

برنامج  
الأغذية  
العالمي



Programme  
Alimentaire  
Mondial

World  
Food  
Programme

Programa  
Mundial  
de Alimentos

Tercer período de sesiones ordinario  
de la Junta Ejecutiva

Roma, 20 - 23 octubre 1997

## INFORMES DE EVALUACIÓN

Tema 5 del programa

# S

Distribución: GENERAL

**WFP/EB.3/97/5/Add.4**

11 septiembre 1997

ORIGINAL: INGLÉS

## INFORME RESUMIDO

### **Evaluación temática sobre lecciones derivadas de la ayuda alimentaria a las actividades de SMI sobre cómo hacer frente a las necesidades alimentarias críticas de mujeres y niños.**

<sup>1</sup> La misión de evaluación estuvo coordinada por un oficial de evaluación de la OED. A la preparación de este informe resumido ayudó la Dependencia de Programas de Ayuda Alimentaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La misión de evaluación fue llevada a cabo en marzo-abril de 1997 por un especialista en nutrición (jefe de equipo) del PMA; un analista de políticas del PMA; y un experto en sanidad (consultor) de la OMS.

## RESUMEN

El presente informe se basa en una misión PMA/OMS que examinó varios proyectos de alimentación complementaria del PMA en Pakistán, Viet Nam, Malawi y Tanzania. Las visitas a los distintos lugares sirvieron de complemento a un examen de gabinete que fue realizado por la Dependencia de Programas de Ayuda Alimentaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra.

Los programas de alimentación complementaria del PMA, que llegan a un gran número de mujeres y niños vulnerables, absorben aproximadamente una quinta parte de los recursos que dedica el PMA al desarrollo. Hay que señalar que estas intervenciones producen beneficios a largo plazo con unas necesidades de alimentos bastante modestas por persona y año.

Por lo que respecta a la selección de países, no se aplican rigurosamente las instrucciones sobre asignación de recursos del PMA. No obstante, los proyectos de ámbito nacional son poco comunes y se aplica la selección de zonas dentro de los países, con un grado variable de éxito. Se necesita ciertamente cumplir las políticas del PMA de encauzar más recursos de desarrollo a los países menos adelantados (MA). Además, la selección de zonas dentro de los países empleando unos indicadores muy concretos puede mejorar la eficacia-costos.

En estos proyectos, la ayuda alimentaria cumple una doble función: a) de catalizadora para una mayor utilización de los servicios de salud materno-infantil (SMI), y b) un apoyo nutricional. Es posible un buen equilibrio entre los dos cometidos aunque no siempre se logra. Los efectos nutricionales de la alimentación complementaria son difíciles de demostrar debido a lo poco satisfactorio de los sistemas de seguimiento y evaluación. Por otra parte, las mejoras en la cobertura de la asistencia de SMI, que son más fáciles de demostrar, resultan sostenibles cuando los alimentos se suministran acompañados de otros insumos.

No se especifica claramente la selección de los beneficiarios. La selección geográfica (p. ej., zonas con déficit de alimentos y afectadas por la pobreza), sin la aplicación de criterios de selección individual, tal vez no sea eficaz en función de su costo. En la selección individual, tiene que establecerse un equilibrio entre impedir una malnutrición temprana (como la prevención de la insuficiencia ponderal del recién nacido) y curar una malnutrición moderada y grave en los niños, impidiendo así los daños duraderos que produce. Sea cual sea el enfoque que se elija, la eficacia de la alimentación complementaria se eleva al máximo cuando se integran diferentes variables de selección: vulnerabilidad, evaluaciones nutricionales y alimentarias, selección de actividades, tipo/valor/tiempo/duración de los suplementos alimentarios y aportaciones técnicas necesarias.

Las limitaciones en las entregas alimentarias repercuten en la efectividad y eficacia de los proyectos. La distribución de una cesta compleja de alimentos (es decir, un gran número y cantidades diferentes de productos alimenticios) suele sobrecargar al personal de las instituciones de salud. Las directrices en materia de composición y valor nutritivo de las raciones alimentarias (suplemento muy energético y de alto valor proteínico) y el tipo de sistema de distribución (el llevarse a casa los alimentos frente a la alimentación *in situ*) han quedado definidas claramente en la ayuda de urgencia/socorro, pero necesitan de elaboración por lo que se refiere a actividades de rehabilitación/desarrollo.

Es mucho más probable que tengan éxito los programas de alimentación complementaria cuando se aseguran suficientes recursos y apoyo gubernamentales, se consigue la complementariedad entre la ayuda del PMA y las actividades de otros donantes y cuando las ONG, las comunidades y, lo que es más importante, las mujeres son participantes activas en la formulación y ejecución de esos proyectos.

Los alimentos constituyen una aportación de importancia decisiva en la fase aguda de las situaciones de urgencia. Evaluar las necesidades nutricionales de los nuevos llegados es de importancia crucial para reducir la mortalidad y quebrar el ciclo de una malnutrición temprana. La alimentación complementaria en las fases intermedias y de rehabilitación de una operación de socorro tiene una función vital que jugar en la prevención, la creación de capacidad institucional para la asistencia sanitaria y nutricional, y el fomento de un desarrollo sostenible.

Se ha publicado un número limitado de ejemplares de este documento. Por lo tanto, se ruega a los delegados y observadores que lo lleven consigo a las reuniones y se abstengan de pedir otros ejemplares

## NOTA PARA LA JUNTA EJECUTIVA

### **El presente documento contiene recomendaciones que se remiten a la Junta Ejecutiva para su examen**

De conformidad con las decisiones adoptadas por la Junta Ejecutiva en su primer período de sesiones ordinario de 1996, acerca de los métodos de trabajo, la documentación que prepara la Secretaría para la Junta es concisa y se centra en aquellos aspectos que facilitan la toma de decisiones. Las sesiones de la Junta Ejecutiva han de tener una orientación práctica y propiciar el diálogo y el intercambio de ideas entre las delegaciones y la Secretaría. La Secretaría no cejará en su empeño de impulsar estos principios rectores.

Por consiguiente, la Secretaría invita a los miembros de la Junta que deseen formular alguna pregunta de carácter técnico sobre este documento a dirigirse al personal del PMA que se indica a continuación, a ser posible con un margen de tiempo suficiente antes de la reunión de la Junta. Este procedimiento facilitará el examen del documento durante la sesión plenaria de la Junta.

Los funcionarios del PMA encargados de coordinar el presente documento son los siguientes:

Director regional:	W. Kiene	tel.: 6513-2029
Coordinador del programa:	Y. González Coral	tel.: 6513-2034

Para cualquier información sobre el envío de documentos para la Junta Ejecutiva, diríjase al Empleado de documentos y reuniones (tel.: 6513-2641).



## OBJETIVO Y ALCANCE DE LA EVALUACIÓN TEMÁTICA

1. En muchos países en desarrollo que se hallan en constante situación desfavorable de inseguridad alimentaria, siguen estando generalizados unos servicios insuficientes de sanidad y una asistencia infantil inadecuada, así como la malnutrición proteíno-energética y deficiencias de micronutrientes. Los períodos más críticos para la malnutrición son la primera infancia, el embarazo y la lactancia, épocas en que son mayores las exigencias de alimentos y atención de salud de niños y mujeres. Los efectos de la malnutrición en la primera infancia, si no se afrontan, pueden persistir a lo largo de toda la adolescencia y edad adulta, perjudicando el desarrollo cognoscitivo y la capacidad de trabajo.
2. El embarazo es un proceso arriesgado en marcha tanto para la mujer como para los recién nacidos. Un seguimiento regular durante el embarazo es un elemento esencial de los servicios sanitarios preventivos, en particular un pronto chequeo de las complicaciones que repercuten en la salud de la madre y del niño por nacer. El peso al nacer de un niño es el factor determinante más importante de la supervivencia de los recién nacidos. Aunque un peso bajo al nacer (PBN) puede tener muy diversas causas, alguna de las cuales puede resolverse exclusivamente mediante asistencia sanitaria (p. ej., tratamiento de la malaria), la escasa ingesta energética y una ganancia insuficiente de peso durante el embarazo son los principales determinantes de un PBN en los países en desarrollo.
3. Durante las tres últimas décadas, el PMA ha llegado a un gran número de niños menores de cinco años malnutridos y expuestos a riesgo, y de mujeres gestantes y madres lactantes (denominados tradicionalmente “grupos vulnerables”) mediante diferentes tipos de proyectos de alimentación de grupos vulnerables (AGV). Teniendo presente esto, la oficina de evaluación coordinó un estudio temático con el fin de destacar las experiencias que pueden aplicarse para cumplir satisfactoriamente el mandato esencial del PMA, a saber, seguir proporcionando ayuda alimentaria “para mejorar la nutrición y calidad de vida de los grupos más vulnerables en momentos críticos de sus vidas”. La Declaración sobre el cometido del PMA también tiene en cuenta los compromisos del PMA relativos a la mujer, orientados a mejorar su acceso a la seguridad alimentaria y sanidad básica. Dado que la renovación de esos compromisos relativos a la mujer y los niños requiere un examen de las políticas del PMA y el establecimiento de procedimientos operativos, con esta evaluación se pretende también contribuir a la elaboración de decisiones estratégicas.
4. Atendiendo a esas razones, se llevó a cabo un examen teórico de proyectos de AGV y visitas locales a una muestra de proyectos en marcha. Dicho examen teórico o de gabinete<sup>1</sup> abarcó 28 nuevos proyectos de desarrollo o ampliaciones de proyectos que se aprobaron entre 1990 y 1996. Se analizaron una serie de problemas clave relativos a la formulación y ejecución de proyectos. Los resultados y conclusiones de dicho examen se resumen en este informe junto con los de la misión de campo PMA/OMS. La misión pasó revista a diferentes proyectos<sup>2</sup> y se eligieron los países con arreglo a la siguiente base: indicadores

<sup>1</sup> El examen teórico se basó en un análisis de una muestra de proyectos de alimentación complementaria ayudados por el PMA mediante el análisis de los documentos siguientes: resúmenes de proyectos, planes de operaciones, informes parciales de las oficinas en los países (IPOP) e informes de las misiones de evaluación y de examen de la gestión.

<sup>2</sup> Se visitaron los proyectos siguientes: Pakistán 2237.03 “Ayuda a la atención primaria de salud”, Viet Nam 3844.01 “Ayuda a la atención primaria de salud” y Malawi 4780.01 “Alimentación de grupos vulnerables”. En Tanzania, la misión, que centró su atención en situaciones de socorro, visitó también el Programa de supervivencia, protección y desarrollo de niños en Iringa (antes Programa de apoyo a la nutrición OMS/UNICEF), que se lleva a cabo sin ayuda alimentaria internacional. En el



de pobreza/alimentos-estado deficitario/salud (véase el Anexo I), diseño del proyecto, grado de colaboración de las Naciones Unidas y presencia de operaciones de socorro en curso. La atención se polarizó en las cinco cuestiones clave siguientes:

- a) Cuáles son los objetivos establecidos y si se consiguieron
- b) Cuáles son los beneficiarios-objetivo y si se alcanzaron
- c) Que insumos alimentarios se previeron/suministraron y si correspondieron a los beneficios previstos
- d) Qué recursos materiales y técnicos se previeron/proporcionaron para mejorar los logros del proyecto
- e) En qué medida y cómo se afrontaron las necesidades alimentarias críticas de mujeres y niños en las situaciones de refugiados

---

## OBJETIVOS DE LOS PROYECTOS

### Observaciones clave

5. El examen teórico reveló que cerca de la mitad de los proyectos destinados a mujeres gestantes y madres lactantes tienen por objeto aumentar su asistencia periódica a los centros de cuidados prenatales y posnatales (en Malawi, Pakistán y Viet Nam). Son menos los proyectos que tienen objetivos relacionados con la nutrición y la asistencia. Además de los objetivos arriba mencionados, la mayor parte de los proyectos tienen por finalidad también promover, estimular o expandir la cobertura de la enseñanza nutricional y sanitaria.
6. En el caso de niños gravemente malnutridos, el objetivo inmediato que más comúnmente se enuncia es “contribuir a la rehabilitación nutricional” (incluidos los proyectos de Viet Nam y Malawi). Casi la mitad de los proyectos destinados a otros niños tratan de lograr mejorías en lo que se refiere a la nutrición y la frecuencia de la asistencia. Los otros aspiran ya sea a incrementar la cobertura de la asistencia sanitaria o a lograr objetivos relacionados con la nutrición, como el de “mejorar” o “limitar el empeoramiento” del estado nutricional.
7. Los indicadores y los modelos de presentación de informes pertinentes para seguir de cerca el avance hacia unos objetivos inmediatos fueron incompletos en casi la mitad de los planes de operaciones revisados. Estaban incluso mucho peor representados los indicadores para vigilar la asistencia infantil a los servicios de sanidad y nutrición y los relativos al estado nutricional de la mujer.

### Conclusiones pertinentes

#### Examen teórico

8. En la mitad de los informes de las misiones de evaluación o de examen de la gestión se señalaba que los datos proporcionados a través de los sistemas actuales de seguimiento y

---

Anexo II aparecen los datos respectivos de los proyectos, tomados de documentos del PMA y de la información recogida por la misión.



evaluación (SyE) no permitían documentar y evaluar los avances hacia los objetivos fijados. Sólo en un proyecto (Viet Nam) encontró una misión de evaluación un sistema operativo de SyE útil para evaluar los logros del proyecto. La mayoría de las misiones recurrieron a formular juicios sobre los avances realizados para conseguir los objetivos inmediatos basándose en un análisis de los registros de beneficiarios en algunos centros sanitarios y/o en entrevistas con los directores de los proyectos y sus beneficiarios. Esporádicamente las misiones consiguieron hacer deducciones de las encuestas nutricionales o comparaciones entre los registros de asistencia de los centros de SMI que recibían ayuda y los que no la recibían. En la mitad de los proyectos destinados a mejorar el estado nutricional de los niños, la proporción de niños beneficiarios que lograron la mejora prevista se estimó entre un 18 y un 50 por ciento. Generalmente no se llegó a conclusiones sobre los efectos de la alimentación complementaria en el embarazo y en los resultados fetales, como el PBN. Por último, para cerca de la mitad de los proyectos que distribuían alimentos como incentivo, resultaron poco fundamentadas las estimaciones de los efectos de la ayuda alimentaria en la asistencia.

### Visitas a los sitios

9. En el **Pakistán**, el objetivo principal del proyecto es el de incrementar la asistencia de las mujeres gestantes pobres a las unidades de sanidad básica (USB) y a los centros rurales de sanidad (CRS). La misión examinó los registros de cinco USB y llegó a la conclusión de que el número de mujeres que asistían a las consultas en los primeros cinco meses de embarazo había aumentado de una media de 140 a 210 al año (un aumento aproximado de 1,5 veces) desde que se había introducido la ayuda alimentaria. Sin embargo, si uno considera el promedio previsto de nacimientos en las zonas abarcadas por las USB (entre 675 y 900 al año), una gran proporción de mujeres gestantes (del 69 al 77 por ciento) todavía no se aprovechan de los beneficios de los servicios de SMI y, por lo tanto, de la ayuda alimentaria. Estos datos concuerdan con las estadísticas nacionales de sanidad, que indican una baja utilización de los servicios de SMI con un 38 por ciento de nacimientos asistidos por personal sanitario capacitado y un 30 por ciento de mujeres gestantes inmunizadas contra el tétanos. Diríase que varios factores culturales y sociales han impedido la plena participación de la mujer en los servicios de atención primaria de salud y en su aprovechamiento.
10. En **Viet Nam**, por lo que respecta al objetivo primordial del proyecto - una mayor cobertura y utilización de los servicios de SMI por las mujeres gestantes - la misión examinó los informes de SyE y observó los siguientes cambios generales entre 1993 (antes del inicio del proyecto) y 1996: un aumento en la cobertura de la asistencia prenatal del 57 al 71 por ciento; un incremento doble en el promedio de consultas por embarazo (de 1,7 a tres) y en la proporción de niños de pecho pesados al nacer (del 27 al 63 por ciento); y casi un aumento quíntuple en la cobertura de la asistencia posnatal (del 19 al 79 por ciento) y en la proporción de niños de menos de tres años de edad inscritos en el sistema de seguimiento del crecimiento. Se observaron realizaciones análogas en los informes de 1995-96 de las dos provincias (Thua Thien Hue y Quang Tri) visitadas por la misión: un aumento triple en la cobertura de la asistencia posnatal; y un aumento del doble al cuádruple en el seguimiento del crecimiento de los niños menores de tres años. Esta tendencia fue confirmada por la misión mediante análisis aleatorios de los datos disponibles de la muestra de los centros comunales de sanidad (CCS) que se visitaron.
11. En todos los tres distritos visitados por la misión, el predominio de una malnutrición proteínica energética grave había decrecido, según se señalaba, entre 1995 y 1996 (p.ej., del 20,1 al 8,3 por ciento en el distrito de Cam Lo). El informe de SyE se refiere a una tasa



de recuperación para los niños gravemente malnutridos del 82 por ciento, tasa que es sorprendentemente buena para un sistema de raciones para llevar a casa. No obstante, el examen de las fichas de crecimiento que se llevaban en los CCS visitados dio como resultado que la mayoría de los niños seleccionados se hallaban realmente en un estado de malnutrición moderada, más bien que grave.

12. En **Malawi**, el objetivo primordial del proyecto es mantener la asistencia regular de “niños expuestos a riesgo, mujeres gestantes y madres lactantes, y contribuir a la rehabilitación de los niños con malnutrición grave. La misión ha analizado la información recogida durante sus visitas a las tres salas de pediatría. El proyecto de Malawi llega a los beneficiarios previstos mediante dispensarios de SMI o centros comunitarios. La misión visitó un centro donde se llevaba a cabo un programa de nutrición de carácter comunitario pero que ya no recibía asistencia alimentaria. De un análisis de los registros del centro resultaba que los niños que no ganaban peso en el período previo a la cosecha (febrero-marzo) reanudaban su crecimiento normal después de la recolección. La asistencia de los niños malnutridos a los centros de nutrición, a los que se les llevaba para una alimentación complementaria, bajó al cabo de pocos meses después de finalizar la ayuda del PMA. En cambio, la proporción de madres gestantes que acudían tres o cuatro veces al centro durante el embarazo se mantuvo relativamente inalterada.
13. Por lo que se refiere a los casos extremos de grave malnutrición (*kwashiorkor* y *marasmo*), la misión observó que su rehabilitación distaba de ser satisfactoria: el índice de mortalidad era elevado (de un 18 a un 20 por ciento) en las salas de pediatría de los hospitales comarcales visitadas, principalmente debido a infecciones. A falta de educación sobre nutrición y de un constante seguimiento después del alta, el personal de salud entrevistado señalaba que era elevada la tasa de reingreso. Los niños, que después del alta no recibían ninguna ración alimentaria suplementaria para llevarse a su casa, volvían a su pobre dieta familiar.

## SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS

### Observaciones principales

14. En la actualidad, la asistencia alimentaria destinada a madres y niños absorbe aproximadamente una quinta parte de los recursos de desarrollo del PMA. Hasta el 10 por ciento de los recursos de urgencia se destinan también a los centros de SMI para apoyar la alimentación complementaria o terapéutica.
15. La mitad de los países incluidos en el examen teórico se clasifican como países MA (entre ellos Malawi) y la mitad de ellos no alcanzan los objetivos básicos de un buen estado de salud (Malawi).<sup>1</sup> La selección geográfica se sigue en más de un 80 por ciento de los proyectos (incluidos los de Malawi, Pakistán y Viet Nam). Entre las categorías comunes de criterios para la selección de beneficiarios están: a) una pobreza o necesidades alimentarias medidas por indicadores socioeconómicos o por la producción/disponibilidad de alimentos; b) una situación sanitaria y nutricional deficiente; c) unos bajos índices de utilización de los servicios de salud; y d) la disponibilidad de los recursos gubernamentales necesarios.

<sup>1</sup> La estrategia de la OMS de salud para todos para el año 2000 ha señalado tres objetivos que guardan relación con el estado sanitario: esperanza de vida al nacer de más de 60 años, tasa de mortalidad de menores de cinco años por debajo del 70 por 1 000 nacidos vivos, y tasa de mortalidad infantil inferior al 50 por cada 1 000 nacidos vivos.



16. Aunque en los proyectos donde se da ayuda alimentaria a los niños a través de los centros diurnos o de los jardines de infancia no se emplea la selección individual, un 80 por ciento de los proyectos que se dirigen a los niños por conducto de las instituciones sanitarias los escogen sobre la base de su estado nutricional (peso para la edad en Malawi y Viet Nam). En general, los criterios de selección nutricionales se basan en los niveles nacionales de salud que se recogen en las fichas de crecimiento o en las tarjetas de sanidad materna. En los restantes proyectos, o todos los niños de un determinado arco de edad reciben alimentos, o la selección se basa en la situación socioeconómica de los padres.
17. En un tercio de los proyectos destinados a la mujer, todas las mujeres gestantes y madres lactantes que asisten a la consulta en las instituciones de salud de los lugares de los proyectos tienen derecho a un suplemento alimentario (Viet Nam). En los restantes proyectos, la selección individual se basa en varios criterios bien definidos de sanidad y nutrición y/o socioeconómicos (como “pobreza” en Pakistán; en Malawi los indicadores incluían, entre otras cosas, el bajo peso, la anemia clínica, las mujeres que tienen menos de 15 años o más de 35 años de edad).

## Conclusiones pertinentes

### Examen teórico

18. Ninguno de los informes consultados de las misiones de evaluación o de examen de la gestión ha puesto en tela de juicio la utilidad de la selección geográfica. Sin embargo, cerca de la mitad de ellos han señalado problemas en la selección geográfica y han recomendado una cobertura reducida o un cambio de prioridades (es decir, en favor de las zonas rurales). Algunos informes de misión han señalado que los asistentes sanitarios respetaban los criterios de selección de los beneficiarios, pero eran muchas más las misiones que indicaban problemas en relación con la definición poco clara o el uso de criterios excesivamente complejos para la selección de beneficiarios o su exclusión. Cerca de la mitad de las misiones recomendaba cambios en los criterios de selección de beneficiarios con la intención de mejorar dicha selección y aprovechar mejor los recursos alimentarios.

### Visitas a los sitios

19. En el **Pakistán**, los servicios de sanidad se escogían desde el punto de vista geográfico, sobre la base del atraso y la pobreza de la región. En las zonas destinatarias de la ayuda no se preveía ninguna otra forma de selección. Ahora bien, la misión observó que en algunos centros de salud se practicaba la selección individual. En esos casos, las asistentes sanitarias (AS) o los médicos evaluaban la “pobreza” de las mujeres de forma subjetiva. Más concretamente, hay cierta confusión acerca de quién tiene efectivamente derecho a recibir la ayuda alimentaria.
20. En **Viet Nam**, la situación de seguridad alimentaria resultó ser en realidad peor en las provincias escogidas (126 kg. de arroz producidos por persona y año, frente a la media nacional de 227 kg.). Muchos de los distritos escogidos disponían de unos indicadores de sanidad y nutrición muy pobres antes del comienzo de la ayuda del PMA. Los datos a nivel de distrito para 1996 señalaban un predominio del PBN del 11 al 12 por ciento, que se considera “alto” según la clasificación recomendada por la OMS. En algunos de los municipios visitados por la misión, se señaló que la prevalencia del PBN había bajado de “alta” (un 12 por ciento en 1995) a “leve/moderada” (1,7 a siete por ciento en 1996), lo que podía poner en marcha un proceso de revisión de la estrategia de selección de los beneficiarios. Por lo que se refiere a la selección individual de los niños, la misión llegó a



la conclusión de que el sistema de seguimiento del crecimiento bien establecido contribuyó a una selección eficaz de niños malnutridos y a su seguimiento.

21. En **Malawi**, la misión no pudo evaluar lo adecuado de la selección geográfica debido a la falta de datos a nivel de distrito sobre la pobreza, a las tasas de prevalencia de la malnutrición, a las tasas de mortalidad infantil y de menores de cinco años. Por lo que respecta a la selección individual, la misión observó que la anemia clínica (es decir, la “palidez”) era el indicador más comúnmente utilizado para seleccionar a las madres gestantes. Parece que el personal sanitario no recibía instrucciones claras y por lo tanto basaba la selección en criterios clínicos.
22. Los niños con malnutrición moderada (es decir, por debajo del 80 por ciento de peso para la edad) se beneficiarían de una ración alimentaria suplementaria para llevar a casa. Se consideraba que la selección de los niños se basaba siempre en las fichas de crecimiento. Sin embargo, la misión se encontró con diferentes tipos de fichas de crecimiento; algunas no distinguían entre niños de malnutrición benigna o moderada, mientras que otras no diferenciaban entre la malnutrición grave y moderada. Como consecuencia de todo ello, la alimentación suplementaria no se limitaba a niños de malnutrición moderada según lo previsto, sino que se asignaba a niños que sufrían de varios grados de malnutrición.

## INSUMOS ALIMENTARIOS

### Observaciones principales

23. El mencionado examen ha revelado que dos tercios de los proyectos destinados a niños gravemente malnutridos ofrecen alimentación *in situ*, como se recomienda para la pronta rehabilitación de las personas gravemente malnutridas (que es lo que sucede en Malawi pero no en Viet Nam). Los tipos de alimentos proporcionados para una rehabilitación *in situ* de niños gravemente malnutridos se ajustan por lo general a las normas convenidas internacionalmente. Sin embargo, su valor nutritivo es a veces insuficiente, sobre todo en términos de energía. Por lo que se refiere a niños en situación de riesgo o moderadamente malnutridos, una tercera parte de los proyectos reparten una ración para llevarse a casa. Aproximadamente la mitad de estos proyectos suministran la ingesta energética mínima recomendada para mejorar el estado nutricional de esta categoría de malnutrición<sup>1</sup>.
24. Las raciones alimentarias en más de la mitad de los proyectos que tenían un objetivo relacionado con la nutrición de la mujer no llegan a cumplir las recomendaciones energéticas mínimas<sup>2</sup>. En cambio, en más de la mitad de los proyectos que tienen un objetivo de incentivo, las raciones bastan para proporcionar un apoyo nutricional a la mujer (en Viet Nam y Malawi, aunque no en el Pakistán). Se considera que las raciones que se componen sólo de un producto (un alimento mezclado o aceite vegetal) distan mucho de ajustarse a la ingesta energética mínima recomendada para cualquier categoría de beneficiarios. Sin embargo, la misión ha señalado que en esos casos la ración se ofrece como incentivo para estimular a la mujer a recibir asistencia sanitaria.

<sup>1</sup> La ración alimentaria diaria recomendada para niños moderadamente malnutridos es de 350 a 500 kilocalorías si la ración se toma en el lugar, y de 700 a 1 000 kilocalorías si se reparte como ración sin cocinar para llevar a casa.

<sup>2</sup> En una población generalmente bien nutrida, la ingesta media de energía adicional de 350 kilocalorías al día es la recomendada durante el segundo y tercer trimestres del embarazo y la de 500 kilocalorías durante la lactancia. Cuando se reparten raciones para llevar a casa, los suplementos deben proporcionar al menos 700 a 1 000 kilocalorías por día.



25. En el **Pakistán**, la ración, que consistía de cinco productos (trigo enriquecido (mezcla de trigo y soja), legumbres, aceite vegetal, azúcar y té), fue sustituida a finales de 1994 por un único producto (aceite vegetal). En **Viet Nam**, se distribuyen tres productos a los niños (arroz, harina de soja y aceite vegetal) y dos a las mujeres (arroz y aceite vegetal). En **Malawi** existen tres tipos de raciones que comprenden en total siete productos: las mujeres y los niños con malnutrición moderada reciben una ración sin cocinar para llevar a casa compuesta por tres productos (harina de maíz y frijoles para las mujeres, y harina de maíz y harina de soja para los niños), mientras que a los niños con malnutrición grave se les reparten cuatro productos: *likuni phala* (una mezcla de productos del país compuesta de harina de maíz y harina de soja), aceite, azúcar y leche entera en polvo). En los tres proyectos, el costo por beneficiario y año varía de 17 a 30 dólares, absorbiendo los alimentos de un 65 a un 75 por ciento del costo total del proyecto<sup>1</sup>. El valor de la ración alimentaria se calcula que va entre un cinco a un 10 por ciento de los ingresos familiares.

## Conclusiones pertinentes

### Examen teórico

26. Menos de la mitad de los informes de examen o de evaluación señalaban problemas grandes o reiterados en relación con el suministro de productos a los países. En los proyectos restantes, el problema no estaba tanto en el lado del suministro como en la distribución de productos dentro del país. Los trastornos que se producían a la llegada de alimentos a los lugares del proyecto provocaron prolongadas interrupciones que afectaron a todos los beneficiarios previstos, el suministro de raciones incompletas, o reducciones en el número de beneficiarios. En algunos casos, se señaló que el coeficiente de entregas efectivas del PMA había constituido un grave obstáculo para la rehabilitación nutricional de niños gravemente malnutridos. Por lo que se refiere a los productos específicos, en algunos proyectos el empleo de alimentos de mezcla del país se consideraba un tanto positivo, mientras que en otros la producción se consideraba insuficiente para mantenerse al nivel de las necesidades.

### Visitas a los sitios

27. En el **Pakistán** se ha elegido una ración mensual de 2,25 kilogramos de aceite vegetal exclusivamente por su valor de transferencia de ingresos y su valor alfa<sup>2</sup>; hay sin embargo que puntualizar que dicha ración aporta aproximadamente 131 kilocalorías por día, lo que es insuficiente como complemento nutricional en cuanto a calorías y proteínas. En **Viet Nam** y **Malawi**, las raciones para mujeres gestantes y madres lactantes, que, como en el Pakistán, tienen por objeto servir de incentivo, se hallan dentro de la escala recomendada de energía. Por lo que se refiere a los niños con malnutrición grave, en **Viet Nam** la ración diaria (978 kilocalorías), que se distribuye en forma de ración sin cocinar para llevar a casa, es insuficiente para una rehabilitación urgente y preferentemente *in situ*. Sin embargo, es suficiente como ración para llevar a casa para los niños con malnutrición moderada, que parecen constituir la mayor parte de los beneficiarios reales. Por otra parte, en **Malawi** la ración *in situ* para niños con malnutrición grave proporciona, en forma conveniente,

<sup>1</sup> Por comparación: en las escuelas donde se distribuye ayuda alimentaria para unos 160 días al año, el costo anual medio es de unos 18 dólares por alumno beneficiario.

<sup>2</sup> La transferencia de ingresos (200 a 230 rupias pakistaníes) representa un 10 por ciento del ingreso familiar mensual de las familias pobres que dependen de servicios gratuitos de sanidad básica gubernamental. El valor alfa (es decir, la proporción entre el valor para el beneficiario y el costo del suministro alimentario) en el caso del aceite vegetal se acerca a la paridad.



energía suficiente (1 818 kilocalorías) para la rehabilitación del grupo beneficiario. El contenido de energía de las raciones repartidas a los otros niños malnutridos (1 272 kilocalorías) supera realmente el contenido energético mínimo recomendado para una ración para llevar a casa.

28. Se han observado algunos problemas en relación con la elección de productos y su aceptabilidad. En el **Pakistán**, el aceite vegetal no está enriquecido con vitamina A, y en **Malawi** el *likuni phala* no lo está con micronutrientes<sup>1</sup>. Tanto en **Malawi** como en **Viet Nam**, se señaló que la harina de soja era infrutilizada porque algunas mujeres consideraban que era de sabor desagradable e impropia como alimento suplementario para niños pequeños. En **Malawi** está en marcha una gran campaña para persuadir a las mujeres a cultivar su propia soja para emplearla como alimento complementario. Sin embargo, se observó que la elaboración de la soja en grano era a menudo insuficiente.
29. En los tres proyectos aquí analizados, los alimentos y su utilización, cuyo seguimiento se consideraba normal, se señalaban como irregulares. Los mejores resultados por lo que se refiere a la entrega de alimentos se observaban en algunos sitios de proyectos en **Viet Nam**, donde parecía que había una distribución periódica y puntual de todos los tres productos. Pero en otros sitios de los proyectos había interrupciones de hasta seis meses en el suministro de algunos productos. En el **Pakistán**, sólo se distribuía realmente un 50 por ciento de las adjudicaciones previstas debido a una falta de acuerdo sobre las zonas con derecho a ayuda y a las limitaciones presupuestarias del gobierno. En **Malawi**, donde el proyecto comprende un gran número de productos, se necesitaba más personal para ayudar a la distribución de los alimentos y había noticias de una distribución en exceso y también por defecto de determinados artículos alimenticios. En algunos casos, se observaba que había interrupciones en los suministros alimentarios del PMA. No había pruebas de que el rendimiento del abastecimiento de productos adquiridos localmente fuese diferente del relativo a los productos importados.

## APOYO A LOS PROYECTOS

### Observaciones principales

30. En una proporción muy amplia de los países clasificados como MA, las aportaciones financieras previstas de los gobiernos son inferiores al 40 por ciento de los presupuestos totales de los proyectos. En la mitad de los otros países, los gobiernos aportan hasta un 40 por ciento o más de los presupuestos totales de los proyectos. Otros organismos de las Naciones Unidas dan su apoyo al resto de los proyectos examinados. El UNICEF, el Banco Mundial y la OMS son los colaboradores que más frecuentemente se citan como los que ofrecen apoyo técnico o material en el sector sanitario. Las ONG prestan apoyo o intervienen directamente en la ejecución de casi la mitad de los proyectos. El PMA ayuda al suministro de artículos no alimentarios en casi el 60 por ciento de los proyectos, casi siempre para artículos relacionados con el transporte, y menos frecuentemente para la preparación de alimentos o su almacenamiento, así como equipo y suministros para ayudar a la educación sanitaria y nutricional. Miembros de la comunidad participan en diversos grados en la ejecución de aproximadamente una cuarta parte de los proyectos.

<sup>1</sup> Existen planes para enriquecer el *likuni phala* con micronutrientes y venderlo comercialmente. Sin embargo, debido a su elevado costo, no es probable que las mujeres pobres puedan comprar este producto cuando cese el apoyo del PMA.



31. En los tres proyectos analizados, la ayuda del Gobierno iba del nueve al 36 por ciento del costo total de la intervención alimentaria, además de sufragar los costos de personal y suministros de las instituciones sanitarias. El valor de los insumos no alimentarios del PMA, que comprenden dinero y/o artículos no alimentarios (ANA), va de un 0,5 por ciento de los costos totales de los proyectos en el Pakistán a un 3,7 por ciento en Viet Nam.
32. En **Viet Nam**, el PMA aportó 120 000 dólares en apoyo a la ejecución de los proyectos, inclusive la formulación de directrices en materia de atención primaria de salud/SMI para su distribución a todos los CCS beneficiarios, además de capacitación, supervisión, procesamiento y análisis de datos. En **Malawi**, en los distritos prioritarios designados por el Gobierno/PMA se convino en realizar una programación conjunta de la ayuda con el Banco Mundial, la OMS, el FNUAP y determinadas ONG.

## Conclusiones pertinentes

### Examen teórico

33. La gran mayoría de los IOPP señalaban problemas “moderados” en relación con las contribuciones reales de los gobiernos y el seguimiento. En efecto, aproximadamente una tercera parte de los informes de las misiones recomendaban que se hicieran mejoras en la supervisión que harían los gobiernos de las actividades de los proyectos, mediante capacitación o apoyo logístico. Más de una tercera parte de los informes de las misiones pedían que se iniciara o fortaleciera la participación comunitaria en la ejecución de los proyectos para aumentar la autosuficiencia y aliviar la carga de gestión que pesaba sobre las autoridades de los proyectos.

### Visitas a los sitios

34. En el **Pakistán**, la misión observó la falta de directrices normalizadas sobre la identificación y seguimiento de los embarazos, así como deficiencias en el sistema de información sanitaria. Además, faltaban medicamentos y equipo esenciales en algunas de las USB y CRS visitados por la misión. Sin embargo, hacia finales de 1996 se creó una red de AS de tiempo parcial dentro del Programa de acción social. Las AS son responsables de prestar asesoramiento sobre sanidad y nutrición y de evaluar la situación nutricional a nivel de aldea mediante el seguimiento del crecimiento de los niños menores de cinco años y del peso de las mujeres gestantes. La misión observó en realidad un aumento de la asistencia de las mujeres gestantes y madres lactantes y sus niños a las USB y los CRS, como consecuencia de las remisiones de enfermos por parte de las asistentas sanitarias de las aldeas.
35. En **Viet Nam**, el Ministerio de Sanidad proporcionó diferentes tipos de apoyo en recursos materiales y humanos para la ejecución eficaz del proyecto: construcción de nuevos CRS, suministro de balanzas para pesar a los niños de pecho y niños pequeños, y un aumento en el número de personal sanitario. El PMA habilitó fondos para la producción de las directrices de SMI. La misión se encontró con que había una copia de esas directrices en cada uno de los centros visitados, y el personal entrevistado señaló que para ellos las directrices eran muy útiles.
36. En **Malawi**, se ha preparado material de enseñanza nutricional sobre alimentos complementarios de destete. Al parecer el suministro de medicamentos funcionaba razonablemente bien, salvo las medicinas para atacar la ascariasis, la anquilostomiasis y la equistosomiasis, enfermedades que tienen consecuencias nutricionales negativas y que predominan mucho en las zonas rurales.



37. En general, la colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas parece mínima. Es más, en los tres países las publicaciones de los organismos de las Naciones Unidas hacen escasa referencia, en el mejor de los casos, a la ayuda que presta el PMA al sector sanitario. A nivel de base, los beneficiarios no conocen a menudo de dónde proceden los alimentos. Por otro lado, en algunos casos la colaboración con las ONG ha sido muy satisfactoria.

## NECESIDADES CRÍTICAS DE ALIMENTOS EN SITUACIONES DE SOCORRO

### Observaciones generales

38. Las catástrofes, que sea, naturales o provocadas por el hombre, causan a menudo situaciones de escasez de alimentos, ponen en peligro el estado nutricional y provocan un aumento en las tasas de mortalidad. Por lo tanto, la nutrición es una preocupación clave en la gestión de las situaciones de urgencia y la ayuda alimentaria puede tener una función vital que desempeñar a este respecto. El asegurar que las necesidades nutricionales y alimentarias de las poblaciones damnificadas por catástrofes, de los refugiados o las personas desplazadas internamente se satisfagan debidamente constituye un componente importante de la respuesta de urgencia. Aunque la preocupación más apremiante es procurar que se satisfagan las exigencias energéticas y proteínicas, también es esencial una prevención pronta de las deficiencias de micronutrientes (algunos de ellos pueden dar lugar a ceguera, invalidez o incluso muerte). Las poblaciones que dependen totalmente de una escala limitada de productos alimenticios básicos durante más de dos meses corren el riesgo de desarrollar deficiencias de micronutrientes. Éstas incluyen deficiencia de vitamina C o escorbuto, deficiencia de tiamina (vitamina B1) o beriberi, y deficiencia de niacina o pelagra.
39. Hay dos categorías principales de programas de distribución de alimentos en las intervenciones de urgencia: distribución general de alimentos (ración por persona distribuida a toda la población); y distribución selectiva de alimentos, por la que se reparten alimentos adicionales a grupos vulnerables concretos (alimentación complementaria universal o selectiva) y a los que necesitan rehabilitación nutricional (alimentación terapéutica). La alimentación complementaria liberalizada o selectiva es necesaria cuando se registra un elevado predominio de la incidencia de malnutrición infantil y/o en las primeras fases de una situación de urgencia, cuando no bastan temporalmente las raciones generales. Se requiere alimentación terapéutica para reducir la tasa de mortalidad entre los niños de pecho y niños pequeños que sufren de malnutrición grave.
40. Durante una situación de urgencia nutricional, los diferentes grupos de personas no están afectados por igual y por lo tanto tienen necesidades diferentes. Por lo tanto se prevén y se ejecutan programas de socorro alimentario sobre la base de una evaluación nutricional rápida inicial seguida por un seguimiento continuo (“vigilancia”). Evaluación y seguimiento que suele realizar la OACNUR en colaboración con las ONG. Los gobiernos nacionales, otros organismos de las Naciones Unidas y organismos bilaterales y ONG suelen proporcionar artículos básicos además de alimentos, como agua, utensilios de cocina y materiales de construcción, así como recursos humanos y técnicos que son necesarios para la asistencia en materia de SMI. Las ONG proporcionan toda una serie de servicios,



inclusive arreglos para una alimentación complementaria y terapéutica<sup>1</sup>. A menudo, los servicios creados para los refugiados prestan sus servicios a las poblaciones locales que residen en las zonas circundantes.

41. Conviene dividir el suministro de asistencia de socorro en tres fases: aguda, intermedia y de rehabilitación. Todas las tres fases de las operaciones de urgencia fueron observadas por la misión que visitó dos sitios de proyectos en el **Pakistán**: un programa red de seguridad basada en centros sanitarios para refugiadas afganas (Pakistán 4256.07 - “Programa de red de seguridad y de rehabilitación medioambiental en zonas de Pakistán afectadas por los refugiados,” y la población destinada a beneficiarse de una nueva operación de urgencia (OU) - Pakistán 5818 - “Afganos en Peshawar”). En **Tanzanía**, la misión visitó campamentos de refugiados en Kigoma y Kasulu que forman parte de la operación prolongada de socorro (OPS) Rwanda/Burundi 5624.02 - Asistencia alimentaria a víctimas del conflicto de Rwanda/Burundi.

## Conclusiones pertinentes

### Fase aguda

42. En **Pakistán** y **Tanzanía**, la ayuda a los refugiados recién llegados fue muy diferente. Los refugiados afganos en el Pakistán tenían poco acceso a agua, asilo, combustible y atención de salud. El PMA proporcionaba cantidades limitadas de alimentos mediante la distribución de existencias destinadas a otros proyectos mientras que se estaba tramitando la OU 5818. No se han llevado a cabo investigaciones sanitarias o encuestas nutricionales y no se han adoptado medidas para alimentación complementaria o terapéutica.
43. En **Tanzanía**, los recién llegados procedentes de la República Democrática del Congo (ex Zaire) - que en número de hasta 5 000 cruzan diariamente la frontera en el grueso de la afluencia - para ver si tienen problemas de salud son sometidos a reconocimiento en un “centro de tránsito” temporal y luego trasladados a un “centro de acogida” situado en Kigoma donde reciben ayuda alimentaria. En este proceso han participado varias ONG internacionales (CARITAS, la Cruz Roja Internacional, Médecins sans Frontières y Visión Mundial). Se utiliza la circunferencia del brazo medio superior para analizar a los niños a su llegada, y los que tienen una circunferencia inferior a 13,5 cm se remiten a un pabellón de nutrición donde vuelven a ser analizados sobre la base del peso para la estatura. Se señaló malnutrición grave en niños menores de cinco años en un 13,7 por ciento de los recién llegados.<sup>2</sup> Varios casos se mantienen en el pabellón de nutrición durante cinco a 21 días, y los niños con malnutrición moderada reciben alimentación complementaria (en forma de una ración para llevar a casa consistente en alimentos de mezcla enriquecidos). Existen directrices sobre el cuidado de la malnutrición y de las enfermedades comunes y se imparte educación nutricional antes de la distribución de las raciones alimentarias.

### Fase intermedia

44. Los campamentos de refugiados de Mtabila y Muyovosi que están en Tanzanía contaban con servicios de alimentación terapéutica y de SMI. Los refugiados reciben sólo una ración

<sup>1</sup> Por ejemplo en el Pakistán, Shelter Now International estaba en vías de establecer la alimentación *in situ*, algo análogo a los comedores de beneficencia, para los refugiados afganos recién llegados.

<sup>2</sup> Empleando el criterio del peso para la estatura <70 por ciento de lo normal.



general<sup>1</sup> y son seguidos de cerca para detectar problemas potenciales de salud y nutrición. Algunos de los refugiados que habían llegado antes empleaban sus propios mecanismos para salir adelante y algunos de ellos tenían huertos en torno a sus chozas donde cultivaban maíz, girasol y mandioca. En ambos campamentos, la alimentación selectiva terminó después de que una encuesta de la OACNUR estableciera que el estado nutricional de madres y niños menores de cinco años de edad era satisfactorio y que ya no se justificaba la alimentación selectiva. Se realizó una encuesta de nutrición que abarcó a unos 2 000 niños de ambos campamentos ocho semanas después de la terminación de la alimentación selectiva. Resultó que un ocho por ciento de los niños estaban gravemente malnutridos, por lo que fueron remitidos al centro de alimentación terapéutica. Hubo que reestablecerse la alimentación complementaria para los niños moderadamente malnutridos, y cada niño de menos de cinco años recibió otros 200 gramos de un alimento de mezcla durante dos meses. Este ejemplo demuestra claramente la importancia de un seguimiento continuo del estado nutricional.

### **Fase de rehabilitación**

45. Como ejemplo de la fase última, llamada de rehabilitación, tenemos a los refugiados en el Pakistán, unos 800 000, que estaban asilados allí desde hacía muchos años. La distribución general había sido sustituida por una “red de seguridad” para unos 300 000 miembros de grupos vulnerables a los que se tenía acceso a través de los centros sanitarios y los planes de alimentos por trabajo. Una encuesta nutricional realizada en 1996 señalaba que las tasas de malnutrición habían bajado a niveles que ya no justificaban el reestablecimiento de la distribución general de alimentos.

## **CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS**

46. La sección siguiente se basa en una síntesis de las conclusiones formuladas por la misión de evaluación temática y el examen teórico.

### **Objetivos de proyectos**

47. La efectividad de las intervenciones de ayuda alimentaria es mayor cuando en la formulación de los proyectos se aspira a tener un efecto alimentario directo y otros efectos más indirectos, que comprenden una mejor utilización de los servicios sanitarios y educacionales, una mayor seguridad alimentaria familiar y capacidad asistencial de las madres; así como la potenciación general del papel de la mujer.
48. En muchos proyectos de alimentación complementaria del PMA, la ayuda alimentaria desempeña una doble función: de catalizadora o incentivo para una mayor utilización de los servicios prenatales e infantiles, y de un apoyo nutricional. Al estar mal definidos los indicadores para la evaluación de las mejorías nutricionales, no existe una prueba directa en los proyectos del PMA de si la alimentación suplementaria ha tenido, o no, efectos en la nutrición de las mujeres gestantes (ganancia de peso durante el embarazo) y/o recién nacidos (peso al nacer). Aunque en la mayor parte de los centros sanitarios que cuentan con salas de parto no se dispone de estos datos, hasta ahora los proyectos no se han elaborado de suerte que incluyan estos indicadores.

<sup>1</sup> La ración general en los campamentos de Tanzania se compone de 350 gramos de harina de maíz, 120 de legumbres, 20 de aceite vegetal, cinco de sal y 30 de maíz-soja-leche (MSL).



49. Por otro lado, los datos sobre asistencia, que resultaban relativamente más fundamentados, indicaban que la asistencia alimentaria contribuía a un aumento de las tasas de asistencia y al seguimiento periódico de las mujeres gestantes y los niños. Además, cuando se combinaba la ayuda alimentaria con otras intervenciones (como participación de la comunidad a través de la formación de comadronas tradicionales o de asistentas sanitarias; suministro de equipo esencial; y educación nutricional y sanitaria), no sólo se conseguían los objetivos del proyecto sino que éstos resultaban sostenibles después de la terminación de la ayuda alimentaria.
50. El objetivo de contribuir a la rehabilitación nutricional de niños con malnutrición grave o moderada se ha conseguido con varios grados de éxito. La mejora nutricional es un objetivo asequible y medible que puede ser seguido en centro sanitarios y nutricionales bien equipados con balanzas, medidores de altura, fichas de crecimiento y personal competente.
51. Hay que diseñar y practicar los sistemas correspondientes de seguimiento. El medir los avances para alcanzar unos objetivos inmediatos requiere no sólo unos indicadores perfectamente definidos y material apropiado o instrumentos de medición como balanzas de peso o computadoras, sino también personal que esté capacitado y tenga suficiente tiempo para compilar datos seguros y puntuales.

### **Selección de beneficiarios**

52. La selección geográfica sin un reconocimiento individual no puede ser rentable si hay un gran número de “positivos falsos” (individuos que reciben ayuda alimentaria sin estar expuestos a riesgo o estar malnutridos). El escoger las zonas en base a unos criterios de inseguridad alimentaria y malnutrición claramente definidos, como una tasa de PBN que vaya de alta a muy alta o el predominio de un peso inferior al normal reducirían este riesgo y permitirían una reevaluación constante de las necesidades y la estrategia de selección. La selección geográfica sin selección individual está justificada cuando la atención se polariza en evitar/detener la difusión de la malnutrición mediante una mayor utilización de servicios de salud preventiva por los grupos vulnerables, especialmente cuando los servicios de salud están poco dotados de personal y la selección individual puede constituir una carga adicional.
53. La selección individual, cuando no se basa en unos criterios medibles bien definidos, lleva a la confusión y reduce la cobertura. Se ha visto que la eficacia en llegar a los beneficiarios futuros resulta reforzada cuando los criterios de selección se basan en fichas de crecimiento uniformes y en tarjetas sanitarias de la madre, se dispone de instrumentos para su medición, y el personal está familiarizado con su empleo. Además, el momento (p. ej., fase inicial del embarazo) y la duración de la alimentación complementaria no han sido objeto de consideración constante.

### **Insumos alimentarios**

54. El valor nutritivo y la composición de las raciones no siempre fueron suficientes en relación con el cometido declarado de la ayuda alimentaria y los beneficios previstos, especialmente para las mujeres gestantes y los niños con malnutrición moderada. Aunque en algunos casos la función de incentivo de la ayuda alimentaria tuvo preferencia sobre consideraciones nutricionales, en otros proyectos fue posible establecer un equilibrio entre ambas funciones sin sobrecargar al personal de sanidad con una cesta de alimentos compleja. Una ración alimentaria suficiente no logrará, sin embargo, los beneficios previstos si no se asegura el suministro a los países y su distribución dentro de ellos.



Además la distribución de una cesta de alimentos compleja en relación con el número y la cantidad de productos alimenticios constituye normalmente una sobrecarga para el personal de las instituciones sanitarias. Por último, las posibilidades de enriquecimiento con micronutrientes no se aprovecharon en medida suficiente.

### **Apoyo a los proyectos**

55. El compromiso y el apoyo de los gobiernos a los proyectos, a través del suministro de recursos humanos, materiales y financieros, se consideró esencial para una buena ejecución de los proyectos y para conseguir y mantener sus beneficios. En países donde los gobiernos no pudieron prestar todo el apoyo necesario, se procuró la colaboración de otros organismos de las Naciones Unidas, socios bilaterales y ONG en el momento de la formulación del proyecto. No obstante, en la práctica ha variado el éxito de esa colaboración, y se necesitan unos acuerdos más oficiales y concretos para asegurar un éxito pleno. Por otro lado, el apoyo del PMA, en forma de dinero o de artículos no alimentarios, ha resultado ser muy eficaz para cubrir lagunas y favorecer la ejecución de los proyectos. Aunque los proyectos analizados no estaban pensados para incluir la cuestión del género a fin de distinguir y estimar el grado de participación de la mujer, la ejecución de los proyectos, en particular su cobertura, se reforzó notablemente cuando las mujeres y las comunidades participaban en la gestión de los proyectos y la distribución de los alimentos.

### **Necesidades críticas de alimentos en situaciones de socorro**

56. En las fases aguda y de rehabilitación se han encontrado, con frecuencia, problemas a la hora de evaluar las necesidades de las mujeres y los niños. Una evaluación nutricional realizada a su debido tiempo es de importancia crucial para iniciar inmediatamente o ajustar la distribución selectiva de alimentos a las mujeres y niños en todas las tres fases.
57. La prevención es muy importante en las situaciones de socorro, especialmente durante la fase de rehabilitación. Además de alimentos se necesitan otros insumos para conseguir y mantener los beneficios de la alimentación complementaria. Hay que organizar la fase de rehabilitación de suerte que este enfoque de red de seguridad no sólo proporcione un apoyo nutricional inmediato a los grupos vulnerables y fortalezca los servicios de SMI, sino, lo que es sumamente importante, contribuya a la sostenibilidad y al desarrollo a largo plazo.



## ANEXO I



## ANEXO II



## DATOS POR PAÍSES

	Pakistán	Viet Nam	Malawi	Tanzanía	Países desarrollados (promedio)
Población (en millones) <sup>3</sup>	130	75	11	30	ninguno
Crecimiento demográfico por año (%) <sup>2</sup>	2,8	2,1	2,1	2,8	0,5
PNB/persona/año (\$EE.UU.) <sup>2</sup>	430	200	170	140	23 420
Crecimiento PNB en los últimos años (%) <sup>3</sup>	4-5	8-9	0<1994;10>1994	1<1994:4-5>1994	1,9 (1985-94)
Tipo de cambio moneda local/\$EE.UU. <sup>3</sup>	40	11 500	15	600	ninguno
Población por debajo del umbral de pobreza (%) <sup>3</sup>	30	25 pobres en alimentos	30 pobres en alimentos	36 pobres absolutos	ninguno
Esperanza de vida (años) <sup>1</sup>	60	68	44	51	75
Calorías/día/persona <sup>2</sup>	2 316	2 250	1 827	2 021	3 350
Malnutrición de niños menos de cinco años (%) <sup>1</sup>	40	45	27	29	ninguno
Tasa de mortalidad infantil (1 000 nacidos vivos) <sup>1</sup>	88	41	142	84	7
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (1 000 nacidos vivos) <sup>1</sup>	137	48	223	167	9
Mortalidad materna (100 000 nacidos) <sup>1</sup>	340	105	620	748	ninguno
PNB (% de nacidos vivos) <sup>2</sup>	25	17	20	14	ninguno
Nacimientos asistidos por personal sanitario (%) <sup>2</sup>	35	95	55	53	ninguno
Analfabetismo de mujeres (%) <sup>1</sup>	76	9	58	43	ninguno
Condición del país	PIBDA		País MA, PIBDA	País MA, PIBDA	ninguno

### Fuentes:

<sup>1</sup> Informes sobre el Desarrollo Mundial, 1995 y 1996.

<sup>2</sup> Informe sobre el Desarrollo Humano, 1996

<sup>3</sup> Datos gubernamentales más recientes.

## DATOS DE LOS PROYECTOS

	PAKISTÁN	VIET NAM	MALAWI
Grupo destinatario	Mujeres gestantes y madres lactantes (MGML)	MGML; niños malnutridos menores de tres años	MGML; niños menores de cinco años
Cobertura	980/5 400 centros de salud en regiones atrasadas con suficientes estructuras sanitarias	10 de las provincias más pobres de un total de 61	13 distritos pobres/vulnerables de un total de 24
Selección individual	Ninguna (por diseño)	Menos de tres años malnutridos (criterio de peso para la edad)	Mujeres expuestas a riesgo/menores de cinco años malnutridos (criterio de peso para la edad)
Beneficiarios directos previstos	225 000	208 700	207 700
Beneficiarios directos efectivos	150 000 aprox.	250 000 aprox.	210 000 aprox.
Ración mensual para MGML	Ac.veg. 2, 25kg	Arroz 4,5kg + ac. veg. 0,45kg	H.maíz 9kg + frijoles 1,2kg
Ración mensual para niños malnutridos		Arroz 4,5kg + soja 1,5kg + ac. veg. 0,9kg durante 4 meses	H.maíz 9kg + h.soja 1,8kg durante 3-5 meses; Para la rehabilitación de casos graves varios alimentos durante 42 días
Valor de los alimentos (mercado local)	20\$ = 5-10% de los ingresos familiares (IF)	29\$=5-10% IF (ración para MGML)	15\$=5-10%IF (ración para MGML)
Valor alfa	1 aprox.	0,8 aprox.	0,5 para la H. maíz; 1,8 para ac. veg.
Resultado de la entrega de alimentos (%)	50 aprox.	100 aprox.	100 aprox.
Poder adquisitivo de los alimentos/precio del alimento básico/PNB por persona/días	8 kg (subvencionados) de harina de trigo	2,5 kg de arroz	3,5kg (subvencionados) de harina de maíz
Costo total de alimentos (millones \$)	40,0	16,1	17,0
Costo total de los alimentos, incl. el transporte a cargo del Gobierno (millones \$)	28,0	12,2	11,0
Costo total para el PMA (millones \$)	25,6	11,2	10,3
Financiación exterior, p. ej. Naciones Unidas (millones \$)	sí, pero sin cuantificar	3,1	5,2
Costo para el Gobierno (millones \$)	14,4	1,8	1,5
Costo/beneficios/por año (\$) de los alimentos	30,4	19,8	17,3
Alimentos en % del costo total de los proyectos	70	75	65
Costo para el PMA como % del costo total de los proyectos	64	70	60

