

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

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

Roma, 22-26 de octubre de 2007

INFORMES DE EVALUACIÓN

Tema 6 del programa

Para examen

S

Distribución: GENERAL
WFP/EB.2/2007/6-B
21 septiembre 2007
ORIGINAL: FRANCÉS

INFORME RESUMIDO DE LA EVALUACIÓN DE LA OPSR HAÍTÍ 10382.0

**Asistencia a las personas afectadas por la
inseguridad alimentaria en situaciones
de crisis**

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 examen.

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.

Directora, OEDE*: Sra. C. Heider Tel.: 066513-2030

Oficial de Evaluación, OEDE: Sra. A.-C. Luzot Tel.: 066513-3421

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).

* Oficina de Evaluación.



RESUMEN

La operación prolongada de socorro y recuperación 10382.0 (mayo de 2005 – diciembre de 2007) tiene un presupuesto previsto de cerca de 40 millones de dólares EE.UU. que, en el momento de la evaluación, se había financiado casi en un 70% y prevé la distribución de 46.750 toneladas de alimentos a 550.000 beneficiarios como promedio anual. La operación consta de dos componentes principales: 1) un componente de socorro de urgencia (el 15% de los recursos) para hacer frente a situaciones de crisis provocadas por catástrofes naturales o problemas de seguridad; y 2) un componente de rehabilitación (el 85% de los recursos) que incluye tres actividades: creación de activos (actividades de alimentos por trabajo), apoyo a las personas que viven con el VIH o la tuberculosis y a su familia, y nutrición destinada a los niños pequeños, y a las mujeres embarazadas y lactantes.

La operación responde a las necesidades prioritarias del país y se destina a las poblaciones vulnerables. Su diseño, que asocia los componentes de socorro de urgencia y de rehabilitación, se consideró adecuado y pertinente, así como las distintas actividades previstas en tales componentes. El enfoque correctivo adoptado en el marco de las actividades de nutrición, contrariamente a lo que se había previsto en la fase de diseño, se explica en gran medida por la escasa capacidad de absorción de los asociados, que siguen sin disponer de los medios humanos ni de las posibilidades de almacenamiento suficientes para realizar actividades de prevención. La orientación geográfica de la ayuda prevista inicialmente en la fase de diseño se vio modificada en la de ejecución, principalmente por lo que respecta a las actividades de salud y nutrición.

Afortunadamente, el componente de socorro de urgencia no se utilizó sino de forma muy limitada gracias a la disminución del número de catástrofes naturales durante el período de la operación. El componente de rehabilitación, por su parte, se ejecutó en su totalidad. En términos generales, se encontró que las medidas destinadas a garantizar unas condiciones de vida aceptables para los grupos vulnerables eran satisfactorias. Las actividades de creación de activos avanzaron conforme a lo previsto, y en la selección de los participantes se tuvo debidamente en cuenta la preocupación por lograr un acceso equitativo al trabajo y a los alimentos dentro del marco de los proyectos seleccionados. Los beneficiarios seleccionados en el marco de las actividades de apoyo a las personas que viven con el VIH o la tuberculosis, al igual que aquellos seleccionados en el marco de las actividades de nutrición correspondieran debidamente a los grupos previstos en la fase de diseño. A nivel nutricional, si bien hubo una mejora general de las tasas de recuperación, éstas siguieron estando muy por debajo de los objetivos previstos.

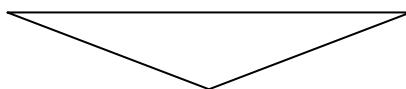
En el momento de la evaluación (realizada cuando aún restaba por ejecutar una cuarta parte de la operación), la tasa de realización de las actividades era de sólo el 47%, pese a que el nivel de financiación era adecuado. Esta situación se debe a un conjunto de condiciones complejas reinantes sobre el terreno (contexto sociopolítico y de seguridad, dificultades de acceso a los numerosos puntos de distribución, escasa capacidad de almacenamiento de los asociados) y a dificultades en la gestión de los suministros. La falta de un coordinador encargado de la gestión y del seguimiento del suministro, la poca coordinación entre la programación y la

logística por lo que respecta a las órdenes de compras y su seguimiento, los errores en la información introducida en el Sistema de análisis y gestión del movimiento de los productos, así como las dificultades de abastecimiento en el mercado mundial, explican en distinta medida los motivos de esta situación. Debido a esas carencias fue necesario efectuar varias modificaciones en la ración prevista en las actividades de nutrición, que sólo se ajustó a las previsiones (tamaño y composición) durante los tres primeros meses de la operación. Por otro lado, la ración completa prevista para las personas que viven con el VIH o la tuberculosis sólo se distribuyó durante dos meses. Todos estos elementos constituyen obstáculos para la consecución de los objetivos fijados, y tendrán que examinarse con mayor detenimiento en el marco de la preparación de una nueva operación.

Las relaciones de colaboración con el Gobierno parecen excelentes. Sin embargo, se mantienen relativamente limitadas en el plano nacional mientras que, en el local, se ha establecido una estrecha colaboración, principalmente en los sectores de la agricultura y de la salud. Por lo que respecta a los demás organismos de las Naciones Unidas, el PMA concierta periódicamente su acción con los asociados nacionales en tanto que, sobre el terreno, las sinergias entre los distintos organismos siguen siendo limitadas debido a su escasa presencia. Por último, el PMA colabora con unos 40 asociados sobre el terreno, un número importante teniendo en cuenta los volúmenes relativamente módicos de alimentos que se registran algunas veces.

La importancia del acopio de datos de seguimiento no ha sido siempre bien entendida. Además, las modificaciones sustanciales que se introdujeron en la fase de diseño, por lo que respecta al enfoque, no dieron lugar a revisiones de los objetivos cuantificados ni de los indicadores de los resultados.

PROYECTO DE DECISIÓN*



La Junta toma nota de la información y las recomendaciones que figuran en el “Informe resumido de la evaluación de la OPSR Haití 10382.0” (WFP/EB.2/2007/6-B) y alienta al PMA a que se adopten nuevas medidas en respuesta a las recomendaciones formuladas, teniendo en cuenta las consideraciones planteadas por la Junta durante sus debates.

* 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 segundo período de sesiones ordinario de 2007 de la Junta Ejecutiva” (WFP/EB.2/2007/15) que se publica al finalizar el período de sesiones.



OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN

1. El objetivo principal de la evaluación es analizar la pertinencia, eficacia, eficiencia y viabilidad de la operación prolongada de socorro y recuperación (OPSR) 10382.0, con objeto de sacar conclusiones y formular recomendaciones sobre el programa en curso, así como extraer enseñanzas para la preparación de una posible próxima operación en Haití.
2. La misión de evaluación se llevó a cabo en el país del 13 de noviembre al 6 de diciembre de 2006, con la participación de cuatro consultores independientes¹ y de una observadora de la Oficina de Evaluación (OEDE) del PMA en Roma. Las visitas sobre el terreno ocuparon un lugar central y la evaluación incluyó una muestra relativamente completa de las actividades en las zonas de operación.

CONTEXTO DE LA OPERACIÓN

3. Haití está viviendo un período difícil de transición política. Las crisis sucesivas llevaron al derrocamiento del gobierno de Jean-Bertrand Aristide en 2004, y a la realización de una segunda misión de mantenimiento de la paz en menos de 10 años. La atmósfera general se mantuvo bastante tensa entre los movimientos de oposición política, a veces violentos, las reivindicaciones sociales, las protestas pre y postelectorales, y un aumento general de la inseguridad. Al final de un difícil proceso se eligió un gobierno en mayo de 2006, lo que anuncia el retorno a una cierta normalidad institucional.
4. El país está en una situación socioeconómica precaria (ocupa el lugar 154 de un total de 177 países según el índice de desarrollo humano del informe de 2006 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). En 2005, la producción agrícola nacional (41% de las necesidades del país) se veía compensada por las importaciones (un 53%) y por la ayuda alimentaria (6%). La productividad nacional aumenta tan sólo un 0,4% anual, en promedio, mientras que la demanda crece un 2%, lo que ejerce gran presión en las importaciones, en un país en el que el nivel de vida es muy bajo (54% de la población vive con menos de 1 dólar EE.UU. por día).
5. Aproximadamente la cuarta parte de los niños (esto es, un 23%) padece malnutrición crónica (según el criterio de estatura para la edad). Un niño haitiano de cada cinco sufre de insuficiencia ponderal (según el criterio de peso para la edad). Dos tercios de los niños de entre 6 y 59 meses padecen anemia: un 34% tiene anemia moderada y un 2% anemia grave. Más de la mitad de las mujeres (el 55%) son anémicas y esta proporción aumenta entre las gestantes (63%). La prevalencia de VIH/SIDA promedio en el país es del 2,2%. Existe una gran estigmatización de la enfermedad y los riesgos de rechazo social y familiar son muy elevados.
6. Las haitianas se enfrentan a un cúmulo de problemas económicos y sociales. La inseguridad con respecto a la propiedad de la tierra, el tamaño reducido de las explotaciones agrícolas y la frecuente ausencia de sus compañeros las hacen muy vulnerables.

¹ Tres consultores internacionales (una nutricionista, un especialista en logística y un especialista en economía social, jefe de misión) al igual que un consultor nacional (médico).



PRESENTACIÓN DE LA OPSR

7. Durante los últimos años, la oficina en el país se encargó simultáneamente de un programa en el país (2003-2006), una OPSR (junio de 2003-abril de 2005) y también de una operación de emergencia (OEM) (abril de 2004-abril de 2005). Tal acumulación se debe a la degradación de la situación de seguridad, a la que se agregaron los estragos causados por la tormenta tropical “Jeanne” en 2004 en la región de Gonaive (que causó 3.000 muertos).
8. En 2005, la oficina en el país decidió agrupar las actividades de emergencia, de rehabilitación y de desarrollo —componentes de nutrición y de alimentos por trabajo (APT) del programa en el país— en una única OPSR de dos años (de mayo de 2005 a abril de 2007) —cuya duración fue prolongada recientemente hasta el mes de diciembre de 2007— con un presupuesto de cerca de 40 millones de dólares EE.UU. y en el marco de la cual se prevé la distribución de un promedio de 46.750 toneladas anuales de alimentos a 550.000 beneficiarios.
9. La OPSR se estructura alrededor de dos componentes:
 - El componente de socorro de urgencia (15% de los recursos) satisface las necesidades inmediatas a nivel nacional mediante distribuciones generales de duración limitada.
 - El componente de rehabilitación (85% de los recursos) incluye actividades asociadas a la salud y la nutrición, por medio de los centros e instituciones de salud, para los grupos vulnerables (madres y niños, personas que viven con el VIH o la tuberculosis), así como actividades comunitarias de APT. Algunas de estas actividades tienen alcance nacional (VIH/SIDA, tuberculosis y APT) y otras departamental (salud y nutrición).

PRINCIPALES CONSTATAIONES

Pertinencia²

10. **Necesidades prioritarias del país.** La pertinencia de la operación no plantea ninguna duda. Dado que las catástrofes naturales constituyen una amenaza frecuente y peligrosa, debido a la posición geográfica del país y a la degradación avanzada del medio ambiente (desmonte importante de las cuencas hidrográficas), se necesita un componente de socorro de urgencia. Por otro lado, la situación socioeconómica y los datos relativos a la malnutrición y la mortalidad de niños menores de 5 años, de mujeres gestantes y de personas que viven con el VIH, demuestran que cabe recurrir al componente de rehabilitación. El apoyo a las estructuras descentralizadas del Estado facilita el acceso de la población a los servicios básicos (salud y agricultura) y contribuye a la estabilización social en las zonas de operación de un país especialmente conflictivo.
11. **Políticas sectoriales.** Los objetivos de la operación son pertinentes con respecto a las políticas sectoriales del Gobierno y corresponden a las prioridades estratégicas del PMA. Coinciden también con los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM).
12. **Enfoque adoptado en las actividades de salud y nutrición.** Mientras que en la fase de diseño se preveía una combinación de dos hipótesis (la adopción progresiva de un enfoque preventivo para los niños de 6 a 24 meses y las mujeres gestantes y lactantes, manteniendo

² Para mayor información, véase el informe técnico de evaluación sobre la OPSR 10382.0, capítulo IV.



un enfoque correctivo respecto de los niños de 25 a 59 meses), la oficina en el país adoptó, de hecho, sólo el enfoque correctivo. Ello se debió principalmente a la capacidad de absorción de los asociados que no siempre dispusieron de los medios humanos ni de las posibilidades de almacenamiento suficientes para realizar actividades de prevención. La oficina eligió, pues, determinar individualmente las categorías de beneficiarios de la ayuda sin que ello supusiera una revisión de los objetivos cuantificados en el diseño.

13. **Orientación geográfica de la ayuda.** En 2004 se efectuó un análisis de la seguridad alimentaria y de la vulnerabilidad en cuatro departamentos (Centro, Oeste, Norte y Noreste). Se preveía que tal análisis se basara en los resultados de una encuesta nutricional encomendada al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que finalmente no se concretó. Desafortunadamente, el hecho de no contar con una encuesta nutricional y de que el informe se redactara en inglés limitaron el impacto del análisis.
14. La orientación geográfica de la ayuda se adaptó a las distintas actividades. Las actividades de apoyo a las personas que viven con el VIH o la tuberculosis (cuya cobertura, según lo previsto en el diseño, podía ser nacional), se realizaron en cinco departamentos: Oeste, Norte, Noreste, Centro y de Artibonite. Aunque las actividades de APT debían dirigirse a los departamentos Norte y Noreste, el volumen de ayuda alimentaria se distribuyó, finalmente, como sigue: 24% (Norte), 23% (Noreste), 25% (Noroeste), 15% (Artibonite), y 13% (Oeste). En efecto, la realización de las actividades de APT estuvo condicionada por la disponibilidad de los asociados técnicos que pudieran diseñar los proyectos y gestionar las actividades. Además, más de la mitad de los alimentos destinados a las actividades de salud y nutrición se distribuyeron en el departamento Oeste (manteniendo y desarrollando así la presencia en un departamento que ya había recibido asistencia), mientras que, siempre de acuerdo con el diseño, estas actividades debían orientarse más específicamente a los departamentos Norte y Noreste.
15. **Tipos de beneficiarios.** Los cinco grupos en que se centró la OPSR (niños menores de 5 años con malnutrición, mujeres gestantes y lactantes con anemia o que presentan signos clínicos de malnutrición, personas que viven con el VIH, personas en tratamiento médico contra la tuberculosis y hogares que padecen inseguridad alimentaria) son de gran prioridad.

Eficacia³

⇒ *Brindar asistencia a las poblaciones en situaciones de emergencia*

16. El objetivo consiste en prestar la debida asistencia en un plazo de 72 horas a las poblaciones víctimas de catástrofes naturales o de inestabilidad política. Este componente prevé la distribución de 7.245 toneladas de alimentos (15% de los recursos) a fin de suministrar ayuda alimentaria inmediata a 115.000 beneficiarios durante 15 días, y ayuda alimentaria selectiva a 100.000 beneficiarios, durante dos meses después de la emergencia.
17. Dado que las catástrofes naturales fueron menos frecuentes durante el período de la operación, no hizo falta suministrar ayuda alimentaria inmediata salvo en proporciones muy limitadas. Con respecto a la ayuda selectiva posterior a la emergencia, se firmaron siete contratos en total con diversas organizaciones no gubernamentales (ONG) por un compromiso global de 557 toneladas destinadas a 17.976 beneficiarios. Las distribuciones gratuitas efectuadas en el marco de esos contratos en varias barriadas marginales de Puerto

³ *Ibíd.*, capítulo V.



Príncipe constituyen respuestas puntuales para satisfacer las necesidades inmediatas de los grupos vulnerables.

18. El PMA está a cargo de la planificación de las medidas de urgencia del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación de las operaciones de emergencia (logística y ayuda alimentaria); su capacidad logística ha sido reconocida y apreciada unánimemente. Además, ha logrado una concertación general con las principales ONG estadounidenses que suministran ayuda alimentaria, con objeto de actualizar las existencias disponibles en diferentes regiones del país. Los acuerdos de principio permiten utilizar dichas reservas apenas se produce una situación de urgencia, para responder con la máxima celeridad posible a las necesidades de asistencia. La red actual permite una cobertura satisfactoria para intervenir en un plazo de 72 horas.
19. En Haití, los daños causados por las catástrofes naturales suelen ser muy importantes, pero las inversiones para prevenir la erosión hídrica son muy limitadas. Por otro lado, la experiencia ha demostrado que quedan importantes remanentes de existencias de urgencia que se arrastran de una a otra operación. Las reservas previstas en el marco de este componente podrían utilizarse y aprovecharse progresivamente para actividades de prevención (APT), en vez de transferirse a una operación ulterior.

⇒ *Garantizar unas condiciones de vida aceptables para los grupos vulnerables*

20. El objetivo era garantizar unas condiciones de vida aceptables y poder satisfacer mejor las necesidades alimentarias de distintos grupos de beneficiarios: i) los hogares expuestos a inseguridad alimentaria, mediante actividades de APT (4.400 toneladas de productos, o sea el 9% de la OPSR, destinados 16.000 familias para la creación de un número, no especificado, de activos); y ii) los hogares que viven con el VIH o la tuberculosis (9.000 toneladas de productos, o sea el 19% de la OPSR, distribuidos a 12.000 familias por conducto de los centros de salud de proximidad). Ya que los datos relativos a los efectos de la OPSR no fueron recopilados por el sistema de seguimiento y evaluación, la evaluación se centró exclusivamente en las actividades ejecutadas.
21. **Creación de activos (actividades de APT).** El volumen total de los alimentos comprometidos para las actividades de APT desde el comienzo de la operación ascendía, en el momento de la evaluación, a 3.150 toneladas aproximadamente (más del 70% del volumen previsto), destinadas a 30.884 participantes. Su repartición y destino dependieron de la capacidad de absorción y, sobre todo, de la capacidad de apoyo y seguimiento en el marco de la ejecución de las actividades. Algunos asociados elaboraron proyectos muy interesantes en los que se integraban aspectos de prevención y de producción. En la selección de los participantes se tuvo debidamente en cuenta la preocupación por lograr un acceso equitativo al trabajo y a los alimentos en el marco de los proyectos seleccionados.



CUADRO 1: EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APT (de mayo de 2005 a octubre de 2006)				
Productos	Unidad de medida	Productos planificados	Productos realizados	Porcentaje de productos realizados
Carreteras rehabilitadas o acondicionadas	km	303	225	74
Plántulas	Cantidad	86 000	83 466	97
Salinas rehabilitadas o acondicionadas	m ³	25 000	25 000	100
Lechos rehabilitados o acondicionados	m ³	22 488	21 616	96
Drenajes/canales saneados	m ³	91 825	54 275	59
Canales saneados	en metros	6 100	6 900	113
Torrentes saneados	m ³	45 974	35 826	78

Fuente: Oficina del PMA en Haití, noviembre de 2006.

22. **Apoyar a las personas que viven con el VIH y la tuberculosis.** Se alcanzó ampliamente el objetivo de proporcionar raciones de alimentos al número fijado de personas que viven con el VIH o la tuberculosis. El cupo anual para ambos grupos era de 12.000 participantes (o beneficiarios directos), con una mayoría (tres quintas partes) de mujeres. En total, se benefició a más de 14.000 (un 58% de mujeres, aproximadamente) con respecto a un total de 44.254 personas.
23. Con el apoyo de las asociaciones de ayuda a las personas que viven con el VIH, el PMA elaboró un instrumento para utilizar conjuntamente criterios médicos y socioeconómicos. Inicialmente el programa no fijaba ningún límite de tiempo: se trataba de un ciclo sin restricciones del que las personas podían beneficiarse durante todo el programa. Debido a la limitación de las existencias, el período de participación se redujo a un año para algunos establecimientos del departamento del oeste, aunque con posibilidad de renovación.

⇒ *Mejorar la salud y el estado nutricional de niños y mujeres gestantes y lactantes*

24. La tasa de beneficiarios efectivamente abarcados, con respecto a lo previsto en el marco de esta actividad, fue del 80% para los niños de 6 a 24 meses, del 212% para aquellos de 25 a 59 meses, y del 80% para las mujeres gestantes y lactantes. El análisis de estos datos, al igual que los resultados efectivamente obtenidos en materia de nutrición (la actividad más importante de la operación), se vio afectado en gran medida por la falta de una redefinición de los objetivos cuantificados y por el desfase observado entre los indicadores de las realizaciones determinados en la fase de diseño y aquellos efectivamente utilizados y recopilados. Así pues:

- *Reducción de la prevalencia de la malnutrición en un 5%.* Este indicador resultó apropiado en el marco de un enfoque preventivo pero, en el contexto de un enfoque correctivo, la oficina en el país se dedicó sobre todo a seguir la evolución de la tasa de recuperación nutricional. Los resultados muestran que dicha tasa mejoró en los departamentos Norte (del 42% al 58%) y Oeste (del 52% al 60%), pero empeoró en el departamento Noreste (del 56% al 49%). Las tasas de recuperación se mantuvieron por debajo del porcentaje deseado del 70% en los tres departamentos. Este resultado



insuficiente se debió principalmente a la inadecuación, tanto en cantidad como en calidad, de las raciones proporcionadas⁴.

CUADRO 2: NÚMERO Y PORCENTAJE DE NIÑOS RECUPERADOS							
Mayo-diciembre de 2005							
Norte		Noreste		Oeste		Total	
Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
248	42	299	56	620	52	1 167	51
Enero-octubre de 2006							
Norte		Noreste		Oeste		Total	
Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
3 079	58	2 286	49	10 722	60	16 087	58

Nota: Se considera adecuada una tasa de recuperación superior al 70% mientras que una inferior al 50% resulta alarmante (Directrices del Departamento de Operaciones: informes anuales).

Fuente: Oficina del PMA en Haití, noviembre de 2006.

Por otro lado la misión observó que en algunos centros se aplicaba un sistema de cupos: como con frecuencia al cabo del primer mes del programa ya se había alcanzado el cupo de beneficiarios atribuido a esos centros, los grupos de niños o de mujeres seleccionados seguían recibiendo asistencia durante todo el período correspondiente, durante el cual no era posible admitir a ninguna otra persona. Como consecuencia de ello, los niños que debían incluirse entre los beneficiarios por su estado nutricional, no podían ser admitidos inmediatamente en los centros de salud y se los colocaba en una lista de espera⁵. Este procedimiento resultó inaceptable en el marco de un enfoque correctivo que debía incluir a los niños pequeños que necesitaban una recuperación nutricional lo antes posible para evitar efectos irreversibles sobre su crecimiento.

- *Reducción de la prevalencia de la anemia del 15%.* La medición de la tasa de hemoglobina (análisis de sangre para detectar la anemia) prevista para las mujeres gestantes y lactantes al ingresar al programa —en el cuarto mes y en el momento en que se les da de alta—, no se efectuó sistemáticamente debido a su costo. Los datos realmente disponibles fueron muy dispares, lo que hizo imposible su análisis. De todas maneras, es poco probable que la intervención haya tenido efecto sobre la anemia habida cuenta del aporte insuficiente de hierro de las raciones previstas —la ración sólo permitía satisfacer el 10% de las necesidades de hierro de una mujer embarazada, mientras que hubiera tenido que cubrir al menos el 50—, y de la irregularidad de las distribuciones.

⁴ Los elementos que contribuyen a explicar esta situación se presentan en la sección sobre la adecuación de la ayuda alimentaria.

⁵ Este sistema revela que los centros de salud reciben más solicitudes que lo previsto. No obstante, la misión no está en condiciones de determinar si el sistema de cupos está vinculado a la dificultad de que estos centros aumenten su capacidad de absorción o a las limitadas cantidades que suministra el PMA para responder a las necesidades.



- *Aumento de la tasa de lactancia materna exclusiva.* Este indicador hace referencia sobre todo al segundo resultado previsto, es decir, la implantación de un sistema de educación nutricional con miras a cambiar los hábitos y el comportamiento de las madres. A falta de encuestas no pudo analizarse la mejora lograda en las prácticas de lactancia materna exclusiva entre las beneficiarias.
- *Mayor asistencia a las sesiones educativas.* El equipo de evaluación observó la falta de instrumentos adaptados para las sesiones de educación (carteles y fichas plastificadas), mientras algunos de estos instrumentos habían sido elaborado expresamente para el proyecto por el PMA (fichas específicas sobre la vitamina A que se habían impreso pero todavía no se habían distribuido), o bien por las ONG que trabajaban en el sector de la salud y la nutrición en otros departamentos (World Vision). No pudo registrarse ni el número ni la proporción de las mujeres que se beneficiaron de estas sesiones educativas; los registros de beneficiarios, al igual que el informe anual, no incluían ninguna información relativa a las sesiones de educación.

Eficiencia⁶

⇒ Nivel de financiación de la operación

25. El nivel de financiación de la OPSR resultó adecuado ya que a finales de noviembre de 2006 -o sea después de alcanzado el 47% de la tasa de ejecución⁷- había alcanzado una cobertura financiera superior al 70%, con contribuciones y aportes de alimentos por valor de 28,1 millones de dólares comparados con el presupuesto total de 39,9 millones. El Canadá fue el principal contribuyente (18 millones de dólares, correspondientes al 46% del costo total). La OPSR 10382.0 se benefició, por otro lado, de las 5.823 toneladas restantes de alimentos, por valor de 3,1 millones de dólares, procedentes de la OEM 10347 y de la OPSR 10275. No obstante, el nivel de ejecución fue de apenas el 47%, lo que se debió a la complejidad de las condiciones sobre el terreno y a las dificultades de abastecimiento⁸.

⇒ Adecuación de los recursos humanos

26. De forma general la oficina en el país disponía de personal suficiente para llevar a cabo el proyecto. Sin embargo, a pesar de la atención prestada a la contratación de personal competente para el seguimiento de las actividades en las distintas esferas, su número resultó insuficiente para efectuar, como previsto, una visita mensual sobre el terreno.
27. Por otro lado, la misión constató que: i) nadie era oficialmente responsable de la gestión y el seguimiento de los suministros, lo que en parte había contribuido a provocar interrupciones en la cadena de suministro; y ii) el personal capacitado dentro del departamento de “logística” era demasiado escaso como para administrar de manera adecuada el Sistema de análisis y gestión del movimiento de los productos (COMPAS). Además, la calidad de los datos no siempre fue satisfactoria, lo que impidió presentar de manera fidedigna, completa y actualizada la situación de los suministros.

⁶ Para mayores detalles, véase el informe de evaluación técnico de la OPSR 10382.0, capítulo VI.

⁷ En el momento de redactar el informe de evaluación, la duración prevista de este proyecto era de dos años y su terminación se había fijado para finales de abril de 2007. Más tarde se lo prolongó por seis meses.

⁸ Para mayores detalles, véase la sección sobre la logística del programa.



⇒ *Asociaciones de colaboración*

28. **Con el Gobierno.** La oficina en el país operó en Haití con arreglo a un acuerdo marco concluido con el Gobierno en 1969. Sin embargo, el Gobierno y la oficina en el país no habían firmado una carta de entendimiento para la OPSR, tal como preveía dicho acuerdo marco. A nivel nacional las relaciones con el Gobierno fueron aparentemente excelentes pero se limitaron al habitual intercambio de comunicaciones e información con los ministerios interesados. A nivel local la misión pudo comprobar la existencia de estrechas relaciones entre el personal del PMA y los funcionarios gubernamentales (salud y agricultura). La colaboración iniciada a través de unidades permanentes del Estado, como las oficinas agrícolas comunales y los centros de salud del Ministerio de Salud Pública y Población, contribuyó a dar renovado impulso a la red operativa de intervención del Estado en el país. Estas decisiones contribuyeron a respaldar las unidades existentes sobre el terreno que, generalmente, están poco activas por falta de recursos o de motivación suficiente.
29. **Con los organismos de las Naciones Unidas.** Sin embargo, la misión tomó nota de que había habido cierta concertación con los organismos de las Naciones Unidas, en especial gracias a la existencia de grupos temáticos que se reunían a intervalos más o menos regulares. Sin embargo, las visitas sobre el terreno no permitieron detectar una sinergia real entre los distintos programas procedentes de dichos organismos (salvo dentro del marco de las actividades de APT), ya que su presencia era reducida.
30. **Con los asociados sobre el terreno.** La oficina en el país colaboró con 41 asociados sobre el terreno con los cuales concluyó 50 acuerdos de colaboración para la distribución de 20.010 toneladas de alimentos. Se trata de una cifra importante teniendo en cuenta los volúmenes relativamente módicos que a veces se observaron. Sobre los acuerdos de colaboración se formularon las observaciones siguientes: i) se referían fundamentalmente a la logística y a la forma de realizar el tránsito y la distribución final de los alimentos; y ii) eran mucho menos precisos en cuanto al acopio de datos de vigilancia, los criterios de selección de los beneficiarios y el impacto de la ayuda alimentaria, o bien no dicen nada al respecto.
31. Las visitas sobre el terreno mostraron que la distribución de alimentos no estuvo siempre a cargo del asociado contratado, sino de terceros. Esto se verificó con frecuencia cuando se realizó la distribución en un centro de salud que dependía del Ministerio de Salud Pública y Población. En ese caso, el personal médico o paramédico abandonaba temporalmente su función para distribuir los alimentos. Este procedimiento, que ofreció la ventaja de reducir los costos de distribución, debería evitarse por todos los medios por motivos éticos.

⇒ *Adecuación de la asistencia alimentaria*

32. **Hábitos alimentarios.** Las raciones suministradas por el PMA correspondían a los hábitos alimentarios de los beneficiarios. La mezcla de maíz y soja solía ser bien aceptada ya que se asimilaba al maíz molido utilizado en las recetas culinarias locales. No ocurrió lo mismo con ciertos envíos de frijoles que, por su mala calidad, requerían un tiempo prolongado de cocción.
33. **Actividades.** La ración prevista para las actividades de nutrición, compuesta por mezcla de maíz y soja, frijoles, aceite y sal yodada, era conforme a las directivas del PMA: i) satisfacía cerca del 50% de las necesidades energéticas de los niños y la casi totalidad de las necesidades energéticas adicionales de las mujeres gestantes y lactantes; ii) tenía en cuenta la probable repartición de la ración en la familia. En cambio, la ración no satisfacía lo suficiente las necesidades de hierro de las mujeres embarazadas (apenas



14,4 miligramos, correspondientes al 16% de las necesidades, mientras que tendría que satisfacer como mínimo el 50%).

34. De acuerdo con las directivas del PMA, el valor monetario de la ración de APT debía alcanzar el 80% del costo salarial de la mano de obra no cualificada. Es difícil determinar en qué medida se cumplió con estas directivas debido, sobre todo, a las variaciones de los precios de los cereales. No obstante, la oficina en el país acaba de iniciar un proyecto APT muy interesante, en colaboración con la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), que prevé la remuneración mixta (dinero y alimentos) de los trabajadores. Esto permitirá estudiar la reacción de los trabajadores con respecto a la ración de alimentos.
35. **Raciones previstas.** Graves problemas de suministro obstaculizaron la distribución de las raciones previstas. Así pues, en las actividades de nutrición la ración se modificó cinco veces entre julio de 2005 y octubre de 2006, y su composición y cantidad sólo se mantuvieron inalteradas durante tres meses. La mezcla de maíz y soja fue reemplazada por la misma cantidad de arroz -cuyo valor nutricional es inferior- durante siete meses y nuevamente en junio de 2006. La ración se compuso únicamente de frijoles y aceite durante cinco meses seguidos, período en el cual los beneficiarios recibieron una ración desequilibrada (el 55% del valor energético provenía de lípidos, cuya proporción no debería superar el 30%). Por otra parte la ración completa prevista para las personas que viven con el VIH o la tuberculosis pudo distribuirse solamente durante dos meses. El no haber respetado las raciones previstas para estas dos actividades constituyó un obstáculo importante para la consecución de los objetivos del proyecto.

CUADRO 3: COMPOSICIÓN DE LAS RACIONES DISTRIBUIDAS A LAS MUJERES GESTANTES Y LACTANTES Y A LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS (desde la primera distribución hasta octubre de 2006)

	Arroz (g)	Mezcla de maíz y soja (g)	Frijoles (g)	Aceite (g)	Sal (g)	Galletas	Carne
Ración prevista		125	20	15	5		
Julio-diciembre de 2005	125		20	20	5		
Enero-mayo de 2006			60	25	5		Distribución puntual
Junio de 2006	125		20	20	5		
Julio-septiembre de 2006		125	20	15	5	Distribución puntual	
Octubre de 2006		125	20	15	5		

Fuente: Cuadro elaborado a partir de los datos recopilados por el PMA en Haití, noviembre de 2006.

⇒ Logística del programa

36. Las modalidades de espaciamento de los envíos a lo largo del tiempo no fueron satisfactorias. En efecto, además de las graves interrupciones en el suministro de algunos alimentos (legumbres secas y cereales), el programa se vio afectado también por remesas en cantidades masivas (aceite) o bien tardías (mezcla de maíz y soja), lo que llevó en



repetidas ocasiones a tener que interrumpir la cadena de suministro, dando lugar a importantes modificaciones en la composición de las raciones.

37. Distintos motivos provocaron en distinta medida la interrupción de la cadena de suministro: i) la falta de un coordinador en Puerto Príncipe que se encargara de la gestión y el seguimiento del suministro; ii) la falta de coordinación entre la programación y la logística por lo que respecta a los pedidos de alimentos y el seguimiento de las órdenes de compra; iii) los errores de la introducción de datos en el COMPAS, que ya no permitía reflejar la situación exacta de las existencias sobre el terreno; iv) la falta de seguimiento de las órdenes de compra en curso a nivel regional (Panamá) y en la Sede en Roma; v) las dificultades de abastecimiento en el mercado mundial, en particular para la mezcla de maíz y soja; vi) el mal estado de las carreteras; vii) el elevado número de puntos de distribución; así como viii) la escasa capacidad de almacenamiento de los asociados.
38. El proyecto se ejecutó de conformidad con el presupuesto previsto. Sin embargo los costos de transporte terrestre, almacenamiento y manipulación (TTAM), los costos de apoyo directo (CAD), así como los otros costos operacionales directos (COD) representaron cerca del 30% del costo total del conjunto del proyecto. La tasa de CAD resultó particularmente elevada (cerca del doble de la media mundial), debido fundamentalmente a la situación de inseguridad que reinaba en el país.

⇒ *Seguimiento de las actividades*

39. La misión pudo comprobar que los asociados no siempre tenían conciencia de la situación y de la importancia de los datos que debían recopilar en los informes mensuales de las actividades. Dadas las normas de seguridad en materia de desplazamiento y la importancia del número de sitios sometidos a seguimiento, no pudo alcanzarse el objetivo de que cada uno de los nueve oficiales de seguimiento del PMA efectuara una visita mensual a cada sitio.
40. No pudo establecerse el sistema de seguimiento y evaluación definido en la fase de diseño de la operación. Los datos obtenidos se referían en su mayor parte a los indicadores necesarios para elaborar los informes normalizados de los proyectos. La coordinación entre los oficiales de programas y los oficiales de seguimiento fue bastante buena, pero las relaciones entre los primeros y las dependencias de gestión de datos eran poco estructuradas. Fue casi imposible realizar una consulta paralela con datos procedentes de los sistemas WINGS (Sistema Mundial y Red de Información del PMA) o COMPAS porque estos últimos se obtenían utilizando bases diferentes.
41. La dirección de la oficina en el país no disponía en tiempo real de los instrumentos de seguimiento previstos (diagramas de situación precisos en relación con cada actividad) que respondieran adecuadamente a las exigencias de la gestión del proyecto. La información necesaria para la gestión cotidiana de las actividades tenía que solicitarse expresamente. La ejecución, en forma general, resultó poco documentada si bien se habían introducido modificaciones significativas en el esquema de intervención previsto inicialmente.

CONCLUSIONES

42. Teniendo en cuenta el contexto en el que se llevó a cabo la operación, podemos concluir que permitió responder a las necesidades prioritarias del país y orientar la ayuda a las personas más vulnerables a la inseguridad alimentaria. El equipo de evaluación confirmó que era oportuno estructurar la operación en dos componentes (socorro de urgencia y rehabilitación) y distintas actividades, pero recomendó que se estableciera una mayor



sinergia entre estas últimas. Por otra parte, se amplió la orientación geográfica con respecto a lo previsto y se modificaron las actividades de salud y nutrición.

43. Los datos disponibles relativos al seguimiento de los resultados obtenidos permitieron que el equipo de evaluación facilitara indicaciones sobre la ejecución del proyecto pero no que sacara conclusiones definitivas en cuanto a la obtención efectiva de los resultados previstos. Mientras que el componente de socorro de urgencia y las actividades de creación de activos resultaron en general satisfactorios, las conclusiones relativas a las actividades de nutrición presentaron más matices, dado que el único indicador de los resultados utilizado (recuperación nutricional) experimentó una mejora general pero se mantuvo, no obstante, muy por debajo de los objetivos previstos.
44. Las complejas condiciones reinantes sobre el terreno y las dificultades de gestión de los suministros repercutieron en la tasa de ejecución del proyecto (47%), pese a que sólo restaba por ejecutar una cuarta parte de de la operación. Esto provocó frecuentes interrupciones en la cadena de suministros que resultaron muy perjudiciales y tuvieron efectos contraproducentes en la recuperación nutricional.
45. Las principales recomendaciones de la evaluación para la preparación de una nueva operación y las medidas de seguimiento adoptadas por la dirección del PMA figuran en el Anexo I del presente informe.



ANEXO I: MEDIDAS ADOPTADAS POR LA DIRECCIÓN DEL PMA EN RESPUESTA A LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN EL INFORME RESUMIDO DE LA EVALUACIÓN DE LA OPSR HAITÍ 10382.0

Recomendaciones ¹	Entidades responsables	Medidas adoptadas por la dirección del PMA
PARA AUMENTAR LA PERTINENCIA DE LA OPERACIÓN DEL PMA EN HAITÍ		
<p>1. Orientación de la ayuda</p> <p>Realizar, antes de la próxima operación y en asociación con las otras partes dedicadas a la asistencia alimentaria, una evaluación de la seguridad alimentaria y de la vulnerabilidad mediante un estudio del análisis y cartografía de la vulnerabilidad a nivel nacional.</p>	<p>Oficina en el país, Subdirección de Análisis y Cartografía de la Vulnerabilidad (ODAV)</p> <p>CNSA (<i>Coordination Nationale de la Sécurité Alimentaire</i>) y se espera colaborar con las ONG estadounidenses</p>	<p>La Sede, la CNSA y los distintos asociados están elaborando una encuesta a nivel nacional. La recolección de datos primarios se efectuará próximamente y, a finales de año, debería estar disponible un informe preliminar.</p>
<p>2. Actividades de salud y nutrición</p> <p>a) Definir claramente con los principales asociados el enfoque (preventivo o correctivo) que se adoptará en la próxima operación en función de las políticas nacionales y de la capacidad de los asociados.</p> <p>b) Redefinir las características de los beneficiarios, en particular por zonas geográficas, en función de los resultados de la Encuesta sobre mortalidad, morbilidad y utilización de servicios (EMMUS IV).</p>	<p>Oficina en el país (con el Ministerio de Salud Pública y Población y la ONG del sector)</p> <p>Oficina en el país (con el Ministerio de Salud Pública y Población y la ONG del sector)</p>	<p>Los trámites y los encuentros sobre el tema fueron ininterrumpidos con el Ministerio de Salud. Por último se logró un consenso entre el Ministerio, los asociados y el PMA en el sentido de aplicar un enfoque correctivo en vez de preventivo, ya que este último resultaba difícil, incluso imposible de aplicar en el contexto haitiano.</p> <p>Los resultados del encuentro con el Ministerio de Salud, al igual que aquellos de la Encuesta EMMUS IV (de enero de 2007) permitieron precisar los criterios de selección de beneficiarios, en especial de las personas que viven con el VIH.</p>

¹ El informe completo de los evaluadores propone muchas más recomendaciones. Aquí se han retomado sólo las más importantes para presentarlas a la Dirección del PMA y a la Junta Ejecutiva.

ANEXO I: MEDIDAS ADOPTADAS POR LA DIRECCIÓN DEL PMA EN RESPUESTA A LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN EL INFORME RESUMIDO DE LA EVALUACIÓN DE LA OPSR HAITÍ 10382.0

Recomendaciones ¹	Entidades responsables	Medidas adoptadas por la dirección del PMA
PARA AUMENTAR LA EFICACIA DE LA OPERACIÓN DEL PMA EN HAITÍ		
<p>3. Socorro de urgencia</p> <p>Realizar actividades preventivas de protección contra la erosión hídrica (APT) en un 25% del volumen previsto para este componente. Asignar las reservas no utilizadas del componente de socorro de urgencia (en función del tiempo transcurrido) a la realización de actividades de APT adicionales de prevención.</p>	Oficina en el país	La oficina en el país ya firmó acuerdos en este sentido con la OIT, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la organización alemana Agro-Action (AAA). Al efectuar reasignaciones de existencias de urgencia no utilizadas para las actividades preventivas de APT se tendrán en cuenta también las necesidades de ayuda de emergencia, en función de las previsiones de formación de ciclones.
<p>4. Salud y nutrición</p> <p>Reevaluar periódicamente la cantidad de beneficiarios prevista de los centros de salud en función de las necesidades reales y de su capacidad (personal y capacidad de almacenamiento). En caso de que haya cupos establecidos en los centros de salud, reducir el plazo de espera para la admisión a un mes (en función de las altas).</p>	Oficina en el país (con el Ministerio de Salud Pública y Población y la ONG del sector)	Este sistema ya funciona en Puerto Príncipe y se lo está implantando en Cap Haïtien.
<p>5. Sinergias</p> <p>Establecer sinergias entre las distintas actividades de la operación, en particular entre las actividades de APT y las de socorro de urgencia (actividades de prevención e intervención en caso de catástrofes) y entre las actividades de APT y las de apoyo a las personas que viven con el VIH o la tuberculosis (apoyo socioeconómico a las familias).</p>	Oficina en el país	Esto ya ocurre con la sinergia de las actividades de APT y las de socorro de urgencia entre la FAO, la AAA y el PMA. Además, se están celebrando conversaciones con <i>Partners in Health</i> sobre las personas que viven con el VIH. Véase también la recomendación 3.
PARA AUMENTAR LA CALIDAD DE LA EJECUCIÓN Y DEL SEGUIMIENTO DE LA OPERACIÓN DEL PMA EN HAITÍ		
<p>6. Fortalecimiento de las capacidades internas</p> <p>a) Reforzar el número de oficiales de seguimiento aumentando la cantidad de unidades de tres a cuatro para poder realizar, según las normas, una visita mensual de cada sitio.</p> <p>b) Dar formación pormenorizada a tres agentes como mínimo en cada oficina del COMPAS.</p>	Oficina en el país Oficina en el país	El fortalecimiento de los equipos encargados del seguimiento ya está previsto en el presupuesto de la nueva operación. A tal efecto, se tomarán las disposiciones del caso siempre que se cuente con recursos suficientes. Ya se está impartiendo formación.



ANEXO I: MEDIDAS ADOPTADAS POR LA DIRECCIÓN DEL PMA EN RESPUESTA A LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN EL INFORME RESUMIDO DE LA EVALUACIÓN DE LA OPSR HAITÍ 10382.0

Recomendaciones ¹	Entidades responsables	Medidas adoptadas por la dirección del PMA
<p>7. Asociaciones</p> <p>a) Elaborar con el Gobierno una “carta de entendimiento” específica para esta operación.</p> <p>b) Precisar en los acuerdos de colaboración sobre el terreno los elementos siguientes: i) las obligaciones concretas de la recopilación de datos relativos a la ejecución de la operación y al impacto de la ayuda alimentaria; y ii) la identidad de los asociados responsables de la distribución de los alimentos para evitar, en la medida de lo posible, que el personal médico se distraiga de su función principal².</p>	<p>Oficina en el país</p> <p>Oficina en el país</p>	<p>Dado que el proyecto fue aprobado durante el Gobierno interino, no pudo firmarse ninguna carta de entendimiento en ese momento. Se están efectuando negociaciones para concluir una con el Gobierno actual.</p> <p>Los acuerdos firmados con los asociados abarcan estos dos puntos. No obstante, el segundo se reforzará para evitar que el personal médico se distraiga de su función principal.</p>
<p>c) Más allá de los acuerdos de principio elaborados con las principales ONG activas en caso de urgencia, elaborar una “carta de entendimiento” que defina las modalidades de acceso, reciprocidad y coordinación para la utilización de las existencias de reserva disponibles por adelantado².</p>	<p>Oficina en el país y asociados</p>	<p>Ya se han tomado disposiciones a estos efectos y se firmarán cuanto antes cartas de entendimiento para la utilización de las reservas de los asociados en caso de urgencia. En lo que hace a las existencias de reserva del PMA disponibles por adelantado, esta recomendación ya se aplica.</p>
<p>8. Suministros</p> <p>a) Reforzar el seguimiento de las órdenes de compra de alimentos designando/contratando a un encargado del suministro, únicamente responsable del seguimiento de los flujos, así como de los contactos con el despacho regional y la Sede.</p> <p>b) Elaborar y difundir pautas relativas a la organización de las distribuciones de raciones (suministro de instrumentos de medición de referencia para la distribución de raciones, entrega de cuadros con pictogramas modulares para indicar la composición y el tamaño de las raciones).</p>	<p>Oficina en el país</p> <p>Oficina en el país</p>	<p>Ya se han tomado disposiciones a estos efectos.</p> <p>Se está elaborando esta recomendación para suministrar información actualizada y fácilmente utilizable por la contraparte, relativa al surtido de alimentos y las raciones distribuidos.</p>

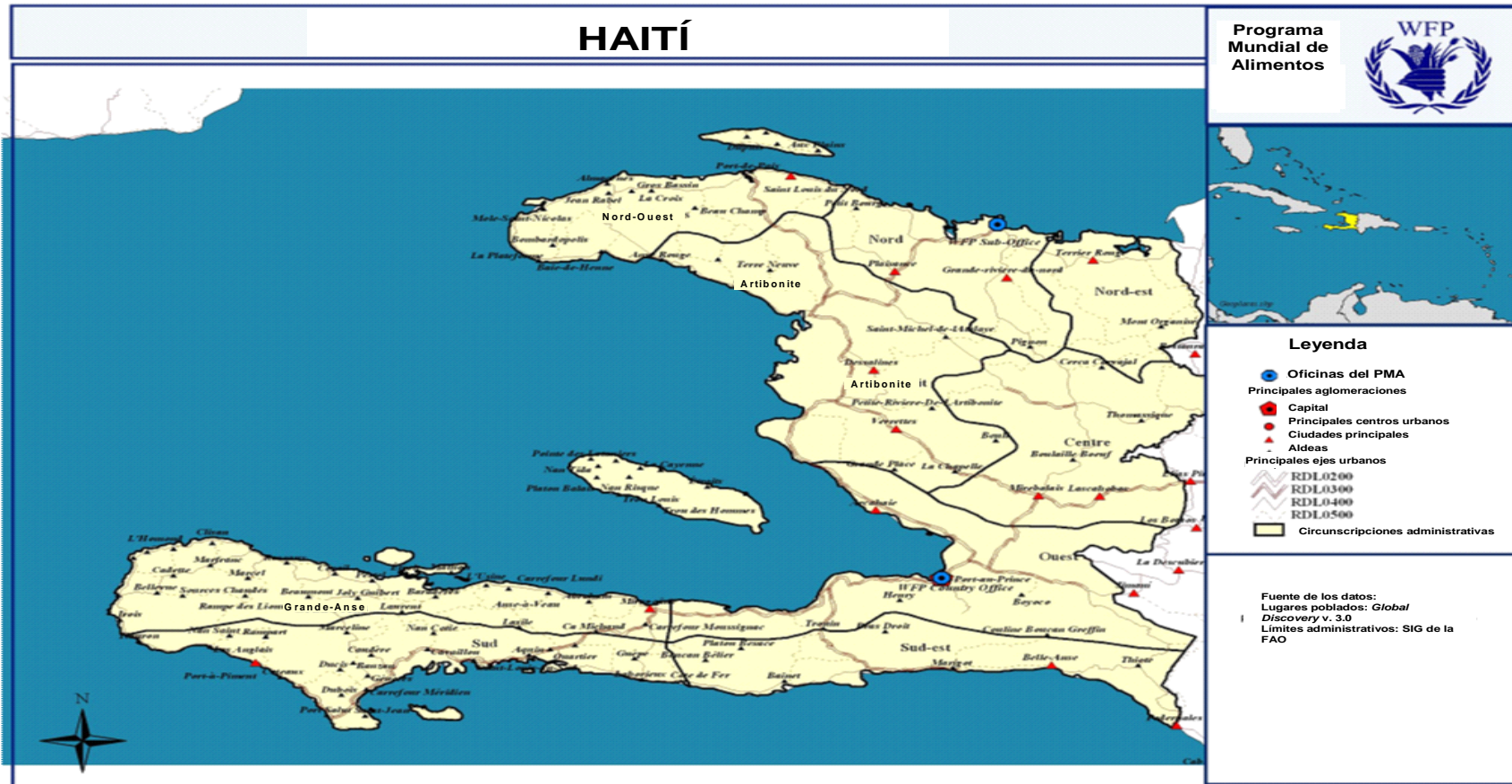


² Las recomendaciones 7b y 7c se enmarcan en los acuerdos globales de colaboración sobre el terreno convenidos entre el PMA y sus ONG asociadas.

ANEXO I: MEDIDAS ADOPTADAS POR LA DIRECCIÓN DEL PMA EN RESPUESTA A LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN EL INFORME RESUMIDO DE LA EVALUACIÓN DE LA OPSR HAITÍ 10382.0

Recomendaciones ¹	Entidades responsables	Medidas adoptadas por la dirección del PMA
<p>9. Seguimiento y evaluación</p> <p>Adaptar los indicadores de los resultados en función de los objetivos establecidos. A partir de los indicadores escogidos instaurar un sistema de seguimiento simple, coherente y normalizado para poder comparar las variables básicas (por ejemplo, el número de beneficiarios y las cantidades de alimentos distribuidas por actividad).</p>	Oficina en el país	Se tomó nota: se están elaborando nuevos formularios de informes.





Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no entrañan, de 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.

LISTA DE LAS SIGLAS UTILIZADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO

AAA	Organización alemana Agro-Action
APT	Alimentos por trabajo
CAD	Costos de apoyo directo
CNSA	Coordinación nacional de la seguridad alimentaria
COD	Costos operacionales directos
COMPAS	Sistema de análisis y gestión del movimiento de los productos
EMMUS	Encuesta sobre mortalidad, morbilidad y utilización de servicios
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
ODAV	Subdirección de Análisis y Cartografía de la Vulnerabilidad
OEDE	Oficina de Evaluación
OIT	Oficina Internacional del Trabajo
ODM	Objetivos de desarrollo del Milenio
ONG	Organización no gubernamental
OPSR	Operación prolongada de socorro y recuperación
TTAM	Transporte terrestre, almacenamiento y manipulación
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
WINGS	Sistema Mundial y Red de Información del PMA