

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

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

Roma, 8-11 de noviembre de 2010

PROYECTOS QUE REQUIEREN LA APROBACIÓN DE LA JUNTA EJECUTIVA

Tema 9 del programa

Para aprobación



Distribución: GENERAL
WFP/EB.2/2010/9-A/2
21 octubre 2010
ORIGINAL: INGLÉS

PROYECTOS DE DESARROLLO – LESOTHO 200169

Apoyo nutricional para niños malnutridos y otros grupos vulnerables

Número de beneficiarios	214.180
Duración del proyecto	24 meses (1º de enero de 2011-31 de diciembre de 2012)
Volumen de los alimentos proporcionados por el PMA	12.515 toneladas
Costo (dólares EE.UU.)	
Costo de los alimentos para el PMA	5.445.408
Costo total para el PMA	9.796.239

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 aprobación.

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

Director Regional, ODJ*: Sr. M. Darboe Tel.: 066513-2201

Oficial Superior de Enlace, ODJ: Sr. T. Lecato Tel.: 066513-2370

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

* Despacho Regional de Johannesburgo (África Meridional, Oriental y Central)

RESUMEN

Lesotho ha logrado avances considerables en la lucha contra la mortalidad infantil y en el logro de una esperanza de vida más larga, pero subsisten grandes problemas. La malnutrición causa el 22% de la mortalidad infantil y el 56% de las muertes de niños menores de 5 años se atribuyen a enfermedades relacionadas con el VIH; alrededor del 24% de la población de Lesotho vive con el VIH. Existe un vínculo fisiológico entre la malnutrición y las enfermedades asociadas al VIH¹, lo que ha dado lugar a cambios en las estructuras sociales que han acarreado una reducción de la capacidad para proporcionar a lactantes y niños una nutrición y unos cuidados adecuados.

En la actualidad, el 42% de los niños menores de 5 años sufren un retraso del crecimiento y entre el 40% y el 60% corren el riesgo de padecer trastornos del desarrollo cognitivo a causa de carencias de micronutrientes². El retraso del crecimiento se debe en parte a la inseguridad alimentaria de los hogares, que se agrava durante la temporada de carestía que va de enero a marzo, cuando un tercio de los hogares se enfrenta con grandes dificultades para satisfacer sus necesidades alimentarias y proporcionar a los niños una alimentación adecuada. La situación es sumamente grave en la región montañosa y en el distrito de Berea, en el oeste del país.

Con el presente proyecto de desarrollo se prestará asistencia a más de 200.000 beneficiarios. Se trata del primer proyecto de desarrollo del PMA en Lesotho centrado exclusivamente en combatir la malnutrición crónica. Este proyecto forma parte del primer Programa conjunto de nutrición de las Naciones Unidas, que apoyará los efectos directos 1, 2 y 3 del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2008-2012. Está en consonancia con las políticas y programas gubernamentales en curso destinados a abordar la vulnerabilidad, que se presentan en el Plan nacional de desarrollo para 2008-2012, y se basa en las enseñanzas extraídas de las misiones conjuntas de las Naciones Unidas llevadas a cabo en marzo y abril de 2010.

La finalidad de este proyecto es prevenir y reducir la malnutrición entre los grupos vulnerables en los cuatros distritos más afectados por la malnutrición crónica, por medio de cuatro actividades: i) mejorar la gestión de la malnutrición aguda; ii) promover el crecimiento y el desarrollo de los niños, prestando particular atención a la reducción del retraso del crecimiento y las carencias de micronutrientes; iii) mejorar las prácticas de nutrición y salud, y iv) aumentar la capacidad para orientar y administrar los programas nacionales de mejora de la nutrición.

El proyecto se ajusta a los Objetivos Estratégicos 4 y 5 del PMA³ y ayudará a Lesotho a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio 1, 4, 5 y 6⁴.

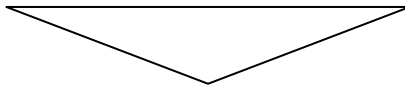
¹ Ministerio de Salud y Bienestar Social. *Examen anual conjunto de 2009*.

² Encuesta nutricional nacional, 2007-2008

³ Objetivo Estratégico 4 – Reducir el hambre crónica y la desnutrición, y Objetivo Estratégico 5 – Fortalecer la capacidad de los países para reducir el hambre mediante estrategias de traspaso de responsabilidades y compras locales.

⁴ Objetivo de Desarrollo del Milenio 1 – Erradicar la pobreza extrema y el hambre; Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 – Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 – Mejorar la salud materna, y Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 – Combatir el VIH sida, la malaria y otras enfermedades.

PROYECTO DE DECISIÓN*



La Junta aprueba el proyecto de desarrollo Lesotho 200169 propuesto, “Apoyo nutricional para niños malnutridos y otros grupos vulnerables” (WFP/EB.2/2010/9-A/2), a condición de que se disponga de recursos.

* Se trata de un proyecto de decisión. Si se desea consultar la decisión final adoptada por la Junta, sírvase remitirse al documento titulado “Decisiones y recomendaciones del segundo período de sesiones ordinario de 2010 de la Junta Ejecutiva”, que se publica al finalizar el período de sesiones.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

1. Lesotho tiene una población de menos de 2 millones de personas⁵. La parte occidental del país, donde están situadas la capital y las zonas urbanas, consiste en llanuras y estribaciones montañosas, mientras que la parte oriental es montañosa, con una infraestructura y comunicaciones deficientes y tierras cultivables escasas y, a menudo, erosionadas. En la parte oriental, los agricultores tienen dificultades para acceder a los mercados, hay pocas oportunidades de generación de ingresos y existe una mayor marginación en términos de capital humano, físico y político que en la región occidental de Lesotho.
2. Aunque Lesotho produce menos de la mitad de lo que requiere para satisfacer sus necesidades de alimentos básicos, la disponibilidad de alimentos se ve por lo general garantizada por una eficaz vinculación con los mercados y un sector privado sólido. Durante muchos años, las importaciones de alimentos se financiaban en gran medida con las remesas enviadas por los mineros que trabajaban en Sudáfrica, pero ahora esas remesas representan una fracción de lo que eran hace un decenio. El Gobierno también se enfrenta a una crisis económica causada por una importante disminución de los ingresos provenientes de la Unión Aduanera del África Meridional⁶, de las exportaciones y de los ingresos internos.
3. El producto interno bruto per cápita disminuyó de 3.200 dólares EE.UU. en 2005, medido en paridad del poder adquisitivo, a 1.400 dólares en 2009. Con un coeficiente de Gini de 0,63, el ingreso nacional de Lesotho es el segundo más desigualmente distribuido del mundo. El nivel de pobreza e inseguridad alimentaria de los hogares sigue siendo elevado y casi una cuarta parte de los hogares recae en la categoría de hogares expuestos a la inseguridad alimentaria. En 2009, tras una cosecha excepcionalmente escasa, se estimó que el 23% de la población necesitaba asistencia externa para satisfacer sus necesidades de subsistencia básicas⁷.
4. Lesotho ocupa el puesto 156° de los 182 países considerados en el índice de desarrollo humano de 2009 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). En 2008, la esperanza de vida al nacer era de 45 años⁸ y en 2009 la mortalidad materna aumentó a 972 por cada 100.000 nacidos vivos. Las tasas de retraso del crecimiento son extremadamente altas, con un promedio nacional de alrededor del 42%⁹, y la tasa de anemia infantil es del 49%. La tasa nacional de personas con insuficiencia ponderal es del 14% y el 13% de los niños nacen con peso bajo.
5. La prevalencia elevada del VIH tiene unos efectos profundos en el potencial de desarrollo de Lesotho. La tasa de prevalencia sigue siendo la tercera más alta del mundo, aunque ha disminuido hasta alrededor del 24%¹⁰ desde la cota máxima del 31% registrada en 2001. Según las estimaciones realizadas, en 2007 la tasa bruta de mortalidad en los 10 distritos del país superaba los umbrales de emergencia en dos de ellos y se encontraba

⁵ En el censo de 2006 se contabilizaron 1.876.633 personas.

⁶ La Unión reparte los ingresos entre sus miembros, incluidos Swazilandia, Lesotho y Namibia, con la finalidad principal de promover el desarrollo económico por medio de la coordinación regional del comercio.

⁷ *Lesotho Vulnerability Assessment Committee/Disaster Management Authority, Lesotho Food Security and Vulnerability Monitoring Report 2009*. Maseru.

⁸ PNUD. *Informe sobre Desarrollo Humano 2009*. Nueva York.

⁹ Las cifras más recientes figuran en la encuesta nacional sobre nutrición de Lesotho (noviembre y diciembre de 2007).

¹⁰ Ministerio de Salud y Bienestar Social. Lesotho 2010. Maseru.

en niveles inaceptablemente altos en otros cinco; aumenta la relación de dependencia. Ahora ha aumentado la tasa de dependencia, lo que pone a dura prueba los recursos de los hogares¹¹.

6. Según una encuesta demográfica y de salud realizada en 2004, la malnutrición crónica, incluida la anemia ferropénica, tiene múltiples causas, como las prácticas de alimentación de los bebés, la enfermedad y la mala salud, y la inseguridad alimentaria de los hogares.
7. En 2009 sólo el 68% de los niños menores de 2 años estaba totalmente inmunizado, lo que representa una disminución en comparación con el 80% registrado en 2008. Únicamente el 15% de las madres practica la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida de sus hijos, y la introducción de alimentos complementarios adecuados para los niños se demora en el 30% de los casos. La ingesta de proteínas es insuficiente: sólo el 25% de los niños de 23 meses de edad come legumbres secas y sólo un tercio consume proteínas de origen animal¹². Las enfermedades relacionadas con el VIH han causado el fallecimiento de muchos padres y madres y el cuidado de los niños pasa a sus abuelos, quienes muy a menudo carecen de la capacidad para proporcionarles una alimentación y unos cuidados adecuados.
8. El retraso del crecimiento de los niños es la consecuencia irreversible de trastornos del crecimiento, un proceso largo y acumulativo causado por una nutrición inadecuada combinada con enfermedades recurrentes o crónicas. Además de debilitar la salud y el bienestar del niño, el retraso del crecimiento limita su potencial intelectual y socava el desarrollo económico global. La prevalencia del retraso del crecimiento se sitúa en el 42% a escala nacional, pero varía considerablemente de unos distritos a otros. La tasa de retraso del crecimiento es más alta en los distritos de Kokhotlong, Qacha's Nek y Thaba-Tseka — en la región montañosa— y en el distrito de Berea —en la zona de estribaciones montañosas y tierras bajas—, donde oscila entre el 46% y el 55%. La prevalencia del retraso del crecimiento se duplica, pasando del 21% durante la primera infancia (de 6 a 11 meses de edad) a cerca del 50% entre los niños de 18 a 23 meses. Esta tendencia se observa hasta los 5 años de edad, lo que expone a uno de cada dos niños de Lesotho al riesgo de padecer trastornos del crecimiento y fallecer. El retraso del crecimiento se ve agravado por la anemia ferropénica, que es más elevada en esos cuatro distritos en los que alcanza una tasa del 63%¹³.
9. Aunque la malnutrición aguda moderada no suele llegar en general a niveles alarmantes, la malnutrición aguda global se sitúa actualmente entre el 2% y el 3%⁹ y la información sobre tasas de mortalidad elevadas entre los niños gravemente malnutridos ha llevado al Ministerio de Salud y Bienestar Social a establecer un programa de alimentación para el tratamiento de la malnutrición aguda grave y moderada. No obstante, los centros de salud no tienen registros sobre la cobertura o los resultados alcanzados, de modo que es imposible determinar los progresos o los resultados obtenidos.
10. Según el Ministerio de Salud y Bienestar Social, el 22% de las muertes infantiles se atribuye a la malnutrición¹ y el 56% de los fallecimientos de niños menores de 5 años se atribuye a enfermedades relacionadas con el VIH¹¹. A menudo también se observa malnutrición aguda moderada en adultos con patologías relacionadas con el sida en un

¹¹ Owusu-Ampomah, S. Naysmith y C. Rubincam, 2009. Reviewing Emergencies in HIV and AIDS-Affected Countries in Southern Africa: Shifting the Paradigm in Lesotho. Comisión nacional sobre el sida. Maseru.

¹² Todas las cifras se han extraído de los datos más recientes de que se dispone (encuesta demográfica y de salud de 2004).

¹³ Según el censo de 2006, la población total de estos cuatro distritos era de 550.000 personas.

estadio avanzado¹⁴, lo que pone en peligro su recuperación. La coinfección por el VIH y la tuberculosis es habitual y alrededor del 80% de los pacientes con tuberculosis también viven con el VIH. Además, la incidencia de la tuberculosis en Lesotho es la segunda más alta del mundo, con un índice de 640 por cada 100.000 personas¹. Se administra tratamiento antirretroviral a 62.000 pacientes, lo que corresponde a cerca del 51% de las personas que lo necesitan¹⁵.

11. El Gobierno está empeñado en luchar contra la tuberculosis y el VIH. En 2004, adoptó un enfoque integrado basado en una programación conjunta a todos los niveles y en la prestación de servicios integrados en los establecimientos de salud. Ha habido progresos importantes en la generalización del tratamiento antirretroviral y la ayuda alimentaria a las personas que viven con VIH, pero esos esfuerzos se han visto socavados por las deficiencias de los sistemas de seguimiento.
12. En Lesotho, la responsabilidad de hacer frente a la malnutrición está fragmentada entre numerosas estructuras gubernamentales y de los asociados, de las que las principales son el Ministerio de Salud y Bienestar Social y el Ministerio de Agricultura y Seguridad Alimentaria, así como la Oficina de coordinación de la alimentación y la nutrición, que depende de la Oficina del Primer Ministro. La vigilancia nutricional es sumamente escasa tanto en lo tocante a la recopilación de datos como al análisis de éstos. No existe ninguna intervención adecuada para tratar la malnutrición crónica o las carencias de micronutrientes.

COOPERACIÓN ANTERIOR Y ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS

13. Desde 2002, los programas del PMA en Lesotho han incluido operaciones de socorro y recuperación en gran escala en respuesta a la triple amenaza que representan la inseguridad alimentaria, la fragilidad de la gestión de los asuntos públicos y la prevalencia del VIH. En la operación prolongada de socorro y recuperación más reciente (OPSR 105990) se aplica un enfoque centrado en la protección social, en especial para satisfacer las necesidades de los hogares y las comunidades afectadas por el VIH.
14. Desde 1966 en Lesotho se presta apoyo a la enseñanza primaria orientada al desarrollo. El PMA ha renovado su asociación con el Gobierno a fin de fomentar una mayor asunción nacional de la gestión y la financiación. En una evaluación descentralizada del programa de alimentación escolar, llevada a cabo en 2009, se determinó que el PMA había trabajado de manera constructiva con el Gobierno, tanto en el plano central como en el de los distritos. Se consideró que las estrategias de retirada y de traspaso de responsabilidades constituían avances positivos.
15. El Gobierno otorga prioridad a la protección social, administra un plan de pensiones para la vejez universal y aplica un programa integrado nacional para el cuidado y desarrollo del niño en la primera infancia, que incluye el cuidado en la etapa preescolar. El Ministerio de Educación y Capacitación Profesional es responsable de financiar y ejecutar los programas de alimentación escolar en las escuelas de enseñanza primaria de todo el país. Se está examinando la viabilidad de introducir intervenciones de apoyo nutricional en los centros

¹⁴ No se dispone de datos sobre Lesotho pero la información proveniente de otros países del África meridional sugiere que la malnutrición entre pacientes adultos que comienzan un tratamiento antirretroviral oscila entre el 15% y el 30%.

¹⁵ Informe de 2009 de la Comisión nacional sobre el sida relativo a las medidas de lucha contra el VIH y el sida adoptadas en el país.

de cuidado y desarrollo del niño en la primera infancia que supervisa. El Gobierno se ha comprometido expresamente a seguir apoyando el sector de la nutrición.

ESTRATEGIA DEL PROYECTO

16. Con este proyecto de desarrollo se pretende asistir a 200.000 beneficiarios. Es el primer proyecto de desarrollo del PMA en Lesotho que se centra exclusivamente en la lucha contra la malnutrición crónica. Contribuye al primer Programa conjunto de nutrición de las Naciones Unidas por medio de los efectos directos 1, 2 y 3 del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF) para 2008-2012. El proyecto se basa en las recomendaciones de las misiones de las Naciones Unidas llevadas a cabo desde marzo hasta mayo de 2010 y un examen de los documentos clave¹⁶. Se ajusta a las políticas y programas gubernamentales que tienen por objeto hacer frente a la vulnerabilidad, que figuran en el Plan nacional de desarrollo para el período 2008-2012.
17. El UNDAF actual finalizará en diciembre de 2012 y todos los organismos de las Naciones Unidas realinearán sus proyectos respectivos con el nuevo UNDAF, que comenzará en enero de 2013. El presente proyecto finalizará por tanto en diciembre de 2012. Cabe la posibilidad de que se proponga una segunda fase, que se iniciaría en 2013, a condición de que se disponga de financiación y en función de las conclusiones de la evaluación correspondiente.
18. El objetivo general del proyecto de desarrollo es prevenir y reducir la malnutrición entre los grupos vulnerables de cuatro distritos.
19. Los efectos previstos son los siguientes:
 - i) mejorar el bienestar nutricional de la población destinataria;
 - ii) aumentar la supervivencia de los adultos y los niños con VIH después de 6 y 12 meses de tratamiento antirretroviral;
 - iii) aumentar la tasa de éxito del tratamiento antituberculoso entre los pacientes seleccionados, y
 - iv) avanzar en la aplicación de soluciones al problema del hambre que estén plenamente en manos del país.
20. El proyecto contribuirá a la consecución de los ODM 1, 4, 5 y 6 y es conforme con la política sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño del Gobierno. El Gobierno también ha respaldado la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño contenida en la Resolución 55.25, de mayo de 2002, de la Asamblea Mundial de la Salud, que tiene por objeto optimizar la alimentación de los lactantes y los niños pequeños.
21. En el Plan estratégico nacional de lucha contra el VIH y el sida para 2006-2011 se subraya la importancia de la nutrición para retrasar la progresión del VIH al sida, y de la inclusión del apoyo nutricional en el marco de un conjunto integral de medidas de tratamiento, incluido el suministro de micronutrientes, para la mejora de la calidad de vida de las personas con VIH mediante la reducción de la mortalidad y la morbilidad.

¹⁶ Encuesta nacional sobre nutrición de 2007; encuesta sobre la salud infantil de 2010; encuesta demográfica y de salud de 2004; política nacional de nutrición de 2009; Plan estratégico nacional de lucha contra el VIH y el sida para 2006-2011.

22. El presente proyecto abordará la malnutrición, incluidas las carencias de micronutrientes en los distritos con los niveles más elevados de retraso del crecimiento entre los niños menores de 5 años, así como los factores nutricionales de vulnerabilidad de diversos grupos, entre ellos las mujeres gestantes y lactantes. Se centrará en tres distritos de las montañas (Mokhotlong, Qacha's Nek y Thaba-Tseka), en los que la prevalencia del retraso del crecimiento es del 50% de promedio, y en el distrito de Berea, en las tierras bajas.
23. El proyecto adoptará un enfoque global basado en la alimentación, con intervenciones curativas y preventivas encaminadas a abordar los problemas nutricionales a los que se enfrentan los niños y los adultos, y alentará a la vez a los hogares y las comunidades a adoptar prácticas de nutrición saludables. Habida cuenta de la profunda repercusión del VIH y la tuberculosis en el bienestar nutricional de las madres, los niños y los adultos, las actividades se vinculan, en la medida de lo posible, con la sensibilización general sobre esas enfermedades, los análisis para su detección y la educación para una vida positiva.
24. El proyecto consiste en las cuatro actividades siguientes:
 - i) mejorar la gestión de la malnutrición aguda;
 - ii) promover el crecimiento y el desarrollo de los niños, prestando particular atención a la reducción del retraso del crecimiento y las carencias de micronutrientes;
 - iii) mejorar las prácticas de nutrición y salud, y
 - iv) aumentar la capacidad para orientar y administrar los programas nacionales de mejora de la nutrición.

Actividad I: Mejorar la gestión de la malnutrición aguda

25. El PMA se asociará con el Ministerio de Salud y Bienestar Social y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) a fin de ejecutar actividades de rehabilitación nutricional de niños malnutridos menores de 5 años, mujeres gestantes y lactantes y personas que viven con el VIH y la tuberculosis que comienzan un tratamiento antirretroviral y/o un tratamiento de observación directa y corta duración (DOTS) antituberculoso. El PMA proporcionará raciones suplementarias de alimentos, por conducto de dispensarios y centros de salud, con la finalidad de satisfacer las necesidades nutricionales de los grupos destinatarios aquejados de malnutrición aguda moderada; el UNICEF apoyará el tratamiento de los niños gravemente malnutridos.
26. Las actividades de rehabilitación nutricional se vincularán con servicios de salud tales como la gestión integrada de las enfermedades infantiles, incluido el tratamiento antirretroviral de niños, y la administración a adultos de un tratamiento antirretroviral y un DOTS antituberculoso, junto con suplementos de micronutrientes. El suministro de alimentación suplementaria formará parte de un conjunto mínimo de servicios. Habida cuenta de que el personal sanitario ya soporta una carga pesada, la manipulación de los alimentos correrá a cargo de los asociados cooperantes y su distribución se hará mensualmente en los centros de salud.
27. Se reforzarán los vínculos con los programas de extensión comunitarios y domiciliarios a fin de mejorar la detección precoz de la pérdida de peso y la malnutrición aguda moderada, sus causas y sus posibles remedios, así como para promover el apoyo a la recuperación en el hogar. Se mejorarán las capacidades del personal de los dispensarios y los agentes sanitarios de aldea mediante la capacitación y el suministro de instrumentos y material, en asociación con el Ministerio de Salud y Bienestar Social, el UNICEF y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

28. A lo largo de los dos años de duración del proyecto, 4.200 mujeres y niños recibirán raciones para llevar a casa de mezcla de maíz y soja (MMS), azúcar y aceite hasta que se hayan recuperado adecuadamente, lo que se verifica generalmente al cabo de tres meses. Los criterios de admisión y de salida se basan en las Directrices nacionales de Lesotho para la gestión integrada de la malnutrición aguda, que emplean como parámetros la circunferencia braquial medio-superior y la relación entre peso y estatura. Cada mes, durante un promedio de cuatro a seis meses, 3.200 adultos malnutridos que reciben tratamiento antirretroviral y DOTS antituberculoso recibirán MMS con arreglo a principios básicos de administración de alimentos bajo supervisión médica basados en criterios relacionados con el índice de masa corporal (IMC).

Actividad II: Promover el crecimiento y desarrollo de los niños, con particular atención a la reducción del retraso del crecimiento y las carencias de micronutrientes

29. Para asegurar que el crecimiento de los niños no se ponga en peligro durante la temporada de carestía de enero a marzo, el PMA proporcionará un suplemento alimenticio a 58.500 niños de entre 6 y 23 meses de edad; 45.000 mujeres gestantes y lactantes también recibirán un suplemento durante esa temporada a fin de ayudar el crecimiento infantil y fetal. Las raciones de MMS, aceite y azúcar se entregarán mensualmente en los lugares de distribución de los consejos comunitarios, en los que los asociados cooperantes prepararán las listas de beneficiarios y administrarán las distribuciones. Durante todo el año se vigilará la calidad de la dieta para asegurar que se mantenga una ingesta suficiente de macronutrientes y micronutrientes.

30. Esta actividad también está dirigida a niños de 2 a 5 años de edad inscritos en los centros de cuidado y desarrollo del niño en la primera infancia gestionados por voluntarios de la comunidad con los auspicios del Ministerio de Educación y Capacitación. Se proporcionarán comidas ricas en micronutrientes elaboradas con harina de maíz enriquecida, legumbres secas, aceite, MMS y azúcar a 30.600 niños dos veces al día durante 180 días al año, que satisfarán el 80% de sus necesidades de micronutrientes. El UNICEF apoya al Ministerio de Educación y Capacitación mediante el establecimiento de servicios de abastecimiento de agua y saneamiento y el suministro de material didáctico a los alumnos, entre los cuales los de los centros de cuidado y desarrollo del niño en la primera infancia. Habida cuenta de que la asistencia alimentaria del PMA consistirá en productos alimenticios secos, se examinará la posibilidad de establecer vínculos con los huertos comunitarios de la actividad III a fin de incorporar productos frescos en las comidas diarias de los niños, contribuyendo de esa manera a un mayor equilibrio alimentario y aumentando la familiaridad de los niños con diversas frutas y hortalizas.

31. El hecho de reunir a los niños y a las mujeres embarazadas y lactantes en lugares céntricos permite enseñarles mejores prácticas sanitarias y nutricionales y abordar los problemas nutricionales más graves —como el retraso del crecimiento y los trastornos causados por carencias de micronutrientes— que se detectan en esos grupos destinatarios. Los beneficiarios también podrán acceder a servicios de salud —como la vacunación— y a la distribución de cápsulas de vitamina A, comprimidos antiparasitarios y suplementos de hierro y ácido fólico.

Actividad III: Mejorar las prácticas de nutrición y salud

32. Con esta actividad se pretende mejorar las prácticas de las comunidades en materia de alimentación y de cuidados, identificar las necesidades nutricionales especiales y satisfacerlas, y apoyar la recuperación nutricional cuando sea necesario.

33. Para la educación nutricional en los cuatro distritos se utilizará el enfoque de “desviación positiva”¹⁷. Se tomarán como destinatarios todos los miembros de la comunidad que presten cuidados (madres, padres, maestros, etc.) y la educación se centrará en las prácticas de alimentación para los lactantes y los niños pequeños, así como en la alimentación adecuada para las mujeres gestantes y madres lactantes y las personas con necesidades nutricionales especiales, como es el caso de las personas que viven con el VIH y los pacientes con tuberculosis.
34. Esta actividad será llevada a cabo por agentes sanitarios de aldea capacitados, que movilizarán y darán a los hogares y las comunidades los medios para que adquieran los conocimientos nutricionales necesarios para garantizar una vida saludable y aprendan a utilizar las prácticas correspondientes. A los agentes sanitarios de aldea se les proporcionará una canasta modesta de harina de maíz para compensarles por el tiempo y el esfuerzo que dediquen al trabajo comunitario. Se espera que la mayor participación de éstos en las comunidades ayude a mejorar la detección y derivación tempranas de los casos de malnutrición aguda.
35. Habida cuenta de que las enfermedades crónicas de los adultos tienen una influencia profunda en la capacidad de los hogares para generar medios de subsistencia y proporcionar cuidados, y que los hogares con un exceso de carga tienen el efecto contrario en la recuperación de las personas con VIH y tuberculosis que comienzan su tratamiento, se prestará asistencia alimentaria a los hogares (maíz, legumbres secas y aceite para cinco personas, incluido el paciente) durante el tiempo de recuperación a fin de complementar los suplementos para la rehabilitación nutricional ofrecidos en el marco de la actividad I. Este conjunto permite satisfacer la mitad de las necesidades básicas diarias de un hogar y ayudará a mejorar el consumo de alimentos en los hogares y facilitará el tratamiento y la recuperación nutricional de los enfermos crónicos.
36. El PMA trabajará con el Ministerio de Agricultura y Seguridad Alimentaria, el Ministerio de Silvicultura y Bonificación de Tierras y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) con la finalidad de establecer huertos comunitarios. Estos huertos favorecerán la adopción de buenas prácticas nutricionales y la diversidad alimentaria al ofrecer la posibilidad de aplicar los conocimientos nutricionales adquiridos durante las sesiones educativas. Se encargarán de la creación y el mantenimiento de los huertos miembros de la comunidad pertenecientes a hogares en los que haya personas que reciben ayuda en el marco de las actividades I y II, así como de otros hogares vulnerables identificados por los consejos comunitarios. Los hogares se seleccionarán sobre la base de su situación socioeconómica, su acceso a la tierra, su interés en participar en esta actividad y su exposición a la inseguridad alimentaria.
37. Las personas que participen directamente en los trabajos de los huertos recibirán una canasta de alimentos para el hogar que les permitirá satisfacer la mitad de las necesidades alimentarias básicas diarias (maíz, legumbres secas y aceite vegetal) de cinco personas; aquellas personas que necesiten una mayor diversidad alimentaria también se beneficiarán de la producción de los huertos. Éstos se utilizarán en actividades de demostración de prácticas hortícolas y agrícolas adecuadas, que los hogares podrán reproducir en sus propias tierras y con sus recursos productivos. Se proporcionará asistencia alimentaria durante un período de entre tres y seis meses.

¹⁷ Se trata de un enfoque de solución de problemas basado en los activos e impulsado por la comunidad, que permite a ésta descubrir comportamientos y estrategias fructíferos y formular un plan de acción para fomentar su adopción por parte de todos los interesados.

38. En la actividad de los huertos comunitarios se aprovecharán las enseñanzas extraídas del establecimiento de viveros de árboles frutales y de huertos de árboles frutales y hortalizas por grupos de personas con VIH y sus familias, en el marco de la OPSR 10599.

Actividad IV: Aumentar la capacidad para orientar y administrar los programas nacionales de mejora de la nutrición

39. Las actividades I, II y III contribuirán al logro del Objetivo Estratégico 5 del PMA mediante el apoyo al fomento de la capacidad en materia de prestación de servicios de salud y el suministro de modelos para su reproducción en otros distritos. En el marco de la actividad IV del proyecto, también se ejecutarán dos actividades encaminadas a promover soluciones al problema del hambre que estén plenamente en manos del país: el fortalecimiento de los sistemas de información sobre la nutrición y el apoyo al enriquecimiento de los alimentos.
40. Se reforzará el sistema nacional de vigilancia de la nutrición en colaboración con el Ministerio de Salud y Bienestar Social, la Oficina de coordinación de la alimentación y la nutrición y el UNICEF a fin de mejorar la gestión de los datos sobre la nutrición. El apoyo que se preste incluirá una actividad de vigilancia mediante el acopio y análisis de datos y la interpretación de las tasas de malnutrición y otros indicadores nutricionales, que es responsabilidad actualmente de la Oficina de coordinación de la alimentación y la nutrición, así como la recopilación de datos y la gestión de la información derivada de las intervenciones nutricionales, de las que se encarga en la actualidad el Ministerio de Salud y Bienestar Social.
41. Los programas de tratamiento médico cuentan con sistemas de información para el registro y la supervisión del bienestar de los pacientes, que contribuyen a una buena gestión de los casos y a la evaluación de las realizaciones globales del programa. Se examinará la posibilidad de integrar la información nutricional en estos sistemas a fin de mejorar la gestión tanto de la enfermedad como del estado nutricional de los pacientes, y de orientar la concepción y la ejecución de los programas.
42. El enriquecimiento de los alimentos en el plano nacional contribuirá a mejorar la ingesta de micronutrientes en todo Lesotho. El aspecto central es la formulación de políticas y normas adaptadas a las situaciones locales, las pautas de consumo, las consideraciones sobre los precios, la capacidad industrial y la capacidad del comercio minorista, y los mecanismos de control y supervisión. El PMA apoyará los estudios y facilitará las consultas de expertos entre las partes que intervienen en el enriquecimiento de los alimentos, en colaboración con la OMS, la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI) y el UNICEF.
43. El objetivo de la estrategia de ejecución es potenciar al máximo la sostenibilidad de todas las intervenciones estableciendo vínculos entre las distintas actividades y con otras intervenciones. El posicionamiento del proyecto de desarrollo del PMA en el seno de un Programa conjunto de nutrición de las Naciones Unidas más amplio aumentará su eficacia mediante el apoyo técnico complementario de otros organismos de las Naciones Unidas, especialmente el UNICEF y la OMS.
44. El PMA y otros organismos de las Naciones Unidas trabajarán con el Ministerio de Salud y Bienestar Social con miras a mejorar la capacidad técnica y de gestión, incluida la plantilla, para fortalecer los programas de alimentación y e integrar el apoyo nutricional en la administración de tratamientos contra el VIH y la tuberculosis.

45. El Ministerio de Educación y Capacitación se ha comprometido a hacerse cargo gradualmente del suministro de comidas a los niños que asisten a los centros de cuidado y desarrollo del niño en la primera infancia. El Ministerio de Finanzas y Planificación para el Desarrollo está empeñado en hacerse cargo del suministro general de suplementos a niños menores de 2 años de edad en el marco de la red de protección social de Lesotho. La finalidad de la educación y el apoyo nutricionales para los huertos comunitarios y domésticos es cambiar el comportamiento en los hogares de un modo que sea sostenible una vez que cesen las actividades del proyecto. Entre las propuestas de financiación que se presenten al Fondo Mundial figurará la de incluir el apoyo alimentario y nutricional a las personas que viven con el VIH y la tuberculosis en el marco de un conjunto de medidas de tratamiento.

CUADRO 1: BENEFICIARIOS, POR ACTIVIDAD			
Actividad	Beneficiarios		
	Hombres/niños	Mujeres/niñas	Total
Actividad 1: Mejorar la gestión de la malnutrición aguda			
Alimentación suplementaria: niños menores de 5 años	1 360	1 440	2 800
Alimentación suplementaria: mujeres gestantes y madres lactantes	-	1 400	1 400
Alimentación suplementaria; pacientes que reciben tratamiento antirretroviral y DOTS antituberculoso	6 220	6 580	12 800
Actividad 2: Promover el crecimiento y el desarrollo de los niños, con particular atención a la reducción del retraso del crecimiento y las carencias de micronutrientes			
Suplementos alimenticios generales: niños menores de 2 años	28 430	30 070	58 500
Suplementos alimenticios generales: mujeres gestantes y madres lactantes	-	45 000	45 000
Nutrición de la primera infancia: niños de 2 a 5 años	14 870	15 730	30 600
Actividad 3: Mejorar las prácticas de nutrición y salud			
Trabajadores sanitarios de aldea	-	2 800	2 800
Huertos comunitarios	4 410	4 670	9 080
Apoyo a las familias de pacientes que reciben tratamiento antirretroviral y DOTS antituberculoso	31 100	32 900	64 000
TOTAL	80 170	134 010	214 180¹⁸

Nota: La actividad IV no tiene beneficiarios directos.

¹⁸ Los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral y DOTS antituberculoso que son beneficiarios de la alimentación suplementaria también recibirán la ración familiar correspondiente a su tratamiento, pero se han contabilizado una sola vez a efectos del proyecto en su conjunto.

CUADRO 2: RACIÓN DE ALIMENTOS, POR ACTIVIDAD (gramos/persona/día)

Producto alimenticio	Actividad I		Actividad II		Actividad III		
	Alimentación suplementaria: niños menores de 5 años, mujeres gestantes y madres lactantes	Alimentación suplementaria: pacientes que reciben tratamiento antirretroviral y DOTS antituberculoso	Alimentación general: niños menores de 2 años, mujeres gestantes y madres lactantes	Nutrición de la primera infancia: niños de 2 a 5 años	Trabajadores sanitarios de aldea	Apoyo a las familias de pacientes que reciben tratamiento antirretroviral y DOTS antituberculoso	Huertos comunitarios
Harina de maíz	-	-	-	120	400	200	200
Legumbres secas	-	-	-	25	-	60	60
Aceite	20	-	20	15	-	20	20
MMS	200	250	200	60	-	-	-
Azúcar	15	-	15	10	-	-	-
TOTAL	235	250	235	230	400	280	280
Total de kcal/día	1 037	1 000	893	936	1 464	1 110	1 110
Porcentaje de kilocalorías de origen proteínico	13,9	18,0	13,9	11,1	9,3	10,5	10,5
Porcentaje de kilocalorías de origen lipídico	27,8	13,5	27,8	20,1	4,2	19,6	19,6

CUADRO 3: NECESIDADES TOTALES DE ALIMENTOS, POR ACTIVIDAD (toneladas)

Producto alimenticio (gramos/persona/día)	Actividad I		Actividad II		Actividad III			TOTAL
	Alimentación suplementaria: niños menores de 5 años, mujeres gestantes y madres lactantes	Alimentación suplementaria: pacientes que reciben tratamiento antirretroviral y DOTS antituberculoso	Alimentación general: niños menores de 2 años, mujeres gestantes y madres lactantes	Nutrición de la primera infancia: niños de 2 a 5 años	Trabajadores sanitarios de aldea	Apoyo a las familias de pacientes que reciben tratamiento antirretroviral y DOTS antituberculoso	Huertos comunitarios	Total (toneladas)
Harina de maíz	-	-	-	734	806	2 304	2 304	6 148
Legumbres secas	-	-	-	153	-	692	692	1 537
Aceite	30	-	248	92	-	230	230	830
MMS	302	576	2 484	367	-	-	-	3 729
Azúcar	23	-	186	62	-	-	-	271
TOTAL	355	576	2 918	1 408	806	3 226	3 226	12 515

Nota: La actividad 4 no incluye la distribución de alimentos.

GESTIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

46. El PMA se ocupará de la gestión del proyecto en colaboración con el Programa conjunto de nutrición de las Naciones Unidas y con arreglo al enfoque de la iniciativa “Unidos en la Acción” de las Naciones Unidas. El Programa conjunto de nutrición de las Naciones Unidas sigue las orientaciones del Comité Directivo de las Naciones Unidas, presidido conjuntamente por el Ministro de Finanzas y Planificación para el Desarrollo y el Coordinador Residente; los miembros de este comité son los directores de organismos de las Naciones Unidas y de ministerios gubernamentales.
47. El PMA contratará a un especialista internacional en seguimiento y evaluación para que conciba y gestione sistemas de información que aseguren un seguimiento eficaz del proyecto y para que mejore la información de que se dispone para la adopción de decisiones en materia de políticas, estrategias y programas; el especialista traspasará los métodos y conocimientos a las contrapartes gubernamentales. Se harán esfuerzos por integrar los mecanismos de recopilación y unificación de información con los sistemas existentes, así como con las capacidades, funciones y cometidos del personal gubernamental.
48. Se entregarán los alimentos a la Dependencia de gestión de alimentos del Gobierno, en Maseru, que los transportará a las dependencias de gestión de alimentos de los distritos, para lo cual el PMA proporcionará una subvención. Las dependencias de gestión de alimentos de los distritos entregarán los alimentos a los puntos de distribución con arreglo a las peticiones del PMA. Los asociados cooperantes administrarán y supervisarán las distribuciones de alimentos y apoyarán otras actividades de mejora nutricional como, por

ejemplo, los huertos comunitarios. En la actualidad, el PMA tiene cuatro asociados cooperantes: Visión Mundial Internacional (VMI), la Sociedad de la Cruz Roja de Lesotho, Servicios Católicos de Socorro y Patriot Vision in Action.

49. El seguimiento posterior a la distribución lo llevarán a cabo los supervisores de campo desde oficinas sobre el terreno en los tres distritos montañosos. La oficina sobre el terreno de Maseru se ocupará del distrito de Berea.
50. La información sobre los efectos se extraerá de los sistemas de información sobre salud y nutrición habituales, las actividades de seguimiento periódicas y las encuestas temáticas centradas en los cambios de comportamiento.
51. Los datos de referencia se reunirán en el curso del segundo semestre de 2010. A finales del primer año se llevará a cabo un examen de los procesos a fin de orientar la toma de decisiones a nivel directivo para el segundo año y de facilitar información básica sobre el impacto con miras a planificar una posible segunda fase del proyecto. En esos exámenes se considerará el Programa conjunto de nutrición de las Naciones Unidas como un todo, prestando atención expresamente a la integración entre las diversas organizaciones y los distintos componentes. Llevará a cabo ese examen un equipo interinstitucional con el apoyo de un jefe de grupo externo.
52. Para la ejecución del proyecto, el PMA aprovechará la capacidad logística existente y su asociación con la Dependencia de gestión de alimentos del Gobierno. Los recursos técnicos especializados para la concepción y ejecución de las actividades nutricionales se pondrán a disposición en la Oficina del PMA en el País y en el Despacho Regional, y también por conducto de asociaciones con otros organismos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales (ONG) presentes en Lesotho.

ANEXO I-A

DESGLOSE DE LOS COSTOS DEL PROYECTO			
Producto alimenticio¹	Cantidad (toneladas)	Valor (dólares)	Valor (dólares)
Cereales	6 149	1 619 901	
Legumbres secas	1 535	793 802	
Aceite y grasas	831	914 364	
Alimentos de mezcla y alimentos compuestos	3 730	1 930 254	
Otros	270	187 086	
Total de productos alimenticios	12 515	5 445 408	5 445 408
Transporte externo			434 810
Transporte terrestre, almacenamiento y manipulación			1 597 698
Otros costos operacionales directos			475 648
Costos de apoyo directo ² (véase el Anexo I-B)			1 201 800
Total de costos directos para el PMA			9 155 364
Costos de apoyo indirecto (7,0%) ³			640 875
COSTO TOTAL PARA EL PMA			9 796 239

¹ Se trata de una canasta de alimentos teórica utilizada a efectos de presupuestación y aprobación, cuyo contenido puede experimentar variaciones.

² Se trata de una cifra indicativa facilitada a título informativo. La asignación de los costos de apoyo directo se revisa anualmente.

