

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

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

Roma, 4-8 de junio de 2007

PROYECTOS QUE REQUIEREN LA APROBACIÓN DE LA JUNTA EJECUTIVA

Tema 9 del programa

OPERACIÓN PROLONGADA DE SOCORRO Y RECUPERACIÓN - INDONESIA 10069.2

Asistencia para la recuperación y la rehabilitación nutricional

Número de beneficiarios	845.000
Duración del proyecto	3 años (del 1° de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2010)
Cantidad de alimentos del PMA	125.341 toneladas
Costo (dólares EE.UU.)	
Costo de los alimentos para el PMA	56.212.330
Costo total para el PMA	98.288.275

Para aprobación

S

Distribución: GENERAL
WFP/EB.A/2007/9-B/2

27 abril 2007
ORIGINAL: INGLÉS

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

NOTA PARA LA JUNTA EJECUTIVA

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

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

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

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

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



RESUMEN

No obstante las continuas mejoras experimentadas desde la crisis de 1998, la recuperación socioeconómica de Indonesia se ha visto obstaculizada por el crecimiento de la población, el escaso desarrollo de la infraestructura y la insuficiencia de recursos destinados al desarrollo humano. En Indonesia oriental, los elevados niveles de malnutrición, la insuficiente educación nutricional y la carencia de micronutrientes (sobre todo en niños y madres) son rasgos comunes.

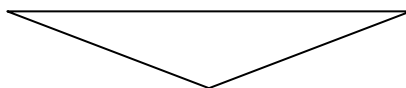
De conformidad con la política del Gobierno, esta operación hace frente a la carencia de micronutrientes mediante intervenciones de suministro de alimentos enriquecidos destinadas a los niños de 2 a 5 años de edad, las mujeres embarazadas y madres lactantes y los alumnos de las escuelas primarias de 6 a 13 años de edad, asociadas a actividades de educación en materia de salud, higiene y nutrición para los beneficiarios, y de capacitación para el personal sanitario y los asociados cooperantes. Se tratará de lograr una mayor convergencia con los programas gubernamentales y programas financiados por los donantes ejecutados en los mismos sectores: por ejemplo, el suministro de alimentos complementarios para los niños de 6 a 24 meses de edad será un programa del Gobierno, y el PMA ofrecerá capacitación y asistencia técnica.

Los proyectos de alimentos por trabajo, alimentos para la capacitación y desarrollo comunitario financiados por el fondo fiduciario del programa Operasi Pasan Swadaya Masyarakat (suministro de arroz subvencionado con fines de protección social) complementarán la operación. El PMA proseguirá su labor de promoción para aumentar el presupuesto destinado al sector social y seguirá contribuyendo a la cartografía de la inseguridad alimentaria y a la vigilancia nutricional.

Todos los alimentos de la operación se producen y compran localmente; una cierta cantidad en especie de trigo importado se intercambiará por galletas y fideos. El PMA tiene una oportunidad sin igual para promover el enriquecimiento con micronutrientes de los productos comerciales.

El programa se centra en las zonas rurales y suburbanas de Timor occidental, Lombok, Madura, Java oriental y la Gran Yakarta. Se ha constituido una reserva para imprevistos ante la eventualidad de que se produzcan terremotos, inundaciones y desprendimientos de tierra.

PROYECTO DE DECISIÓN*



La Junta aprueba la OPSR 10069.2 relativa a Indonesia “Asistencia para la recuperación y la rehabilitación nutricional” (WFP/EB.A/2007/9-B/2).

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



ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Contexto

1. Indonesia ha reducido la pobreza y reforzado la democracia desde la crisis económica y la transformación política de 1997-1998, pero persisten algunos problemas. De una población total de 220 millones de habitantes, 39 millones, o el 18%, viven por debajo de la línea de pobreza nacional, es decir de 1,55 dólares EE.UU. por persona al día en términos de paridad de poder adquisitivo; si se aplicara la definición del Banco Mundial de 2 dólares por persona al día, el porcentaje sería del 50%. Indonesia es un país de bajos ingresos y con déficit de alimentos que ocupa el puesto 108 de entre los 177 países estudiados en el Informe sobre Desarrollo Humano 2006 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
2. Según la evaluación de la seguridad alimentaria realizada en diciembre de 2006 por el PMA, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el Gobierno la pobreza es muy acusada en *Nusa Tenggara Barat*, *Nusa Tenggara Timur*, Papua y Maluku; el 75% de los pobres de Indonesia vive en las islas de Java. En Aceh se concentran aún muchas de las personas con carencias nutricionales de Indonesia, pero se trata de una zona con excedentes de arroz y la llegada de la ayuda como consecuencia del tsunami ha mejorado los indicadores económicos.
3. La evaluación común del país indica como causas principales de la pobreza y el hambre la insuficiencia de los presupuestos destinados al desarrollo humano, el desempleo, la nutrición deficiente, la carencia de oportunidades de sustento, las desigualdades de género y culturales y la explotación de los recursos naturales; estos últimos varían considerablemente entre las provincias y los distritos. El acceso a servicios, por ejemplo los de salud y educación, se ve obstaculizado por la limitada capacidad de los gobiernos locales a raíz de la descentralización de 2003.
4. Las tasas de matrícula en las escuelas primarias son casi del 100% y la paridad de género casi absoluta, pero los niveles educativos son bajos, especialmente en las zonas rurales, y las obras de infraestructura básica, tales como los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento, son insuficientes. Incluso en las escuelas primarias que no cobran derecho de matrícula, el costo de los uniformes y textos escolares es una carga considerable para los pobres.
5. En las zonas rurales, el acceso al agua potable y los servicios de saneamiento es sólo del 48%, frente al 78% de las ciudades; el 80% de los pobres de las zonas rurales y el 59% de los pobres de las zonas urbanas no tienen acceso a fosas sépticas; sólo el 1% de la población dispone de un sistema de aguas residuales canalizado.
6. Indonesia ocupa el tercer lugar en el mundo en lo se refiere a número de enfermos de tuberculosis, y la cifra va en aumento; pero la prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) es baja. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que viven con el VIH 170.000 personas.

7. Desde 2003, cuando la atención sanitaria se descentralizó y se transfirió a los gobiernos provinciales, la atención sanitaria ordinaria se ha deteriorado. En muchas regiones, el 70% de los hogares vive a más de 5 kilómetros de distancia del centro de salud más cercano. Un reciente estudio constató una tasa de absentismo del 40% entre el personal sanitario, con tasas más elevadas en las zonas rurales¹. Desde 1998, el Gobierno se ha esforzado por revitalizar los *posyandu* (puestos de salud locales), que son de vital importancia para mejorar la salud materna e infantil.

Seguridad alimentaria y nutrición

8. El Gobierno y la FAO consideran satisfactorios la producción y el suministro alimentarios actuales. La inseguridad alimentaria se explica por el reducido nivel de ingresos y la erosión del poder adquisitivo. En 2006-2007 se prevén precipitaciones tardías e insuficientes, sobre todo en Java occidental y central, posiblemente como consecuencia de El Niño.
9. El comercio del azúcar, el trigo y el maíz se ha privatizado, pero el Organismo Nacional de Logística Alimentaria (BULOG) da derecho el mercado del arroz mediante el mantenimiento de existencias reguladoras que libera periódicamente para estabilizar los precios. El BULOG se encarga de garantizar la disponibilidad de arroz en el país durante todo el año.
10. El principal programa de ayuda alimentaria del Gobierno, *Beras untuk Orang Miskin* (RASKIN), puesto en marcha por el BULOG, da derecho a los hogares pobres a comprar 10 kilogramos de arroz al mes al precio de 1.000 rupias por kilogramo. La verdad es que sólo el 57% de los pobres se benefician del programa²; a menudo los hogares pobres reciben menos de 10 kilogramos mensuales debido al defectuoso sistema de distribución local y a la falta de efectivo. El programa de subvención del arroz aplicado por el PMA en 1998-2005 contribuyó a paliar este problema en las zonas urbanas pobres, pero se clausuró debido al aumento de las oportunidades de empleo; las lecciones aprendidas se han integrado en la actual labor de promoción.
11. No obstante las mejoras experimentadas en el último decenio, la malnutrición sigue situada en los niveles anteriores a 2000: la cifra actual para los niños menores de 5 años es del 28%; el 44% de los niños de 24 a 59 meses de edad sufre de retraso del crecimiento³. Los niveles de anemia son muy elevados entre los escolares, los adolescentes y las mujeres en edad reproductiva; la prevalencia de la anemia en los niños menores de 5 años puede observarse en el Cuadro 1.

¹ Chaudhury, N., *et al.* 2004. *Provider Absence in Schools and Health Clinics*. Documento disponible en http://neumann.hec.ca/neudc2004/fp/rogers_h_sept_30.pdf

² PMA: Evaluación de la seguridad alimentaria y proyecto piloto de clasificación por fases. Indonesia, diciembre de 2006.

³ Cifras del *Biro Pusat Statistik* (BPS, Oficina de Estadística de Indonesia) 2005–2006. Encuesta social y económica nacional (Susenas), Gobierno de Indonesia.



CUADRO 1. PREVALENCIA DE LA ANEMIA ENTRE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	
Edad (meses)	Prevalencia de la anemia (%)
0-5	61,3
6-11	64,8
12-23	58,0
<24	61,4
24-35	54,4
36-47	38,6
48-59	32,1
24-60	41,7

Fuente: Encuesta nacional sobre la salud y los hogares, 2001.

12. La lactancia exclusiva muy pocas veces se extiende más allá del tercer mes; las prácticas de destete son insatisfactorias y, por lo general, después de la lactancia se introduce de inmediato el régimen alimentario familiar. La mortalidad materna, estimada en 307 defunciones por cada 100.000 nacimientos, es tres veces superior a la del Viet Nam y seis veces superior a la de China.

Hipótesis

13. La mayor parte de los recursos de esta operación prolongada de socorro y recuperación (OPSR) se destinará al programa de rehabilitación nutricional, pero una reserva se destinará a hacer frente a las emergencias imprevistas (los terremotos son frecuentes en Sumatra y Java). Desde el tsunami de 2004, el PMA ha intervenido en cuatro emergencias ocasionadas por terremotos, inundaciones y desprendimiento de tierra.
14. La OPSR se basa en el acceso a existencias alimentarias de emergencia, a personal y a equipo de emergencia. Los planes para imprevistos regionales del PMA complementan la asignación del 10% para las situaciones de urgencia imprevistas, que permiten atender a 70.000 beneficiarios de la OPSR. La oficina en el país conservará una gran parte del material almacenado y del equipo de comunicaciones utilizado en la respuesta posterior al tsunami.

POLÍTICAS, CAPACIDADES Y ACTIVIDADES DEL GOBIERNO Y DE TERCEROS

Gobierno

15. El Gobierno se ha comprometido a lograr los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas; se ha fijado metas de largo alcance para 2010 en lo que se refiere a la reducción de la malnutrición y el bajo peso al nacer, así como a la promoción de la lactancia materna. En 2004 presentó un documento de estrategia de lucha contra la pobreza.



16. El programa de nutrición gubernamental (MP-ASI) destinado a suministrar alimentos de mezcla a los niños malnutridos de 6 a 11 meses de edad, y galletas enriquecidas a los niños de 11 a 24 meses de edad durante 90 días, ha sido reemplazado por la promoción de alimentos locales nutritivos para los niños menores de 24 meses en las mismas zonas, mediante la entrega de donaciones en especie a las familias pobres. El Gobierno está distribuyendo, con carácter experimental, suplementos de micronutrientes en polvo para espolvorear en los alimentos. Los retos son los siguientes: i) convencer a las autoridades provinciales de que adopten la política y asignen el correspondiente presupuesto; ii) seleccionar a las personas más pobres; y iii) extender la cobertura del programa a todo el país.
17. La política de 2003, que delegaba en las provincias y los distritos la toma de decisiones y la elaboración de los presupuestos, creó oportunidades pero también planteó desafíos: incluso en los casos en que se dispone de un presupuesto, los gobiernos locales tienen muy poca experiencia en el establecimiento de prioridades, y la coordinación intersectorial a menudo deja mucho que desear: por ejemplo, los suministros destinados al programa MP-ASI a veces permanecen en los almacenes porque no existe un presupuesto para la distribución. .

Otros actores importantes

18. El Banco Asiático de Desarrollo financia el MP-ASI en seis provincias por medio de un programa piloto de “Mejora de la nutrición mediante la potenciación de la capacidad de las comunidades”, valorado en 50 millones de dólares, para el período 2007-2012, complementado por un presupuesto de contrapartida del Gobierno de 21 millones de dólares. Se supone que hasta 2009 este programa no convergerá con las zonas de operaciones del PMA.
19. El Gobierno de los Estados Unidos ejecuta un programa de 311 millones de dólares en siete provincias para el período 2004-2008, con miras a mejorar la calidad de los servicios humanos básicos y el acceso a los mismos: el programa asocia la salud, la alimentación y la nutrición con la gestión del medio ambiente y los servicios de abastecimiento de agua a nivel de distritos y comunidades, e incluye actividades de alimentación suplementaria selectiva, educación nutricional y formación para sensibilizar acerca de la importancia de la nutrición.
20. El programa de salud y nutrición del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se dedica a las zonas rurales pobres. El UNICEF apoya al Gobierno para mejorar los servicios de abastecimiento de agua potable y saneamiento, especialmente en las escuelas.

Coordinación

21. Los objetivos del Gobierno se pueden alcanzar en el ámbito nacional, pero no se lograrán en algunas zonas remotas. El PMA ejercerá presión sobre los gobiernos locales para la introducción en los presupuestos de asignaciones a favor de los pobres, en consonancia con los ODM, y para la coordinación de los programas financiados por los donantes.
22. Un pilar central del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF) de 2006-2010 en Indonesia es la mejora de las oportunidades de sustento mediante el apoyo para la realización de los ODM, y a estos efectos la OPSR prestará apoyo al Banco Mundial, el UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la FAO, el PNUD, el ONUSIDA, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación,



la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y a organizaciones no gubernamentales (ONG). En Java oriental y *Nusa Tenggara Barat*, el PMA se ha unido a la iniciativa de Focalización de recursos para la mejora de la salud escolar (FRESH)⁴, destinada a centrar los recursos en la mejora de la salud, y que constituye un enfoque innovador de la gestión de las escuelas rurales para la obtención de recursos y la mejora de la enseñanza.

OBJETIVOS DE LA ASISTENCIA DEL PMA

23. La OPSR 10069.2 contribuye a la rehabilitación nutricional y la educación sanitaria después de la crisis económica de 1998, mediante la prestación de apoyo a la nutrición y la recuperación de las familias vulnerables.
24. De conformidad con las prioridades establecidas por la OPSR y los ODM, los objetivos son: i) mejorar la situación nutricional, en lo referente a micronutrientes, de los niños de 24 a 60 meses de edad, de las mujeres embarazadas y las madres lactantes, así como su comportamiento nutricional; ii) mejorar la situación nutricional, en lo referente a micronutrientes, de los escolares de 6 a 13 años de edad, así como rendimiento cognitivo, sus tasas de asistencia y sus conocimientos de comportamientos nutricionales adecuados y la puesta en práctica de los mismos; iii) proporcionar un incentivo alimentario a los enfermos de tuberculosis para alentarlos a seguir el régimen de tratamiento breve de quimioterapia bajo observación directa (DOTS); iv) contribuir a mejorar la seguridad alimentaria de las familias vulnerables afectadas por la inseguridad alimentaria mediante actividades de alimentos por trabajo (APT) y alimentos para la capacitación (APC) con miras a fomentar las capacidades comunitarias; y v) proporcionar ayuda alimentaria a corto plazo a las familias en situaciones de emergencia. Estos objetivos contribuyen a los Objetivos Estratégicos 1, 2, 3 y 4 del PMA; el Objetivo Estratégico 5 se alcanza mediante la labor de promoción y de establecimiento de asociaciones con el Gobierno para la cartografía y el seguimiento de la inseguridad alimentaria. Los Compromisos ampliados relativos a la mujer I, III, IV y V recibirán una especial atención.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DEL PMA

Índole y eficacia de la ayuda proporcionada hasta la fecha en materia de seguridad alimentaria

25. En consonancia con la evaluación de mitad de período externa⁵ de la OPSR 10069.1 y con la evaluación de la seguridad alimentaria de diciembre de 2006, la presente OPSR amplía el programa concentrando la mayor parte de los recursos en Indonesia oriental, donde la prevalencia de la inseguridad alimentaria es mayor y la recuperación ha sido más lenta. Desde la reapertura de la oficina en el país en 1998, el PMA ha ejecutado cuatro OPSR consecutivas y una operación de emergencia (OEM) en respuesta a la sequía y a la crisis económica.
26. Ante la recuperación económica y el aumento de la producción de arroz, en 2002 el PMA dejó de lado paulatinamente la ayuda alimentaria como apoyo a los ingresos para dar

⁴ Iniciativa puesta en marcha en 2000 por la UNESCO, el UNICEF, el Banco Mundial, la OMS y Education International.

⁵ 28 de agosto-17 de septiembre de 2006; el documento se presentará en el período de sesiones anual de 2007 de la Junta Ejecutiva.



preferencia a las intervenciones nutricionales selectivas, en especial con micronutrientes, para las poblaciones vulnerables.

27. El programa *Operasi Pasan Swadaya Masyarakat* (OPSM; suministro de arroz subvencionado con fines de protección social) en las zonas urbanas pobres terminó en 2005; sus beneficiarios se incorporaron al programa RASKIN. El dinero asignado al OPSM, administrado por el PMA y el Gobierno en un fondo fiduciario, se seguirá utilizando por lo menos hasta 2009, principalmente para financiar proyectos de desarrollo comunitario.
28. Las distribuciones de alimentos generales en Aceh y Nias, incluidas en la OPSR 10069.1 en enero de 2006, se suprimirán gradualmente a partir de mediados de 2007; los fondos remanentes del Programa de rehabilitación nutricional (PRN) se agotarán antes de finales de mediados de 2008, cuando se haya cerrado el programa de Aceh.
29. Aunque la malnutrición relacionada con la pobreza persiste en algunas ciudades, el PMA utilizará cada vez más sus limitados recursos en las zonas rurales, donde las carencias infraestructurales y administrativas son mayores, sobre todo en Indonesia oriental: la presencia del PMA, especialmente en los *posyandu*, influirá en las políticas a nivel distrital y nacional.

Estrategia de retirada

30. La OPSR propuesta sigue haciendo hincapié en las intervenciones de suministro de micronutrientes, en la promoción y la capacitación y en la flexibilidad de respuesta en casos de emergencias. Su elemento principal es el PRN en las zonas rurales, centrado en la mejora de los servicios de salud y educación; sus logros dependen de la convergencia con las prioridades del Gobierno apoyadas por los donantes en materia de salud y educación. Los cinco componentes de la OPSR son:
 - servicios de nutrición materna e infantil en los *posyandu*: alimentos enriquecidos y educación en materia de salud y nutrición;
 - alimentación escolar en las escuelas primarias: alimentos enriquecidos y formación basada en los programas de estudio;
 - apoyo a los enfermos de tuberculosis: incentivo alimentario para promover el tratamiento DOTS;
 - actividades de APT y APC en las zonas rurales aquejadas de inseguridad alimentaria, y
 - proyectos de desarrollo comunitario financiados con cargo al fondo fiduciario del OPSM, junto con la nutrición materna e infantil y la alimentación escolar para una mayor convergencia del proyecto.
31. Los alimentos enriquecidos se distribuirán a las madres y los niños en los *posyandu* una vez al mes o a la quincena. El “*día del posyandu*” es una oportunidad para organizar clases sobre nutrición y salud impartidas por parteras y ONG asociadas, a las que se ofrecerán cursos de actualización.
32. En consonancia con la política del Gobierno, la OPSR 10069.2 introducirá dos cambios en relación con la OPSR anterior:
 - i) La nutrición materna e infantil se concentrará en los niños de 2 a 5 años de edad; el Gobierno dirigirá el programa MP-ASI complementario destinado a los niños de 6 a 24 meses de edad, con el apoyo del PMA, que garantizará que las



autoridades nacionales y locales puedan contar con el personal, las instalaciones y el material de capacitación de los asociados cooperantes los días de distribución.

- ii) Para evitar que los fideos enriquecidos sean consumidos por toda la familia, lo que reduciría su eficacia para las mujeres embarazadas y las madres lactantes, se aumentará el grado de enriquecimiento y se indicará más claramente en el embalaje que están destinados a las mujeres embarazadas y las madres lactantes. En la formación nutricional en los *posyandu* y durante las visitas a los hogares se insistirá en ello.
33. Para encontrar métodos sostenibles para el suministro de suplementos de micronutrientes utilizando los alimentos locales, el PMA experimentará la utilización de micronutrientes en polvo en los alimentos básicos para los niños de 2 a 5 años de edad y coordinará sus resultados con los de los programas piloto del Gobierno y de las ONG. El PMA capacitará a los miembros de los hogares en la utilización de los micronutrientes en polvo para garantizar la eficacia.
 34. Las galletas enriquecidas se seguirán utilizando en la alimentación escolar porque las otras opciones, tales como la producción de papillas en las escuelas y las raciones de llevar a casa, son menos eficaces en función de los costos.
 35. La correlación entre la tuberculosis y el VIH/SIDA es una oportunidad para impartir una educación sobre la prevención del VIH/SIDA exenta de estigmatización junto con las clases destinadas a los enfermos de tuberculosis y sus familiares sobre nutrición y tratamiento de la enfermedad. En 2007, el ONUSIDA impartió con carácter experimental cursos sobre el VIH y su detección en los centros de tratamiento de la tuberculosis en los que trabajaba el PMA. Los beneficiarios de la OPSR 10069.2 se incorporarán al programa de la Comisión Nacional sobre el SIDA; se tiene previsto ejecutar un programa ampliado de educación y de análisis clínicos de detección, con la asistencia técnica del ONUSIDA y de la OMS. La principal aportación del PMA es el ofrecimiento de un incentivo alimentario para participar en la educación sobre prevención y seguir un tratamiento inicial; no se trata de un programa de nutrición para enfermos de SIDA. La malnutrición es un factor de riesgo en la infección tuberculosa, por lo que con este apoyo también se procura mejorar el estado nutricional de los pacientes.
 36. Los cambios en lo que se refiere a dotación de personal y recursos permitieron al PMA intensificar sus operaciones cuando se presentaron emergencias. La OPSR asignará por lo menos el 10% de los recursos disponibles para hacer frente a estas eventualidades. Cuando las circunstancias lo exijan, este porcentaje se complementará mediante llamamientos.
 37. En colaboración con *Badan Bimas Keteahanan Pangan* (BBKP, Organismo nacional de seguridad alimentaria), el PMA publicó un *Atlas de la seguridad alimentaria* en 2005 y un mapa sobre la nutrición en los distritos en 2006. La dependencia de análisis y cartografía de la vulnerabilidad (VAM) y el BBKP seguirán capacitando y apoyando a 150 agentes provinciales y de distrito para la vigilancia alimentaria y nutricional; el impacto de este programa de información y promoción de alcance nacional no se limitará a las zonas de operación del PMA.

