

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

Tercer período de sesiones ordinario
de la Junta Ejecutiva

Roma, 19 - 22 de octubre de 1998

INFORMES DE EVALUACIÓN

Tema 5 del programa



Distribución: GENERAL

WFP/EB.3/98/5/1

17 febrero 2000

ORIGINAL: FRANCÉS

INFORME RESUMIDO DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO NÍGER 2072.03

Apoyo a las actividades de salud materno-infantil, rehabilitación y educación nutricional

Costo total de los alimentos	8 712 245 dólares
Costo total para el PMA	15 191 018 dólares
Fecha de aprobación del proyecto	27 de mayo de 1991
Fecha de la firma del plan de operaciones	14 de noviembre de 1991
Fecha de la primera distribución	1° de julio de 1992
Duración del proyecto	Seis años + seis meses
Fecha oficial de terminación	31 de diciembre de 1998
Fecha de evaluación ¹	Febrero de 1998

Salvo indicación en contrario todos los valores monetarios se expresan en dólares EE.UU. En el momento de la evaluación, un dólar EE.UU. equivalía a 608 francos CFA.

¹ La misión estaba formada por un oficial superior de la oficina de evaluación (jefe de misión), PMA; un especialista en nutrición (consultor), PMA; y un especialista en salud pública (consultor), OMS.

RESUMEN

El proyecto tiene por objeto mejorar la cobertura de las consultas prenatales e infantiles mediante el aumento de la asistencia regular de las mujeres embarazadas y las madres lactantes con riesgo. En este momento no se puede considerar que el proyecto haya tenido éxito. Los centros de salud han registrado efectivamente un fuerte aumento de las consultas, pero la asistencia es muy irregular. A pesar de que los resultados dejan que desear, la misión considera que la ayuda alimentaria es valiosa, con ciertos reajustes en el planteamiento del proyecto del futuro y el respeto escrupuloso de las recomendaciones en cuanto al plan de gestión y de seguimiento. Estos reajustes se refieren en particular a una mejor selección de las zonas de intervención y de los beneficiarios. El proyecto reformulado no se deberá poner en marcha mientras no haya comenzado a funcionar el sistema de seguimiento y evaluación.

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 se remite 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, OEDE: A. Wilkinson tel.: 066513-2029

Oficial superior de evaluación: Sra. A. Waeschle tel.: 066513-2027

Para cualquier información sobre el envío de documentos para la Junta Ejecutiva, diríjase al Empleado de documentos y reuniones (tel.: 066513-2641).



EL PROYECTO TAL COMO ESTABA PREVISTO

1. A pesar de los esfuerzos realizados por el Gobierno en el sector de la salud, siguen siendo particularmente elevadas las tasas de mortalidad materna, infantil e infantil-juvenil, y continúan siendo preocupantes las tasas de malnutrición crónica. Para mejorar el estado de salud de las mujeres y los niños en edad preescolar, el Gobierno ha establecido varios objetivos en sus planes de desarrollo sanitario. El proyecto n° 2072, que se beneficia de la asistencia del PMA, se encuadra en estos planes nacionales. A largo plazo, el proyecto trata de apoyar los esfuerzos del Gobierno a fin de mejorar la cobertura sanitaria de la población rural y fomentar las actividades preventivas en materia de salud, mejorando al mismo tiempo la atención curativa (rehabilitación nutricional).
2. Los objetivos inmediatos de la presente fase son los siguientes: i) aumentar la asistencia regular de las mujeres embarazadas, las madres lactantes y los niños de 0 a 59 meses a los centros de salud maternoinfantil (SMI); y ii) mejorar las actividades de recuperación nutricional de los niños con desnutrición grave o moderada en los centros de rehabilitación nutricional (CRENA) o de rehabilitación nutricional intensiva (CRENI).
3. Debían beneficiarse del proyecto en total 76 estructuras sanitarias (de las 310 existentes en el país cuando se formuló el proyecto en curso), cuatro centros de rehabilitación nutricional y ocho centros de pediatría. Estaba previsto que frecuentaran los CRENA o CRENI una media anual aproximada de 23 000 mujeres embarazadas, madres lactantes, niños en peligro o malnutridos y mujeres acompañantes de los niños, que recibirían raciones de sorgo o mijo, de leguminosas (caupí), de aceite vegetal, de azúcar y de leche desnatada en polvo. En el plan de operaciones se establecieron varios criterios para la selección de los centros y los beneficiarios.
4. La ayuda del PMA debía animar a las mujeres embarazadas y las madres lactantes a asistir de manera más regular con sus hijos a los centros de salud, y debía ofrecer al mismo tiempo una transferencia de ingresos y un complemento nutricional.
5. Con arreglo al perfil de la estrategia en el país presentado a la Junta Ejecutiva del PMA en octubre de 1997, el PMA tiene previsto mantener durante los cuatro próximos años su asistencia en el sector de la salud maternoinfantil (SMI), que constituye una de las prioridades de la nota sobre la estrategia del país. Mientras tanto, la presente fase del proyecto se ha prolongado hasta el 31 de diciembre de 1998.

EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

Progresos hacia la consecución de los objetivos

6. El Plan de desarrollo sanitario para el año 2000 tiene como objetivo una mejor cobertura sanitaria en un radio de cinco kilómetros, es decir, pasar del 32 al 45 por ciento. La tasa de vigilancia del crecimiento de los niños de 0 a 3 años habría de alcanzar el 80 por ciento. La misión carecía de datos de referencia en el momento de la puesta en marcha del proyecto, por lo que solamente pudo analizar la situación a partir de 1996, cuando se introdujo el sistema de seguimiento y evaluación del proyecto por medio de un consultor nigerino.



7. En este proyecto, la tasa de cobertura de las consultas infantiles es del 68 por ciento por lo que se refiere a los niños de 0 a 11 meses, de manera que se ajusta a los objetivos del Plan. En cambio, la tasa de cobertura es menor para los niños de 1 a 5 años, de alrededor del 22 por ciento. Se observará que los niños de más de 2 años apenas asisten a los centros de salud, abandonando a menudo las madres las visitas a causa de un nuevo embarazo. El proyecto únicamente llega a estos niños cuando asisten en busca de una atención curativa.
8. En el caso de los niños de menos de un año, el número medio de consultas es de apenas dos al año o algo más. Para los que tienen de 1 a 5 años es aún menor. La misión considera que esta tasa de asistencia no es suficiente para un seguimiento correcto del crecimiento del niño. Los datos disponibles demuestran que los niños con riesgo han recibido solamente como promedio dos raciones mensuales de alimentos, que son insuficientes para prevenir la malnutrición.
9. La tasa de cobertura de las mujeres embarazadas es del 72 por ciento y también corresponde a los objetivos del Plan. Sin embargo, por motivos culturales las mujeres embarazadas apenas asisten a la consulta antes del sexto mes de embarazo y como promedio sólo frecuentan el centro dos veces durante su embarazo, según los datos de seguimiento y evaluación interna (correspondientes al período de enero de 1996 a septiembre de 1997)
10. Por lo que se refiere a las madres lactantes, también se observa que como promedio no asisten más de dos veces a los centros.
11. El programa destinado a los niños que padecen de malnutrición moderada, aplicado en los CRENA, ha llegado al 13 por ciento de los niños de 0 a 11 meses, es decir, el nueve por ciento de los de edad comprendida entre 0 y 5 años, lo cual corresponde prácticamente a la cifras de malnutrición moderada determinadas en la encuesta nutricional de 1992. La asistencia es algo más elevada que la de los niños con riesgo, pero con una tasa de abandono del 26 por ciento. La tasa de readaptación es de sólo el 35 por ciento. Cuando los centros carecen de supervisión y de medios, estas actividades se abandonan a menudo en beneficio de la atención curativa. Alrededor del 10 por ciento de los casos se remiten al CRENI o al hospital, que trata la malnutrición grave.
12. Con la excepción del CRENI del hospital de Zinder, administrado por la organización no gubernamental “Médicos sin Fronteras” (MSF), la misión no pudo examinar las actividades de recuperación nutricional. Tanto si la misión llegaba temprano al centro como si llegaba tarde, estas actividades no estaban en funcionamiento. En determinados centros no pudieron encontrarse los documentos de seguimiento o hacía muchos meses que no se rellenaban. Según un informe de MSF de 1997, se habían evaluado alrededor del 64 por ciento de las salidas de “curación” en el conjunto de los siete CRENA supervisados por MSF en el distrito de Tanout, lo cual es aceptable; sin embargo, a pesar de la calidad de los servicios ofrecidos, las tasas de abandono son relativamente elevadas y ponen de manifiesto los límites de los CRENA.
13. En el CRENI de Zinder, teniendo en cuenta la calidad de los servicios, los indicadores de las salidas son aceptables. No obstante, las actividades de los CRENI y las de los ocho centros de pediatría de los hospitales corresponden en su mayor parte a atención curativa.
14. Hay que señalar que el UNICEF ha abandonado su ayuda a los CRENA y los CRENI para orientarse hacia actividades más comunitarias, participativas y preventivas, lo cual corresponde igualmente a los objetivos del PMA en tales programas.



