

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

Segundo período de sesiones ordinario
de la Junta Ejecutiva

Roma, 13 - 14 de mayo de 1999

INFORMES DE EVALUACIÓN

Tema 3 del programa



Distribución: GENERAL
WFP/EB.2/99/3/1
25 marzo 1999
ORIGINAL: FRANCÉS

INFORME RESUMIDO DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE DESARROLLO BURKINA FASO 4959.00

Alimentación complementaria de los grupos vulnerables

Fecha de aprobación del proyecto	Mayo de 1995
Fecha de la firma del plan de operaciones	19 de diciembre de 1995
Fecha de la primera distribución	1° de julio de 1996
Fecha oficial de terminación	1° de julio de 2000
Fecha de la evaluación de mitad de período	Septiembre de 1998
Duración del proyecto	Cuatro años

Costo (dólares EE.UU.)

Costo total para el PMA	9 735 040
Costo total de los alimentos	3 672 450

La misión de evaluación estaba formada por un consultor en materia de programas alimentarios y nutrición de salud pública (jefe de la misión del PMA) y un consejero regional de programas del PMA para los países del Sahel. Se puede solicitar el informe completo, disponible únicamente en francés, a la Oficina de Evaluación.

RESUMEN

El proyecto tiene por objetivo animar a las mujeres embarazadas y madres lactantes cuyos hijos están en situación de riesgo de malnutrición a acudir con más regularidad a las estructuras sanitarias, así como contribuir a la recuperación nutricional de los niños que padecen malnutrición. Aunque la asistencia a los centros beneficiarios va en aumento, no es regular por múltiples razones. El proyecto también tiene como objetivo contribuir a las actividades de información, educación y comunicación, si bien el personal sanitario está poco motivado y carece de formación para actuar con eficacia conforme a un enfoque participativo. Más positivos han sido los resultados en cuanto a la transferencia de ingresos al personal voluntario y la participación económica de las mujeres en las distribuciones de alimentos. Pese a los resultados mediocres, la misión considera que la ayuda del PMA es procedente, sin perjuicio de que se efectúen ciertos reajustes en la concepción del proyecto y se tomen en consideración sus recomendaciones, principalmente las relativas a los criterios de selección de los beneficiarios, del material de seguimiento y evaluación y de formación en materia de información, educación y comunicación con un enfoque participativo. Sería conveniente interrumpir las distribuciones de alimentos en las estructuras sanitarias durante tres meses para formar al personal encargado de su ejecución, con el fin de cumplir mejor los objetivos del proyecto.

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_public/EB_Home.html).

EL PROYECTO TAL COMO ESTABA PREVISTO

1. Los principales objetivos a largo plazo del proyecto son aumentar la regularidad de la asistencia a las estructuras sanitarias y mejorar el estado sanitario y nutricional de las mujeres y niños que acuden a las consultas prenatales e infantiles. El proyecto se ajusta a los objetivos sanitarios del Gobierno, que aboga por una reactivación de la atención primaria de salud correspondiente a la denominada “Iniciativa de Bamako”, en la que se da prioridad al grupo vulnerable formado por madre e hijo. A tal fin se definió un paquete mínimo de actividades para llevar a cabo en los centros de salud, así como una dinamización de las actividades.
2. Todas las organizaciones internacionales que actúan en el ámbito de la salud, entre ellas el PMA, tienen los siguientes objetivos comunes: dinamizar las estructuras sanitarias de los centros médicos (CM y CMA) y de los centros de salud y promoción social (CSPS), ayudar a la recuperación nutricional de los niños que sufren de malnutrición y contribuir a las actividades de información, educación y comunicación. El presente proyecto también tiene por objetivo aumentar la disponibilidad de alimentos en los hogares beneficiarios.
3. El proyecto tiene previsto atender a alrededor de 32 770 beneficiarios durante 217 días al año por término medio. Se seleccionaron seis de las 30 provincias del país como destinatarias. A raíz del nuevo ordenamiento geográfico del país, las seis provincias se han convertido en ocho, de un total de 45. Estas zonas se eligieron debido a su vulnerabilidad a la malnutrición, a las carencias de micronutrientes y a la insuficiencia de infraestructuras sanitarias. En el informe de la misión de examen previo al proyecto, elaborado en 1994, estaban previstas aproximadamente 118 formaciones sanitarias. Los criterios de selección de los beneficiarios se formularon de una manera muy general en el plan de operaciones.
4. El proyecto se lleva a cabo bajo la responsabilidad de la Dirección General de Salud Pública por mediación del Centro nacional de nutrición. En los distritos asume esta función un equipo directivo, cuyo coordinador, gestor o coordinador de salud maternoinfantil (SMI) es responsable de las formaciones sanitarias (CSPS, CMA y CM). La Secretaría permanente encargada de la ayuda del PMA (SPAP), dependiente del Ministerio de Agricultura, se encarga de todos los aspectos logísticos, desde la recepción de los alimentos en los almacenes centrales hasta su entrega a los centros sanitarios.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO

Avances en la realización de los objetivos

5. Un primer objetivo consistía en alentar a las mujeres embarazadas y a las madres lactantes consideradas en situación de riesgo a acudir con regularidad a las estructuras sanitarias. Para el conjunto del país, el índice de asistencia a las estructuras sanitarias sigue siendo insuficiente, sobre todo en el medio rural: un 23 por ciento por término medio. Además, la asistencia es irregular, con un número medio de tres visitas (1996). En las zonas incluidas en el proyecto del PMA se produce una afluencia de visitas cuando hay alimentos disponibles, pero también ocurre a la inversa. La asistencia va en aumento, pero no gana en regularidad.



6. Por lo que se refiere a la mejora del estado sanitario y nutricional de los beneficiarios, se ha observado una disminución del índice de mortalidad maternoinfantil en los distritos, pero el registro inadecuado de los beneficiarios en los centros y la falta de datos fiables no permiten apreciar la mejora del estado nutricional de los beneficiarios. El problema principal, especialmente en los Centros de Recuperación y de Educación Nutricional (CREN), dependientes del Ministerio de Sanidad, es que las madres se niegan a permanecer en las estructuras las 24 horas del día durante un período que puede resultar relativamente largo. Muy a menudo, estas estructuras no son funcionales, especialmente en la estación de lluvias, cuando la madre trabaja en el campo. Una encuesta realizada en 1998 puso de manifiesto que en un 25 por ciento de los CREN sólo se servía una comida al día y en otro 25 por ciento no se servía ninguna
7. Un tercer objetivo consistía en aumentar la disponibilidad de alimentos en los hogares beneficiarios. Los resultados son mediocres en este ámbito: la mayoría de los beneficiarios no recibió con regularidad las distribuciones mensuales que se les había asignado durante el período de asistencia.
8. El cuarto objetivo consistía en contribuir a las actividades de información, educación y comunicación organizadas por el Ministerio de Sanidad y dirigidas a las mujeres. Este objetivo no parece haberse alcanzado en absoluto, ya que el personal apenas si ha organizado más de una charla educativa por semana. En cualquier caso, los métodos utilizados, sin involucración ni participación de las madres, no permiten obtener los cambios de comportamiento deseados. Debido a la falta de formación e información de la población, la solicitud de atención sanitaria es escasa, sobre todo en lo que respecta a las actividades preventivas.

Función y efectos de la ayuda alimentaria

9. La ayuda del PMA no pudo cumplir correctamente su función de suministrar un aporte nutricional a los niños ingresados en los CREN debido a la escasa funcionalidad de estas estructuras. Por otra parte, en lo que respecta a la recuperación nutricional en las estructuras hospitalarias, los productos suministrados por el PMA no son adecuados para los niños que sufren de malnutrición grave porque carecen de productos lácteos. No obstante, la ración prevista para las madres que permanecen las 24 horas del día en los CREN es muy apreciada.
10. El PMA no pudo desempeñar una función eficaz en lo relativo a la regularidad de la asistencia por las razones siguientes: a) la falta o el incumplimiento de los criterios de selección hace que la cantidad de alimentos asignados no cubra las tres distribuciones trimestrales por beneficiario previstas; b) la entrega tardía de la dotación trimestral se traduce en una falta de disponibilidad en las estructuras beneficiarias; Y c) la falta de suministros a los centros cuando no envían sus informes trimestrales.
11. Por el contrario, las raciones alimentarias permitieron una transferencia de ingresos apreciable para los auxiliares de salud y otros voluntarios encargados de la distribución de las raciones alimentarias. El valor mensual de esta ración se evalúa a nivel local en 8 837 francos CFA, lo que representa un 35 por ciento del salario mínimo, cantidad no desdeñable con relación al umbral de extrema pobreza, fijado en 31 749 francos CFA por año y persona, y con relación al umbral de pobreza absoluta de 41 099 francos CFA.
12. La ayuda del PMA desempeñó una función inesperada en la amortización de los costos y la participación de la comunidad en la financiación de la atención primaria de salud. Los responsables del proyecto consideraron que no era conveniente acostumbrar a los



beneficiarios a la gratuidad, y se hizo especial hincapié en procurar su participación económica. De los 25 francos CFA previstos en el plan de operaciones para la compra de condimentos y otros ingredientes necesarios para las demostraciones culinarias, la participación ascendió a 100 francos CFA por distribución mensual, e incluso a 300 francos CFA en algunos distritos. La mitad de los fondos recogidos se mantiene en la estructura sanitaria y queda a cargo del comité de gestión, y la otra mitad se destina al distrito, que la integra en su sistema de amortización de los costos. Para evitar el acaparamiento en los comités de gestión, a partir de ahora se establece un plan de utilización en cada estructura sanitaria, y posteriormente un plan de actuación del distrito.

Beneficiarios

13. La aplicación de los criterios de selección de los beneficiarios es una de las principales dificultades planteadas en la ejecución de este proyecto. Los criterios de selección han sido mal interpretados por un personal insuficientemente formado. Por otra parte, la excesiva movilidad del personal, la no cesión de las tareas y el material adecuado al nuevo personal, y la falta de seguimiento por parte de los responsables de distrito, que a su vez no siempre han recibido información sobre el proyecto del PMA, son otros tantos factores que han agravado esta situación.
14. Hasta julio de 1998, el número de mujeres embarazadas y madres lactantes beneficiarias alcanzó, e incluso sobrepasó, los objetivos previstos. Inicialmente, se proporcionaba la ración alimentaria a todas las mujeres que acudían a las consultas previstas, o por lo menos a las 15 o 20 primeras mujeres que se presentaban (a fin de contener la afluencia incontrolable de beneficiarios cuando se avisaba de la llegada de los alimentos del PMA). Pese a la nota informativa de la Dirección Nacional del Proyecto (DNP), algunos centros siguen funcionando de esta manera. En los siete trimestres en los que se distribuyeron los alimentos -de los ocho transcurridos desde el comienzo del proyecto- se puede calcular una tasa de realizaciones del 92 por ciento en lo que respecta a los beneficiarios. Pero la duración de asistencia prevista (seis meses consecutivos) dista mucho de haberse cumplido, ya que los beneficiarios sólo vienen una o dos veces consecutivas. Esto permite aumentar el número de inscritos, pero crea también una confusión a nivel estadístico: el número de beneficiarios inscritos sólo se corresponde con el número de raciones mensuales distribuidas si los beneficiarios acuden una sola vez.
15. Por lo que se refiere a los niños que sufren de malnutrición moderada, el número de beneficiarios previsto en el plan de operaciones no se alcanzó por las razones siguientes: a) el índice de asistencial/cobertura de la consulta de lactantes sanos es a menudo muy escaso; b) no se tuvieron en cuenta algunos criterios de selección en lo que se refiere a los niños de riesgo; c) la duración de la asistencia prevista en el plan de operaciones era demasiado optimista (240 días al año). En los siete trimestres, la tasa de realizaciones relativa a los beneficiarios de las raciones ascendió al 40 por ciento.
16. En lo que respecta a la selección, en la mayor parte de los CREN no se distingue entre malnutrición grave y moderada, o entre huérfanos y minusválidos, lo que aumenta la duración de la asistencia e impide calcular un índice de recuperación. Al no respetarse estrictamente los criterios de selección, el número de beneficiarios superó las previsiones del plan de operaciones: en los siete trimestres considerados, la tasa de realización en cuanto a los beneficiarios fue del 147 por ciento. El índice de abandono es muy elevado (57,1 por ciento), ya que las madres se niegan a dejar a sus familias durante un período prolongado y no tienen ninguna razón para permanecer en el CREN cuando las actividades del mismo no pueden cubrir sus necesidades y, sobre todo, las de sus hijos. Así pues, el



número de inscritos es elevado, pero la duración de la asistencia es demasiado breve para una rehabilitación correcta.

17. El número de auxiliares voluntarios es superior al que figura en el plan de operaciones (357 aproximadamente en lugar de 250), dado que el número de estructuras sanitarias que reciben asistencia es más elevado de lo previsto.

Zonas y centros beneficiarios

18. Con relación al Programa conjunto de las Naciones Unidas “Atención primaria de salud”, de 1999—2003, el PMA ha querido seleccionar las zonas de este proyecto para su programa en el país; se trata de zonas de extrema pobreza y de bajo índice de desarrollo humano (IDH), concentradas en el este del país. Esta nueva selección específica afectaba en principio a cuatro regiones sanitarias, que abarcan 11 provincias donde el IDH de la población varía entre extremadamente bajo y bajo. La asistencia exterior tiene poca presencia, excepto en los tres distritos sanitarios de la Dirección regional de Kaya (cooperación holandesa y distintas ONG).
19. En junio de 1998 recibían asistencia 147 estructuras sanitarias y 15 CREN en 10 distritos. El número de estructuras sanitarias que reciben asistencia sobrepasa el previsto en el plan de operaciones (127 por ciento de las realizaciones en dicha fecha). La puesta en marcha fue difícil: de 13 centros en el primer trimestre de 1997 a 125 en el primer trimestre de 1998. Dado que el programa se ejecutaba por primera vez en el país, la DNP debería haber respetado el número previsto en principio y debería haber evitado abrir tantos centros en 1998 ante la urgencia de las necesidades.
20. Todos los centros de distrito debían ser beneficiarios. En las estructuras sanitarias de base son necesarias al menos tres personas para realizar el paquete mínimo de actividades. Ahora bien, el proyecto no dispone de una relación en la que figuren el número y las categorías de personal por estructura beneficiaria. Según los responsables nacionales, la insuficiencia de personal es una de las principales dificultades de este proyecto. Por otra parte, al descartar las estructuras sanitarias que no cumplen los criterios de selección, se corre el riesgo de crear una sobrecarga en el centro de distribución más próximo y de reducir la asistencia de los centros no beneficiarios.

Administración de la ayuda alimentaria del PMA

21. De un total de 20 785 toneladas de alimentos (mijo, sorgo, frijoles, azúcar, aceite vegetal y sal yodada) comprometidos por el PMA, a 30 de junio de 1998 el proyecto había recibido 6 408 toneladas (31 por ciento de las cantidades comprometidas); se habían utilizado 4 553 toneladas, lo que representa el 71 por ciento de las cantidades recibidas. Las pérdidas post-c.i.f. que figuran en los informes trimestrales ascienden en total a 17 toneladas, lo que representa un 0,2 por ciento de los alimentos recibidos. Estas pérdidas están infravaloradas, dadas las lagunas existentes en la contabilidad de los almacenes centrales y la falta de información de los centros beneficiarios.
22. El proyecto no ha utilizado las cantidades de alimentos previstas hasta la fecha. La DNP acentuó este fenómeno al negarse a suministrar los artículos a los centros que no habían enviado sus informes. Por otra parte, la SPAP no siempre estuvo en condiciones de abastecer a los centros en los plazos convenientes, por lo que algunos de los alimentos asignados no llegaron a las estructuras sanitarias hasta el final del trimestre. La no utilización de las cantidades previstas puede explicarse por el hecho de que los



beneficiarios sólo reciben una o dos distribuciones sucesivas en lugar de las tres a seis previstas. La organización de la logística adolece de falta de eficacia.

23. La DNP señaló que en el año 1997, según los datos proporcionados por las estructuras sanitarias, se distribuyeron 5 576 983 raciones/día, lo que representa una tasa de realizaciones de cerca del 79 por ciento en número de raciones, mientras que el de alimentos comprometidos es mucho más escasa, un 36 por ciento del tonelaje anual previsto. Se puede extraer la conclusión de que no se han respetado las raciones (lo que confirma la DNP en su último informe de supervisión), o que las estadísticas de las estructuras sanitarias son erróneas, cosa que también se ha constatado.
24. Los cereales utilizados (5 274 toneladas) se compraron a nivel local en forma de sorgo. El calendario de las compras no siempre parece tener en cuenta los períodos de mayor disponibilidad y los precios más bajos en el mercado local. Debido a la escasa utilización de los alimentos, la primera entrega de sal yodada de 29 toneladas, compra regional procedente de Abidján, cubrió las necesidades hasta el primer trimestre de 1998. Actualmente se examinan los efectos que tiene el almacenamiento prolongado de la sal en la pérdida de yodo teniendo en cuenta las condiciones climáticas de Burkina Faso. En los almacenes de las estructuras sanitarias se ha registrado que la sal estaba apelmazada debido a la humedad y al acondicionamiento poco adecuado de los lugares.
25. El proyecto se ha caracterizado por interrupciones frecuentes y variaciones importantes en las distribuciones que se deben a los problemas de puesta en marcha del proyecto, a la falta de elaboración de informes por parte de los centros beneficiarios y al transporte inadecuado de los alimentos. Los problemas logísticos de transporte obedecen a la falta de camiones y a su estado vetusto, así como a la insuficiencia de depósitos de almacenamiento adecuados. En el primer trimestre de 1998, el proyecto alcanzó una sola vez, e incluso sobrepasó en 23 toneladas, la distribución trimestral máxima de 1 298 toneladas prevista en el plan de operaciones. El plan de suministro para ese trimestre preveía aumentar el número de beneficiarios en las zonas deficitarias para responder a las necesidades de urgencia provocadas por las malas cosechas de los dos años anteriores. En realidad, la distribución se mantuvo en el segundo trimestre de 1998, pero realmente no logró su objetivo, que era paliar los efectos de la sequía en las regiones en cuestión.
26. Se observaron graves problemas de almacenaje en las estructuras sanitarias a partir de las primeras visitas tras la creación del proyecto: carencia total de almacenes, almacenes exigüos o inadecuados. Gracias a los fondos generados por la ayuda del PMA, en algunas estructuras sanitarias se pudieron construir almacenes, pero no antes de principios de 1998. El PMA proporcionó 800 plataformas de carga para mejorar el almacenamiento en las estructuras. La utilización del pliego de gestión de las existencias y el seguimiento diario de los movimientos de productos en las estructuras sanitarias no son sistemáticos y generalizados.
27. En 1994, la misión de examen previo recomendaba que se llevaran a cabo distribuciones y actividades preventivas en el mismo día. Cuando las actividades preventivas son diarias e integradas, y al mismo tiempo se lleva a cabo la distribución de alimentos, este sistema entraña una afluencia excesiva y desagrada a los no beneficiarios. Por esta razón, algunos centros han instituido el sistema del día especial de distribuciones. Por el contrario, cuando está previsto un día específico para las consultas de lactantes o prenatales, las distribuciones pueden tener lugar después de la consulta.
28. En el plan de operaciones se definieron cinco tipos de raciones, con una cesta de alimentos que incluía cinco productos. La DNP respetó estas definiciones en la medida de



lo posible, aunque a veces se vio obligada a desviarse de ellas por razones materiales de distribución. Para los niños de seis meses a cinco años con malnutrición moderada, la ración individual se multiplicó por dos para corresponder a una ración considerada familiar. En el caso de las mujeres embarazadas y las madres lactantes, la ración se denomina familiar en este tipo de proyecto, mientras que en los proyectos de alimentos por trabajo corresponde a tres veces la ración de carácter individual mencionada más arriba, lo cual se presta a confusión. Se respetó la ración de los niños ingresados en los CREN con malnutrición grave. Las mujeres que permanecían en el CREN las 24 horas del día debían recibir una ración ligeramente diferente a la de las mujeres embarazadas y madres lactantes (210 kilocalorías más), con la consiguiente complicación de la distribución. La DNP se atuvo aproximadamente a las mismas cantidades que para las mujeres embarazadas o madres lactantes. La ración de los voluntarios corresponde a dos raciones individuales que no se formulan en el plan de operaciones. La DNP asignó a este grupo una ración que correspondía a tres veces la ración individual de los niños gravemente malnutridos. La diversidad de los tipos de ración no facilita la distribución y la recogida de los datos necesarios para el seguimiento y evaluación del proyecto.

29. Por lo que se refiere a la distribución de sal yodada para disminuir la incidencia endémica del bocio, este producto es difícil de conservar en los centros ya que se apelmaza con la humedad. Por otra parte, la ración individual sólo tiene una limitada función de prevención. Como en otros países vecinos, el Gobierno aprobó un decreto ministerial por el que se hacía obligatoria la importación de sal yodada, con lo que se podría eliminar la sal de la cesta de alimentos.

Seguimiento y evaluación y presentación de informes

30. El seguimiento y evaluación internos es una de las principales dificultades planteadas en la ejecución de este proyecto. La DNP y la Oficina del PMA en Burkina Faso han enumerado los principales problemas, pero las actividades propugnadas no se han seguido o se han descuidado algunos de sus aspectos esenciales. Entre ellos, cabe citar un personal en número insuficiente y mal capacitado, habida cuenta de los cambios frecuentes, las interrupciones de existencias relativas al material de seguimiento y evaluación y los insuficientes medios otorgados a los supervisores a todos los niveles. Ahora bien, los fondos generados deberían haber permitido solucionar parte de estos problemas. La contribución del Gobierno, prevista por el plan de operaciones –sobre todo en lo referente a los costos de supervisión y capacitación– no fue efectiva en 1996 y fue tardía en 1997 y 1998, lo que impidió a la DNP hacer un uso racional de ella.
31. La DNP elabora informes trimestrales sobre los planes de suministro de las estructuras sanitarias, las cantidades de alimentos distribuidas por estas estructuras, los distintos tipos de beneficiarios y otros aspectos. Se observan grandes dificultades en la recogida inicial de los datos por parte de los encargados de la ejecución, quienes carecen de la capacitación adecuada, una falta de uniformidad en el sistema de recogida, y cambios de personal demasiado frecuentes. Por otra parte, falta material de recogida y análisis primario (tarjetas de raciones de los beneficiarios y fichas de curva ponderal de referencia).
32. La SPAP prepara también informes trimestrales sobre los movimientos de los productos; los datos presentan incoherencias o lagunas. Por ejemplo, las existencias de las estructuras sanitarias se contabilizan en las existencias de la SPAP, lo que es incorrecto a nivel contable. Parecería que este sistema de informes sea la causa de los errores en la contabilidad y la disponibilidad de existencias en los almacenes centrales. La falta de inventarios físicos periódicos efectuados en presencia del personal del PMA ha impedido



una gestión eficaz de los alimentos en los almacenes centrales. Todas estas razones han imposibilitado en la práctica el seguimiento de la disponibilidad real de alimentos y no han facilitado la planificación de los pedidos de alimentos o las compras locales.

33. Las distribuciones se condicionaron al envío de los informes trimestrales por parte de los coordinadores provinciales/de distrito, lo que provocó el bloqueo de las distribuciones en 1997. Automáticamente se produjeron desfases importantes en el suministro de alimentos a los beneficiarios, lo que tuvo graves repercusiones sobre la buena marcha del proyecto: desfase de las distribuciones a lo largo de un trimestre, importantes desfases de hasta seis a ocho meses entre dos distribuciones, imposibilidad de efectuar una programación simultánea de los transportes y falta de sincronización de las operaciones. La falta de coordinación entre la SPAP y la DNP impide a esta última establecer de manera racional planes de suministro.

RECOMENDACIONES¹

34. Las principales recomendaciones de la misión son las siguientes:
35. En el futuro sería necesario armonizar la **selección de las zonas beneficiarias** con la del Programa conjunto de las Naciones Unidas “Atención primaria de salud”, 1993-2003.
36. Con el fin de mejorar la logística de los proyectos y la relación **costo-eficacia**, el PMA se decanta por **reducir la cesta de alimentos** a tres alimentos (cereales, frijoles, aceite), en consonancia con una base alimentaria equilibrada. Habida cuenta de los problemas inherentes a la distribución de sal y en espera de la próxima entrada en vigor del decreto ministerial sobre la obligación de importar sal yodada, la misión recomienda eliminar este condimento. El problema del azúcar es bastante similar, pero la misión recomienda reducir la cesta de alimentos de manera gradual.
37. Por lo que se refiere a los **criterios de selección**, la misión recomienda utilizar la **relación peso/tamaño (inferior o igual a -2 desviación estándar)** para la admisión al CREN, así como los criterios clínicos. Para los niños que sufren de malnutrición moderada, la misión recomienda proporcionar a las estructuras sanitarias una ficha de la curva ponderal de referencia, en lugar de un cuadro cifrado, con el fin de facilitar el trabajo de selección. De ese modo es fácil supervisar a los niños de riesgo, cuya curva de peso/edad es horizontal o descendente con relación a la curva inferior definida en la ficha, lo que se comprueba después de tres tomas de peso mensuales consecutivas. Por lo que se refiere a los criterios de selección para las mujeres embarazadas, la misión recomienda hacerse cargo de aquéllas cuyo peso sea inferior o igual a 45 kilogramos sin otra condición y de aquéllas cuyo peso sea inferior o igual a 60 kilogramos y presenten una de las condiciones siguientes: anemia grave, embarazo de gemelos, tener un hijo de menos de un año (embarazos muy próximos). Para las madres lactantes, los criterios de peso son los mismos que para las mujeres embarazadas, con las condiciones siguientes para las madres de peso inferior a 60 kilogramos: anemia grave, tener gemelos menores de seis meses, tener un hijo en período lactante con un peso inferior o igual a 2,5 kilogramos, tener un hijo que presente una insuficiencia ponderal de al menos seis meses.
38. **La misión está convencida de la necesidad de los CREN**, pero su **funcionamiento plantea problemas. La misión recomienda que esta actividad forme parte integrante del**

¹ En el informe completo se pueden obtener recomendaciones técnicas suplementarias.



paquete mínimo de actividades de las estructuras sanitarias de los CSPS, ya se trate de admisión para el día o de consulta sobre la desnutrición una o dos veces por semana, según el personal de que disponga el centro. Ciertamente, sería ideal descentralizar la función de los CREN en la comunidad para mantener el espíritu de la Iniciativa de Bamako, pero esto requiere una serie de actuaciones previas de información, educación y comunicación. La misión recomienda que los beneficiarios de los CREN estén integrados en el plan de suministro de las estructuras sanitarias de las que dependen, y que ya no se les considere como integrantes aparte de las estructuras sanitarias.

39. *La contribución monetaria de las madres a las distribuciones* es aceptable en ciertas condiciones: debe ser *limitada y uniformada* a 100 francos CFA por distribución mensual, y los fondos generados (incluida la venta de los embalajes vacíos) deben servir prioritariamente para mejorar el programa. Las necesidades del proyecto, sobre todo en materia de seguimiento y evaluación, capacitación, material, almacenaje y mantenimiento de los depósitos de almacenamiento deberían inscribirse en el plan de actuación y de utilización de los fondos, establecido por el distrito sanitario.
40. Por lo que se refiere a la contrapartida del *Gobierno, sería deseable que se asignara lo antes posible dentro del año*, para que la DNP pueda utilizar los fondos a su debido tiempo. Dentro de la nueva política de contratación y reconversión del personal prevista por el ministerio, *la misión solicita asignaciones* en los centros que sólo disponen de dos técnicos para que el paquete mínimo de actividades y el programa alimentario, en particular, puedan realizarse correctamente.
41. Habida cuenta de la falta de control en materia de *recogida y registro de datos* en las estructuras sanitarias, *la misión está de acuerdo* con los responsables nacionales para que el *proyecto solicite un mínimo de datos necesarios* para su seguimiento y evaluación en las estructuras sanitarias. La DNP, asistida por el PMA, debería *establecer un nuevo sistema de seguimiento y evaluación más limitado*, aunque más eficaz, en los centros, pero debería solicitar también ante el coordinador del distrito los datos sanitarios necesarios para la evaluación del proyecto.
42. El *proceso de la nueva gestión logística* de los proyectos del PMA en Burkina Faso *debería continuarse*. Convendría plantear la posibilidad de transformar la SPAP en un organismo logístico independiente de la tutela ministerial. La construcción de dos depósitos de almacenamiento provinciales permitirá descentralizar el almacenamiento de los alimentos. Debería impulsarse la privatización del transporte de los alimentos. *Es recomendable la creación de un sistema de seguimiento/inventario de las existencias de alimentos mejor adaptado, y la cogestión del PMA/SPAP de las salidas de alimentos de los almacenes*.
43. Para el establecimiento de la nueva zona de intervención del proyecto, de las necesidades de alimentos derivadas y de su distribución en cada estructura sanitaria, durante el último trimestre de 1998, la DNP deberá *recoger de entre los distritos beneficiarios y para cada estructura sanitaria* los datos de población de 1997, los datos relativos al número de inscritos, la cobertura de las consultas prenatales e infantiles, y el personal clasificado por categorías.
44. *Con fines de reorganización, deberían interrumpirse las distribuciones de alimentos* durante el primer trimestre de 1999, para que la DNP pueda elaborar, revisar y reproducir el material relativo a los criterios de selección y el registro de los datos, y llevar a cabo la capacitación de capacitadores necesaria para volver a poner en marcha el proyecto. Durante el mismo período, los responsables de distrito deberían proceder a la capacitación del personal de los centros beneficiarios, después de lo cual, el personal encargado de la



ejecución podría emprender actividades de información, educación y comunicación relativas a la ayuda alimentaria para que sea mejor comprendida entre la población. Al mismo tiempo, sería necesario abastecer a los centros beneficiarios para que las distribuciones se reanuden al 1º de abril de 1999 en la nueva zona del proyecto.

45. Para llevar a cabo un proyecto de este tipo, que requiere capacidades de gestión y también capacidades técnicas, ***sería recomendable contratar a un ayudante un voluntario de las Naciones Unidas o un oficial profesional subalterno*** especializado en asuntos de sanidad pública para la Oficina del PMA en Burkina Faso.