Estrategia de retirada

38. La especial atención prestada por el PMA a la rehabilitación nutricional y al fomento de capacidad está en consonancia con las prioridades del Gobierno. El desafío consiste en asignar recursos a nivel de provincias y de distritos y coordinarlos con otros programas apoyados por los donantes. Se procurará transferir la responsabilidad de los programas de alimentación escolar a las provincias y los distritos. La OPSR 10069.2 mejorará la viabilidad de los servicios de salud y nutrición de los *posyandu*, pero no debería permanecer como programa aislado indefinidamente. Se han realizado progresos en lo que se refiere al fomento de capacidad; el Gobierno comenzará a asumir la responsabilidad de las intervenciones nutricionales para los niños de 6 a 24 meses de edad en los *posyandu* a partir de 2008. El PMA prevé retirarse completamente en el caso de que se asignen recursos complementarios y que el Gobierno establezca una estrategia antes del final de la OPSR.

BENEFICIARIOS Y ORIENTACIÓN DE LA AYUDA

39. La selección geográfica inicial realizada hasta el nivel de distrito se basa en la información facilitada por el Marco integrado experimental de clasificación de la fase humanitaria y la seguridad alimentaria puesto en marcha por el PMA, la FAO y otros organismos utilizando los datos de la Oficina de Estadística de Indonesia (BPS) y otros estudios. Las decisiones relativas a la selección geográfica se basan en los tipos de indicadores y las fuentes de datos utilizados en el *Atlas de la inseguridad alimentaria de Indonesia* y en el *Mapa de la nutrición en Indonesia*. La inseguridad alimentaria crónica y la vulnerabilidad a las catástrofes naturales se tienen en cuenta en la identificación de las zonas que necesitan asistencia alimentaria. El PMA utiliza los datos y consejos facilitados por los ministerios, autoridades provinciales, organismos especializados y centros de salud para determinar los polos de intervención.
40. La ayuda del PMA se concentrará en las zonas rurales caracterizadas por una pobreza aguda, un déficit alimentario y una elevada desnutrición —actualmente Java oriental, Madura, Lombok, Timor occidental y los tugurios de Java— para así mejorar la sinergia con otros programas de las Naciones Unidas, que es una prioridad del UNDAF 2006-2010, y con los programas bilaterales apoyados por los donantes.
41. Los *posyandu* son los lugares ideales para la nutrición materna e infantil. El Programa de rehabilitación nutricional sensibiliza a las personas y mejora sus conocimientos en materia de salud y necesidades nutricionales; es un punto de partida para hacer frente al problema de la educación nutricional y los hábitos alimentarios. El PMA se esforzará por mejorar la colaboración con otros organismos especializados en esta esfera.
42. La alimentación escolar abarcará todas las escuelas primarias de los distritos seleccionados, que incluyen zonas de la Gran Yakarta. Los niños de 6 a 13 años de edad recibirán galletas enriquecidas para paliar las carencias de micronutrientes, aumentar las capacidades de aprendizaje y fomentar la asistencia. No existe una discriminación por razones de género apreciable en las escuelas primarias. El PMA seleccionará las zonas más pobres designadas como prioritarias por el Gobierno que no cuenten con programas de alimentación escolar. Como compromiso de contrapartida, el PMA tratará de conseguir asignaciones de los gobiernos locales y los donantes para tratamientos antihelmínticos.
43. Se seleccionarán las clínicas privadas y públicas de tratamiento de la tuberculosis en las comunidades más pobres de la Gran Yakarta, Java oriental y Timor occidental, donde se registra el mayor número de casos de tuberculosis. Se contratará a ONG locales asociadas

para que distribuyan los alimentos, sigan de cerca el registro de los beneficiarios e informen sobre el impacto de las raciones de alimentos del PMA en las tasas de detección y curación. Tal como se mencionó anteriormente, se elaborará un programa de educación sobre la prevención del VIH/SIDA y de análisis clínicos de detección junto con la Comisión Nacional sobre el SIDA, el ONUSIDA y la OMS.

44. Las actividades de APT se destinarán a las comunidades pobres de Madura, Lombok y *Nusa Tenggara Timur*, principalmente con la finalidad de rehabilitar y/o crear activos para mejorar la capacidad de recuperación de las personas en caso de catástrofe. Se promoverá la participación de las mujeres en la identificación y gestión de los proyectos; en las zonas pobres las mujeres por lo general constituyen más del 50% de la fuerza de trabajo.
45. Los proyectos comunitarios de fomento de servicios de abastecimiento de agua y saneamiento financiados por el fondo fiduciario del OPSM se concentrarán en *Nusa Tenggara Barat*, *Nusa Tenggara Timur*, Java oriental y la Gran Yakarta, en las escuelas y los *posyandu* del Programa de rehabilitación nutricional, para garantizar un enfoque integrado.

CUADRO 2. NÚMERO DE BENEFICIARIOS PREVISTOS, POR ZONAS DE INTERVENCIÓN						
Actividades del PMA	Gran Yakarta	Java oriental	<i>Nusa tenggara Barat</i>	<i>Nusa tenggara Timur</i>	Socorro	Total
Alimentación escolar	40 000	80 000	100 000	100 000	-	320 000
Programa de nutrición materna e infantil						
Niños de 2 a 5 años de edad	-	48 000	61 000	61 000	-	170 000
Mujeres embarazadas y madres lactantes	-	14 000	18 000	18 000	-	50 000
Tuberculosis	80 000	20 000		20 000	-	120 000
APT/APC	-	40 000	25 000	50 000	-	115 000
Socorro	-	-	-	-	70 000	70 000
Total	120 000	202 000	204 000	249 000	70 000	845 000

CONSIDERACIONES SOBRE LA NUTRICIÓN Y LAS RACIONES

46. La carencia de micronutrientes es un problema de salud pública: reduce la inmunidad, con el consiguiente aumento de la morbilidad y la mortalidad, y aminora el crecimiento. La anemia produce aletargamiento, retrasa el desarrollo mental —al igual que lo hace la carencia de yodo— y aumenta la mortalidad materna, a la que también contribuye la carencia de vitamina A. En Indonesia, el 50% de la población sufre carencias de vitamina A, hierro y yodo⁶.
47. En los *posyandu*, los 1,5 kilogramos de galletas enriquecidas distribuidas a los niños de 2 a 5 años de edad aporta el 50% de la cantidad diaria recomendada; los 5 kilogramos de fideos enriquecidos aportan el 100% de la cantidad diaria recomendada para las mujeres embarazadas y madres lactantes, un incentivo para que las mujeres acompañadas de sus niños pequeños asistan a las clases sobre nutrición. A las mujeres se les prestará ayuda durante todo el embarazo y durante los primeros seis meses de la lactancia.
48. En el marco del programa de alimentación escolar en las escuelas primarias, los niños recibirán por la mañana una merienda de 50 gramos de galletas enriquecidas producidas localmente.
49. La ración familiar mensual de 10 kilogramos de arroz por cada paciente con tuberculosis hace posible que los pacientes sigan los seis meses de tratamiento y compensa los costos de oportunidad, por ejemplo el transporte para llegar a las clínicas.
50. Las normas actuales de las actividades de APT prevén la entrega de 2,5 kilogramos de arroz y 150 gramos de aceite por persona al día, cuyo valor en el mercado es de 1,5 dólares.

CUADRO 3. CANASTA DE ALIMENTOS (en gramos)					
Actividad	Ración diaria por persona				Duración
	Galletas	Fideos	Arroz	Aceite vegetal	
Alimentación escolar	50	-	-	-	240 días
Programa de nutrición materna e infantil	50				
Niños de 2 a 5 años de edad					12 meses
Mujeres embarazadas y madres lactantes		167	-	-	
Tuberculosis	-	-	67	-	12 meses
APT/APC	-	-	500	30	60 días
Socorro	-	-	333	-	4 meses

⁶ Atmaritha, M.P.H. 2005. *Nutrition Problems in Indonesia*. Yakarta, Ministerio de Salud. Según la Encuesta nacional sobre la salud en los hogares de 1995 y las tasas de anemia de 2001: niños menores de 5 años: 47% en 2001; niños en edad escolar: 47,2% en 1995; mujeres embarazadas 40,1% en 2001; madres lactantes: 45,1% en 1995. Trastornos por carencia de yodo: 11,1% en 2003 (estimado). Carencia de vitamina A: 0,33% en 1992, pero el 50% de los niños menores de 5 años tenían un bajo nivel de retinol sérico (20 ug/dl).

DISPOSICIONES DE EJECUCIÓN

Fomento de la capacidad y participación

51. El fomento de la capacidad es esencial para la OPSR en lo que se refiere a eficacia y sostenibilidad. Los principales elementos son:
52. *Atlas de la inseguridad alimentaria*: publicado en agosto de 2005, el atlas ayuda a los encargados de adoptar las decisiones a mejorar las redes de protección social, así como a planificar la preparación e intervención en casos de catástrofes y la mitigación de sus efectos; se ha convertido en un instrumento de seguimiento de la seguridad alimentaria a nivel de distrito.
53. Cartografía y vigilancia de la nutrición: en 2006, el BPS, el Menkokesra (Ministerio de Bienestar Social), la Agencia de Australia para el Desarrollo Internacional y el PMA colaboraron para elaborar el primer *Mapa de la nutrición en Indonesia*. Con el apoyo adicional del Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido, el PMA seguirá ayudando a los organismos encargados de la seguridad alimentaria a recopilar datos sobre la alimentación y la nutrición y a actualizarlos.
54. Establecimiento de un sistema de alerta temprana: en colaboración con el Gobierno, la dependencia de VAM produce un *Boletín de alerta temprana* mensual con información sobre las catástrofes naturales, la meteorología y las previsiones de cosechas. El boletín es utilizado por los organismos de desarrollo y seguirá publicándose durante la OPSR.
55. La sensibilización nutricional en las escuelas y los *posyandu*: la OPSR tiene previsto producir material educativo sobre la nutrición e instruir a las ONG asociadas, los grupos locales y los maestros acerca de su utilización.
56. Proyectos de desarrollo comunitario: el PMA capacitará a las ONG locales para la ejecución de proyectos en pequeña escala, por ejemplo, en la contratación de personal técnico para llevar a cabo las evaluaciones.
57. Género: los asociados en la ejecución y las contrapartes gubernamentales recibirán formación sobre los Compromisos ampliados relativos a la mujer. Las mujeres seguirán estando representadas equitativamente en los comités encargados de seleccionar a los beneficiarios y de identificar y ejecutar los proyectos.

Asociaciones

58. El Menkokesra, la principal contraparte gubernamental del PMA en materia de políticas y programación, colabora con el PMA en la aprobación de los proyectos financiados con cargo al fondo fiduciario del OPSM. Un comité directivo integrado por las contrapartes gubernamentales y el PMA examinará los progresos de la OPSR, facilitará orientación y se encargará de las contribuciones del Gobierno.
59. El Ministerio de Salud se encarga de la coordinación de las autoridades provinciales y distritales en las zonas e operación del PMA, con el fin de garantizar que se presupuesten las asignaciones del MP-ASI destinadas a los niños de 6 a 24 meses de edad. El PMA proporcionará una lista de los *posyandu* que participan en su programa. En lo referente al fomento de las capacidades relacionadas con la vigilancia alimentaria y nutricional y al *Atlas de la inseguridad alimentaria*, el PMA colaboró con los ministerios de Agricultura, Sanidad y Bienestar Familiar.



60. Basándose en las asociaciones establecidas, las ONG serán seleccionadas en función de su experiencia, su capacidad y la aplicación satisfactoria de las políticas de género; se encargarán de la logística, la distribución, el seguimiento y la presentación de informes.
61. Aprovechando el programa de tratamiento antihelmíntico llevado a cabo en las escuelas primarias de Aceh en 2005-2006, el PMA colaborará con el UNICEF para luchar contra las infecciones helmínticas en las zonas de operación.
62. El PMA ha seleccionado empresas con sede en Indonesia para la producción y distribución de galletas y fideos enriquecidos. Además, promoverá el potencial comercial de los productos enriquecidos mediante la asociación con empresas del sector privado.

Aportaciones no alimentarias

63. Se trata de material educativo sobre nutrición, higiene y salud suministrado a los *posyandu*, las escuelas primarias y las clínicas de tratamiento de la tuberculosis. Se promueve la responsabilidad ante el medio ambiente alentando el lo posible el reciclaje de los embalajes.

Disposiciones de arreglos logísticos

64. El PMA seguirá manteniendo intercambios con las existencias de arroz del BULOG, y recibirá arroz, trigo y aceite a través de los puertos de Yakarta o Surabaya. El trigo se intercambiará con galletas y fideos producidos por empresas de alimentos locales, de conformidad con los acuerdos de trueque.
65. En cuanto a los envíos de trigo y aceite, el PMA se ocupa del despacho de aduana y la molturación, en coordinación con el Menkokesra. La descarga de los buques y la entrega a las compañías designadas y a los almacenes del PMA estarán a cargo de agentes contratados; las galletas y los fideos se envían a los puntos de entrega en el interior del país (PEIP) con arreglo a las mismas modalidades. La gestión de los almacenes de los PEIP se irá transfiriendo gradualmente a subcontratistas externos.
66. La índole del programa exige asociados que garanticen el transporte de los productos de los almacenes a un gran número de puntos de distribución final, lo cual aumenta los costos de transporte terrestre, almacenamiento y manipulación (TTAM). La oficina en el país se encarga de las transacciones relativas al TTAM; el sistema de análisis, procesamiento y seguimiento de productos está en funcionamiento en todas las suboficinas.

Compras

67. Los alimentos se comprarán al mejor precio y con la aprobación de la autoridad responsable de las compras. El Gobierno aprueba la molienda local de los envíos en especie de trigo para la fabricación de galletas y fideos.
68. Se buscarán nuevas empresas fabricantes de galletas y fideos para estimular la competencia. La OPSR alentará la producción de alimentos comerciales enriquecidos para el mercado local; también se examinará el mercado local para otros productos.

SEGUIMIENTO DE LAS REALIZACIONES

69. La oficina en el país de Yakarta, la oficina zonal de Surabaya, las suboficinas Mataram (*Nusa Tenggara Barat*) y Kupang (*Nusa Tenggara Timur*) y las oficinas sobre el terreno de Madura (Java oriental) y Atambua (*Nusa Tenggara Timur*) se encargarán del seguimiento de los programas. Las contrapartes gubernamentales y los asociados cooperantes recibirán



capacitación sobre el seguimiento basado en los resultados; los productos y los efectos directos serán objeto de un seguimiento conjunto.

70. En todas las categorías de actividades se utilizarán instrumentos de gestión basada en los resultados, que harán hincapié en la recopilación de datos, la rendición de cuentas, el seguimiento por contacto con los beneficiarios y la presentación de informes. La información se elaborará en el banco de datos de seguimiento y evaluación (SyE) basado en la Web y se dará a conocer a las contrapartes gubernamentales y los asociados con miras a mejorar las realizaciones de los programas.
71. El impacto de la rehabilitación nutricional, en especial la reducción de la anemia en los grupos beneficiarios, se evaluará mediante una encuesta de referencia sobre la tasa de hemoglobina y seguimientos anuales de ésta. Una encuesta de mitad de período sobre los conocimientos, actitudes y prácticas permitirá evaluar las mejoras en el comportamiento de los grupos beneficiarios en lo referente a prácticas nutricionales y prácticas sanitarias relacionadas con la nutrición. En 2009 se realizará una evaluación de mitad de período externa y, sucesivamente, una evaluación de las necesidades para hacer una previsión de las futuras actividades del PMA en Indonesia.

EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PLANIFICACIÓN PARA IMPREVISTOS

Riesgos

72. Se reconocen los siguientes riesgos:
 - capacidad o presupuestos limitados de los asociados cooperantes, los organismos gubernamentales y los grupos de la sociedad civil;
 - condiciones meteorológicas adversas que afecten a las cosechas y obliguen a pasar de las actividades de recuperación a las de socorro;
 - insuficiente compromiso de las contrapartes cuando el PMA se retire; y
 - una división desigual de las raciones individuales en los hogares o las comunidades, que limite el impacto de las intervenciones nutricionales.

Planificación para imprevistos

73. Las limitaciones en lo que hace a capacidades se tratarán de resolver mediante cursos de repaso sobre nutrición para los asociados, el personal de los gobiernos locales y los grupos de las aldeas, junto con la adopción de nuevos envases y el aumento de enriquecimiento de los fideos para impedir que las mujeres embarazadas y las madres lactantes los compartan con los demás miembros del hogar. Las asignaciones presupuestarias del Gobierno para los programas de suministro de micronutrientes dependerán de la constancia de la labor de promoción en los ámbitos nacional y regional.
74. Se prevén terremotos e inundaciones: en la OPSR se incluye una reserva para imprevistos del 10% para 70.000 beneficiarios. Hasta la fecha, los donantes han entregado fondos adicionales destinados a casos concretos. En el marco del sistema de grupos temáticos y de las consignaciones financieras conexas, que actualmente se mantienen en la Sede, se están tomando medidas para que la oficina en el país pueda acumular artículos no alimentarios y crear una reserva.
75. La oficina en el país y las suboficinas celebran periódicamente reuniones con la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios, las ONG y otros organismos de las Naciones



Unidas para examinar las necesidades. Las negociaciones con el BULOG tienen por finalidad aprovechar las existencias de arroz en caso de que se presenten emergencias en lugares alejados de las reservas del PMA. Dentro de poco se establecerán mecanismos de contingencia para hacer frente a la eventualidad de una epidemia de gripe aviar, destinados principalmente a garantizar la protección y seguridad del personal.

CONSIDERACIONES RELATIVAS A LA SEGURIDAD

76. El Equipo de gestión de la seguridad de las Naciones Unidas examina periódicamente las condiciones de seguridad. Con excepción de las zonas situadas más allá de Kupang, en Timor occidental (segunda fase), actualmente no existen graves riesgos de seguridad en las zonas de operaciones. El PMA dispone de radios de alta frecuencia, microteléfonos y teléfonos de comunicación por satélite en todas las suboficinas, y respeta las normas mínimas de seguridad en las operaciones y las normas sobre el equipo mínimo de telecomunicaciones para la seguridad.

RECOMENDACIÓN

77. Se recomienda a la Junta que apruebe la OPSR 10069.2 relativa a Indonesia.

ANEXO I-A

DESGLOSE DE LOS COSTOS DEL PROYECTO			
	Cantidad (toneladas)	Costo medio por tonelada (dólares EE.UU.)	Valor (dólares EE.UU.)
COSTOS PARA EL PMA			
A. Costos operacionales directos			
Productos*			
– Arroz	58 432	400	23 372 640
– Aceite vegetal	2 484	740	1 838 800
– Galletas	15 524	1 075	16 688 650
– Fideos	6 764	870	5 884 680
– Trigo	42 137	200	8 427 400
Total de productos	125 341		56 212 330
Transporte externo			6 347 508
Total de TTAM			13 780 545
Otros costos operacionales directos			3 084 882
Total de costos operacionales directos			79 425 266
B. Costos de apoyo directo¹ (véase Anexo I-B)			12 432 937
C. Costos de apoyo indirecto² (7% del total de los costos directos)			6 430 074
COSTO TOTAL PARA EL PMA			98 288 275
*Se trata de una canasta de alimentos teórica utilizada con fines de presupuestación y aprobación. La combinación y las cantidades de productos pueden variar en función de la disponibilidad			

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

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

ANEXO I-B

NECESIDADES DE APOYO DIRECTO (dólares EE.UU.)	
Personal	
Personal internacional de categoría profesional	4 413 690
Oficiales profesionales nacionales	1 034 267
Personal nacional de servicios generales	2 673 777
Asistencia temporal	75 000
Horas extras	75 000
Incentivos	150 000
Consultores internacionales	225 000
Viajes del personal en comisión de servicio	1 040 000
Formación y promoción del personal	300 000
Total parcial	9 986 734
Gastos de oficina y otros gastos corrientes	
Alquiler de instalaciones	680 000
Servicios públicos (generales)	170 000
Material de oficina	217 523
Comunicaciones y servicios de tecnología de la información	539 804
Seguro	16 260
Reparación y mantenimiento del equipo	172 423
Costos de mantenimiento y funcionamiento de los vehículos	223 392
Otros gastos de oficina	79 097
Servicios de las organizaciones de las Naciones Unidas	137 203
Total parcial	2 235 702
Equipo y otros gastos fijos	
Mobiliario, herramientas y equipo	135 000
Vehículos	0
Equipo de telecomunicaciones y tecnología de la información	75 500
Total parcial	210 500
TOTAL DE COSTOS DE APOYO DIRECTO	12 432 937

ANEXO II: MARCO LÓGICO

Efectos	Indicadores de los efectos	Supuestos y riesgos
<p>Programa de nutrición materna e infantil, Objetivo Estratégico 3:</p> <p>1.1 Las carencias de micronutrientes entre los niños de 2 a 5 años de edad y las mujeres embarazadas y madres lactantes disminuyen en los puestos de salud locales que reciben asistencia.</p> <p>1.2 Los conocimientos y prácticas en materia de nutrición y de salud relacionada con la nutrición mejoran entre las mujeres embarazadas, las madres lactantes y las personas encargadas de cuidar de los niños.</p>	<p>1.1.1 Reducción de la prevalencia de la anemia entre los niños de 2 a 5 años de edad, por sexo.</p> <p>1.1.2 Reducción de la prevalencia de la anemia entre las mujeres embarazadas y las madres lactantes.</p> <p>1.2.1 Porcentaje de mujeres beneficiarias que utilizan regularmente los servicios de nutrición materna e infantil en los puestos de salud comunitarios.</p> <p>1.2.2 Porcentaje de mujeres beneficiarias que adoptan mejores prácticas nutricionales y prácticas de salud relacionadas con la nutrición.</p>	<p>El Gobierno mantiene firmemente su compromiso de mitigar la malnutrición.</p> <p>Las enfermedades que afectan al estado nutricional de la población beneficiaria están bajo control.</p> <p>El Gobierno mantiene firmemente su compromiso de lograr la educación para todos.</p> <p>Los sistemas de atención sanitaria, abastecimiento de agua y saneamiento se reestablecen rápidamente en las zonas afectadas por las catástrofes.</p>
<p>Programa de alimentación escolar, Objetivos Estratégicos 3 y 4:</p> <p>2.1 Las carencias de micronutrientes entre los alumnos de las escuelas primarias disminuyen en las escuelas que reciben asistencia.</p> <p>2.2 Las capacidades de concentración y aprendizaje de los niños y niñas mejoran en las escuelas que reciben asistencia.</p> <p>2.3 Las tasas de asistencia de los niños y niñas mejoran en las escuelas que reciben asistencia.</p> <p>2.4 Los conocimientos y prácticas de los estudiantes en materia de salud, nutrición e higiene básicas mejoran.</p>	<p>2.1.1 Reducción de la prevalencia de la anemia entre los niños en edad escolar, por sexo.</p> <p>2.2.1 Percepción de los maestros de una mejora de las capacidades de concentración y aprendizaje de los niños como consecuencia del consumo de galletas enriquecidas.</p> <p>2.3.1 Porcentaje de niñas y niños de las escuelas primarias seleccionadas que tienen una asistencia mínima del 80%.</p> <p>2.4.1 Porcentaje de estudiantes que han adoptado un comportamiento correcto en materia de higiene.</p>	<p>El Gobierno mantiene su compromiso de apoyar todos los programas en las zonas seleccionadas.</p> <p>Las nuevas catástrofes no son de una magnitud sin precedentes.</p>
<p>Apoyo a los enfermos de tuberculosis, Objetivo Estratégico 3:</p> <p>3.1 Aumenta la participación de enfermos de tuberculosis en el tratamiento DOTS en las clínicas/los centros de salud seleccionados.</p>	<p>3.1.1 Porcentaje de enfermos de tuberculosis que terminan el ciclo de tratamiento DOTS, por sexo.</p> <p>3.1.2 Aumento del porcentaje de detección de casos de tuberculosis.</p>	



ANEXO II: MARCO LÓGICO

Efectos	Indicadores de los efectos	Supuestos y riesgos
<p>Programas de APT/APC, de desarrollo comunitario y de distribución general de alimentos de urgencia, Objetivos Estratégicos 1 y 2:</p> <p>4.1 Mejoran los medios de subsistencia de los grupos vulnerables gracias a la creación o rehabilitación de los conocimientos técnicos y los activos comunitarios/individuales.</p> <p>4.2 Se previene el deterioro del estado nutricional de las poblaciones afectadas por las catástrofes.</p>	<p>4.1.1 Número efectivo y porcentaje de activos utilizados y mantenidos que reciben apoyo, por tipo.</p> <p>4.1.2 Contribución local en tierras y mano de obra para proyectos de infraestructura.</p> <p>4.1.3 Proporción de gastos de los hogares destinados a los alimentos.</p> <p>4.2.1 Prevalencia de la malnutrición aguda global entre los niños menores de 5 años de la población beneficiaria, por sexo (emaciación y/o síntomas clínicos de edema).</p> <p>4.2.2 Prevalencia de la malnutrición entre niños menores de 5 años en la población beneficiaria, por sexo (peso para la edad).</p>	
Productos	Indicadores de los productos	
<p>1.1.1 Se seleccionan los puestos de salud locales en las zonas que presentaban tasas elevadas de malnutrición.</p> <p>1.1.2 Los niños y mujeres beneficiarios reciben los alimentos enriquecidos en los plazos previstos y en cantidades suficientes.</p>	<p>1.1.1.1 Número de puestos de salud con una elevada prevalencia de malnutrición cubiertos, como porcentaje del número previsto.</p> <p>1.1.2.1 Cantidad efectiva de alimentos enriquecidos distribuidos, como porcentaje del volumen previsto, por tipo de producto.</p> <p>1.1.2.2 Número efectivo de niños de 2 a 5 años de edad que reciben alimentos enriquecidos, como porcentaje del número previsto, por sexo.</p> <p>1.1.2.3 Número efectivo de mujeres embarazadas y madres lactantes que reciben alimentos enriquecidos, como porcentaje del número previsto.</p>	<p>Los donantes facilitan recursos a su debido tiempo.</p> <p>Los asociados cooperantes y los departamentos gubernamentales proporcionan suficiente personal calificado.</p> <p>Se garantiza el libre acceso a las zonas de ejecución.</p>
<p>1.1.3 El personal sanitario y los voluntarios de salud de las aldeas imparten la educación nutricional y sanitaria centrada en la adquisición de competencias.</p>	<p>1.1.3.1 Número efectivo de personas que han recibido capacitación, por tipo de capacitación y por sexo.</p> <p>1.1.3.2 Porcentaje de puestos de salud que imparten la educación nutricional y sanitaria centrada en la adquisición de competencias.</p>	<p>Las partes interesadas mantienen firmemente su compromiso.</p> <p>La cooperación interinstitucional funciona y se aplican las estrategias comunes mejoradas</p>



ANEXO II: MARCO LÓGICO

Efectos	Indicadores de los efectos	Supuestos y riesgos
<p>2.1.1 Se seleccionan las escuelas de primaria en las zonas con tasas elevadas de malnutrición.</p> <p>2.1.2 Los alumnos de primaria seleccionados reciben las galletas enriquecidas en los plazos previstos y en cantidades suficientes.</p> <p>2.1.3 El programa FRESH se aplica en las escuelas seleccionadas, haciendo hincapié en la capacitación nutricional y sanitaria centrada en la adquisición de competencias.</p>	<p>2.1.1.1 Número de escuelas en que se registra una elevada prevalencia de la malnutrición.</p> <p>2.1.2.1 Número efectivo de alumnos de primaria que reciben galletas enriquecidas, como porcentaje del número previsto, por sexo.</p> <p>2.1.2.2 Cantidad efectiva de galletas enriquecidas distribuidas, como porcentaje del volumen previsto.</p> <p>2.1.3.1 Número de escuelas que aplican el programa FRESH.</p> <p>2.1.3.2 Número efectivo de personas que han recibido capacitación, por tipo de capacitación y por sexo.</p> <p>2.1.3.3 Porcentaje de escuelas que imparten educación nutricional y sanitaria centrada en la adquisición de competencias.</p> <p>2.1.3.4 Número de alumnos que reciben comprimidos helmínticos, por sexo.</p>	<p>Los asociados y/o proveedores facilitan los insumos a su debido tiempo y a un costo rentable.</p> <p>Los medicamentos contra la tuberculosis están a disposición para distribuirlos a las clínicas/los centros de salud.</p> <p>El dinero del fondo fiduciario se entrega según las necesidades.</p> <p>Las evaluaciones de necesidades se financian y realizan a su debido momento.</p>
<p>3.1.1 Los enfermos de tuberculosis registrados reciben la ración de alimentos mensual.</p> <p>3.1.2 Los beneficiarios previstos reciben los alimentos en los plazos previstos y en cantidades suficientes.</p>	<p>3.1.1.1 Número efectivo de enfermos de tuberculosis que siguen el tratamiento DOTS, como porcentaje de los beneficiarios estimados, por sexo.</p> <p>3.1.2.1 Cantidad efectiva de alimentos distribuidos, como porcentaje del volumen previsto.</p>	
<p>4.1.1 Se presta apoyo a la creación y la rehabilitación de activos infraestructurales comunitarios.</p>	<p>4.1.1.1 Número efectivo de proyectos/planes de APT que reciben apoyo, por tipo.</p> <p>4.1.1.2 Número efectivo de proyectos de desarrollo comunitario que reciben apoyo en las comunidades pobres, por tipo.</p> <p>4.1.1.3 Número de hogares/personas que se benefician de los activos que reciben apoyo.</p>	

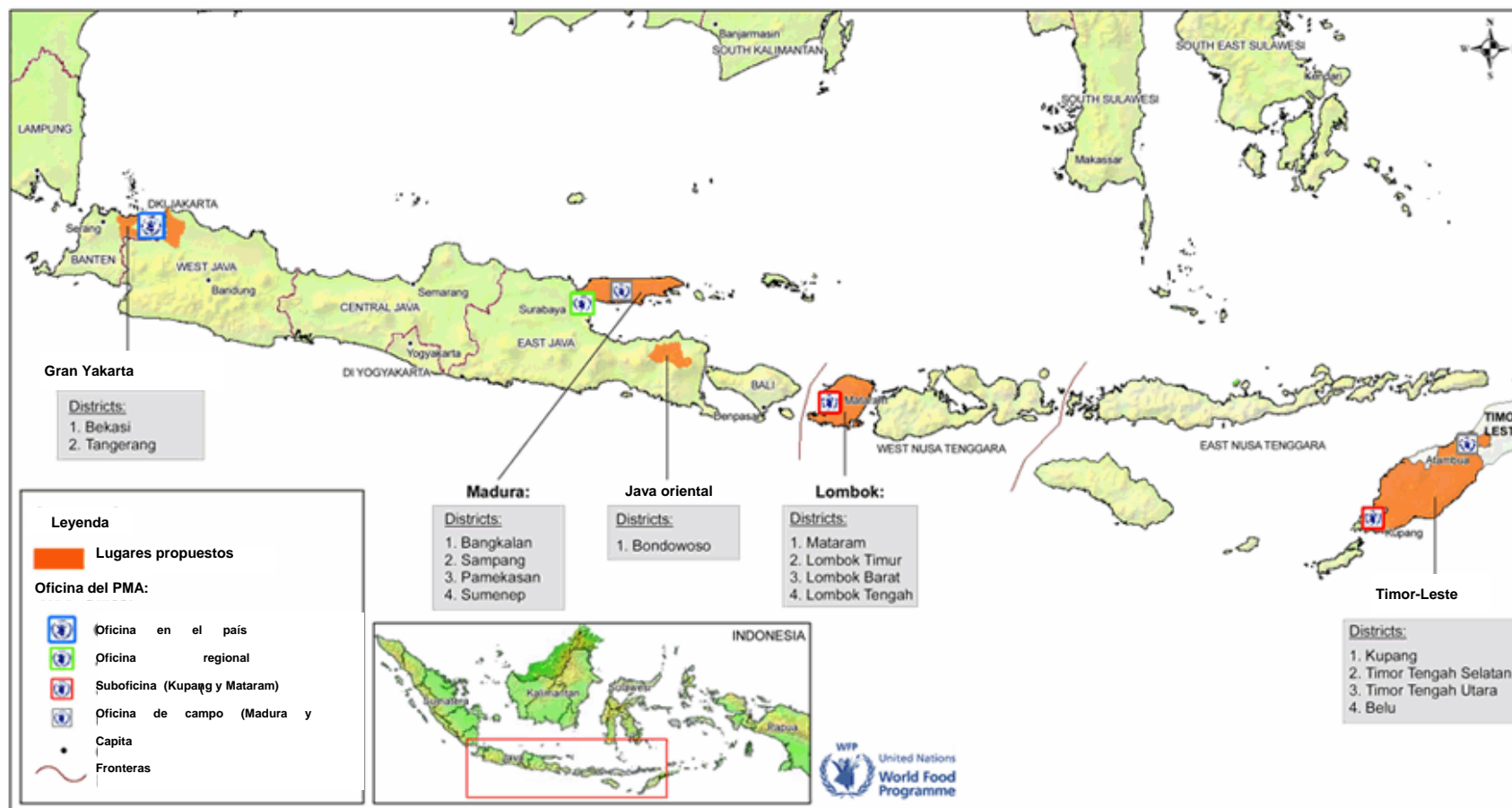


ANEXO II: MARCO LÓGICO

Efectos	Indicadores de los efectos	Supuestos y riesgos
<p>4.2.1 Se facilitan las actividades de capacitación para la adquisición de conocimientos y competencias.</p> <p>4.3.1 Los beneficiarios previstos reciben los alimentos en los plazos previstos y en cantidades suficientes.</p> <p>4.4.1 Se apoya el establecimiento de grupos de las aldeas encargados de la ejecución de las actividades, el mantenimiento o la distribución de alimentos.</p> <p>4.5.1 La evaluación de las necesidades se lleva a cabo en colaboración con el Gobierno y con otros organismos.</p>	<p>4.2.1.1 Número efectivo de personas que han recibido capacitación a través del programa de APC/desarrollo comunitario, como porcentaje del número previsto, por tipo de capacitación y por sexo.</p> <p>4.3.1.1 Número efectivo de beneficiarios de las actividades de APT/APC/distribución general de alimentos que reciben alimentos, como porcentaje del número previsto, por sexo.</p> <p>4.3.1.2 Cantidad efectiva de alimentos distribuidos a través de las actividades de APT/APC/distribución general de alimentos, como porcentaje del volumen previsto, por tipo de producto.</p> <p>4.4.1.1 Número efectivo de comités de APT/desarrollo comunitario/distribución general de alimentos asistidos con información sobre mujeres que ocupan puestos de responsabilidad.</p> <p>4.5.1.1 Número efectivo y porcentaje de las recomendaciones derivadas de las evaluaciones de las necesidades, sobre aspectos relativos a la orientación de la ayuda o sobre ajustes de las raciones, por ejemplo, que se aplican realmente.</p>	
Indicador de producto común a todos los programas		
<p>5.1.1 Se suscriben contratos con los asociados cooperantes y se refuerza la capacidad de las partes interesadas en materia de evaluación y gestión de la ejecución, incluida la logística y el SyE.</p>	<p>5.1.1.1 Número de contratos suscritos por los asociados cooperantes, por programa.</p> <p>5.1.1.2 Número de miembros del personal de los asociados cooperantes que han recibido capacitación, por tipo de capacitación, por programa y por sexo.</p>	



Zonas de intervención propuestas para la OPSR 10069.2 relativa a Indonesia (2008-2010)



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



LISTA DE SIGLAS

APC	Alimentos para la capacitación
APT	Alimentos por trabajo
BPS	<i>Biro Pusat Statistik</i> (Oficina de Estadística de Indonesia)
BULOG	Organismo Nacional de Logística
DOTS	Régimen de tratamiento breve con quimioterapia bajo observación directa
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FRESH	Focalización de recursos para la mejora de la salud escolar
MP-ASI	Programa gubernamental de alimentos de mezcla para la nutrición
ODB	Bureau régional de Bangkok (Asie)
ODM	Objetivo de desarrollo del Milenio
ODP	Despacho Regional de Ciudad de Panamá (América Latina y el Caribe)
OEM	Operación de emergencia
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPSM	<i>Operasi Pasan Swadaya Masyarakat</i> (Arroz subvencionado con fines de protección social)
OPSR	Operación prolongada de socorro y recuperación
PRN	Programa de rehabilitación nutricional
PEIP	Punto de entrega en el interior del país
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RASKIN	<i>Beras untuk Orang Miskin</i> (Programa de asistencia alimentaria)
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SyE	Seguimiento y evaluación
TTAM	Transporte terrestre, almacenamiento y manipulación
UNDAF	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VAM	Análisis y cartografía de la vulnerabilidad
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana