

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

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

Roma, 4-8 de junio de 2012

PROYECTOS DE PROGRAMAS EN LOS PAÍSES

Tema 8 del programa

Para examen

S

Distribución: GENERAL

WFP/EB.A/2012/8/7

16 mayo 2012

ORIGINAL: FRANCÉS

PROYECTO DE PROGRAMA EN EL PAÍS GUINEA 200326 (2013-2017)

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

NOTA PARA LA JUNTA EJECUTIVA

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

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, ODD*: Sr. T. Yanga Tél.: 066513-2792

Asesora Superior de Enlace, ODD: Sra. N. Hegazy Tél.: 066513-3189

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

* Despacho Regional de Dakar (África occidental)

RESUMEN

Guinea, cuya población asciende a 11 millones de habitantes, está clasificado como país menos adelantado, de bajos ingresos y con déficit de alimentos. Se estima que el 55% de la población vive por debajo del umbral de pobreza, establecido en 1,2 dólares EE.UU. por persona al día. No obstante los recientes progresos democráticos, el país debe afrontar retos importantes pues existen profundas diferencias entre los actores políticos.

La tasa de inseguridad alimentaria se elevó al 32% en 2009, frente al 16% de 2005, con fuertes desigualdades regionales y condiciones marcadamente desfavorables a las zonas rurales. La malnutrición aguda global es del 8,3% a nivel nacional, con variaciones que llegan hasta el 16,4%, es decir, un nivel considerado crítico por la Organización Mundial de la Salud. La malnutrición aguda grave asciende al 6,8% en algunas prefecturas. La tasa de malnutrición crónica es del 36% a nivel nacional, con acentuadas variaciones entre prefecturas. Si bien la tasa bruta de escolarización está aumentando —60% en el caso de los niños y 50% en el de las niñas en las zonas rurales— persisten desigualdades pronunciadas entre las distintas prefecturas.

El nuevo programa en el país (2013-2017) abarca 13 prefecturas distribuidas en seis de las ocho regiones caracterizadas por una inseguridad alimentaria estructural, tasas de malnutrición crónica elevadas y una baja tasa de matrícula escolar. Este programa responde a los objetivos establecidos por el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo y se inscribe en las políticas gubernamentales de desarrollo. Además, se ajusta a los Objetivos de Desarrollo del Milenio¹ 1 a 7 y a los Objetivos Estratégicos 2, 4 y 5 del PMA².

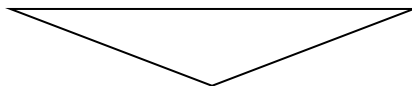
Los principales efectos previstos son: i) crecimiento constante de los alumnos de las escuelas primaria, principalmente de las niñas; ii) mejora del estado nutricional de los niños de entre 6 y 59 meses de edad y de las mujeres gestantes y lactantes; iii) fortalecimiento del estado nutricional de las personas con VIH y de los enfermos de tuberculosis sometidos a tratamiento; iv) aumento de la disponibilidad y la diversidad de alimentos en las zonas de intervención, y v) fortalecimiento de la capacidad de resistencia a las catástrofes de las comunidades vulnerables.

En las zonas de intervención comunes se reforzarán las sinergias entre los diferentes componentes. La asistencia del PMA se destinará a alrededor de 437.000 beneficiarios durante cinco años.

¹ Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre; ODM 2: Lograr la enseñanza primaria universal; ODM 3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer; ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; ODM 5: Mejorar la salud materna; ODM 6: Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades y ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

² Objetivo Estratégico 2: Prevenir el hambre aguda e invertir en medidas de preparación para casos de catástrofe y de mitigación de sus efectos; Objetivo Estratégico 4: Reducir el hambre crónica y la desnutrición, y Objetivo Estratégico 5: Fortalecer las capacidades de los países para reducir el hambre, en especial mediante estrategias de traspaso de responsabilidades y compras locales.

PROYECTO DE DECISIÓN*



La Junta aprueba el proyecto de programa en el país Guinea 200326 (2013-2017) (WFP/EB.A/2012/8/7), para el cual se necesitan 30.872 toneladas de alimentos por un costo total para el PMA de 40.144.487 dólares EE.UU., incluidos todos los costos operacionales directos básicos, y autoriza a la Secretaría a que elabore un programa en el país teniendo en cuenta las observaciones formuladas por los miembros de la Junta.

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

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Contexto general

1. Con una población de 11 millones de habitantes, la República de Guinea está situada en África occidental y abarca una superficie de 246.000 kilómetros cuadrados³. Comparte 3.300 kilómetros de fronteras terrestres con seis países, cuatro de los cuales salen de un período de disturbios sociopolíticos y conflictos armados. El país ha dado amparo a medio millón de refugiados provenientes de los países vecinos durante 10 años de guerra civil.
2. Tras un decenio de inestabilidad política y tensiones sociales, asociadas a un deterioro de las condiciones sociales y económicas, Guinea ha experimentado un progreso democrático basado en el retorno al orden constitucional y la llegada al poder de un presidente elegido democráticamente, en diciembre de 2010. No obstante ello, el país debe afrontar retos importantes, entre los cuales la consolidación de la paz y de la unidad nacional y el repunte de la economía, a pesar de la persistencia de profundas divergencias entre los actores políticos⁴. Además del riesgo de experimentar nuevos problemas sociopolíticos y actos de violencia, Guinea tiene que hacer frente también a una intensificación de las inundaciones y a frecuentes epidemias, como las de cólera y meningitis.
3. No obstante su enorme potencial económico, Guinea sigue siendo un país frágil. Las dificultades económicas del país se reflejan en su baja tasa de crecimiento (-1,2% por habitante en 2010), una inflación del 21% en 2010 y una depreciación importante de su moneda, cuyo valor con respecto al dólar estadounidense se redujo del 4% al 25% entre 2009 y 2010⁵. Según el Informe sobre Desarrollo Humano 2011 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Guinea ocupa el puesto 178 de entre los 187 países clasificados con arreglo al índice de desarrollo humano⁶. El ingreso anual por habitante se estima en 400 dólares⁷. En 2010, el 58% de la población vivía por debajo del umbral de pobreza, establecido en 196 dólares por persona al año⁸.

Seguridad alimentaria

4. Guinea importa cada año, por término medio, aproximadamente 300.000 toneladas de cereales para atender sus necesidades. La encuesta nacional sobre la seguridad alimentaria en el medio rural, realizada en 2009⁹, indica que el 32% de los hogares se encontraba en situación de inseguridad alimentaria (frente al 16% en 2005), con un 8% en situación de inseguridad alimentaria grave. Las tasas de inseguridad alimentaria más elevadas se registraban en las regiones de N'Zérékoré (53%), Labé (38%) y Mamou (31%).

³ Plan quinquenal de desarrollo socioeconómico (2011-2015).

⁴ Guinea. Evaluación común del país. Septiembre-octubre de 2011.

⁵ Guinea. Marco macroeconómico del Ministerio de Planificación. Julio de 2011.

⁶ <http://undp.org/hdr>, 2011.

⁷ República de Guinea. Ministerio de Agricultura. Plan nacional de inversión agrícola y seguridad alimentaria para 2012-2016. Informe preliminar. Septiembre de 2011.

⁸ Documento de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP) de 2011-2012.

⁹ República de Guinea y PMA (Servicio de análisis de la seguridad alimentaria). Encuesta nacional sobre la seguridad alimentaria. Agosto de 2009.

5. La encuesta de 2009 sobre la seguridad alimentaria de los hogares en Conakry indica que el 6,4% de la población urbana se hallaba en situación de inseguridad alimentaria¹⁰. Por tanto, la inseguridad alimentaria parece ser menos pronunciada en Conakry que en el medio rural, aunque es evidente que en algunos barrios existen bolsones de inseguridad alimentaria extrema.
6. Las mujeres son las primeras en verse afectadas por la inseguridad alimentaria en el medio rural. El nivel de pobreza e inseguridad alimentaria de los hogares también se relaciona con el nivel de educación del jefe de familia: en el 48% de los hogares pobres y el 40% de los hogares aquejados de inseguridad alimentaria, el jefe de familia carece de educación formal o sabe apenas leer y escribir¹¹.
7. Las causas de la inseguridad alimentaria son fundamentalmente estructurales. La agricultura da trabajo al 80% de la población pero solo contribuye con el 14% al producto interno bruto (PIB)¹². El sector agrícola, que es fundamentalmente de subsistencia, resulta afectado por la falta de productividad debida a las escasas inversiones en insumos, obras de infraestructura y mecanización. El deterioro de la inseguridad alimentaria se debe a varios factores, principalmente al alza del precio de los productos alimenticios (entre el comienzo de 2006 y mitad de 2008, el trigo aumentó del 130% y el arroz del 124%) y al fuerte aumento del precio del petróleo¹³. Además, la crisis mundial ha repercutido en los ingresos mineros del Estado y las transferencias monetarias de los trabajadores inmigrados se han reducido notablemente. La inflación y la devaluación de la moneda también han reducido el poder adquisitivo.

Nutrición y salud

8. La encuesta nacional sobre nutrición y salud de 2011, basada en la metodología de seguimiento y evaluación normalizados de las situaciones de socorro y transición (SMART), indica que la malnutrición aguda global afecta al 5% de los niños de 6 a 59 meses de edad¹⁴. Según la encuesta anterior de 2008, la malnutrición aguda global afectaba al 8,3% de los niños¹⁵. Sin embargo, esta mejora aparente podría deberse al hecho de que los datos se recopilaban después de la cosecha de diciembre de 2011, cuando la inseguridad alimentaria era menor. La encuesta basada en la metodología SMART de 2011 mostró variaciones interregionales importantes, con las tasas de prevalencia más elevadas en las regiones de Boké, Kankan, Kindia, Labé y Mamou (véase más adelante el Cuadro 1).

¹⁰ República de Guinea y PMA. Encuesta sobre la seguridad alimentaria en Conakry. Noviembre de 2009.

¹¹ Análisis de la situación de la seguridad alimentaria y la nutrición. Contribución a la preparación de la estrategia del PMA para Guinea (2013-2017). Febrero-marzo de 2011.

¹² Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF) para Guinea (2013-2017).

¹³ PMA. *Guinée, Rapport d'étude du profil des marchés des produits alimentaires*, 2009.

¹⁴ Ministerio de Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), PMA, Unión Europea. Encuesta nacional sobre nutrición y salud, basada en la metodología SMART, 2011-2012 (datos recopilados del 5 de diciembre de 2011 al 6 de febrero de 2012).

¹⁵ Instituto Nacional de Estadística y UNICEF. Encuesta nacional sobre el estado nutricional y el seguimiento de los principales indicadores de supervivencia del niño (ENENSE). Mayo de 2008.

9. En lo que se refiere a la malnutrición crónica, la tasa de prevalencia es del 34,5% a escala nacional, pero se señala una acentuada variabilidad entre las regiones. Las tasas de prevalencia más elevadas se registran en la zona de Boké Nord (42%) y la región de Labé (40%). En algunas regiones el nivel de la malnutrición crónica, si bien está en regresión desde 2005, sigue clasificándose de grave, por no decir crítico.
10. Algunas carencias de micronutrientes son muy frecuentes en el seno de los grupos vulnerables en Guinea, principalmente entre los niños y las mujeres en edad reproductiva. La encuesta SMART de 2011 indica que el 63% de los hogares no dispone de sal adecuadamente yodada.
11. Las tasas de malnutrición crónica y aguda, así como las de insuficiencia ponderal, son mayores cuando las personas responsables de los niños carecen de instrucción formal. Del mismo modo, las tasas de malnutrición elevadas guardan relación con la pobreza extrema de los hogares, los insuficientes recursos financieros destinados a la nutrición, y una serie de factores sociales y culturales que resultan perjudiciales para la salud y el desarrollo de los niños.

CUADRO 1: PREVALENCIA DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y LA MALNUTRICIÓN, POR REGIÓN

Regiones	Inseguridad alimentaria grave (porcentaje)	Inseguridad alimentaria moderada (porcentaje)	Inseguridad alimentaria global (porcentaje)	Malnutrición aguda global, medida con arreglo a la relación peso para la estatura	Malnutrición crónica global (porcentaje)
Boké	2,4	9,1	11,5	4,6	29,6
Faranah	4,5	20,2	24,7	1,5	39,6
Kankan	4,1	19,5	23,6	4,3	38,7
Kindia	10,2	17,1	27,3	5,0	32,4
Labé	10,4	27,6	38,0	5,8	40,1
Mamou	2,8	28,5	31,3	4,4	37,9
N'Zérékoré	16,9	35,8	52,7	2,1	39,4
TOTAL	8,4	23,7	32,1	5,0	34,5

Fuentes: Encuesta nacional sobre la seguridad alimentaria de 2009 y encuesta SMART de 2011.

12. Según la evaluación común del país de 2011¹⁶, la prevalencia nacional del VIH es del 1,5%, lo que corresponde a una situación de epidemia generalizada, con un porcentaje de personas afectadas de entre 15 y 49 años mayor entre las mujeres (1,9%) que entre los hombres (0,9%). Entre las personas de la franja de edad de 45-49 años, se observa una prevalencia del 3,3% entre las mujeres, frente a solo el 0,6% entre los hombres. Conakry, Labé, Nzérékoré y Faranah son las regiones con las tasas de prevalencia más elevadas. La evaluación común del país indica que, en 2010, el 56% de las personas con VIH estaban sometidas a tratamiento antirretroviral. El VIH/sida constituye una amenaza grave para la

¹⁶ Guinea. Evaluación común del país de 2011.

seguridad alimentaria y la producción agrícola, y empeora las condiciones de pobreza. Aunque no se dispone de datos recientes, los datos empíricos disponibles sugieren que las personas con VIH en Guinea son especialmente vulnerables desde el punto de vista nutricional.

Educación

13. En lo que se refiere al acceso a la educación primaria, los resultados de los indicadores principales permanecieron invariados entre 2006 y 2009. La tasa bruta de matrícula escolar se mantuvo estable en torno al 78% entre 2007 y 2010, pero fue inferior en el caso de las niñas (70%) y en las zonas rurales (60%)¹⁷. El nivel de escolarización se vio afectado por el bajo nivel de inversiones, la pobreza de los padres, el aumento de los derechos de matrícula y la baja calidad de la enseñanza. Los factores principales que afectan a la calidad son la proporción muy elevada de alumnos con respecto a los maestros, las escuelas que no abarcan ciclos escolares completos, las escuelas de doble turno y las clases sin maestros. Sin embargo, las escuelas abarcadas por el programa de alimentación escolar del PMA, situadas en zonas rurales y con tasas brutas de matrículas inferiores a la media en el momento de su incorporación en el programa, logran tasas significativamente superiores a las escuelas no abarcadas por el programa¹⁸.

Políticas gubernamentales y mecanismos de coordinación

14. Las prioridades nacionales de desarrollo se consignan en el documento provisional de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP II), concebido inicialmente para el período 2007-2010 y prolongado después hasta 2012. Se mantienen los pilares estratégicos relativos al crecimiento, los problemas de gobernanza y el desarrollo de los sectores sociales básicos. Para centrarse en la aceleración del crecimiento y la ampliación de las oportunidades de empleo y generación de ingresos para todos debe darse prioridad al crecimiento del sector agrícola y la promoción de la seguridad alimentaria. El tercer pilar apunta a mejorar el acceso a unos servicios básicos de calidad para reforzar el capital humano mediante una educación de calidad, servicios de salud adecuados, la promoción social y actividades de lucha contra el VIH. Se está finalizando la elaboración del Plan quinquenal de desarrollo socioeconómico para 2011-2015, que reemplazará al DELP II.
15. Dado el contexto político y socioeconómico, la puesta en marcha de los planes sectoriales se ha interrumpido o retrasado por falta de financiación. Sin embargo, ya se dispone del Plan nacional de inversión agrícola y seguridad alimentaria, y el Programa sectorial para la educación para 2008-2015 ha reanudado sus actividades con una financiación reducida en 2010. El Plan nacional de desarrollo sanitario es actualmente objeto de evaluación. El Marco nacional de lucha contra el sida y el Programa nacional de lucha contra la tuberculosis, así como el Plan nacional para el medio ambiente y la gestión de catástrofes, prosiguen las actividades previstas hasta 2012. Serán objeto de examen en el período 2013-2015. En la actualidad se está revisando el Protocolo nacional de tratamiento integrado de la malnutrición.

¹⁷ República de Guinea. Ministerio de Enseñanza Preuniversitaria y Educación Cívica. Anuario estadístico – enseñanza primaria en 2009-2010. Mayo de 2011.

¹⁸ Ministerio de Enseñanza Preuniversitaria y Educación Cívica. *Rapport d'enquête des inspecteurs de la Haute-Guinée, Moyenne-Guinée et Guinée Forestière*. Enero de 2011.

16. Se han de reactivar o reforzar los mecanismos de coordinación, en particular el Consejo nacional de la seguridad alimentaria y el Comité de coordinación de la nutrición, que no son funcionales. Se debe definir y aplicar la política nacional de alimentación escolar. Sin embargo, el Comité directivo del programa “Educación para todos” se reúne al menos dos veces por año.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS DE LA COOPERACIÓN ANTERIOR

17. El PMA opera en Guinea desde 1964. Actualmente, tiene dos programas en curso: el programa en el país (PP) 104530 (2007-2012) y la operación prolongada de socorro y recuperación (OPSR) en la Guinea Forestal para 2007-2012. Los dos se han prorrogado hasta diciembre de 2012 de manera que guarden relación con el nuevo PP (2013-2017) y el próximo Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF) para 2013-2017.
18. Últimamente, el PP y la OPSR han sido objeto de evaluaciones¹⁹ que ponen de manifiesto las ventajas comparativas del PMA en la esfera de la lucha contra la pobreza y la inseguridad alimentaria gracias a su apoyo a la educación y la nutrición: los comedores escolares funcionan como una red de seguridad pues disminuyen, a corto plazo, los gastos que tienen que efectuar los padres para nutrir a sus hijos y facilitan el acceso de estos, sobre todo a las niñas, a los servicios básicos que los ayudarán a salir del ciclo de pobreza e inseguridad alimentaria.
19. Por lo que se refiere al desarrollo rural en las esferas de la producción y diversificación agrícolas, la protección del medio ambiente o la infraestructura rural, la evaluación del programa conjunto subraya que el PMA, si bien ha desempeñado un papel importante, ha cubierto una zona limitada debido a la falta de recursos y de asociados suficientemente experimentados en el plano técnico y dotados de recursos suficientes.
20. La evaluación descentralizada del PP en curso recomendó: i) concentrar el apoyo a la educación en las zonas que presentaban a la vez una tasa de inseguridad alimentaria elevada y una tasa bruta de matrícula inferior a la media nacional; ii) apoyar al Gobierno en la formulación de una política de apoyo a los comedores escolares; iii) identificar los productos alimenticios locales idóneos para la preparación de alimentos enriquecidos destinados a las actividades nutricionales; iv) ayudar al Gobierno en el desarrollo de un protocolo nacional sobre la alimentación de las personas con VIH, teniendo en cuenta la disponibilidad de productos locales, y v) examinar la posibilidad de prestar apoyo a las personas afectadas por la inseguridad alimentaria en las zonas rurales mediante transferencias monetarias o distribución de cupones para alimentos.

ENFOQUE ESTRATÉGICO DEL PROGRAMA EN EL PAÍS

21. En consulta con todos sus asociados (Gobierno, organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales [ONG] y donantes), el PMA ha definido un documento de estrategia para Guinea (2013-2017)²⁰. Basándose en las prioridades nacionales de desarrollo consignadas en el DELP II y en el UNDAF para 2013-2017, se han identificado dos prioridades principales para el PMA: i) promover el capital humano mediante el apoyo

¹⁹ Ministerio de Cooperación y PNUD. Examen de mitad de período del programa conjunto para la promoción de las dinámicas locales de desarrollo en la Guinea Forestal. Evaluación de mitad de período. Junio de 2011. Evaluación descentralizada del programa en el país. Septiembre-octubre de 2010.

²⁰ PMA. Documento de estrategia para el país relativo a Guinea (2013-2017). Septiembre de 2011.

- a la educación primaria y la prestación de apoyo nutricional a los grupos vulnerables, y ii) reforzar la seguridad alimentaria y la preparación para la pronta intervención en casos de emergencia.
22. Además, en el documento de estrategia se menciona igualmente el fortalecimiento de la capacidad del Gobierno en materia de formulación de una política de apoyo a los comedores escolares y establecimiento de un sistema de alerta temprana. También se hará hincapié en la compra de productos agrícolas producidos en Guinea para reforzar la capacidad de los pequeños productores de comercializar y transformar su producción.
23. El PP refleja estas prioridades; sus objetivos se detallan a continuación, por componente:
- **Componente 1 – Apoyo a la educación primaria:** apoyar la educación primaria y, al mismo tiempo, permitir al Gobierno realizar progresos en la formulación de políticas y la gestión de un programa nacional de comedores escolares (Objetivos Estratégicos 4 y 5);
 - **Componente 2 – Apoyo nutricional a los grupos vulnerables:** mejorar la nutrición de los grupos vulnerables (niños, mujeres gestantes y lactantes aquejados de malnutrición aguda moderada, personas con VIH y pacientes con tuberculosis sometidos a tratamiento) y examinar las formas de prevenir la malnutrición crónica entre los niños de 6 a 23 meses de edad (Objetivo Estratégico 4);
 - **Componente 3 – Apoyo al abastecimiento de los comedores escolares por parte de las comunidades y fortalecimiento de la capacidad de resistencia de las comunidades:** promover la disponibilidad y la diversidad alimentarias, y fortalecer la capacidad de resistencia de las comunidades vulnerables (Objetivos Estratégicos 2 y 5).
24. Se prestará una atención especial a la orientación de la ayuda y la naturaleza de las intervenciones del Componente 3, para que permita completar y catalizar los resultados de los otros componentes.
25. El PP contribuirá al logro de los ODM 1 a 7. El programa permitirá reforzar los esfuerzos del Gobierno encaminados a luchar contra la pobreza y la inseguridad alimentaria y a promover el capital humano, en consonancia con las grandes prioridades del UNDAF²¹ y del DELP II. En todas las actividades se tienen en cuenta las nuevas políticas del PMA, incluida la problemática de género.
26. El nuevo programa, de cinco años de duración, se dirige a un total de 437.000 beneficiarios y abarca las zonas caracterizadas por una inseguridad alimentaria estructural, tasas de malnutrición crónica elevadas y una tasa de matrícula baja en las regiones de la Media Guinea, la Alta Guinea y Guinea Forestal (véase el mapa en el Anexo III). No obstante, la orientación de la ayuda podrá revisarse a la luz de los resultados de un estudio de análisis y cartografía de la vulnerabilidad que se realizará en 2012.

Componente 1: Apoyo a la educación primaria

27. Mediante el Componente 1 se propone contribuir al logro del objetivo del Gobierno de lograr la educación primaria universal de aquí a 2015. Los principales efectos previstos del componente son los siguientes: i) aumento del acceso a la educación primaria, sobre todo de las niñas; ii) disminución de las tasas de absentismo y abandono escolares; iii) consolidación de asociaciones para ofrecer a los niños servicios esenciales (por ejemplo, huertos didácticos o tratamiento antiparasitario), y iv) realización de progresos en

²¹ Sobre todo el pilar 3 relativo a la reducción de la vulnerabilidad y la mejora de las condiciones de vida.

la aplicación de una política nacional de alimentación escolar administrada por Guinea, y en el traspaso progresivo de responsabilidades al Gobierno.

28. El componente abarcará 600 escuelas, es decir el 9% del total de las escuelas primarias²² en Guinea. Estas escuelas están localizadas en nueve prefecturas que presentan a la vez una tasa de inseguridad alimentaria elevada y una tasa bruta de matrícula inferior a la media nacional, como se indica en el siguiente Cuadro 2.

CUADRO 2: ZONAS ABARCADAS POR EL COMPONENTE 1			
Región administrativa	Prefectura	Prevalencia de la inseguridad alimentaria (porcentaje)¹	Tasa bruta de matrícula (porcentaje)²
Boké	Gaoual	35	46
	Koundara	35	67
Labé	Koubia	34	58
	Lelouma	35	69
Kankan	Mandiana	30	47
N'Zérékoré	Yomou	54	47
	Macenta	54	44
	Gueckédou	54	32
Faranah	Dinguiraye	34	51

¹ Encuesta nacional sobre la seguridad alimentaria, 2009.

² Anuario Estadístico – Enseñanza primaria 2009-2010 (mayo de 2011).

29. En 2014 se llevará a cabo un examen técnico que permitirá evaluar los progresos realizados anteriormente en las escuelas seleccionadas y, cuando corresponda, reorientar la asistencia del PMA hacia las escuelas en que las tasas brutas de matrícula sigan siendo notablemente inferiores a la media nacional. Esto permitirá, llegado el caso, que el PMA suprima gradualmente su ayuda en algunas escuelas para orientarla hacia otras.
30. Alrededor de 102.000 personas, de las cuales el 49% serán niñas, se beneficiarán de las comidas escolares durante el primer año. Esta cifra se incrementará en un 5% al año para tener en cuenta el aumento de la tasa de matrícula. El PMA proporcionará una ración diaria de 150 gramos de cereales, 30 gramos de legumbres secas, 10 gramos de aceite vegetal enriquecido con vitaminas A y D, y 3 gramos de sal yodada. La sal yodada aliviará la carencia de yodo que es muy frecuente en la población
31. Los padres sufragarán los costos de las especias, las legumbres secas o el pescado destinados a diversificar la comida escolar. Durante el último año de primaria, alrededor de 11.000 alumnas que no hayan tenido más de tres días de ausencia injustificada durante el trimestre recibirán una ración de aceite para llevar a casa. El objetivo de estas raciones es ofrecer un incentivo a los padres para que no retiren a sus hijas de la escuela a fin de que puedan completar el ciclo de educación primaria.
32. Los asociados del sistema de las Naciones Unidas facilitarán servicios para crear un entorno propicio al aprendizaje, mediante la promoción del acceso al agua salubre, las instalaciones sanitarias y una suplementación de vitaminas A y D, la educación nutricional, la toma de conciencia acerca del VIH y el sida y la conservación del medio ambiente. Las

²² Anuario estadístico – Enseñanza primaria, 2010.

ONG asociadas, en colaboración con el UNICEF, proporcionarán comprimidos antiparasitarios a los alumnos de todas las escuelas que reciben ayuda del PMA. Además, se prevé colaborar con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) para el establecimiento de cinco huertos didácticos. Se distribuirán cocinas mejoradas en algunas escuelas para reducir al mínimo la utilización de la leña como combustible y, de este modo, aliviar la presión sobre el medio ambiente.

33. Dado el compromiso asumido por el Gobierno de establecer comedores escolares, el PMA tiene previsto seguir traspasando progresivamente algunas funciones al Gobierno²³. Este traspaso de responsabilidades se llevará a cabo basándose en una estrategia de transición a largo plazo que se apoyará en el análisis exhaustivo de las capacidades nacionales respecto de las cinco normas estándar de calidad del sistema SABER²⁴. El primer año será se dará prioridad a la prestación de apoyo al Ministerio de Enseñanza Primaria en la puesta en práctica de una política nacional de alimentación escolar. El PMA contribuirá a reforzar las capacidades operacionales de la dependencia encargada de los comedores escolares, principalmente mediante la definición de los mandatos de sus funcionarios.
34. Teniendo en cuenta los recursos agrícolas del país, el modelo de programa que Guinea desearía adoptar es un modelo descentralizado que vincule la producción agrícola a los comedores. Se ha previsto realizar un estudio de viabilidad de este tipo de PP. Siguiendo el ejemplo del modelo brasileño, el PMA explotará los mecanismos de fortalecimiento de la producción alimentaria y la capacidad de manipulación posterior a la cosecha, al tiempo que prestará apoyo, a través del Componente 3, a la producción local de alimentos destinados a los comedores escolares²⁵.

Componente 2: Apoyo nutricional a los grupos vulnerables

35. Con el Componente 2 se propone mejorar el estado nutricional de los grupos vulnerables mediante la reducción de la prevalencia de la malnutrición (crónica y aguda) entre los niños de 6 a 59 meses de edad y las mujeres gestantes y lactantes, así como el fomento de la recuperación nutricional de las personas con VIH y los pacientes con tuberculosis en tratamiento. Se ejecutará a través de tres subcomponentes: i) tratamiento de la malnutrición aguda entre los niños de 6 a 59 meses de edad y las mujeres gestantes y lactantes; ii) una actividad piloto de prevención de la malnutrición crónica durante los 1.000 días siguientes a la concepción, y iii) apoyo nutricional a las personas con VIH y a los pacientes con tuberculosis sometidos a tratamiento.
36. *Tratamiento de la malnutrición aguda*: el tratamiento de la malnutrición aguda moderada entre los niños de 6 a 59 meses y las mujeres gestantes y lactantes se realizará en los ambulatorios de los centros de recuperación nutricional situados en los centros de salud y a nivel comunitario. Los beneficiarios ingresarán al programa según su estado

²³ El PMA ya ha traspasado la responsabilidad de las actividades de seguimiento y evaluación a las estructuras descentralizadas del Ministerio de Educación.

²⁴ *System Assessment and Benchmarking for Education Results (SABER)* – Sistema de evaluación y análisis comparado de los resultados educativos. El sistema SABER forma parte de una iniciativa más amplia del Grupo sobre educación de la Red de desarrollo humano del Banco Mundial destinada a establecer criterios de referencia para el conjunto de los subsistemas educativos. Esta iniciativa, cuyo objetivo es mejorar el asesoramiento y el apoyo ofrecido por el Banco a sus países asociados, tiene por objeto ofrecer normas de buenas prácticas en relación con las cuales los países pueden evaluarse a sí mismos.

²⁵ En el Brasil, las tasas de malnutrición entre los niños se han reducido notablemente durante los últimos seis años gracias a una combinación de programas gubernamentales coordinados, entre ellos las comidas escolares.

nutricional, de conformidad con el protocolo nacional²⁶. A los niños se les dará de baja un vez que hayan alcanzado el peso previsto tras dos pesadas consecutivas, mientras que las mujeres permanecerán en el programa hasta el sexto mes después del parto. Los niños recibirán una ración de Supercereal Plus²⁷, mientras que las mujeres gestantes y lactantes recibirán Supercereal²⁸ con azúcar y aceite. La selección geográfica se basará en los criterios siguientes: i) la tasa de malnutrición aguda global más elevada (según la encuesta SMART de 2011); ii) la presencia de asociados cooperantes, y iii) las zonas seleccionadas por el Gobierno y el UNICEF para el tratamiento de la malnutrición aguda grave. Estos centros nutricionales pueden cumplir la función de redes de seguridad nutricional y sanitaria en las zonas expuestas donde se corre el riesgo de deteriorar el estado nutricional de la población.

37. *Prevención de la malnutrición crónica:* dadas las tasas de malnutrición crónica muy elevadas que se registran en algunas prefecturas, en 2013 se llevará a cabo una actividad piloto de prevención de la malnutrición crónica. Esta actividad beneficiará a todas las mujeres gestantes y lactantes y a sus hijos de 6 a 23 meses de edad (independientemente de su estado nutricional) a fin de cubrir el período crítico de los primeros 1.000 días. La actividad piloto comprenderá dos elementos: i) uno de comunicación para promover cambios de comportamiento en materia de nutrición, salud, cuidados, lactancia, alimentación suplementaria e higiene, y ii) el suministro de un suplemento alimenticio durante seis meses en el período de escasez de alimentos. La ejecución de la actividad se confiará a un asociado capaz de garantizar un seguimiento estrecho y de extraer enseñanzas para aplicarlas a una escala mayor. El proyecto piloto se llevará a cabo en una prefectura que tenga una tasa de malnutrición crónica superior al umbral “crítico” del 40% y, de preferencia, en una zona en que se realicen otras actividades en las esferas de la nutrición, la salud, el suministro de agua y el saneamiento. Si al cabo de dos años se obtienen resultados decisivos, la actividad piloto se extenderá progresivamente a otras zonas donde se haya superado el umbral “crítico” de malnutrición crónica y se disponga de la capacidad de ejecución necesaria.
38. *Apoyo a las personas con VIH, los pacientes con tuberculosis y sus familias:* el PMA prestará apoyo cada año a alrededor de 4.500 personas con VIH y pacientes con tuberculosis sometidos a tratamiento a fin de mejorar su estado nutricional. El PMA, el Consejo nacional de lucha contra el sida y las ONG asociadas seleccionarán conjuntamente a los beneficiarios basándose en su estado nutricional y su nivel de seguridad alimentaria²⁹. La seguridad alimentaria de las personas con VIH se ve a menudo afectada sobre todo porque la necesidad de atender a los pacientes reduce el tiempo a disposición de los miembros de las familias para participar en actividades generadoras de ingresos y para comprar los alimentos y preparar las comidas³⁰. Por ello, las familias de los pacientes recibirán también alimentos para garantizar su seguridad alimentaria. Los pacientes y sus

²⁶ Se admitirá a los niños basándose en una relación del peso para la estatura inferior a una puntuación Z de -2. Se admitirá a las mujeres gestantes que tengan una circunferencia braquial inferior a 21 centímetros desde el tercer trimestre de embarazo hasta el sexto mes después del parto.

²⁷ El Supercereal Plus es una mezcla de maíz, soja, aceite y leche en polvo destinada a satisfacer las necesidades nutricionales de los niños pequeños, en especial los de entre 6 y 23 meses de edad.

²⁸ El Supercereal es una mezcla de maíz y soya destinada a satisfacer las necesidades nutricionales de los grupos más vulnerables, en especial los niños de 6 a 59 meses de edad, las mujeres gestantes y lactantes y las personas con VIH sometidas a tratamiento antirretroviral.

²⁹ Criterio de admisión: índice de masa corporal (IMC) inferior a 18,5. Criterio de baja: IMC superior a 18,5.

³⁰ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). 2008. *VIH, sécurité alimentaire et nutrition*.

familias recibirán ayuda alimentaria durante 180 días, de conformidad con las disposiciones de los protocolos vigentes en Guinea. El PMA examinará la posibilidad de promover actividades generadoras de ingresos para las personas con VIH.

39. Se atribuirá particular importancia a la calidad de las intervenciones nutricionales. Los agentes de salud y los intermediarios de las comunidades recibirán capacitación para el tratamiento de la malnutrición aguda. El PMA, el Gobierno y los asociados intensificarán las misiones de supervisión, que irán acompañadas de actividades de formación. Para llevar a buen término estas actividades, la Oficina del PMA en Conakry fortalecerá sus recursos humanos en la esfera de la nutrición. Todas las actividades nutricionales se ejecutarán en colaboración con los servicios del Ministerio de Salud Pública, tanto a nivel central como descentralizado. El PMA también trabajará en asociación con el UNICEF y las ONG para garantizar la buena ejecución y el seguimiento de las actividades.
40. En asociación con el Gobierno y los institutos de investigación, el PMA procurará apoyar la realización de estudio de viabilidad sobre la elaboración de alimentos locales, tales como harinas enriquecidas, para mejorar el estado nutricional de los niños.

Componente 3: Apoyo al abastecimiento de los comedores escolares por parte de las comunidades y fortalecimiento de la capacidad de resistencia de las comunidades vulnerables

41. El Componente 3 se propone promover: i) la diversificación alimentaria y el abastecimiento de los comedores escolares por parte de las comunidades, y ii) el fortalecimiento de la capacidad gubernamental de intervención en casos de emergencia, en particular del Servicio nacional de acción humanitaria (SENAH) y de las comunidades aldeanas vulnerables.
42. En primer lugar, el PMA prestará apoyo por un máximo de dos años a asociaciones de productores para que perfeccionen sus técnicas en materia de horticultura y abastezcan de productos frescos al comedor escolar de su aldea. Los pobladores que deseen asignar una parcela suplementaria al cultivo de cereales y dedicar una parte de su trabajo a la escuela, a razón de un día por semana, recibirán asistencia alimentaria mediante el componente de alimentos por trabajo (APT) durante un período de tiempo limitado. Las estructuras locales del Ministerio de Agricultura, con el apoyo técnico de la FAO, facilitarán servicios de extensión y apoyo a las asociaciones de productores. Además, el PMA prestará apoyo a un componente de alimentos para la capacitación (APC) en las cinco aldeas dotadas de comedores escolares seleccionadas por la FAO para el establecimiento de huertos didácticos.³¹ También se organizarán sesiones de sensibilización y capacitación en materia de nutrición.
43. En segundo lugar, el PMA mantendrá su apoyo a diferentes entidades gubernamentales para reforzar sus capacidades de respuesta en casos de crisis humanitaria. En particular, el PMA prestará apoyo al SENAH, la Oficina de estrategia y de desarrollo y la Agencia nacional de estadísticas agrícolas y alimentarias mediante talleres y actividades de capacitación en evaluación de la situación alimentaria y la respuesta humanitaria, organizados a nivel central y local.

³¹ Se trata de Guékédou, Dabola, Pita, Dinguiraye y Koubia. Se organizarán sesiones de capacitación en parcelas de sensibilización y demostración en las que se utilizarán técnicas de elaboración del compost, técnicas agroforestales y técnicas de cultivo según las curvas de nivel.

44. En tercer lugar, el PMA realizará un estudio de viabilidad sobre transferencias monetarias en el medio urbano. Si el estudio de viabilidad es concluyente, examinará la posibilidad de ejecutar un proyecto piloto a favor de mujeres muy vulnerables en Conakry a fin de capacitarlas en materia de horticultura. Esta experiencia permitirá que el PMA y sus asociados adquieran las competencias necesarias para utilizar las transferencias monetarias en Conakry o en otras zonas urbanas en que las tasas de inseguridad alimentaria son elevadas.

CUADRO 3: BENEFICIARIOS POR COMPONENTE Y POR AÑO						
	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Componente 1: Apoyo a la educación primaria						
Comidas calientes	102 400	107 400	115 170	123 329	131 895	211 527
Raciones sin cocinar (niñas)	10 000	10 500	11 025	11 576	12 155	19 698
Total parcial del componente 1	102 400	107 400	115 170	123 329	131 895	211
Componente 2: Apoyo nutricional a los grupos vulnerables						
Tratamiento de la malnutrición aguda moderada en los niños de 6 a 59 meses de edad	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000
Tratamiento de la malnutrición aguda moderada en las mujeres gestantes y lactantes malnutridas	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	25 000
Prevención de la malnutrición crónica entre los niños de 6 a 23 meses de edad	1 350	1 350	1 350	1 350	1 350	6 750
Prevención de la malnutrición crónica entre las mujeres gestantes y lactantes	800	800	800	800	800	4 000
Apoyo nutricional a las personas con VIH malnutridas sometidas a tratamiento	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	20 000
Apoyo a las familias de las personas con VIH	16 000	16 000	16 000	16 000	16 000	80 000
Apoyo a los pacientes con tuberculosis malnutridos sometidos a tratamiento	500	500	500	500	500	2 500
Apoyo a las familias de pacientes con tuberculosis	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	10 000
Total parcial del Componente 2	39 650	39 650	39 650	39 650	39 650	198 250
Componente 3: Apoyo al abastecimiento de los comedores escolares por parte de las comunidades y fortalecimiento de la capacidad de resistencia de las comunidades vulnerables						
APT	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	15 000
APC	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	12 500
Total parcial del Componente 3	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	27 500
TOTAL	147 550	152 550	160 320	168 479	177 045	437 277

CUADRO 4: RACIONES POR ACTIVIDAD (gramos/persona/día)

	Componente 1		Componente 2						Componente 3	
	Comidas calientes	Raciones sin cocinar	Prevención de la malnutrición aguda moderada entre las mujeres gestantes y lactantes	Prevención de la malnutrición aguda moderada entre los niños malnutridos de 6 a 59 meses de edad	Prevención de la malnutrición crónica entre las mujeres gestantes y lactantes	Prevención de la malnutrición crónica entre los niños de 6 a 23 meses de edad	Personas con VIH malnutridas sometidas a tratamiento antirretroviral y pacientes con tuberculosis	Apoyo a las familias de las personas con VIH y los pacientes con tuberculosis	APT ³²	APC ³³
Cereales	150							200	400	400
Legumbres secas	30							60	40	40
Aceite vegetal	10	82	25		25		25	25	20	20
Sal yodada	3							5	5	5
Supercereal con azúcar			270		270		270			
Supercereal Plus				200						
Plumpy'doz™						47				
TOTAL	193	82	295	200	295	47	295	290	465	465
Total kilocalorías/día	729			752			1,300	1,147	1 751	1751
Porcentaje de kilocalorías de origen proteínico	9,1			18,3			13,8	10,3	8,2	
Porcentaje de kilocalorías de origen lipídico	13,7			16,5			27,7	22,7	11,6	
Número de días de alimentación/asistencia por año	180	180	180	60	180	180	180	180	90	90

³² En el marco de las actividades de alimentos por trabajo, cada participante recibirá una ración para 5 personas.

³³ En marco de las actividades de alimentos para la capacitación, cada participante recibirá una ración para 2 personas.

45. El total de las necesidades alimentarias del programa es el siguiente (véase el Cuadro 5).

CUADRO 5: TOTAL DE LAS NECESIDADES ALIMENTARIAS (en toneladas)				
	Componente 1	Componente 2	Componente 3	TOTAL
Cereales	15 665	3 240	991	19 896
Legumbres secas	3 132	972	99	4 203
Aceite vegetal	1 861	694	51	2 606
Supercereal	312	3 106		3 418
Supercereal Plus		600		600
Sal		81	12	93
Plumpy'doz™		55		55
TOTAL	20 970	8 748	1 153	30 871

GESTIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

46. El PMA trabajará en estrecha colaboración con el Ministerio de la Cooperación. Se ha establecido formalmente con el Gobierno un plan de ejecución que se traducirá en planes de acción para cada componente. Un Comité de coordinación técnica compuesto por representantes de los departamentos ministeriales técnicos y del PMA supervisará la aplicación del PP y propondrá la integración de algunas actividades en los programas de desarrollo nacionales.
47. El seguimiento y evaluación se adaptarán a las diferentes modalidades de asistencia para permitir una gestión eficaz de los recursos y la evaluación de los resultados con respecto a los planes de acción anuales. En todas las suboficinas del PMA, el seguimiento de los resultados se llevará a cabo en estrecha colaboración con los responsables de los ministerios designados en cada prefectura de intervención y con los asociados cooperantes. Se realizarán encuestas con miras a rendir cuentas de los resultados; los asociados se encargarán de la recopilación de datos sobre los productos del programa. Los informes mensuales referirán sobre el número de beneficiarios asistidos, así como sobre las tasas de recuperación nutricional y de asistencia escolar, de acuerdo con el marco lógico y el plan de seguimiento y evaluación. La Oficina del PMA en Conakry garantizará la coordinación y la recopilación de los resultados.
48. En colaboración con los organismos de las Naciones Unidas, el PMA realizará encuestas de referencia y análisis detallados en materia de nutrición, educación y seguridad alimentaria. El PMA llevará a cabo un estudio de viabilidad, en colaboración con otros asociados, para evaluar la posibilidad de comprar gradualmente cereales y aceite de palma a los productores locales. La evaluación de mitad de período del PP se realizará en 2015, en colaboración con los asociados. Su objetivo será evaluar en qué medida el PP está logrando los resultados previstos y, cuando proceda, recomendar la adopción de medidas correctivas.
49. El Gobierno designará a los funcionarios responsables de la puesta en marcha y el seguimiento del programa a nivel nacional, regional y de prefecturas. El PMA seguirá movilizando recursos locales para ampliar el PP y, llegado el caso, aprovechar las conclusiones de los estudios de viabilidad sobre nutrición, compras locales y transferencias

monetarias. En el caso de que se adopte una estrategia para el traspaso de responsabilidades del PMA al Gobierno en lo que se refiere a los comedores escolares, se tratará de conseguir nuevas financiaciones. El PMA deberá ampliar sus asociaciones con los donantes, los organismos de las Naciones Unidas, las ONG y algunos institutos de investigación.

Riesgos programáticos

50. En el marco de la ejecución del PP se hace frente a dos tipos de riesgos operacionales: i) la escasa capacidad del Gobierno y sus asociados para ejecutar las actividades, a lo cual el PMA tratará de remediar intensificando las actividades de fomento de las capacidades, y ii) las dificultades de transporte en el interior del país debidas a la escasa capacidad de los transportistas y las malas condiciones de las carreteras, que seguirán creando graves problemas. Con el apoyo del Gobierno se establecerán opciones alternativas para el transporte.

Riesgos contextuales

51. El país está expuesto a elevados riesgos de catástrofes naturales, principalmente de inundaciones, a las que el PMA deberá poder hacer frente en el marco de una intervención de emergencia, en el caso de que las necesidades superen la capacidad de respuesta nacional³⁴.

Riesgos institucionales

52. La fragilidad de la situación política y los movimientos sociales son también motivos de incertidumbre en lo referente al apoyo de los donantes a los planes de desarrollo del Gobierno. Para garantizar la aplicación satisfactoria del PP, los recursos necesarios deben movilizarse oportunamente. En caso de limitaciones financieras, el PMA deberá garantizar que la asistencia se destine a los grupos más vulnerables, establecidos de acuerdo con el Gobierno.

³⁴ El PMA intervendrá cuando el número de las personas afectadas sea superior a 50.000, de conformidad con el Plan para imprevistos del Gobierno.

ANEXO I-A

RESUMEN DEL PRESUPUESTO (dólares)				
	Componente 1	Componente 2	Componente 3	Total
Productos alimenticios (<i>toneladas</i>) ¹	20 972	8 750	1 150	30 872
Productos alimenticios (<i>dólares</i>)	10 965 574	6 181 330	558 241	17 705 145
Total de productos alimenticios	10 965 574	6 181 330	558 241	17 705 145
Transporte externo				3 285 132
Transporte terrestre, almacenamiento y manipulación				6 982 939
Transporte terrestre, almacenamiento y manipulación (<i>costo por tonelada</i>)				226
Otros costos operacionales directos				2 615 076
Total de costos operacionales directos				30 588 292
Costos de apoyo directo (véase el Anexo I-B) ²				6 929 920
Costos de apoyo indirecto ³				2 626 275
COSTO TOTAL PARA EL PMA				40 144 487

¹ Se trata de una canasta de alimentos teórica utilizada con fines 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 Junta Ejecutiva puede modificar la tasa de costos de apoyo indirecto durante el período de ejecución del proyecto.

ANEXO I-B

NECESIDADES DE APOYO DIRECTO (dólares)	
Costos de personal y relacionados con el personal	
Personal internacional de categoría profesional	1 547 580
Personal local – Oficiales nacionales	334 800
Personal local – Servicios generales	1 241 250
Personal local – Horas extraordinarias	5 000
Consultores internacionales	197 100
Consultores locales	60 992
Voluntarios de las Naciones Unidas	810 000
Viajes del personal en comisión de servicio	140 100
Total parcial	4 336 822
Gastos ordinarios	
Alquiler de locales	371 434
Servicios (generales)	87 913
Material de oficina y otros bienes fungibles	58 609
Servicios de comunicación	199 315
Reparación y mantenimiento del equipo	126 788
Costos de mantenimiento y funcionamiento de los vehículos	403 710
Instalación de oficinas y reparaciones	210 626
Servicios prestados por otros organismos de las Naciones Unidas	122 102
Total parcial	1 580 498
Costos de equipo y de capital	
Alquiler de vehículos	561 000
Equipo de comunicación	169 600
Gastos locales de seguridad	282 000
Total parcial	1 012 600
TOTAL DE COSTOS DE APOYO DIRECTO	6 929 920

ANEXO II: MARCO LÓGICO	
Resultados	Indicadores de las realizaciones
<p>Efectos del UNDAF</p> <p>Efecto 1 – Promoción de la buena gobernanza: de aquí a 2017, las estructuras y organizaciones estatales y no estatales que disponen de las capacidades técnicas y operacionales para la formulación de políticas y programas mediante un proceso participativo e inclusivo garantizan una mejor gestión estratégica del desarrollo.</p> <p>Efecto 2 – Aceleración del crecimiento y promoción de oportunidades de empleo e ingresos para todos: de aquí a 2017, aumentan las capacidades de producción de las poblaciones más vulnerable de las zonas más pobres, en particular de las mujeres, y mejoran sus oportunidades de empleo decente y de ingresos duraderos, así como su seguridad alimentaria.</p> <p>Efecto 3 – Reducción de la vulnerabilidad y mejora de las condiciones de vida: de aquí hasta 2017, la población en general y los grupos más vulnerables en particular tienen acceso y utilizan los servicios sociales básicos, de conformidad con las normas nacionales e internacionales, para mejorar sus condiciones de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disponibilidad de una visión estratégica del desarrollo. Meta: Guinea Vision 2035 ➤ Número de sectores que disponen de políticas y estrategias de desarrollo (estrategia de lucha contra la pobreza, estrategias sectoriales). Meta: 10 ➤ Porcentaje de la población que vive por debajo del umbral de pobreza. Meta: 40% ➤ Proporción del consumo de alimentos a nivel nacional que corresponde al segmento del 20% más pobre de la población. Meta: 10% (2017) ➤ Tasa de inseguridad alimentaria. Meta: menos del 25 % en las zonas rurales ➤ Reducción de la tasa de mortalidad materna. Meta: 528 por cada 100.000 nacidos vivos ➤ Reducción de la tasa de mortalidad infantil. Meta: 80 por cada 1.000 nacidos vivos ➤ Reducción de la tasa de malnutrición. Meta: 20% ➤ Incremento de la tasa de terminación del ciclo de educación primaria. Meta: 74%



ANEXO II: MARCO LÓGICO		
Resultados	Indicador de las realizaciones	Riesgos y supuestos
Componente 1: Apoyo a la educación primaria		
Objetivo Estratégico 4: Reducir el hambre crónica y la desnutrición		
Efecto 1 Aumento del acceso a la educación primaria y fomento del capital humano.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relación entre niñas y niños en las escuelas que reciben apoyo del PMA. Meta: >0,8 ➤ Tasa de matrícula: tasa media anual de variación en el número de niñas y niños matriculados. Meta: <6% ➤ Tasa de asistencia de niñas y niños en las escuelas que reciben asistencia, como porcentaje del número total de días lectivos. Meta: >80% ➤ Índice de alumnas y alumnos aprobados que pasan al grado superior. Meta: >82% 	El Gobierno apoya decididamente la escolarización universal.
Producto 1.1 Distribución de raciones escolares, en cantidad y de calidad suficientes, en los comedores de las escuelas que reciben apoyo del PMA.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de alumnos seleccionados que reciben raciones alimentarias por sexo y como porcentaje del número previsto. Meta: 100% ➤ Cantidad de alimentos distribuidos en las escuelas primarias que reciben apoyo del PMA, por tipo y como porcentaje de las distribuciones previstas. ➤ Número de niñas que reciben raciones de alimentos para llevar a casa. Meta: 19.700 ➤ Número de escuelas que reciben asistencia. Meta: 600 	El componente recibe los recursos apropiados en cantidad suficiente y en el momento oportuno.
Objetivo Estratégico 5: Fortalecer las capacidades de los países para reducir el hambre, en especial mediante estrategias de traspaso de responsabilidades y compras locales		
Efecto 2 Determinación de soluciones de lucha contra el hambre e integración en las políticas nacionales.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Índice de capacidad nacional, por solución al problema del hambre aplicable a los comedores escolares. Valor de referencia: 8/20 Meta: 13/20 	Liderazgo del Gobierno y capacidad de las partes interesadas para dialogar con los responsables de la formulación de políticas.



ANEXO II: MARCO LÓGICO		
Resultados	Indicador de las realizaciones	Riesgos y supuestos
<p>Producto 2.1</p> <p>Desarrollo de la capacidad del Gobierno en materia de comedores escolares mediante actividades de capacitación organizadas por el PMA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de visitas organizadas en los países limítrofes más avanzados en relación con el programa nacional de comedores escolares. <p>Meta: 2 visitas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de talleres de sensibilización y divulgación en materia de comedores escolares. <p>Meta: 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de personas capacitadas (personal del PMA y del Gobierno). 	<p>Hay estabilidad política y macroeconómica.</p> <p>Se dispone de recursos internos para la gestión de las tareas cotidianas más urgentes.</p>
Componente 2: Apoyo nutricional a los grupos vulnerables		
Objetivo Estratégico 4: Reducir el hambre crónica y la desnutrición		
<p>Efecto 5</p> <p>Mejora del estado nutricional de las mujeres, los niños y las niñas seleccionados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalencia del retraso del crecimiento entre los niños de 6 a 23 meses de edad (como porcentaje de la relación estatura para la edad, por debajo de -3 unidades de desviación estándar¹). <p>Valor de referencia: 40%²</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalencia de la malnutrición aguda global entre los niños de 6 a 59 meses de edad. <p>Meta: disminución del 10% entre los grupos seleccionados.</p> <p>Valor de referencia: 8%</p>	<p>Se cuenta con asociados cooperantes y se elaboran medidas realistas de educación nutricional a nivel comunitario.</p> <p>Se cuenta con un presupuesto adecuado.</p>



¹ Expresada en términos de número de unidades de desviación estándar en relación con la mediana de la nueva Población de referencia internacional de la OMS, ENENSE 2008.

² ENENSE 2008.



ANEXO II: MARCO LÓGICO

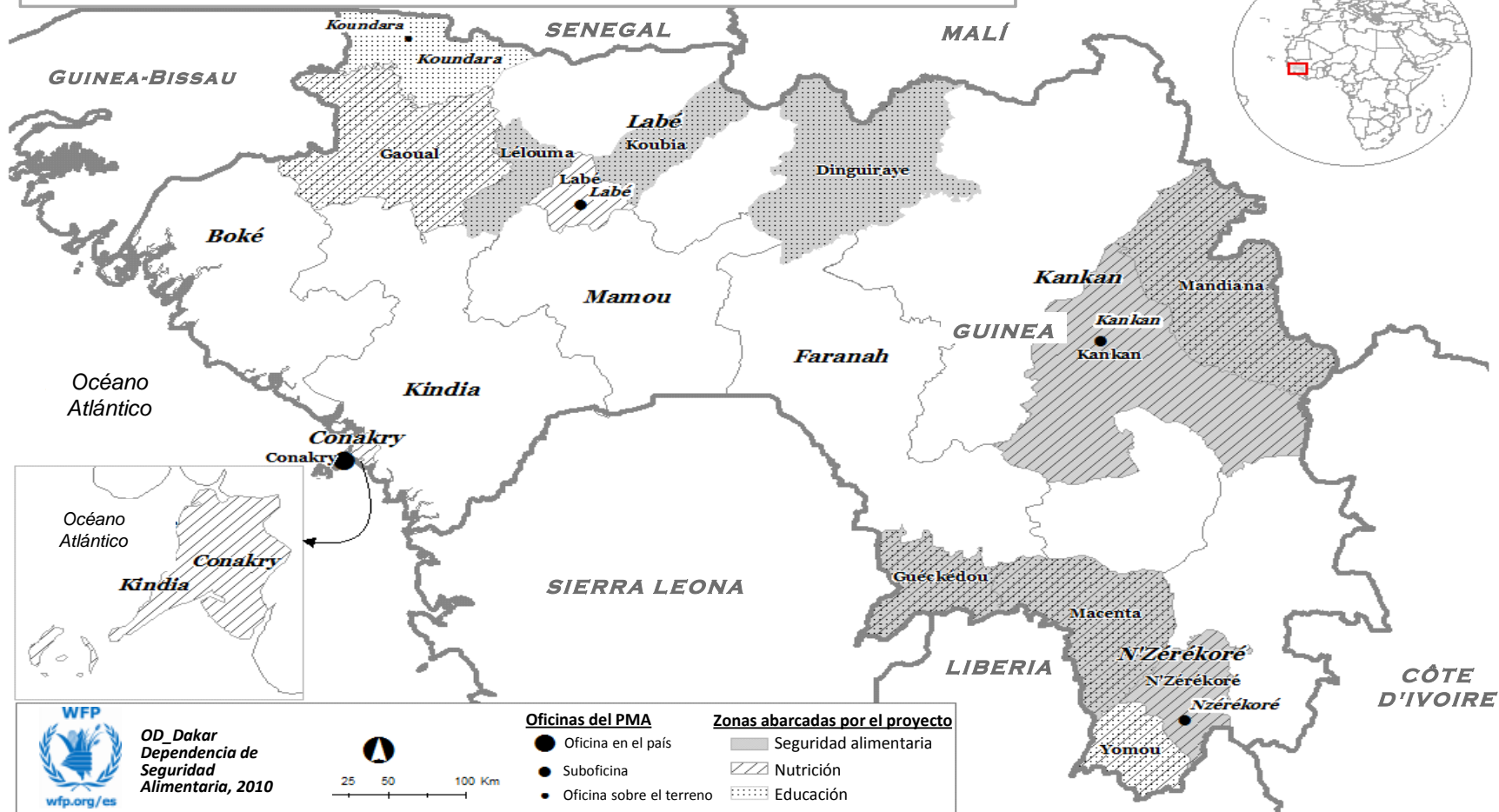
Resultados	Indicador de las realizaciones	Riesgos y supuestos
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalencia de una circunferencia braquial escasa (CB): CB >115 milímetros y <125 milímetros (niños de 6 a 59 meses de edad); CB < 210 milímetros (mujeres gestantes y lactantes). ➤ Tasa de recuperación. Meta: >75% ➤ Tasa de mortalidad. Meta: <3% ➤ Tasa de abandono. Meta: <10% ➤ Tasa de falta de mejoría. ➤ Meta: <5% 	
<p>Producto 5.1 Distribución de alimentos, en cantidad y de calidad suficientes, a los niños y a las mujeres gestantes y lactantes seleccionados por el PMA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de niños y de mujeres gestantes y lactantes seleccionados que reciben raciones alimentarias, por sexo y como porcentaje del número previsto. Meta: 100% ➤ Cantidad de alimentos distribuidos en los centros nutricionales que reciben asistencia del PMA, por tipo y como porcentaje de las distribuciones previstas. ➤ Número de centros de salud que reciben apoyo. 	
<p>Efecto 6 Aumento de la tasa de cumplimiento del tratamiento antirretroviral y/o del tratamiento contra la tuberculosis entre los pacientes seleccionados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tasa de observancia del tratamiento antirretroviral (valor de referencia por determinar). Meta: 90% ➤ Tasa de observancia del tratamiento contra la tuberculosis (valor de referencia por determinar). Meta: 90% 	Se registra una participación constante de parte del Gobierno y los donantes.
<p>Efecto 7 Mejora de la recuperación nutricional de los pacientes que siguen un tratamiento antirretroviral o un tratamiento de observación directa de corta duración (DOTS) contra la tuberculosis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tasa de recuperación nutricional entre las personas con VIH. Meta: índice de masa corporal (IMC) $\geq 18.5 - 25$. ➤ Tasa de recuperación nutricional entre los pacientes con tuberculosis (IMC $\geq 18,5 - 25$). 	

ANEXO II: MARCO LÓGICO		
Resultados	Indicador de las realizaciones	Riesgos y supuestos
<p>Producto 6.1 y 7.1 Distribución de alimentos, en cantidad y de calidad suficientes, a los pacientes y a sus familias en situación de inseguridad alimentaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de personas seleccionadas que reciben alimentos, por categoría, como porcentaje del número previsto. ➤ Cantidad de alimentos distribuidos, como porcentaje de las distribuciones previstas. 	
<p>Efecto 8 Mayor consumo de alimentos durante el período de asistencia entre las personas con VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puntuación relativa al consumo de alimentos de los hogares. Meta: >35 para el 80% de los hogares afectados 	
Componente 3: Apoyo a la seguridad alimentaria y fortalecimiento de la capacidad de resistencia de algunos grupos o comunidades vulnerables		
Objetivo Estratégico 2: Prevenir el hambre aguda e invertir en medidas de preparación para casos de catástrofe y de mitigación de sus efectos		
<p>Efecto 9 Mayor consumo de alimentos entre los hogares seleccionados expuestos al riesgo de padecer hambre aguda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejora de la puntuación relativa al consumo de alimentos entre los hogares que reciben asistencia. Meta: >35 para el 80% de los hogares seleccionados 	<p>Se cuenta con asociados sobre el terreno. El PMA cuenta con un presupuesto adecuado para la capacitación y el mantenimiento de las asociaciones.</p>
<p>Producto 9.1 Distribución de alimentos, en cantidad y de calidad suficientes, a los hombres y mujeres seleccionados por el PMA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de personas seleccionadas que reciben raciones alimentarias por sexo, como porcentaje del número previsto. Meta: 100% ➤ Cantidad de alimentos distribuidos por el PMA, por tipo, como porcentaje de las distribuciones previstas. 	<p>Se dispone de alimentos y de asociados técnicos.</p>
<p>Producto 9.2 Creación o rehabilitación de instalaciones o infraestructura por parte de las comunidades seleccionadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de huertos que reciben apoyo en el marco de las actividades de APT o APC. Meta: 200 nuevos huertos ➤ Puntuación relativa a los activos comunitarios. Meta: >80% de la cifra planificada 	<p>Los asociados están dotados de capacidades adecuadas. El PMA cuenta con un presupuesto adecuado para la capacitación y el mantenimiento de las asociaciones.</p>



ANEXO II: MARCO LÓGICO		
Resultados	Indicador de las realizaciones	Riesgos y supuestos
Objetivo Estratégico 5: Fortalecer las capacidades de los países para reducir el hambre, en especial mediante estrategias de traspaso de las responsabilidades y compras locales		
Efecto 10 Aumento de las oportunidades de comercialización a nivel nacional.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Productos alimenticios comprados localmente, expresados como porcentaje de los productos distribuidos. Meta: 10% de las necesidades de los comedores escolares.	Los precios locales resultan competitivos en relación con los precios internacionales o regionales.
Producto 10.1 Compra de productos alimenticios a nivel nacional.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cantidad de productos alimenticios comprados en Guinea por categoría de productos. 	Los nuevos donantes tienen interés en financiar esta innovación.
Efecto 11 Determinación de soluciones de lucha contra el hambre e integración en las políticas nacionales.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Índice de capacidad nacional en materia de preparación para la pronta intervención en casos de catástrofe. Valor de referencia: 11/20 Meta: 14/20	
Producto 11.1 Desarrollo de la capacidad del Gobierno en materia de preparación para la pronta intervención en casos de catástrofe mediante actividades de capacitación organizadas por el PMA.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de sesiones de capacitación destinadas a las diferentes categorías de actores del SENAH. Meta: 2 <ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de actores clave capacitados. Meta: 200 personas	Se cuenta con un personal clave capacitado estable.

Zonas abarcadas por el programa en el país Guinea 200326



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

LISTA DE LAS SIGLAS UTILIZADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO

DELP	Documento de estrategia de lucha contra la pobreza
ENENSE	Encuesta nacional sobre el estado nutricional y seguimiento de los principales indicadores de supervivencia del niño
IMC	índice de masa corporal
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
PIB	producto interno bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PP	programa en el país
SENAH	Servicio nacional de acción humanitaria
SMART	seguimiento y evaluación normalizados de las situaciones de socorro y transición
UNDAF	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia