

برنامج  
الأغذية  
العالمي



Programme  
Alimentaire  
Mondial

World  
Food  
Programme

Programa  
Mundial  
de Alimentos

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

**Roma, 11-14 de octubre de 2004**

## **PROYECTOS QUE REQUIEREN LA APROBACIÓN DE LA JUNTA EJECUTIVA**

### **Tema 8 del programa**

*Para aprobación*



Distribución: GENERAL  
**WFP/EB.3/2004/8-A/1**  
31 agosto 2004  
ORIGINAL: FRANCÉS

## **PROYECTO DE DESARROLLO – REPÚBLICA CENTROAFRICANA 10361.0**

### **Apoyo a la educación para todos y a la salud**

<b>Número de beneficiarios</b>	<b>130.000 (promedio anual)</b>
Duración del proyecto	Cuatro años (del 1º de octubre de 2005 al 30 de septiembre de 2009)
<b>Costo (dólares EE.UU.)</b>	
Costo total para el PMA	18.770.571
Costo total para el Gobierno	996.800

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 del Despacho Regional para Sr. M. Darboe  
África Occidental (ODD):

Oficial Superior de Enlace, ODD: Sr. T. Lecato tel.: 066513-2370

Para cualquier información sobre el envío de documentos para la Junta Ejecutiva, diríjase a la Supervisora de la Dependencia de Servicios de Reuniones y Distribución (tel.: 066513-2328).



## RESUMEN

Desde 1996, la República Centroafricana ha vivido una sucesión de rebeliones y un clima de inseguridad que han tenido como consecuencia el empeoramiento de la calidad de los servicios sanitarios y educativos. El proyecto aportará apoyo al Gobierno de la República Centroafricana con miras a la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio 1, 2, 4 y 5, así como las prioridades estratégicas 3 y 4 del PMA relativas a la educación básica para todos y a la salud de los niños y las madres. Los beneficiarios son alumnos de la escuela primaria, niños menores de cinco años, mujeres gestantes y madres lactantes que padecen malnutrición. El proyecto prestará ayuda a un total de 520.000 beneficiarios durante un período de cuatro años suministrándoles unas 20.392 toneladas de alimentos por un costo total de 18.770.571 dólares EE.UU. Para el componente de salud, la educación en materia de higiene básica y nutrición es fundamental, mientras que para el componente de educación lo será la participación comunitaria, que permitirá garantizar el buen funcionamiento de los comedores escolares. El PMA, la comunidad local y la escuela concertarán un contrato-plan. Se organizarán sesiones de formación dirigidas a responsables de los ministerios técnicos, miembros de los comités de gestión, cocineros de los comedores escolares y responsables de los centros de salud.

## PROYECTO DE DECISIÓN\*

La Junta aprueba el proyecto de desarrollo 10361.0 para la República Centroafricana — “Apoyo a la educación para todos y a la salud” (WFP/EB.3/2004/8-A/1).

---

\* Se trata de un proyecto de decisión. Si se desea consultar la decisión final adoptada por la Junta, sírvase remitirse al documento de Decisiones y recomendaciones que se publica al finalizar el período de sesiones.



## ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS

### Justificación del proyecto

1. La República Centroafricana es un país sin salida al mar que hace frente a numerosas dificultades. La capital, Bangui, se encuentra a más de 1.000 kilómetros de Duala, en el Camerún, puerto de la costa atlántica por el que transitan los productos destinados a la República Centroafricana. Este país, que tiene un 67% de la población viviendo por debajo del umbral de pobreza con menos de un dólar al día, figura entre los países menos avanzados y con mayor déficit de alimentos. Ocupa el puesto 168 de los 175 países, que aparecen en el índice del desarrollo humano 2003 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El deterioro de todos los sectores es consecuencia de años de crisis económicas y sociales. El país ha sufrido una sucesión de rebeliones, y desde 1996 está dominado por un clima de inseguridad. El último conflicto armado provocó un cambio de régimen político el 15 de marzo de 2003. Estas crisis repetidas han agravado las condiciones de vida de las personas vulnerables.
2. Con un índice de crecimiento demográfico del 2,5%, se calcula que la población de la República Centroafricana es de 3,5 millones de habitantes, variando su densidad entre 4,2 y 6,1 habitantes por kilómetro<sup>2</sup>. Según las estimaciones, la población menor de 15 años representa el 43,1% del total.
3. El acusado deterioro de la situación económica comenzó hace varios años con la caída de los precios de mercado del algodón, el café y la madera, y se aceleró con los acontecimientos producidos a partir de octubre de 2002. El pago de los sueldos de los funcionarios es irregular, lo que provoca huelgas y desmotivación. El producto interior bruto por habitante ha disminuido desde 1995, pasando de 349 a 263 dólares en 2003. La reducción del gasto social del Estado centroafricano ha tenido como consecuencia el deterioro de la calidad de los servicios de salud y educación. La parte del presupuesto destinada a la educación pasó del 15,5% en 1997 al 9,2% en 2003.
4. El sistema educativo se enfrenta a numerosos problemas: oferta educativa insuficiente, desigualdades de acceso, falta de profesores, escasez de material de aprendizaje y mala calidad de la enseñanza. En 2001-2002, la tasa bruta de escolarización en la enseñanza primaria era del 67%, y la tasa neta de escolarización del 55,88%. La tasa bruta de admisión al primer año de primaria era del 37% para el curso académico 2000-2001; sólo uno de cada tres niños de seis años consigue matricularse en el primer año de primaria. Las cinco prefecturas seleccionadas para el proyecto registran una tasa de escolarización (38%) inferior al promedio nacional (55,88%). Para paliar estas dificultades, el Gobierno ha solicitado y obtenido apoyo a la orientación del sistema educativo. Además, se encuentran en ejecución seis proyectos de la Asistencia técnica francesa y el proyecto Educa 2000. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) respalda la escolarización de las niñas en las escuelas comunitarias y la formación de los maestros padres. El PNUD apoya la formulación de políticas con miras a la elaboración del plan de Educación para Todos.
5. La escolarización se caracteriza en todos los niveles por las importantes disparidades entre regiones (región norte y región sur) y entre niños y niñas, cuya tasa bruta de escolarización es, respectivamente, del 79% y del 55%. La tasa neta de escolarización de niñas es del 41%. El porcentaje de repetición varía del 27% (primer curso de primaria) al 39% (segundo curso de primaria), del cual el 40% son niñas. Los índices de abandono (2001-2002) son del 8% en primer año de primaria y del 16% en el cuarto curso de primaria. Debido a la pobreza en aumento en los hogares, los niños van a veces a la escuela



con el estómago vacío y no tienen nada que comer al volver a casa, lo que contribuye en grado sumo al bajo índice de asistencia y al incremento de las tasas de deserción escolar. El índice de analfabetismo de los adultos, que se sitúa en el 51,8%, es igualmente uno de los factores por los que no se matricula a los niños en la escuela.

6. El índice de utilización de la estructura de salud es muy bajo. En 2001, la tasa de cobertura de las consultas prenatales era del 31,4%, con un promedio de 1,9 visitas por mujer inscrita. Estos bajos índices obedecen a la falta de confianza de las mujeres en el sistema de sanidad pública, la desmotivación del personal y las prácticas de pago ilícito, que hacen inaccesible la atención sanitaria. La proporción de partos asistidos con respecto a los nacimientos previstos es sólo del 13,4%, y el índice de nacimientos declarados no supera el 18,5%. La tasa de mortalidad materna, que está agravándose, es de 948 fallecimientos por cada 100.000 nacimientos de niños vivos, una de las más elevadas del mundo. El índice de mortalidad infantil es importante, situándose en un promedio del 130 por 1.000, siendo del 146 por 1.000 en las zonas rurales.
7. El VIH/SIDA, cuya prevalencia nacional es del 15%, constituye una de las primeras prioridades del Gobierno, que ha hecho depender la secretaría del Comité Nacional de Lucha contra el SIDA directamente del Gabinete del Primer Ministro, manteniendo a la vez una dirección en el Ministerio de Sanidad. En 2002 se aprobó un plan estratégico nacional de lucha contra el VIH/SIDA. La cartografía de la infección del VIH en la República Centroafricana (diciembre de 2002) muestra que las zonas rurales son las más afectadas (17%), frente a las zonas urbanas (13%). El índice de prevalencia estimado en las mujeres en edad de procrear varía entre el 7,2% y el 29,3%. Entre el personal docente, de cada 100 fallecimientos por causa conocida, 85 se deben al SIDA. Cerca del 80% de los enfermos de SIDA padecen tuberculosis.
8. La República Centroafricana figura entre los países con un índice elevado de malnutrición. En 2000, de todos los niños nacidos vivos, el 72,4% presentaba un estado nutricional normal, el 21,4% sufría de malnutrición moderada y el 6,2% de malnutrición grave. La malnutrición crónica se sitúa en torno al 39% según la Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados de 2000. Los casos de malnutrición entre las mujeres adultas no son infrecuentes. Los hábitos alimentarios del país no favorecen la diversificación de los alimentos. Los usos y costumbres prohíben a las mujeres embarazadas consumir ciertos alimentos ricos en proteínas, como leche, huevos, pescado y muchos otros. Aunque la sal se yode localmente en la actualidad, todavía existe déficit de yodo en algunas zonas del sureste del país. La carencia de vitamina A está muy extendida (el 68% de los niños de 6 a 36 meses de edad y el 17% de las mujeres de 15 a 49 años). La mayoría de los niños y las madres sufren de anemia ferropénica. Las malas condiciones de higiene, saneamiento y acceso a agua potable, asociadas con prácticas de destete inadecuadas, provocan una morbilidad muy elevada.
9. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en las zonas tropicales las infecciones intestinales ocasionadas por parásitos representan más del 55% de las enfermedades. El clima tropical, unido a unas condiciones de higiene precarias, favorece la reproducción rápida de gusanos intestinales entre los sectores de la población más desfavorecidos, sobre todo entre los niños de las zonas rurales. En las visitas de seguimiento del proyecto en curso se puso de manifiesto que las parasitosis eran responsables del 80% de los casos de absentismo escolar. Con el apoyo financiero del Canadá, la oficina del PMA en el país aplicó a título experimental tratamientos antiparasitarios cuyos resultados son concluyentes. Por ello, sería necesario continuar la experiencia y difundir estos tratamientos en el medio escolar en el marco del presente proyecto.



10. Desde que en 1966 las actividades de asistencia del PMA en la República Centroafricana se iniciaron, se han ejecutado 10 proyectos de desarrollo, 15 operaciones de urgencia y una operación de recuperación por un monto total de unos 60.500.000 dólares EE.UU.
11. El proyecto de desarrollo 5837.00 para la República Centroafricana, "Mejora del estado nutricional de las comunidades más vulnerables", fue aprobado por el Director Ejecutivo del PMA el 1º de marzo de 1999. El plan operacional se firmó en julio de 1999 y las primeras distribuciones tuvieron lugar en marzo de 2000. Este proyecto comprende varios componentes, relativos principalmente a: i) las escuelas primarias que dispongan de servicios de comedor; ii) los jardines de infancia; iii) los centros de rehabilitación nutricional y los centros de salud maternoinfantil (SMI); iv) las actividades que requieren una gran cantidad de mano de obra; y v) la alfabetización funcional intensiva. El proyecto está dirigido a una media anual de 68.050 beneficiarios por un período de cuatro años. En 2001 una misión de examen técnico recomendó la interrupción de las actividades que requerían gran cantidad de mano de obra y de alfabetización funcional intensiva, reduciendo el proyecto a tres componentes.
12. Paralelamente, la operación prolongada de socorro y recuperación (OPSR) 10189.0, cuyas primeras distribuciones tuvieron lugar en mayo de 2003, se está ejecutando por un período inicial de 15 meses. Esta OPSR permite ayudar a 150.350 beneficiarios, entre ellos personas infectadas por el VIH/SIDA o que viven con la enfermedad y personas desplazadas o repatriadas como consecuencia de conflictos armados internos.
13. En 2003, una autoevaluación del proyecto 5837.00 sirvió de referencia para formular una nueva fase del proyecto. Esta fue objeto de una misión multidisciplinaria de formulación integrada por representantes de la oficina del PMA en la República Centroafricana, del despacho regional para África central del PMA y de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), con la participación de un especialista en alimentación escolar y de un médico, a título de consultor externo en nutrición. Las recomendaciones formuladas al término de la misión orientaron la redacción del presente documento.

---

## OBJETIVOS Y RESULTADOS DEL PROYECTO PREVISTOS

### Objetivos a largo plazo

14. El proyecto prestará apoyo a la política del Gobierno centroafricano con vistas a lograr los objetivos de desarrollo del Milenio 1, 2, 4 y 5, así como las prioridades estratégicas 3 y 4 del PMA, relativas a la mejora de la nutrición y la salud de los niños y las madres y a la educación para todos.

### Objetivos inmediatos

15. Los objetivos inmediatos del proyecto son los siguientes:
  - a) **Escuelas primarias:** i) contribuir a incrementar el número de matrículas escolares en un 5% anual; ii) aumentar el índice de asistencia escolar de los alumnos matriculados, en particular de las niñas, en un 15%; y iii) fomentar la permanencia en la escuela reduciendo el índice de deserción en un 10%.
  - b) **Jardines de infancia:** i) contribuir a incrementar el número de matrículas en un 5% anual; y ii) aumentar el índice de asistencia de los niños matriculados en un 20%.



- c) **Sistema sanitario:** participar en la mejora de la atención y el seguimiento de las mujeres y los niños menores de cinco años que padecen malnutrición en los siguientes sitios de intervención:
- **Centros de rehabilitación nutricional:** en el caso de los niños de edad comprendida entre los seis meses y los cinco años que sufren malnutrición moderada (peso para la edad inferior al 80% o con una desviación típica de -2) contribuir a reducir los riesgos de evolución hacia la malnutrición grave organizando la distribución de papillas enriquecidas.
  - **Centros de SMI:** participar en la mejora del estado nutricional de las mujeres embarazadas y de las madres lactantes que sufren malnutrición en los centros respaldados por el PMA, garantizando a la vez la alimentación de la familia.

## Resultados previstos

16. Los resultados que se espera obtener mediante el proyecto son los siguientes:

- a) **Escuelas primarias:** todos los días, durante cuatro años lectivos, (a razón de 175 días al año), un promedio anual de 98.000 alumnos recibirá una papilla por la mañana y una comida caliente al mediodía.
- b) **Jardines de infancia:** todos los días, durante cuatro años, una media anual de 2.000 niños recibirá una papilla por la mañana y una comida caliente al mediodía.
- c) **Centros de rehabilitación nutricional:** un promedio anual de 12.500 niños que sufren malnutrición recibirán una papilla azucarada preparada a base de alimentos compuestos. Los niños comerán *in situ* esta papilla cinco de cada siete días durante un periodo de 90 días. Las madres de estos niños recibirán una ración sin cocinar individual que se distribuirá semanalmente o dos veces al mes, para inculcarles la constancia la necesidad de no interrumpir el tratamiento de su hijo. Estas mujeres asistirán como mínimo a ocho sesiones de educación nutricional y sanitaria. Todas ellas aprenderán a preparar papilla enriquecida utilizando alimentos locales en todas las comidas y dando de beber exclusivamente agua potable.
- d) **Centros de SMI:** 5.000 mujeres gestantes y madres lactantes en estado de malnutrición recibirán una ración familiar sin cocinar dos veces al mes durante una media de seis meses (180 días) de forma que:
  - la mejora del seguimiento de los embarazos de riesgo conlleve al menos una visita mensual, es decir, al menos tres mientras que dure la asistencia prevista para todas las mujeres objeto de seguimiento;
  - todas estas mujeres asistan, cuando menos, a ocho sesiones de educación nutricional y sanitaria, con objeto de:
    - ◇ fomentar la práctica exclusiva de la lactancia materna hasta el sexto mes; y
    - ◇ aumentar su capacidad para ocuparse de un niño (prácticas alimentarias, higiene y cuidados del niño), lo que para el 95% de estas mujeres supondrá la adquisición de conocimientos especializados. Se formará a las mujeres en la preparación de papillas enriquecidas nutritivas, según principios higiénicos y utilizando alimentos locales y en la preparación de comidas infantiles equilibradas.



<b>CUADRO 1: BENEFICIARIOS Y PORCENTAJE DE ALIMENTOS ASIGNADOS</b>					
Categoría de los beneficiarios	Número anual de beneficiarios			Cantidad de alimentos (kilogramos por año)	Porcentaje de alimentos por categoría
	Mujeres/niñas	Niños	Total anual		
Alumnos de escuelas primarias	40 000	58 000	<b>98 000</b>	3 481 450	68,36
Niños en jardines de infancia	1 000	1 000	<b>2 000</b>	58 800	1,15
Niños menores de 5 años en estado de malnutrición	6 250	6 250	<b>12 500</b>	146 250	2,87
Madres de niños que padecen malnutrición	12 500	-	<b>12 500</b>	281 250	5,52
Mujeres gestantes y madres lactantes que padecen malnutrición	5 000	-	<b>5 000</b>	1 125 000	22,10
<b>Total</b>	<b>64 750</b>	<b>65 250</b>	<b>130 000</b>	<b>5 092 750</b>	<b>100</b>

## FUNCIÓN Y MODALIDADES DE LA AYUDA ALIMENTARIA

### Funciones de la ayuda alimentaria

17. La ayuda alimentaria servirá para prestar apoyo a diversas actividades en materia de educación y nutrición. Esta ayuda desempeñará tres funciones esenciales:
- **Complemento alimentario y nutricional:** a) complemento alimentario para los niños de las escuelas primarias y los jardines de infancia; y b) complemento nutricional para los niños, las mujeres gestantes y las madres lactantes que padecen malnutrición.
  - **Fomento:** a) alentar a las familias a matricular a sus hijos en jardines de infancia y en escuelas primarias que reciben asistencia del PMA; b) fomentar la asistencia y la permanencia de los niños en la escuela durante todo el ciclo escolar; y c) velar por la asistencia regular de los niños que padecen malnutrición suministrando a sus madres una ración individual.
  - **Transferencia de ingresos:** para las mujeres embarazadas y las madres lactantes malnutridas que reciben una ración familiar.

### Aportación alimentaria y justificación de los productos

18. **Componente de educación:** la canasta alimentaria contendrá cereales, alimentos compuestos (mezcla de maíz y soya), leguminosas, aceite vegetal enriquecido con vitamina A, azúcar y sal yodada. En las escuelas y los jardines de infancia que reciben asistencia del PMA se servirán dos comidas: una papilla por la mañana y una comida caliente al mediodía.
19. **Componente de salud:** durante cinco días, se servirá *in situ* a los niños papilla enriquecida combinada con alimentos compuestos, azúcar y aceite. En previsión del fin de semana se distribuirán raciones para dos días en forma de mezcla ya preparada con todos los ingredientes. La harina de maíz, el aceite enriquecido con vitamina A, las leguminosas y la sal yodada serán los productos que compondrán la canasta alimentaria destinada a las mujeres. Las madres de los niños que padecen malnutrición recibirán una ración individual





por semana para compensar el tiempo pasado (unas dos horas) en el centro de salud. Las raciones familiares, que equivalen a cinco raciones individuales, se distribuirán dos veces al mes a las mujeres embarazadas y las madres lactantes.

**CUADRO 2: CUADRO RECAPITULATIVO DE LAS RACIONES DIARIAS (en gramos).**

	Niños malnutridos	Madres de niños malnutridos	Mujeres embarazadas y madres lactantes	Alumnos de escuelas primarias	Niños de jardines de infancia
Número de días de intervención	90	90	180	175	175
Tipo de ración	<i>individual</i>	<i>Individual</i>	<i>familiar</i>	<i>individual</i>	<i>individual</i>
Harina de maíz		200	200 x 5 = 1 000	120	100
Alimentos compuestos	110			25	25
Aceite vegetal	10	15	15 x 5 = 75	15	10
Frijoles		30	30 x 5 = 150	30	20
Azúcar	10			10	10
Sal yodada		5	5 x 5 = 25	3	3
Peso total	130	250	245 x 5 = 1 250	203	168
Energía (kilocalorías)	550	953	953 x 5 = 4 765	800	650

## ESTRATEGIA DEL PROYECTO

### Alcance geográfico

20. La selección geográfica de las actividades de alimentación escolar se realizó en función del alto índice de vulnerabilidad alimentaria, de la tasa bruta de escolarización (38,1%) que es inferior a la media nacional (55,88%), del nivel de pobreza (menos de 1 dólar por día) y la de densidad demográfica (cerca de 6 habitantes por kilómetro cuadrado). En total, se seleccionaron seis prefecturas: Ouaka, Basse Kotto, Kémo, Nana-Grebizi, Ouham y Nana Mambéré. La labor de análisis y cartografía de la vulnerabilidad (VAM) que se está llevando a cabo permitirá confirmar la selección geográfica. A título experimental, se incorporará una prefectura más al proyecto, Lobaye, que cuenta con 15 escuelas comunitarias respaldadas por el UNICEF.
21. En cuanto al componente de salud, la selección no será geográfica, sino institucional, es decir, que sólo se seleccionarán los centros e instituciones que dispongan de capacidad suficiente a fin de garantizar el éxito del proyecto. Se dará prioridad a las zonas de intervención del componente de comedores escolares, donde se alentará a los centros sanitarios para que reúnan las condiciones previstas.



## Mecanismos de ejecución

22. La ejecución del proyecto corresponderá al Servicio de Gestión Alimentaria (SEGAL) del Ministerio de Planificación y Cooperación, a los ministerios técnicos (educación, salud y asuntos sociales), tanto a nivel central como de las prefecturas, y al PMA. La ejecución y el seguimiento de la gestión de los alimentos en los puntos de entrega en el interior del país correrán a cargo del PMA y del SEGAL, por mediación de voluntarios de las Naciones Unidas y de inspectores.
23. En cuanto al componente de educación, se establecerá en el plan operacional una estructura de coordinación integrada por el director de enseñanza primaria y los inspectores escolares tanto a nivel central como de las prefecturas. En lo que se refiere al componente de salud, tres direcciones (Dirección de Salud Familiar y de Población, Dirección de Salud Comunitaria y Dirección de Estudios y Planificación) participarán en la estructura de coordinación a través de los servicios de SMI, de nutrición e higiene alimentaria y de estadísticas sobre la salud. Los responsables técnicos de cada componente se encargarán del mantenimiento del enlace entre las células de coordinación y el PMA.
24. Los responsables de los ministerios técnicos, que deberán ocupar cargos de responsabilidad en el organigrama de su departamento, contarán con el apoyo de personal con conocimientos de informática. Las principales tareas de los responsables técnicos son realizar el seguimiento de los aspectos técnicos del proyecto, velar por la actualización de los conocimientos del personal y preparar informes trimestrales sobre los resultados y el impacto.
25. Las reuniones centradas en la coordinación y el seguimiento del proyecto se organizarán de la siguiente manera:
  - Una reunión mensual entre el encargado del proyecto del PMA y los responsables técnicos de cada componente o sus representantes.
  - Una reunión trimestral de síntesis entre el encargado del proyecto del PMA y las dependencias de coordinación de cada componente.
  - Una reunión anual del comité de dirección, integrado por los miembros de las dependencias de coordinación, el Ministerio de Planificación y Cooperación Internacional y el PMA. También participarán un representante del Comité Nacional de Lucha contra el SIDA y el responsable del sector de información, educación y comunicación del Ministerio de Sanidad. Este comité analizará los elementos de seguimiento y evaluación, dará el visto bueno a las síntesis anuales, establecerá prioridades de acción y propondrá soluciones a las dificultades de ejecución de índole general.

## Ejecución

26. En cuanto al componente de salud, la educación en materia de higiene básica y de nutrición es fundamental para que el proyecto produzca resultados. En cuanto al componente de educación, la participación comunitaria resulta esencial para el buen funcionamiento de los comedores escolares y la consecución de los objetivos. Así pues, es necesario organizar una fase preparatoria con objeto de velar por el buen arranque y mejor funcionamiento de las actividades del proyecto.



⇒ *Fase preparatoria*

27. De conformidad con el Compromiso ampliado relativo a la mujer VI.2, se efectuará un estudio de referencia antes de realizar las primeras distribuciones a fin de establecer una base cuantitativa y cualitativa que sirva más tarde para el seguimiento de los indicadores.
28. Con objeto de evaluar el efecto del proyecto al término de los cuatro años de ejecución, antes de realizar las primeras distribuciones, el Gobierno y el PMA confeccionarán conjuntamente una lista global de los centros receptores de asistencia que será válida hasta el final del proyecto. La lista no se modificará a menos que se establezcan disposiciones para excluir a los centros que no respeten los procedimientos establecidos por el PMA e incluir otros que reúnan las condiciones prescritas.
29. Las comunidades de las prefecturas seleccionadas recibirán información sobre las posibilidades que se les ofrecen de recibir ayuda alimentaria. Las comunidades interesadas dirigirán una petición indicando que reúnen los criterios exigidos. A continuación, podrá realizarse una preselección entre las solicitudes.
30. Antes de incluir una escuela o centro de salud en el proyecto, la oficina del PMA y los responsables técnicos del proyecto llevarán a cabo una misión rápida de evaluación con objeto de comprobar la capacidad del establecimiento. Se indicará el número máximo teórico de beneficiarios. Acto seguido, se seleccionarán los centros en función de los diferentes criterios.
31. Se ha previsto un período de formación para reforzar la capacidad de las personas que trabajan sobre el terreno: agentes de salud, docentes, miembros del comité de gestión y cocineros. En estas sesiones de formación los agentes aprenderán a rellenar fichas de datos, gestionar y almacenar alimentos y preparar comidas. A tal efecto, se establecerá una programación para un período de dos años.
32. Convendrá que el Gobierno aceptara en principio el mantenimiento del personal formado en una misma estructura durante todo el periodo de ejecución del proyecto.
33. Al principio y al final del proyecto (componente de salud) se realizará un estudio de los conocimientos, las actitudes y las prácticas con la participación de personal técnico del Ministerio de Salud Pública y Población a fin de adaptar los mensajes que se desea transmitir y medir los cambios inducidos en las madres.

⇒ *Ejecución propiamente dicha*

34. Se introducirán contratos-plan en el marco del componente de educación vinculando a las comunidades locales con las escuelas y el PMA. En estos contratos se indicarán claramente las responsabilidades de cada parte. La contribución comunitaria reviste gran importancia por cuanto constituye un primer paso crucial hacia la identificación de la comunidad beneficiaria con las actividades. Por consiguiente, el proyecto prevé dos tipos de posible contribución por parte de los padres: en especie o financiera. Los responsables de la gestión de los comedores escolares mantendrán una relación de estas contribuciones.
35. Las reglas de funcionamiento de los comedores figurarán en una guía donde también se incluirán recetas que faciliten la utilización variada de los alimentos suministrados por el PMA.
36. Toda sustracción de alimentos provocará la exclusión del centro infractor mientras dure el proyecto.
37. En las escuelas que reciben asistencia del PMA se aplicarán tratamientos antiparasitarios y se llevarán a cabo actividades de información sobre el VIH/SIDA.



38. Los niños con problemas de malnutrición moderada se cuidarán por períodos de tres meses, y las mujeres embarazadas y las madres lactantes malnutridas por períodos de seis meses.
39. La educación sobre higiene básica y nutrición es fundamental para alcanzar los objetivos previstos. Se animará a las mujeres a que aporten alimentos locales para hacer demostraciones culinarias.

## **BENEFICIARIOS Y VENTAJAS**

40. Los beneficiarios del proyecto en los centros sanitarios sustentados por el PMA son: i) alumnos de las regiones seleccionadas; ii) niños malnutridos; y iii) mujeres embarazadas y madres lactantes malnutridas.
41. Habida cuenta de la pobreza del país y de los retrasos en el pago de los sueldos, el personal docente y los cocineros recibirán una comida caliente por día lectivo durante los dos primeros años del proyecto. Para determinar si es necesario mantener esta práctica, se realizará un examen técnico a mitad de período.

## **Criterios de selección de los centros beneficiarios**

42. En lo que respecta al componente de educación, los centros beneficiarios serán escuelas públicas asociadas o adscritas a las aldeas situadas en las prefecturas seleccionadas que reúnan las siguientes condiciones:
  - un índice de matrícula bajo;
  - un índice de asistencia bajo;
  - disponer de una fuente de agua potable;
  - letrinas adecuadas y separadas para niños y niñas;
  - un lugar almacenamiento seguro;
  - una cocina cubierta y un lugar para ingerir las comidas;
  - personal suficiente para preparar y distribuir las comidas;
  - al menos dos aulas funcionales y de dos profesores;
  - un comité de gestión diaria del comedor escolar integrado por cuatro representantes de la asociación de padres de alumnos (dos hombres y dos mujeres), dos representantes de alumnos (una niña y un niño), un profesor y una cocinera. Este comité velará por el buen funcionamiento del comedor y supervisará las condiciones en las que los alumnos toman sus comidas, así como el entorno escolar.
43. Como la operación se centra en las zonas rurales, las escuelas situadas en las capitales de prefectura no podrán recibir asistencia, excepción hecha de las escuelas exclusivamente de niñas, a fin de favorecer su escolarización. Sólo se seleccionarán los jardines de infancia cuyos niños prosigan su escolarización en escuelas respaldadas por el PMA.
44. En cuanto al componente de salud, los centros deberán cumplir los requisitos siguientes:
  - Habrán de ser centros de salud y organizaciones no gubernamentales (ONG) comunitarias que propongan actividades de educación sanitaria y nutricional, y tengan capacidad de preparar papillas al menos cinco días por semana.



- Deberán justificar un mínimo de actividades, recibir todos los meses un mínimo de 30 casos nuevos de niños malnutridos y disponer de personal suficiente y competente para vigilar los embarazos y el crecimiento de los niños.
- Estarán en condiciones de dispensar tratamiento contra el paludismo, la parasitosis, la anemia y la carencia de vitamina A, así como de poner vacunas. El precio de estos tratamientos será asequible y homogéneo.
- No habrán registrado ningún caso de robo y dispondrán de un comité de gestión funcional que se reúna al menos una vez al mes.

### **Criterios de selección de los beneficiarios**

45. **Educación:** todos los niños matriculados en los centros seleccionados recibirán una papilla por la mañana y una comida caliente al mediodía.
46. **Salud:** los beneficiarios pertenecerán a las siguientes categorías:
- Niños con insuficiencia ponderal (peso para la edad inferior al 80%), que deberán distinguirse de los casos de kwashiorkor, y con malnutrición grave y moderada (zonas roja y amarilla en la ficha de crecimiento).
  - Mujeres embarazadas con problemas de malnutrición: índice de masa corporal inferior o igual a 18,5; falta de aumento o pérdida de peso entre dos controles del peso; altura inferior a 1,45 metros; embarazo de adolescentes; eventualmente, altura uterina estancada entre dos mediciones; anemia; edema en las extremidades inferiores; o hipertensión arterial.
  - Madres lactantes: madres de niños nacidos con insuficiencia ponderal o de gemelos; índice de masa corporal inferior a 18,5; ausencia o insuficiencia de leche materna; anemia.
47. Los niños con malnutrición moderada se cuidarán por períodos de tres meses (90 días), las mujeres embarazadas y las madres lactantes malnutridas, por períodos de seis meses. Las personas objeto de seguimiento se considerarán restablecidas en los siguientes casos:
- niños malnutridos: aumento de peso hasta la zona verde y mantenimiento en ese nivel en dos controles ponderales consecutivos con 15 días de intervalo; tras la eliminación total de los edemas curva de crecimiento ascendente hasta la zona verde;
  - mujeres embarazadas: al final del primer trimestre después del parto: i) si el niño no ha nacido con peso insuficiente o se encuentra en la zona verde de crecimiento; y ii) si se registra un aumento mensual regular del peso;
  - madres lactantes: el índice de masa corporal es de nuevo superior a 18,5 en dos controles ponderales consecutivos.

---

## **APOYO AL PROYECTO**

### **Asociación**

48. El objetivo del proyecto será establecer una sinergia efectiva con las operaciones llevadas a cabo por las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, trabajando en la medida de lo posible en los mismos sectores y las mismas regiones. Las actividades del UNICEF y de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) tendrán un efecto directo en el componente de educación en algunas regiones seleccionadas, ya que favorecen la movilización de la comunidad y la creación de



huertos en las escuelas. El componente de salud viene apuntalado por las operaciones que lleva a cabo el UNICEF en todas las regiones del país: el programa ampliado de vacunas, la distribución de vitamina A, la preparación a la maternidad con menor riesgo, la iniciativa de Bamako sobre los medicamentos y las campañas de información, educación y comunicación destinadas a modificar los comportamientos. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha facilitado material técnico en los ámbitos de la SMI y la planificación familiar, y actúa en el ámbito de la educación en la vida familiar en 50 escuelas primarias, entre ellas las que se encuentran en las prefecturas seleccionadas y participan en el proyecto. La salud de la reproducción forma parte del programa escolar de tercer y cuarto año (CE2 a CM1). El UNFPA produce asimismo programas de radio dedicados a la salud de las mujeres. La FAO tiene previsto proporcionar semillas y útiles de jardinería al menos a 100 escuelas de primarias que reciben el apoyo del PMA. La OMS aporta su contribución en el ámbito de la maternidad con menor riesgo y presta apoyo técnico a las actividades de eliminación de parásitos.

49. La Unión Europea seguirá proporcionando medicamentos a través de la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comunidad Europea y emprenderá proyectos destinados a mejorar las infraestructuras de transporte. La Cooperación francesa apoya al sector educativo en el ámbito de la capacitación y el fortalecimiento de las capacidades institucionales de los directivos, así como la promoción de una enseñanza secundaria de calidad.
50. El PMA reforzará su asociación con organizaciones no gubernamentales, tales como COOPI y "*Amis d'Afrique*", que trabajan en el sector de la salud, así como con grupos comunitarios, con objeto de velar por la selección y la capacitación de los agentes locales y la movilización de las comunidades.

### **Logística de la ayuda alimentaria**

51. Existen importantes problemas logísticos: la lejanía del puerto de Douala, el deterioro del estado de las carreteras, la inseguridad crónica y la falta de empresas privadas de transporte en la República Centroafricana. La compra local de 2.000 toneladas de harina de maíz contribuirá a reducir los gastos de transporte terrestre, almacenamiento y manipulación. El PMA se encargará de todas las operaciones de transporte interno, almacenamiento y manipulación (TIAM), de la entrega hasta los puntos en el interior del país y de la distribución a los beneficiarios por conducto de empresas privadas de transporte seleccionadas mediante licitación. Los fondos de TIAM serán gestionados directamente por la oficina del PMA y el Gobierno se compromete a financiar las infraestructuras de almacenamiento.

### **Artículos no alimentarios**

52. El PMA, después de determinar las necesidades, proporcionará los siguientes artículos, que son indispensables:
  - Salud (100 centros): ollas, cazos, básculas, básculas para bebés del tipo braguita Salter, cinta métrica, tallímetros de pie/en posición de tumbado, y fichas de seguimiento del crecimiento, libretas para todos los tipos de malnutrición, calculadora, fascículo de recetas para destete y material para educación nutricional y sanitaria (franelógrafo).
  - Educación (500 escuelas, 100.000 alumnos); pequeños instrumentos de medición, utensilios de cocina, libretas con el logotipo del PMA y mensajes de sensibilización acerca del VIH/SIDA.



## Capacitación

53. Se organizarán sesiones de capacitación sobre la utilización, gestión y almacenamiento de los alimentos para los miembros de los comités de gestión de los comedores escolares. Con tal fin, el PMA podrá solicitar la colaboración de organismos que tengan experiencia en movilizar a las comunidades. Se podrán establecer asociaciones con los agentes regionales encargados del desarrollo comunitario del Ministerio de Asuntos Sociales. La capacitación de las cocineras deberá centrarse en la utilización de los alimentos y en la higiene básica.
54. En cuanto al componente de salud, el PMA, en colaboración con el Ministerio de Salud y organizaciones no gubernamentales especializadas, organizará sesiones de capacitación complementaria sobre los elementos indispensables para seleccionar a los beneficiarios, los indicadores básicos y su significación, a fin de garantizar la fiabilidad de los informes mensuales. Todos los centros deberán poseer un fascículo de recetas para la alimentación del niño y del bebé menor del año.
55. Los responsables técnicos del proyecto y el personal del SEGAL podrían recibir capacitación en informática, centrada en la realización de estadísticas y la redacción de informes.

---

## SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

56. Se creará un sistema de seguimiento y evaluación basado en un muestreo representativo de las estructuras beneficiarias y en los indicadores, las fuentes de identificación y los supuestos establecidos en el marco lógico. A continuación se elaborará un plan de seguimiento para concretar las responsabilidades, los participantes, las modalidades de acopio de datos para los indicadores establecidos, el calendario de las misiones de seguimiento y la financiación. En las estructuras sustentadas por el PMA, se recopilarán datos basados en los indicadores que figuran en el marco lógico, desglosados por sexo.
57. Se programarán visitas de forma que cada estructura sea visitada dos veces al año. Por lo que se refiere al componente de educación, el PMA, diversas organizaciones no gubernamentales, grupos comunitarios y otros agentes por determinar, realizarán visitas para apoyar la movilización comunitaria. En cuanto al componente de salud, las visitas permitirán estudiar los aspectos técnicos, como el diagnóstico sistemático de la malnutrición durante las consultas de niños "sanos". Asimismo, se realizará un balance de las existencias, la organización y los documentos requeridos. Llevarán a cabo el seguimiento el representante de los responsables técnicos del proyecto, el médico jefe de la prefectura y el PMA. El responsable de la planificación a nivel de la prefectura deberá formar parte del equipo al menos una de cada dos veces, sobre todo en la fase inicial del proyecto.
58. Se presentarán mensualmente, y en tres ejemplares, informes de seguimiento y ejecución: uno para las estructuras beneficiarias; otro para el PMA; y el tercer ejemplar se enviará al responsable técnico del proyecto, quien utilizará los datos derivados en colaboración con el PMA. Todos los informes serán analizados y las observaciones y los resultados de este ejercicio se comunicarán a su vez a las estructuras beneficiarias y a las personas que hayan participado en el seguimiento. Las estructuras de coordinación y el comité de dirección examinarán y aprobarán los informes trimestrales.
59. Se procederá a una revisión técnica durante el segundo año de ejecución del proyecto, a fin de estudiar la posibilidad de introducir raciones sin cocinar en algunas escuelas del



proyecto y recomendar ajustes, en caso de necesidad. Un año antes de que finalice el proyecto, se realizará una evaluación.

### **Perdurabilidad de las actividades y retirada del PMA**

60. La situación socioeconómica del país no permite prever actualmente una retirada, ni tan siquiera parcial, del PMA. Por el contrario, el Gobierno podrá alentar progresivamente a las comunidades locales a prestar un mayor apoyo a la educación de los niños, y en particular, a la gestión de los comedores escolares. En la revisión técnica que se realizará a medio plazo de la ejecución del proyecto, se propondrá una estrategia de retirada del PMA, en función de la evolución socioeconómica del país.

---

### **VIABILIDAD DEL PROYECTO**

61. **Viabilidad técnica:** el proyecto apoya la estrategia nacional de fomento de la Educación para Todos. La existencia de comedores escolares y de centros de salud en el medio rural constituye un importante factor de promoción de la educación y la salud. De esta forma, se anima a los padres a matricular y a mantener a sus hijos en la escuela, así como a las mujeres embarazadas y las madres lactantes malnutridas a acudir a las estructuras sanitarias. Para que el proyecto dé los resultados esperados, los ministerios competentes concederán prioridad a las escuelas y a los centros de salud que participen en el proyecto, dotándoles de los medios necesarios y de personal docente calificado.
62. **Viabilidad económica:** el Gobierno deberá realizar unas inversiones mínimas para construir infraestructuras escolares. Se hará un llamamiento a los padres de alumnos y a las comunidades para que contribuyan al buen funcionamiento del proyecto.
63. **Viabilidad social:** el éxito del proyecto depende de la movilización de los participantes y del conjunto de la comunidad. La participación de las comunidades y de los padres en la gestión de los comedores y de los centros de rehabilitación nutricional, a través de los comités de gestión y las asociaciones de padres de alumnos, será primordial para hacerse cargo en el futuro de las actividades de asistencia del PMA.

---

### **RIESGOS**

64. Una capacidad insuficiente de supervisión técnica en las estructuras beneficiarias podría, a falta de capacitación previa, crear limitaciones importantes que obstaculizarían la realización de las actividades del componente de salud.
65. De persistir la crisis económica, la afluencia de personas en busca de alimentos podría desbordar la capacidad de las estructuras beneficiarias.
66. Dados la magnitud y el alcance de la epidemia del SIDA, los esfuerzos por restablecer el estado nutricional pueden resultar poco eficaces.
67. La pobreza de las familias podría impulsar a algunas de ellas a sacar a sus hijos de la escuela durante largos períodos.
68. La falta de personal docente podría obstaculizar la obtención de los resultados esperados. Por consiguiente, es fundamental que el Gobierno conceda prioridad a la solución de este problema, de modo que la tasa de matrícula escolar en las zonas de intervención pueda aumentar.





69. La insuficiencia de medios para el funcionamiento del SEGAL y de los ministerios técnicos podría reducir la capacidad de seguimiento.
70. Es posible que las limitaciones presupuestarias del PMA y de los ministerios técnicos tengan un efecto negativo en la permanencia en el puesto del personal capacitado, cuya presencia es indispensable para el buen funcionamiento del proyecto.

---

## **EFFECTOS DE DESINCENTIVO, PERTURBACIÓN DE LOS MERCADOS Y DEPENDENCIA**

71. La contribución anual del PMA será de 5.098 toneladas de alimentos, lo que corresponde a 20.393 toneladas para toda la duración del proyecto. Estas cantidades representan una fracción insignificante de las necesidades alimentarias de la población. Habida cuenta de las cantidades importadas en el marco del proyecto, que son relativamente reducidas, no cabe prever ninguna repercusión en la producción local.

---

## **COORDINACIÓN Y CONSULTA**

72. El proyecto fue preparado por el PMA, con el apoyo técnico de la UNESCO y de dos consultores (en nutrición y en evaluación participativa). Fue estudiado con agencias bilaterales (Cooperación francesa y Unión Europea), organizaciones multilaterales (UNICEF, UNFPA, OMS y PNUD), y organizaciones no gubernamentales (COOPI, Amis d’Afrique y *Foyer de charité*) que trabajan en los sectores de la educación y la salud.

---

## **RECOMENDACIÓN A LA JUNTA EJECUTIVA**

73. Se recomienda a la Junta Ejecutiva que apruebe este proyecto, cuyo costo en alimentos y costo total para el PMA ascienden respectivamente a 7.798.087 dólares y 18.770.571 dólares, como se indica detalladamente en los Anexos I y II.



## ANEXO I

<b>DESGLOSE DE LOS COSTOS DEL PROYECTO</b>			
	<b>Cantidad (toneladas)</b>	<b>Costo medio por tonelada (dólares)</b>	<b>Valor (dólares)</b>
<b>COSTOS PARA EL PMA</b>			
<b>A. Costos operacionales directos</b>			
Productos <sup>1</sup>			
– Harina de maíz	12 872	348	4 479 456
– Alimentos compuestos	2 245	370	830 650
– Leguminosas	2 761	400	1 104 400
– Aceite vegetal	1 447	800	1 157 216
– Azúcar	745	280	208 600
– Sal yodada	323	55	17 765
<b>Total de productos</b>	<b>20 393</b>		<b>7 798 087</b>
Transporte exterior			2 182 737
<b>Total de TIAM</b>			<b>4 688 241</b>
<b>Otros costos operacionales directos</b>			<b>833 818</b>
<b>Total de costos operacionales directos</b>			<b>15 502 883</b>
<b>B. Costos de apoyo directo (véanse los detalles en el Anexo II)</b>			<b>2 039 707</b>
<b>Total de costos de apoyo directo</b>			<b>17 542 590</b>
<b>C. Costos de apoyo indirecto (7%)</b>			<b>1 227 981</b>
<b>COSTO TOTAL PARA EL PMA</b>			<b>18 770 571</b>



## ANEXO II

<b>NECESIDADES DIRECTAS DE APOYO (dólares)</b>	
<b>Gastos de personal</b>	
Administradores internacionales	557 200
Personal nacional de servicios generales	221 445
Personal temporero	20 501
Horas extras	5 313
Voluntarios de las Naciones Unidas (internacionales)	582 000
Viaje oficial del personal	87 624
<b>Total parcial</b>	<b>1 474 083</b>
<b>Gastos de oficina y otros gastos ordinarios</b>	
Servicios colectivos	40 000
Material de oficina	30 000
Comunicaciones y servicios de tecnología de la información	20 000
Seguros	4 000
Reparación y mantenimiento del material	24 000
Mantenimiento de los vehículos y gastos de explotación	46 650
<b>Total parcial</b>	<b>164 650</b>
<b>Gastos de material y otros gastos fijos</b>	
Material de telecomunicaciones y tecnología de la información	70 000
<b>Total parcial</b>	<b>70 000</b>
<b>TOTAL DE COSTOS DE APOYO DIRECTO</b>	<b>1 708 733</b>



## RESUMEN DEL MARCO LÓGICO — PROYECTO DE DESARROLLO REPÚBLICA CENTROAFRICANA 10361.0

Jerarquía de resultados	Indicadores de los resultados	Seguimiento y evaluación	Supuestos/riesgos
<b>Meta</b>	<b>Indicadores de los efectos</b>	<b>Fuentes de comprobación</b>	
Reducir la pobreza extrema y el hambre asegurando la educación primaria para todos, reduciendo la mortalidad infantil y mejorando la salud materna	Índice de pobreza Tasa neta de escolarización, por sexos Tasa de malnutrición infantil Tasa de malnutrición de mujeres embarazadas y madres lactantes	Ministerio de Planificación Ministerio de Educación Ministerio de Salud Ministerio de Salud	Nuevos conflictos sociopolíticos y militares podrían provocar desplazamientos de población
<b>Objetivos</b> Contribuir a:	<b>Indicadores de los efectos</b>	<b>Fuentes de verificación</b>	
1. Aumentar cada año en el 5% la tasa de matrícula en las escuelas y en el 20% en los jardines de infancia	1.1 Número de niñas/niños matriculados	Estudio de base/registros escolares/encuesta sobre la alimentación escolar	La pobreza podría impulsar a determinadas familias a sacar a sus hijos de la escuela
2. Aumentar en el 15% la asistencia escolar de los niños matriculados, en particular de las niñas	2.1 Tasa de asistencia mensual, por sexos	Estudio de base/registros escolares/encuesta sobre la alimentación escolar	
3. Fomentar la continuación de la escolaridad, reduciendo la tasa de abandono en el 10%.	3.1 Tasa de abandono, por sexos	Estudio de base/registros escolares/encuesta sobre la alimentación escolar	
4. Reducir el riesgo de que los niños de seis meses a cinco años de edad que padecen malnutrición moderada pasen a un estado de malnutrición grave	4.1 Número de mujeres que saben preparar una papilla enriquecida 4.2 Tasa de restablecimiento de los niños	Estudio de base/informes mensuales	Muchas personas en estado de malnutrición pueden también contraer el SIDA y no responder a las medidas de restablecimiento del estado nutricional



## RESUMEN DEL MARCO LÓGICO — PROYECTO DE DESARROLLO REPÚBLICA CENTROAFRICANA 10361.0

Jerarquía de resultados	Indicadores de los resultados	Seguimiento y evaluación	Supuestos/riesgos
5. Mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y las madres lactantes que sufren malnutrición en las estructuras apoyadas por el PMA, asegurando a la vez la alimentación a nivel familiar	5.1 Tasa de restablecimiento de las mujeres	Estudio de base/informes mensuales	
Productos	Indicadores de los productos	Fuentes de comprobación	
1.1 145.000 alumnos de escuela primaria toman una comida caliente al mediodía durante cuatro cursos escolares	Número de niñas/niños que han recibido una ración Número de días de funcionamiento del comedor escolar	Registros mensuales de los comedores escolares/encuesta sobre la alimentación escolar	La falta de personal docente podría limitar la obtención de los resultados previstos
1.2 8.000 niños de jardines de infancia toman una comida caliente al mediodía durante cuatro años	Número de niñas/niños que han recibido una ración Número de días de funcionamiento del comedor	Registros de los comedores escolares/informes mensuales/encuesta sobre la alimentación escolar	
4.1 50.000 niños en estado de malnutrición reciben una papilla enriquecida durante 60 días	Número de niños en estado de malnutrición que han recibido una ración	Registros de niños en estado de malnutrición/informes mensuales	La capacidad de supervisión técnica y gestión de la ayuda alimentaria es escasa y constituye un grave inconveniente, agravado por la falta de motivación del personal de las estructuras beneficiarias
4.2 50.000 madres asisten, como mínimo, a ocho sesiones de educación nutricional y aprenden a preparar una papilla enriquecida para sus hijos	Número de madres que han recibido una ración Número de sesiones de educación nutricional; número de participantes Número de madres que saben preparar una papilla enriquecida	Registros de niños en estado de malnutrición/informes mensuales	



## RESUMEN DEL MARCO LÓGICO — PROYECTO DE DESARROLLO REPÚBLICA CENTROAFRICANA 10361.0

Jerarquía de resultados	Indicadores de los resultados	Seguimiento y evaluación	Supuestos/riesgos
5.1 20.000 mujeres embarazadas y madres lactantes aprenden a mejorar sus prácticas en materia de alimentación, higiene y cuidados del niño	Número de mujeres que han recibido una ración Número de sesiones de educación nutricional; número de participantes Número de madres que saben preparar una papilla enriquecida	Registros de mujeres en estado de malnutrición/informes mensuales	
Actividades	Aportaciones/Recursos	Fuentes de comprobación	
Encargar los alimentos	20.372 toneladas de productos alimenticios en cuatro años		
Informar/seleccionar/movilizar a las comunidades y las estructuras beneficiarias	600 estructuras se benefician de la ayuda alimentaria		Las dificultades presupuestarias podrían tener efectos negativos en la contratación de personal y su mantenimiento en el puesto
Capacitar a los responsables de las estructuras beneficiarias	Costo de la capacitación		
Comprar y distribuir los productos no alimentarios	Costo de las compras		
Transportar y distribuir los alimentos	Costo de la distribución		
Asegurar el seguimiento de las actividades y la evaluación de los resultados	Costo de las actividades de seguimiento y evaluación		La insuficiencia de medios del SEGAL y de los ministerios técnicos podría reducir la capacidad de seguimiento



## REPÚBLICA CENTROAFRICANA: UBICACIÓN GRÁFICA DE LOS PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR



Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que 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.

ANEXO IV

---

## SIGLAS UTILIZADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO

FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPSR	Operación prolongada de socorro y recuperación
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SEGAL	Servicio de gestión alimentaria
SMI	Salud maternoinfantil
TIAM	Transporte interior, almacenamiento y manipulación
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VAM	Análisis y cartografía de la vulnerabilidad

