso de la alimentación escolar, con vistas a tender un puente entre las operaciones curativas y las operaciones preventivas en la esfera de la nutrición infantil.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

52. El PMA y sus asociados han avanzado notablemente en la gestión de los temas relacionados con la nutrición en el contexto de emergencias. Como la malnutrición es causa destacada de la mortalidad, las intervenciones en la esfera de la nutrición provistas de alimentos contribuyen de forma cada vez más eficaz al objetivo de salvar vidas. No obstante, hacen falta nuevos enfoques que faciliten la transición del planteamiento basado en el tratamiento de los problemas nutricionales inmediatos en las situaciones de urgencia a la tarea de abordar las causas que subyacen a la malnutrición en situaciones que no son de urgencia. No obstante, subsisten importantes desafíos.
- El PMA debe analizar la cuestión de la nutrición de forma más sistemática en el marco de las evaluaciones de las necesidades alimentarias y no alimentarias, del diseño de sus intervenciones y de la comunicación de los resultados de las OU. Para ello hace falta que su personal y sus asociados dispongan de más capacidad para llevar a cabo un análisis causal mejor y preparar las respuestas que corresponda y para gestionar la información nutricional con criterios más normalizados.
 - En el ámbito operacional, hay que hacer más esfuerzos por garantizar la entrega puntual y completa de todos los elementos de una canasta de alimentos nutricionalmente apropiada, prestando especial atención, por pequeño que sea su volumen, a los productos fundamentales desde el punto de vista de la nutrición. Hacen falta modalidades flexibles de financiación para aumentar la capacidad del PMA de promover los alimentos con valor añadido mediante compras locales, enriquecimiento a escala local y el empleo de nuevos alimentos listos para el consumo, siempre que este modo de proceder sea rentable.
 - Hacen falta directrices mejoradas sobre alimentación suplementaria en el marco de distintas situaciones de urgencia, prestando especial atención a las funciones y responsabilidades de los asociados que aportan recursos no alimentarios, en particular el ACNUR, el UNICEF y las ONG más destacadas que actúan en la esfera de la nutrición y la salud pública. El PMA debe esforzarse por forjar asociaciones con organizaciones experimentadas en nutrición y salud pública para ampliar el alcance y la efectividad de sus programas sobre nutrición.



SIGLAS UTILIZADAS EN EL DOCUMENTO

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FICR	Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPSR	Operación prolongada de socorro y recuperación
OU	Operación de urgencia
PAS	Programa de alimentación suplementaria
RBM	Gestión basada en los resultados
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VAM	Análisis y cartografía de la vulnerabilidad