Función y eficacia de la ayuda alimentaria

15. En las condiciones actuales, la ayuda del PMA no puede desempeñar su función con eficacia. La distribución de la ayuda alimentaria a un número de mujeres embarazadas y madres lactantes superior al previsto ha diluido los efectos alimentarios y nutricionales y los de transferencia de ingresos.
16. La ayuda alimentaria ha atraído a la población que frecuenta centros vecinos no beneficiarios, provocando una perturbación de las actividades y una sobrecarga de trabajo para el personal. Teniendo en cuenta el elevado número de solicitudes, los días de consulta ya no se corresponden con los días de distribución de alimentos. Por consiguiente, la ayuda alimentaria no está integrada con las actividades de salud preventiva.
17. Cabe preguntarse por qué la ayuda del PMA no anima a las mujeres a asistir con más frecuencia a las consultas. En las zonas de población nómada o seminómada, esto se explica por el hecho de que estas poblaciones están de paso; sin embargo, en las zonas cuya población es sedentaria, la asistencia limitada podría explicarse, además de por la influencia de ciertos factores culturales, por la insuficiencia de las raciones alimentarias, debido a un número muy elevado de beneficiarios, lo que tal vez desaliente a las mujeres de asistir a las consultas. La carencia de datos no permite analizar con mayor detalle este fenómeno.
18. En los CRENI, las raciones de alimentos constituyen una aportación presupuestaria que permite atenuar la insuficiencia del presupuesto que tienen a su disposición los hospitales regionales. Además del riesgo de dependencia de los CRENI con respecto a la asistencia del PMA, su eficacia es limitada, debido a que la duración de la hospitalización debe ser prolongada para que sea eficaz, y son muy frecuentes los abandonos, provocando una recaída o la muerte del niño. Hay que señalar que en los servicios de pediatría la asistencia del PMA no está orientada únicamente a los niños malnutridos, sino a todos los del servicio.

Beneficiarios

19. En el Plan de operaciones se prevé la distribución de raciones de alimentos a un promedio anual de 21 794 mujeres embarazadas, madres lactantes, niños con riesgo y acompañantes de niños malnutridos en los CRENA/CRENI y 1 140 niños aquejados de malnutrición moderada y 350 niños de malnutrición grave. En conjunto, el número de beneficiarios ha sobrepasado con creces las previsiones, con cifras de 102 363 en 1996 y 139 508 en 1997. Teniendo en cuenta que las raciones de alimentos para las mujeres embarazadas, las madres lactantes y los niños con riesgo se calcularon a razón de 360 días al año, mientras que cada beneficiario solamente ha recibido como promedio dos raciones mensuales al año, el proyecto ha llegado a seis veces más beneficiarios. Fueron beneficiarias alrededor del 57 por ciento de todas las mujeres embarazadas que frecuentaban los servicios de consulta prenatal, así como el 66 por ciento de todas las madres lactantes que frecuentaban los servicios de consulta infantil.
20. El motivo de la importante superación del número de beneficiarios previstos y de las dificultades encontradas está en una interpretación errónea de los criterios de selección¹ de

¹ Mujeres embarazadas: Edad (más de 16 años y menos de 35); multiparidad (más de cuatro partos), embarazos gemelares; peso inferior a 45 kilogramos.

Madres lactantes: Edad (más de 16 años y menos de 35); multiparidad (más de cuatro partos); madre con gemelos; madre lactante con peso inferior a 45 kg; madre cuyo hijo tuviera un peso al nacer inferior a 2,5 kilogramos.



las mujeres embarazadas y de las madres lactantes. Los criterios de selección como tales no son complicados. El problema es que el criterio de la multiparidad (más de cuatro partos) se refiere a la mayoría de las mujeres embarazadas o madres lactantes y que, al contrario que otros criterios, no es suficientemente restrictivo si se lo considera por separado. En el Plan de operaciones no se especifica explícitamente que la multiparidad no puede ser un criterio único de selección.

21. Niños con riesgo (de seis a 59 meses): los criterios de selección son muy precisos y el personal los comprende bien (curva de peso horizontal o descendente, gemelos). Aunque el número de beneficiarios varía mucho de un centro a otro, como promedio apenas supera el número previsto en el Plan de operaciones. Por los motivos ya mencionados en el párrafo 7, el proyecto llega difícilmente a los niños de dos a cinco años, a no ser que asistan para recibir una atención curativa.

Ventajas

22. Los beneficios del proyecto se limitan básicamente a una transferencia de ingresos a los beneficiarios. Esta podría haber sido más significativa si el número de distribuciones por beneficiario hubiera sido mayor. En relación con el umbral de pobreza definido antes de la devaluación del franco CFA, en enero de 1994, la transferencia de ingresos es más interesante en el medio rural que en el urbano.
23. Desde el punto de vista alimentario y nutricional, la triple ración diaria para llevar aporta 2 965 kilocalorías, y debería satisfacer en gran medida las necesidades de las mujeres embarazadas y las madres lactantes, a pesar de su dispersión en la familia, si la distribución fuera efectivamente mensual.

Centros de salud beneficiarios

24. En el momento de la formulación de la presente fase del proyecto, en noviembre de 1990, ya se había establecido la lista de centros de salud beneficiarios. No parece que se revisara después de la misión de examen previo para tener en cuenta los criterios de selección de los centros.
25. Con respecto al criterio de “zona con déficit alimentario crónico en una región rural”, la evaluación puso de manifiesto que los responsables nacionales deberían haber tenido en cuenta otros criterios, como la tasa elevada de malnutrición crónica y de pobreza extrema. Para facilitar la gestión del proyecto, se habían elegido principalmente centros de distrito, bastante antes de la puesta en marcha de esta fase. Hasta 1996, alrededor del 51 por ciento de los centros de salud estaban situados en las zonas con déficit crónico de alimentos. En 1997 se eliminaron varios centros, fundamentalmente del medio rural, debido a la mala gestión, la ausencia de informes sobre las actividades o las dificultades para el envío de los productos alimenticios. Por consiguiente, actualmente están en zonas rurales con déficit crónico de alimentos sólo alrededor del 21 por ciento de los beneficiarios.
26. Un estudio reciente del Club del Sahel¹ confirma que los cinco centros de Niamey no reúnen las condiciones necesarios para recibir la asistencia alimentaria, porque no responden a los criterios de zona rural, tasa de malnutrición crónica elevada o extrema pobreza. Tampoco la reúnen a priori los seis centros del departamento de Dosso, pero hay una tasa elevada de pobreza extrema.

¹ Ayuda alimentaria al Níger, análisis espacial 1993-1995, Club del Sahel, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), junio de 1997.



Gestión del proyecto y utilización de los productos alimenticios

27. El proyecto está distribuido entre los siete departamentos del país, más la comunidad urbana de Niamey, con la consiguiente dispersión geográfica de la ayuda alimentaria, que dificulta mucho la supervisión y el seguimiento. La capacidad de ejecución del proyecto es escasa. La directora nacional del proyecto acumula sus funciones con la dirección de salud materno-infantil. Las direcciones de salud de los departamentos no parecen estar suficientemente involucradas en la ejecución y el seguimiento del proyecto. Por otra parte, la cooperación mencionada en el Plan de operaciones con otros organismos (UNICEF, OMS, etc.) no se ha plasmado en propuestas concretas.
28. Por lo que respecta al personal de los centros beneficiarios varía de un centro a otro: los urbanos tienen más personal que los rurales. El volumen de trabajo (atención preventiva, curativa, educativa y distribución de los alimentos) es bastante importante, e influye negativamente en la calidad de las actividades y de los informes preparados por los centros.
29. La gestión de la ayuda alimentaria está repartida entre la dirección del proyecto en el Ministerio de Salud Pública y la dependencia del PMA en el Ministerio de Planificación, que se encarga de la coordinación de todos los proyectos del PMA en el Níger. En el Plan de operaciones no se definen las funciones, las prerrogativas ni las tareas de estos órganos. Desde la perspectiva del enfoque programático, es necesario definir con precisión el mecanismo de gestión y de logística.
30. A pesar de la difícil coyuntura económica, el Gobierno asigna fondos en la medida de lo posible a la gestión de la ayuda alimentaria. Sin embargo, el PMA se hace cargo de la mayor parte de los gastos de logística y de seguimiento mediante una subvención al transporte, el almacenamiento y la manutención. La devaluación del franco CFA en enero de 1994 hace necesario revisar la tasa de esta subvención.
31. De un total de 42 170 toneladas (mijo/sorgo, leguminosas, leche desnatada en polvo, aceite vegetal y azúcar) asignadas por el PMA, el proyecto había recibido al 30 de septiembre de 1997, 35 827 toneladas (84 por ciento de la asignación); se habían utilizado 34 660 toneladas, que representan el 90 por ciento de las cantidades recibidas. Las pérdidas post-cif (costo, seguro, flete) indicadas en los informes trimestrales se elevan a un total de 114 toneladas, es decir, el 0,3 por ciento de los alimentos recibidos. Los datos son aproximados, porque los préstamos o empréstitos a otros proyectos que se benefician de la asistencia del PMA, entre otras cosas, no se contabilizaron de manera sistemática durante los primeros años del proyecto.
32. La misión se pronuncia a favor de las compras locales de mijo/sorgo y de leguminosas (caupí) con la condición de que los precios de costo no sean superiores a los costos de importación. Estas compras estimulan los mercados regionales. Además, la asociación mijo-caupí en la cesta de alimentos favorece la educación nutricional.
33. Con la excepción del caupí, que no forma parte de la cesta de alimentos en los demás proyectos del PMA en el Níger, las consecuencias de los retrasos en el aprovisionamiento de productos alimenticios se han podido atenuar gracias a los préstamos recibidos de otros proyectos. En cuanto a los centros de salud, el agotamiento de las existencias señalado se debe fundamentalmente al elevado número de beneficiarios con respecto a las previsiones, más que a deficiencias en el aprovisionamiento de los centros.
34. En los almacenes regionales, comunes para los tres proyectos del PMA en el Níger, la misión pudo constatar que las condiciones y las normas de almacenamiento eran satisfactorias. Los inventarios conjuntos (PMA/dependencia del PMA/dirección del



proyecto) de fin de trimestre se hacen por lo general con regularidad y se consignan de manera correcta en las fichas de existencias y los resúmenes verbales de inventario.

35. Por otro lado, en los centros de salud visitados, las condiciones de almacenamiento son precarias. En la mayoría de los casos hay una simple habitación transformada en almacén. No se respetan las normas de almacenamiento y la situación se ve agravada por la carencia de espacio y de equipo.
36. Es evidente que los alimentos llegan a los centros, pero en cambio resulta difícil demostrar que se entregan efectivamente a los beneficiarios. El sistema de contabilidad no permite comprobar si los beneficiarios reciben las raciones de alimentos previstas ni establecer una conexión con los cuidados recibidos.
37. La ración diaria de alimentos para las mujeres embarazadas y las madres lactantes, así como para las acompañantes de niños a los CRENI/CRENA, está formada por tres raciones individuales de 250 gramos de sorgo/mijo, 15 gramos de aceite, 40 gramos de caupí y 10 gramos de azúcar. La ración triple para llevar es justificada, puesto que los productos del PMA en este tipo de proyectos sirven por lo general para la alimentación de toda la familia. No obstante, en este caso tal vez sea excesiva la ración. En efecto, si la madre lactante recibiera realmente las 12 raciones mensuales previstas, la cantidad anual de cereales equivaldría a la alimentación de un adulto por familia.
38. La ración diaria para consumir en el lugar (100 gramos de sorgo/mijo, 20 gramos de caupí, 10 gramos de aceite vegetal, 10 gramos de azúcar y 40 gramos de leche desnatada en polvo) para los niños malnutridos que acuden a los CRENA, es suficiente para la preparación de dos papillas y casi medio litro de leche enriquecida. Ahora bien, la mayoría de las veces el personal se limita a preparar una papilla lacteada o un puré de caupí, lo cual no corresponde a la mejor utilización biológica de la ración. Puesto que los niños habitan a más de cinco kilómetros, no asisten todos los días a los centros. La misión considera, pues, que debería distribuirse una ración sin cocinar para llevar, debido a que no pueden consumir los alimentos en el lugar.
39. Por lo que se refiere a la ración diaria de los CRENI (200 gramos de sorgo/mijo, 20 gramos de caupí, 20 gramos de aceite, 20 gramos de azúcar y 60 gramos de leche desnatada en polvo), la cantidad de leche no es suficiente para la preparación de las cuatro raciones de leche enriquecida de 400 ml. administradas por MSF a los niños. Sin embargo, la cantidad de otros alimentos necesarios para la preparación de papillas es superior a la recomendada por MSF. Se puede plantear una readaptación que se base menos en la leche y más en las papillas.
40. Las actividades educativas están a cargo del personal paramédico durante las consultas de los niños con riesgo. Los aspectos nutricionales expuestos son poco variados. Para remediar la falta de conocimientos de las madres en materia de nutrición, es imprescindible un enfoque global de alfabetización de las mujeres y de escolarización de las niñas.
41. Las actividades de planificación familiar no están vinculadas de manera sistemática al proyecto. Esto es lamentable, teniendo en cuenta la elevada tasa de crecimiento de la población. La misión reconoció que el criterio de multiparidad no facilitaba mucho estas actividades y se debía suprimir en la nueva fase del proyecto.

Seguimiento y evaluación y presentación de informes

42. El sistema de seguimiento y evaluación no comenzó a funcionar hasta el final de 1995. Este retraso se debió a la renuncia del primer candidato previsto para poner en marcha el sistema a causa de su nombramiento para un puesto de dirección en el Ministerio de Salud



Pública y a la partida para una misión de estudios durante dos años del segundo candidato. Por otra parte, los cambios de personal en la oficina del PMA en Niamey no han facilitado las actividades. Se observará que se han encontrado graves dificultades en el seguimiento y evaluación a pesar de los equipos organizados por el consultor local y la difusión de un manual de referencia. Estas dificultades se derivan de la abundancia de datos que había que recopilar, la ausencia de supervisión, los cambios frecuentes del personal formado y las múltiples actividades de los agentes de salud.

43. El seguimiento de los movimientos de los productos y del número de beneficiarios y el establecimiento de los informes bimestrales y semestrales resultan difíciles a causa de la falta de regularidad en el envío de los informes a la dirección nacional y de su escasa fiabilidad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

44. Al no disponer de datos de referencia por lo que se refiere a la asistencia a los centros al iniciarse el proyecto, la misión no puede evaluar si el proyecto en curso ha conseguido sus objetivos. Por otra parte, la dispersión de la asistencia alimentaria por los motivos ya mencionados diluyó los efectos esperados. Si los beneficiarios hubieran recibido efectivamente las raciones de alimentos previstas por el Plan de operaciones, los efectos alimentarios y nutricionales y la transferencia de ingresos habrían sido más satisfactorios. Por último, de la evaluación se deduce que el proyecto tal como estaba concebido al principio no responde ya a las enseñanzas y orientaciones del PMA. Por consiguiente, se recomienda la formulación de un nuevo proyecto según las recomendaciones indicadas.
45. Además de desempeñar su función de complemento nutricional, la asistencia del PMA debe permitir, gracias a su función impulsora y de transferencia de ingresos, una mejor cobertura de las consultas prenatales e infantiles. Por motivos de eficacia, el proyecto futuro se concentrará en 13 distritos de cuatro departamentos caracterizados por una extrema vulnerabilidad en cuanto a la seguridad alimentaria y tasas de malnutrición crónica y de pobreza extrema elevadas. Para evitar los efectos negativos observados en el proyecto en curso, todos los centros de salud de estos distritos recibirán la asistencia del PMA únicamente si se ajustan a los criterios establecidos por la misión.
46. Por los motivos ya mencionados, el PMA debería desvincularse de la asistencia curativa en los CRENI/hospitales. El Gobierno debería hacerse cargo de este sector o bien cubrirse con otras fuentes de asistencia.
47. El PMA debe continuar prestando ayuda a los CRENA, pero con un enfoque distinto. Teniendo en cuenta las posibilidades locales, la actuación del PMA debería incentivar la participación de las madres y reforzar el enfoque comunitario por parte de las parteras y las asistentes voluntarias para localizar y seguir a los niños con riesgo o en estado de malnutrición y dirigirlos hacia los centros de salud.
48. Tras la supresión del criterio de multiparidad para las mujeres embarazadas y las madres lactantes por los motivos mencionados en uno de los párrafos anteriores, habría que añadir otros criterios para prestar asistencia a las mujeres más vulnerables. Se recomienda la redefinición de los criterios de selección de este grupo destinatario durante la formulación del futuro proyecto.
49. Las mujeres embarazadas y las madres lactantes recibirán una ración mensual única de 15 kilogramos de sorgo/mijo, cuatro kilogramos de caupí y 900 gramos de aceite. Esta



ración aporta 2 069 calorías diarias y comprende 65 gramos de proteínas y 44 gramos de lípidos. Los niños en edad preescolar recibirán harina enriquecida para la papilla: 3,5 kilogramos de BITAMINE producida localmente o de mezcla de maíz y soja al mes (120 gramos al día) y un kilogramo de azúcar (30 gramos al día).

50. Con objeto de mejorar los resultados de la nueva fase del proyecto, la misión recomienda:
- a) A nivel nacional, el nombramiento de un director de dedicación completa, que deberá garantizar regularmente el seguimiento y la supervisión del proyecto. A nivel regional, el de un coordinador regional de dedicación completa.
 - b) La contratación de un experto asociado con formación en nutrición y salud pública para la oficina del PMA en Niamey, que se ocupará de este proyecto.
 - c) La definición de las funciones, prerrogativas y tareas de la dirección nacional del proyecto y de la dependencia de gestión.
 - d) Teniendo en cuenta la elevada movilidad de los agentes de salud, será necesaria la formación continua y durante el servicio, en el marco del seguimiento y evaluación, no sólo en relación con el almacenamiento de los alimentos, sino también con la contabilidad correspondiente a los movimientos de los productos alimenticios y los beneficiarios.
 - e) Habrá que involucrar a los beneficiarios en la gestión de los productos, en particular para la construcción de depósitos de almacenamiento, como ya se había recomendado en la evaluación anterior. Por otra parte, las cuidadoras y las comadronas deberían intervenir en la preparación y distribución diaria de las raciones correspondientes al día de consulta para los niños en edad preescolar.
 - f) Habrá que solicitar a otros colaboradores (UNICEF, Banco Mundial, etc.) su cooperación en las actividades de SMI en los centros que reciben asistencia, en particular para el programa de vacunaciones y la distribución de micronutrientes.
 - g) Se deberá conseguir igualmente una mayor integración de la ayuda alimentaria en las actividades preventivas y educativas. Por ejemplo, la distribución de las raciones debería corresponder al día de la consulta.
 - h) Para no perder la condición de beneficiarios, debería ser obligatoria la asistencia regular a los centros.
 - i) Deberán introducirse desde el comienzo del proyecto todos los elementos necesarios para su seguimiento y evaluación que se deberán especificar durante la formulación e imponer un examen interno a la mitad del proyecto a cargo de la oficina del PMA en Niamey. El nuevo proyecto no se podrá poner en marcha mientras no esté organizado el sistema de seguimiento y evaluación.
 - j) En el marco de la redistribución del personal de salud, se recomienda la asignación prioritaria a los centros beneficiarios de personal suficiente y estable.
 - k) El PMA y el Gobierno han aceptado las recomendaciones de la misión.