³ La tasa de los costos de apoyo indirecto puede ser modificada por la Junta en el transcurso del proyecto.

ANEXO I-B

NECESIDADES DE APOYO DIRECTO (dólares)	
Costo de personal	
Personal internacional de categoría profesional	349 680
Oficiales nacionales locales	196 000
Personal local de servicios generales	344 000
Viajes del personal en comisión de servicio	33 920
Total parcial	923 600
Gastos ordinarios	
Alquiler de locales	40 000
Servicios generales	2 600
Suministros de oficina y otros bienes fungibles	15 000
Servicios de comunicaciones y tecnología de la información	17 000
Costos de mantenimiento y funcionamiento de los vehículos	105 000
Servicios prestados por organismos de las Naciones Unidas	17 000
Total parcial	196 600
Costos de equipo y de capital	
Alquiler de vehículos	81 600
Total parcial	81 600
TOTAL DE COSTOS DE APOYO DIRECTO	1 201 800

ANEXO 3: MARCO LÓGICO

Resultados	Indicadores de los resultados	Riesgos y supuestos	Recursos necesarios
<p>EFECTO(S) DEL UNDAF</p> <p>Las personas, las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones públicas y privadas nacionales/locales tienen capacidad para establecer/proporcionar y mantener el acceso universal a la prevención, el tratamiento, los cuidados y el apoyo a la lucha contra el VIH y para mitigar su impacto.</p> <p>Las instituciones de los distritos pueden proporcionar servicios de salud, educación y protección social de calidad y continuos.</p> <p>Las instituciones nacionales pueden aplicar políticas y estrategias sostenibles de desarrollo económico, gestión ambiental y seguridad alimentaria de los hogares favorables a la población pobre, prestando especial atención a los grupos vulnerables, comprendidos las mujeres, los jóvenes en general y las personas discapacitadas.</p>	<p>Indicadores de los resultados del UNDAF</p> <p>Capacidad de las instituciones nacionales y de los distritos para reducir y hacer frente a las carencias de micronutrientes y la malnutrición crónica de los niños menores de 2 años.</p> <p>Aumento de la capacidad nacional y de los distritos para reducir la mortalidad infantil causada por la malnutrición aguda.</p> <p>Aumento de la capacidad de las instituciones nacionales y de los distritos para salvaguardar la salud, la nutrición y el bienestar de las personas que viven con el VIH y la tuberculosis y de los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral y tratamiento antituberculoso afectados por la inseguridad alimentaria.</p> <p>Aumento de la capacidad de las instituciones nacionales para fortalecer los sistemas de vigilancia con miras a lograr una gestión eficaz de los datos nutricionales.</p>		





ANEXO 3: MARCO LÓGICO

Resultados	Indicadores de los resultados	Riesgos y supuestos	Recursos necesarios
Objetivo Estratégico 4: Reducir el hambre crónica y la desnutrición			
Objetivo del proyecto de desarrollo: Prevenir y reducir la malnutrición entre grupos vulnerables de los cuatro distritos de Lesotho más afectados por la malnutrición crónica.			
Efecto 1.1 Mejora del bienestar nutricional de la población destinataria.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalencia del retraso del crecimiento entre los niños menores de 2 años destinatarios: relación entre peso y estatura expresada como porcentaje. ➤ Prevalencia de la anemia ferropénica entre los niños de 2 a 5 años en los centros de cuidado y desarrollo del niño en la primera infancia. ➤ Indicadores de las realizaciones de la alimentación suplementaria: tasa de recuperación, tasa de abandono, tasa de mortalidad, tasa de ausencia de respuesta, por grupo destinatario. ➤ Porcentaje de familias de pacientes adultos que reciben tratamiento antirretroviral y DOTS antituberculoso con un IMC inferior a 18,5 al inicio de la ayuda alimentaria que alcanzan un IMC superior a 18,5 al finalizar la actividad de ayuda alimentaria, por grupo destinatario. 	<p>El aprovechamiento compartido de los suplementos alimenticios en el seno de los hogares es limitado.</p> <p>Los centros de salud son accesibles.</p> <p>Se dispone de apoyo médico adecuado en forma de fármacos y personal sanitario capacitado para el tratamiento antirretroviral, el DOTS antituberculoso y el tratamiento de otras enfermedades graves que afectan al bienestar nutricional.</p>	<p>Encuesta nutricional de referencia y de final del proyecto, en la que se incluyan las carencias de micronutrientes.</p> <p>Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas, incluidas las pautas alimentarias de los grupos destinatarios seleccionados.</p>



ANEXO 3: MARCO LÓGICO			
Resultados	Indicadores de los resultados	Riesgos y supuestos	Recursos necesarios
<p>Efecto 1.2 Aumento de la tasa de supervivencia de los adultos y niños con VIH al cabo de 6 y 12 meses de tratamiento antirretroviral.</p> <p>Efecto 1.3 Aumento de la tasa de éxito del tratamiento antituberculoso entre los pacientes seleccionados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños: ➤ lactancia materna exclusiva; ➤ introducción de alimentos complementarios. ➤ Puntuación relativa al consumo de alimentos en los hogares de: ➤ hogares que reciben educación nutricional; ➤ hogares en los que se prestan cuidados a pacientes que reciben tratamiento antirretroviral y DOTS antituberculoso que reciben asistencia alimentaria. ➤ Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos de cuatro o más grupos de alimentos. ➤ Porcentaje de adultos y niños con VIH que se sabe que siguen en tratamiento 6 y 12 meses después de iniciarse el tratamiento antirretroviral. ➤ Porcentaje de casos de tuberculosis registrados en el programa de DOTS que han completado con éxito el tratamiento. 	<p>No hay ninguna situación de emergencia grave que pueda influir en la disponibilidad de alimentos básicos para las personas y hogares destinatarios.</p>	<p>Seguimiento del programa, incluido el uso de los sistemas de información sanitaria existentes, cuyo reforzamiento constituye uno de los objetivos de este proyecto.</p> <p>Las realizaciones del programa se compararán con las normas internacionales y las cifras nacionales.</p>

ANEXO 3: MARCO LÓGICO			
Resultados	Indicadores de los resultados	Riesgos y supuestos	Recursos necesarios
<p>Producto 1.1 Distribución a los beneficiarios destinatarios de alimentos y/o artículos no alimentarios en cantidad y de calidad suficientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de beneficiarios de la alimentación suplementaria que reciben suplementos individuales: niños menores de 5 años, mujeres gestantes y lactantes y pacientes adultos que reciben tratamiento antirretroviral y DOTS antituberculoso. ➤ Número de niños y mujeres que reciben suplementos alimenticios generales estacionales. ➤ Número de niños que reciben comidas en los centros de cuidado y desarrollo del niño en la primera infancia. ➤ Número de agentes sanitarios de aldea que reciben asistencia alimentaria. ➤ Número de beneficiarios que reciben asistencia alimentaria por su participación en los huertos comunitarios. ➤ Número de beneficiarios que reciben asistencia alimentaria por conducto de actividades de apoyo al tratamiento antirretroviral y DOTS antituberculoso. ➤ Objetivos: con arreglo al cuadro de beneficiarios, por categoría y como porcentaje de las cifras previstas. ➤ Volumen de alimentos distribuidos como porcentaje del volumen previsto, por tipo de alimento y por categoría. 		Seguimiento posterior a la distribución.
<p>Producto 1.2 Capacitación de los agentes sanitarios de aldea y suministro de los instrumentos y el material correspondiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de agentes sanitarios de aldea que han recibido apoyo para el fomento de sus capacidades. Objetivo: 2 800 		



ANEXO 3: MARCO LÓGICO			
Resultados	Indicadores de los resultados	Riesgos y supuestos	Recursos necesarios
<p>Producto 1.3 Actividades de educación nutricional llevadas a cabo.</p> <p>Producto 1.4 Número de huertos comunitarios establecidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de mujeres, hombres, niñas y niños que reciben educación nutricional, por categoría y como porcentaje de las cifras previstas. <p>Objetivo: debe aún determinarse tras el acopio de datos de referencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de huertos comunitarios establecidos. <p>Objetivo: 5000 beneficiarios por año.</p>		
Objetivo Estratégico 5: Fortalecer las capacidades de los países para reducir el hambre mediante estrategias de traspaso de responsabilidades y compras locales			
Objetivo del proyecto de desarrollo: Prevenir y reducir la malnutrición entre grupos vulnerables de los cuatro distritos de Lesotho más afectados por la malnutrición crónica.			
<p>Efecto 2.1 Avances logrados en la búsqueda de soluciones al problema del hambre que estén plenamente en manos del país.</p> <p>Producto 2.1 Se dispone de datos sobre consumo de alimentos para la toma de decisiones nacionales.</p> <p>Producto 2.2 Se facilitan las consultas técnicas entre el sector privado y el Gobierno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Política nacional de enriquecimiento de alimentos presentada al Gobierno para su aprobación. ➤ Formulación y establecimiento experimentales, en lugares seleccionados, del plan de aplicación de la vigilancia nutricional. ➤ Utilización sistemática, en todos los niveles, de la información procedente de los dispensarios. ➤ Número de encuestas sobre el consumo realizadas a nivel de distrito. <p>Objetivo: 3</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de consultas organizadas con el apoyo de expertos técnicos <p>Objetivo: 2</p>	<p>Las estructuras gubernamentales están preparadas y se han comprometido a iniciar y fortalecer las actividades de enriquecimiento de alimentos y la vigilancia.</p>	<p>Balances de mitad de período y de final del proyecto realizados con las principales contrapartes nacionales.</p>

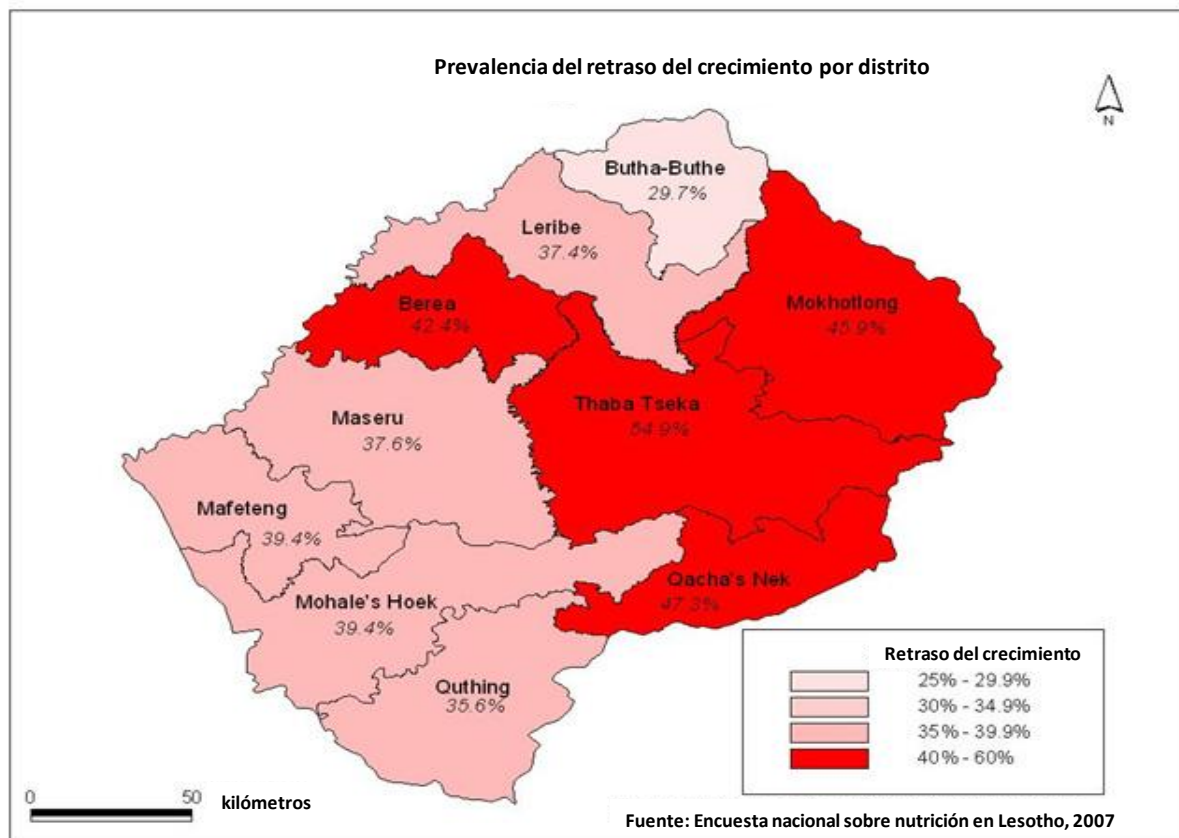


ANEXO 3: MARCO LÓGICO

Resultados	Indicadores de los resultados	Riesgos y supuestos	Recursos necesarios
<p>Producto 2.3 Se proporciona asistencia técnica para la gestión de la información y se elaboran documentos de orientación sobre esa cuestión.</p> <p>Producto 2.4 En lugares de prueba seleccionados se dispone de capacitación, instrumentos y material sobre la gestión de la información.</p>	<p>➤ Número de misiones de examen técnico y de consultas organizadas Objetivo: 2</p> <p>➤ Número de lugares en los que se dispone de capacidad adecuada para establecer una vigilancia y/o una gestión mejoradas de la información. Objetivo: 20</p>		

ANEXO IV

Mapa de Lesotho con las zonas del proyecto (sombreadas)



Nota: El proyecto se dirige a los cuatro distritos donde se registran las tasas de retraso del crecimiento más elevadas.

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, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites

LISTA DE LAS SIGLAS UTILIZADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO

FNCO	Oficina de coordinación de la alimentación y la nutrición
IMC	índice de masa corporal
MMS	mezcla de maíz y soja
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONUDI	Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial
OPSR	operación prolongada de socorro y recuperación
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNDAF	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia