

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 2007

INFORMES DE EVALUACIÓN

Tema 7 del programa

Para examen

S

Distribución: GENERAL
WFP/EB.A/2007/7-C
20 abril 2007
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME RESUMIDO DE LA EVALUACIÓN DE LA OPSR 10069.1 RELATIVA A INDONESIA

**Asistencia para la recuperación y la
rehabilitación nutricional**

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

NOTA PARA LA JUNTA EJECUTIVA

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

La Secretaría invita a los miembros de la Junta que deseen formular alguna pregunta de carácter técnico sobre este documento a dirigirse a las funcionarias del PMA encargadas 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.

Directora, OEDE:	Sra. C. Heider	Tel.: 066513-2030
Oficial Superior de Evaluación, OEDE:	Sra. A. Waeschle	Tel.: 066513-2026

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



RESUMEN

En Indonesia, país de bajos ingresos y con déficit de alimentos, más de 100 millones de personas viven cerca de la línea de la pobreza o por debajo de ella. Existen numerosos barrios de tugurios, muchas zonas rurales carecen de infraestructura básica y persisten niveles elevados de malnutrición crónica. La objetiva evaluación inicial del PMA de las esferas en que sus operaciones tendrían mayor impacto llevó a un desplazamiento creciente del interés hacia las intervenciones nutricionales, especialmente para las madres y los niños, asociado a enfoques innovadores para influir en la política gubernamental a través de una cartografía de la seguridad alimentaria y la nutrición perfeccionada y adecuada. Además, el PMA desempeña un papel fundamental en la previsión de catástrofes naturales y las respuestas a ellas.

En general, la evaluación constató que la operación era eficaz y eficiente. Las limitaciones en cuanto a capacidad local son generalizadas y, a menudo, rebasan los conocimientos técnicos y el presupuesto del PMA: por ejemplo, el elemento fundamental para las intervenciones nutricionales sostenibles es dar mayor importancia a la educación en materia de salud y educación.

Los asociados gubernamentales y no gubernamentales han elogiado el diálogo del PMA sobre las dificultades propias de hallar una solución a la pobreza y la malnutrición crónicas generalizadas con recursos limitados. La evaluación fue prudente al considerar el debate acerca de si el enfoque debía ser urbano o rural: numerosos indicios respaldan la ampliación de las operaciones en las dos zonas, pero el equipo de evaluación llegó a la conclusión de que un enfoque principalmente rural sería más conveniente en cuanto podía alentar a los donantes y el Gobierno a suministrar recursos y fomentar las capacidades para promover el sistema de gobierno descentralizado y mejorar la colaboración entre los ministerios. El PMA se halla en una condición privilegiada para aumentar la colaboración entre los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones no gubernamentales.

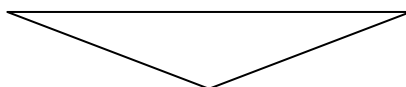
Hubo algunos errores iniciales de inclusión/exclusión en el registro y los proyectos de alimentos por trabajo de la emergencia prolongada en la provincia de Aceh afectada por el tsunami. Dado que el acuerdo de paz se mantiene y que las necesidades son mayores, se recomienda atribuir mayor importancia a las zonas del interior afectadas por el conflicto. La respuesta de emergencia al terremoto en Yogyakarta y Java occidental resultó limitada por la dependencia excesiva de las galletas y fideos enriquecidos con micronutrientes, en lugar de alimentos básicos.

La logística, el suministro de alimentos y la compra local han sido óptimos. Pero es posible que la magnitud del programa, que cuenta con más de 5.000 puntos de distribución final, deba racionalizarse y que los costos deban evaluarse con mayor precisión. Se recomienda la concentración geográfica de los recursos y la logística, y la convergencia con los programas de los organismos asociados.



El reto sigue siendo convencer a los donantes de la importancia del PMA para afrontar y resaltar los problemas nutricionales. Algunos donantes siguen suponiendo que el PMA es fundamentalmente un organismo de ayuda alimentaria y no reconocen su continua participación en todos los niveles de la formulación de políticas, las intervenciones y las actividades de promoción.

PROYECTO DE DECISIÓN*



La Junta toma nota del “Informe resumido de la evaluación de la OPSR 10069.1 relativa a Indonesia” (WFP/EB.A/2007/7-C) y alienta a que se adopten nuevas medidas en respuesta a las recomendaciones formuladas, teniendo en cuenta las consideraciones planteadas por la Junta durante sus debates.

* Se trata de un proyecto de decisión. Si se desea consultar la decisión final adoptada por la Junta, sírvase remitirse al documento “Decisiones y recomendaciones del período de sesiones anual de 2007 de la Junta Ejecutiva” (WFP/EB.A/2007/15) que se publica al finalizar el período de sesiones.



FINALIDAD, OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

1. Una evaluación de mitad de período de la operación prolongada de socorro y recuperación (OPSR) 10069.1, promovida por la Oficina de Evaluación (OEDE), fue realizada por cuatro evaluadores¹ con el apoyo de las oficinas del PMA en cada provincia y de los asociados locales. En julio de 2006, el jefe del equipo visitó la oficina del PMA en Indonesia y el Despacho Regional ODB en Bangkok durante una semana, para fijar el calendario, reunirse con los interesados y perfeccionar los métodos basándose en un informe inicial dado a conocer a la oficina en el país. El trabajo sobre el terreno se ejecutó del 28 de agosto al 17 de septiembre de 2006.
2. El equipo evaluó la eficacia de la transición de las actividades de socorro a las de rehabilitación nutricional y fomento de la capacidad en la operación principal, y del socorro a la rehabilitación y recuperación en Aceh. La duración de la OPSR va de enero de 2005 a diciembre de 2007; Aceh y Nias se incluyeron gracias a una ampliación del presupuesto de enero de 2006 a diciembre de 2007. Los resultados de la evaluación deberían de contribuir a la rendición de cuentas y el aprendizaje, especialmente para inspirar el diseño de una fase futura.
3. Para cada uno de estos componentes se proporcionaron marcos lógicos como referencia para evaluar los productos y los efectos. No hubo mayores dificultades para cumplir con el mandato de la evaluación; la documentación y facilitación proporcionadas por la oficina y las suboficinas en el país fueron excelentes. Se visitaron los proyectos de cada categoría de programa en los pueblos y las zonas rurales; no se visitaron los programas de desarrollo comunitarios financiados por el Fondo fiduciario formado por las ventas de arroz subvencionado del PMA en Sulawesi y Papua. Los evaluadores pudieron entrevistarse con representantes nacionales y locales del Gobierno, pero, salvo los principales organismos nacionales de contraparte del PMA, los oficiales no conocían bien la OPSR. Esto refleja las limitaciones de capacidad del Gobierno, particularmente a nivel de distrito.
4. Los miembros del equipo de evaluación realizaron entrevistas semiestructuradas con los beneficiarios, las contrapartes gubernamentales, organizaciones no gubernamentales (ONG), asociados y el personal del PMA; examinaron los documentos, observaron las actividades y entrevistaron a 550 interesados y 350 beneficiarios.

PANORAMA GENERAL DE LA OPSR 10069.1

5. Ha habido dos cambios de orientación importantes en el programa del PMA desde que se reabrió la oficina del PMA en 1998: i) de un programa de alimentos por trabajo (APT) predominante rural en 1998-2000 a un programa de arroz subvencionado centrado en las aldeas; y ii) del suministro de ayuda alimentaria como apoyo a los ingresos a un mayor interés por las intervenciones nutricionales, especialmente de suministro de micronutrientes, entre las poblaciones vulnerables a partir de 2002. El PMA ha respondido a las emergencias conforme aparecían; la mayor fue la de Aceh/Nias.

¹ Un economista como jefe de equipo, dos consultores nutricionistas internacionales y un consultor nacional experto en logística.



6. En 1998, la operación de emergencia (OEM) 6006 se realizó para hacer frente a la sequía provocada por El Niño, los conflictos y el decaimiento económico, así como a la inseguridad alimentaria a mediano plazo y al deterioro a largo plazo del estado nutricional de la población derivados de ellos. Precedieron a la OPSR 10069.1 tres OPSR consecutivas.
7. La crisis de finales del decenio de 1990 dio lugar a la formación de una amplia población de personas desplazada internamente (PDI) y a una migración en gran escala a las aldeas. Pese a los intentos de reducir la congestión en Java, Bali y Madura mediante el programa de trasmigración, el 60% de los indonesios vive en estas islas, que no representan sino el 7% de la superficie terrestre del país. En esta situación, los tugurios han crecido y el degrado ambiental ha aumentado debido a la incapacidad de las personas para costearse una vivienda adecuada, la escasa disponibilidad de recursos para el desarrollo y el bajo nivel de la educación, lo que ha determinado un decaimiento de las condiciones sociales. Más del 60% de la población vive con 2 dólares EE.UU. al día o menos; se estima que 37 millones de personas viven por debajo de la línea de pobreza nacional. El número de personas “casi pobres” se estima en 115 millones. Indonesia es un país de bajos ingresos y con déficit de alimentos, que ocupa el lugar 110 del total de 173 países considerados en el Informe sobre Desarrollo Humano de 2005 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
8. Según la evaluación común del país (CCA) de las Naciones Unidas, las causas principales de la pobreza y el hambre son las siguientes: insuficiencia de las asignaciones presupuestarias para el desarrollo humano, el desempleo, la mala nutrición, la negación de los derechos básicos, la falta de oportunidades de subsistencia, las desigualdades de género y culturales y la sobreexplotación de los recursos naturales. La magnitud de estas causas varía, por lo que en las provincias y distritos se observan diferencias importantes en los niveles de pobreza.
9. Al preparar el documento de la OPSR 10069.1, el PMA tomó nota de que el Gobierno había presentado un documento de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP) en 2004 y había establecido objetivos ambiciosos en materia de nutrición para 2010 con el fin de reducir la malnutrición y el bajo peso al nacer y de promover la lactancia materna, en consonancia con los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM).
10. La elevada prevalencia de la malnutrición crónica -manifiesta en forma de retraso del crecimiento, insuficiencia ponderal, emaciación y anemia, especialmente entre los niños y las mujeres-, se debe principalmente a una carencia de micronutrientes asociada, a veces, a una baja ingestión de proteínas y energía y agravada por enfermedades relacionadas con la inadecuación de los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento. Existen zonas enteras, especialmente en la región oriental de Indonesia, en donde durante las temporadas de carestía la disponibilidad local de alimentos es limitada; en otras partes hay quizá suficientes alimentos en los mercados locales pero el acceso a ellos se ve limitado por la falta de poder adquisitivo; los hábitos alimentarios no son saludables y no son muchos los casos de lactancia materna exclusiva. Por lo tanto, el PMA ha adoptado un enfoque integrado de lucha contra la malnutrición que permite suministrar alimentos enriquecidos, impartir educación en materia de nutrición y prestar apoyo a los medios de subsistencia básicos, y se ha comprometido a aplicarlo en colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), a fin de contar con respaldo técnico para los programas de rehabilitación nutricional.



11. La OPSR tiene seis componentes aún en curso, ya que uno se cerró en diciembre de 2005:
 - i) nutrición materna e infantil en los *posyandu* (puestos de salud locales);
 - ii) alimentación escolar en escuelas primarias;
 - iii) apoyo a los pacientes con tuberculosis;
 - iv) programa intensivo prolongado de socorro, incluidos la prestación de asistencia a corto plazo en Yogyakarta y Java occidental y el programa de ayuda alimentaria selectiva para la recuperación en Aceh/Nias;
 - v) actividades de APT y alimentos para la capacitación (APC);
 - vi) *Operasi Pasar Swadaya Masyarakat* (OPSM) para la venta de arroz subvencionado (componente cerrado en diciembre de 2005); y
 - vii) programa de desarrollo comunitario financiado con cargo al Fondo fiduciario creado mediante el componente anterior.

PRINCIPALES CONSTATAIONES Y CONCLUSIONES

Generales

12. El equipo de evaluación estimó que la importancia atribuida a la rehabilitación nutricional y la mayor atención que se prestaba a las intervenciones de suministro de micronutrientes estaban en consonancia con los ODM y representaban una esfera de intervención adecuada para el PMA. Dada la magnitud y complejidad de la situación en Indonesia, un mandato más amplio para mitigar la inseguridad alimentaria rebasa la capacidad del PMA. Sin embargo, la encomiable labor realizada por el PMA en la esfera de los sistemas de alerta temprana y de cartografía para el *Atlas de la seguridad alimentaria* y la vigilancia nutricional es indudablemente valiosa y contribuye a ampliar la base de conocimientos y la actividad de promoción para influir en la política gubernamental.
13. Los alimentos enriquecidos proporcionados por el PMA —galletas, fideos y aceite vegetal enriquecidos con vitamina A— paliar las carencias de micronutrientes y, en cierta medida, reemplazan los gastos en alimentos. Con la descentralización de los fondos gubernamentales y las plataformas de política de 2003, el programa de rehabilitación nutricional del PMA sigue colmando un vacío, promoviendo la sensibilización local y enriqueciendo la base de conocimientos sobre las necesidades en materia de salud y nutrición; además, puede ser un punto de partida para afrontar el reto mayor que supone atender a la necesidad de una educación nutricional y mejorar los hábitos alimentarios.
14. El Fondo fiduciario otorgaba a la oficina en el país una cierta flexibilidad financiera, pero las posibilidades que ésta tenía de programar más allá de la entrega de alimentos dependían de las cantidades que tuvieran que entregarse. La OPSR no podía ejecutarse a menos que no se entregara un volumen determinado de alimentos y se sufragaran los costos no alimentarios asociados. Paradójicamente, éste es también el punto fuerte del PMA, que es una de las pocas organizaciones internacionales que entrega regularmente bienes y servicios: interpela a los gobiernos y los donantes al señalar la escasez del apoyo institucional para entidades tales como las escuelas y los centros de salud en zonas pobres.



15. La evaluación consideró que, debido a que el PMA trabajaba en lugares remotos o carentes de servicios adecuados, el impacto de sus intervenciones a menudo resultaba afectado por la deficiente infraestructura y la falta de capacidades humanas. La eficacia de los programas del PMA puede aumentar sólo mediante el fomento de una mayor convergencia con los programas nacionales de salud, educación e infraestructura conexos, que cuentan con el apoyo de los donantes bilaterales y multilaterales.
16. El equipo de evaluación llegó a la conclusión de que el alcance geográfico de la OPSR era demasiado amplio: abarcaba 10 provincias, de Nusa Tenggara Timur en el este, a Aceh en el oeste, y contaba con más de 5.000 puntos de distribución final. La tasa de ejecución ha estado en consonancia con los pronósticos financieros, pero, dado que los recursos están disminuyendo, se tendrá que reducir el número de lugares a pesar de que hay numerosos indicios en favor de la oportunidad de ampliar el programa.
17. El equipo de evaluación conviene en que el proceso de reorientación desde las zonas urbanas hacia las rurales debe proseguir; ello refleja las limitaciones de la capacidad de ejecución y de financiación. El PMA debe seguir sus actividades de seguimiento y promoción para contrarrestar la malnutrición crónica generalizada en las aldeas. Las necesidades de capacidad y de infraestructura son más marcadas en las zonas rurales que en las ciudades. En conjunto, las necesidades nutricionales se atenderían mejor mediante una mayor cohesión entre los componentes del programa del PMA.
18. El aspecto más difícil de la OPSR es la necesidad de diálogo con el sector comercial en relación con el enriquecimiento de los productos alimenticios de consumo corriente. El hecho de que el PMA recurra exclusivamente a productores locales demuestra que es comercialmente viable introducir adiciones para enriquecer los alimentos a bajo costo. El PMA ha comenzado a examinar las posibilidades de establecer asociaciones en esta esfera.
19. La eficacia y oportunidad de las intervenciones del PMA a raíz de las catástrofes naturales que se produjeron en Indonesia indican que la Organización debería mantener su presencia en el país en caso de emergencias.

Evolución de la financiación

20. El presupuesto aprobado para la OPSR 10069.1 es de 205 millones de dólares. El 31 de agosto de 2006, estaban contabilizados en WINGS como contribuciones confirmadas 77 millones de dólares, es decir, el 37,5% del total de los fondos solicitados; en este monto se incluían contribuciones transferidas o asignadas por otros programas o fondos, con la autorización de los donantes, por un valor de 23 millones de dólares. La previsión de financiación más optimista para la OPSR, en septiembre de 2006, no representaban sino el 62% del presupuesto inicial. En Aceh, es probable que una parte sustancial de la asistencia financiera para 2007 provenga de la Cruz Roja Americana y se dirija a apoyar los programas de rehabilitación nutricional destinados a la nutrición materna e infantil y a la alimentación escolar.

Beneficiarios

21. En el siguiente cuadro figuran los logros en comparación con los objetivos revisados para 2006. Se han elegido las cifras correspondientes a 2006 porque constituyen indicadores mejores de los logros al excluir las cifras del OPSM y el número de PDI, con excepción del relativo a Aceh.



CUADRO 1. NÚMERO PREVISTO Y NÚMERO EFECTIVO DE BENEFICIARIOS POR MES					
Categoría de programa	NÚMERO PREVISTO		NÚMERO EFECTIVO		
	OPSR original	Revisión del presupuesto	Número medio de beneficiarios por mes	Logros (%) en comparación con el objetivo	
				Original	Revisado
	2005	2006	2006		
Programa de rehabilitación nutricional – alimentación escolar	390 000	826 000	580 000	148	70
Programa de rehabilitación nutricional – <i>posyandu</i>					
Número de niños	210 000	422 500	280 000	133	66
Número de mujeres embarazadas y de madres lactantes	140 000	132 750	72 000	51	54
Programa de lucha contra la tuberculosis	42 500	105 000	85 000	200	80
Distribución general de alimento/distribución selectiva para la recuperación	0	498 750	500 000 140 000 ²		100 78
PDI/repatriados/poblaciones de acogida	290 000	0	0	0	0
APT/APC	0	156 000	24 784	0	18
OPSM	1 000 300	0	0		
TOTAL	2 072 800	2 141 000	1 681 784	81	79

COMPONENTES DEL PROGRAMA

Programa de rehabilitación nutricional – alimentación escolar

22. El programa de alimentación escolar se destina a los alumnos de las escuelas primarias, que constituyen un grupo nutricionalmente vulnerable, con el fin de reducir sus carencias de micronutrientes para mejorar la salud y el rendimiento escolar; un objetivo secundario consiste en aumentar la asistencia. El programa proporciona a cada alumno un paquete diario de galletas enriquecidas para consumir en la escuela. En 2006, el número medio de beneficiarios fue de 580.000 niños por mes.
23. Los sistemas de entrega fueron eficaces: no hubo más que una breve interrupción en enero de 2006. La selección se basaba en los datos sobre la inseguridad alimentaria en los barrios urbanos y las zonas rurales pobres; en Aceh, se basó en una encuesta sobre nutrición. Sin embargo, resulta difícil determinar si el mecanismo de selección permitió identificar a las personas más necesitadas nutricionalmente; un factor que complicó la tarea

² El número de beneficiarios, que era de 500.000 en enero, volvió a disminuir a 140.000 en diciembre.



fue el hecho de que en las escuelas no se recopiló información nutricional de referencia para el programa de alimentación escolar, por considerarse que ello representaría un trabajo extra para el personal escolar. La investigación patrocinada por el PMA sobre la mejora del comportamiento cognitivo no dio resultados decisivos; es necesario ahora mejorar los métodos de trabajo. Sin embargo, la investigación del PMA demuestra que la alimentación escolar reduce la anemia entre los alumnos.

24. El equipo de evaluación conviene en que el programa de alimentación escolar no debe exigir que los maestros recopilen datos sobre nutrición, pero lamenta que no se haya establecido ningún otro sistema para comprobar que el programa llegue a los niños más necesitados de apoyo nutricional. El retraso del crecimiento es un buen indicador para seleccionar a los grupos beneficiarios de las intervenciones de suministro de micronutrientes; este indicador no está disponible a nivel de distrito pero en las escuelas asistidas por el PMA ha de promoverse la recopilación periódica de estos datos y de información relativa a la prevalencia de la anemia, bajo el sistema de vigilancia gubernamental.
25. En las aldeas y las zonas colindantes en que los niños en edad escolar no quieren aceptar las galletas enriquecidas y prefieren comprar meriendas durante los recreos, el equipo de evaluación recomienda suspender el programa de alimentación escolar. Se debe alentar a otras partes interesadas a ofrecer programas de educación nutricional sobre las mejores opciones de dietas para las familias y los niños y aumentar la disponibilidad de alimentos nutritivos.
26. Las actividades de educación sanitaria y nutricional no han sido particularmente eficaces ni productivas: se necesita un programa de estudios más detallado para la formación de instructores. Se recomienda mejorar el diseño del material didáctico y/o producir material adicional; el PMA ha emprendido esta tarea con el apoyo de una donación del Gobierno alemán.
27. Hasta ahora la integración con otras intervenciones ha sido escasa, por ejemplo con aquellas que ofrecen servicios de abastecimiento de agua y de saneamiento en las escuelas y tratamiento antiparasitario (salvo en Aceh), y aquellas que prestan apoyo a la salud y nutrición de los alumnos. Cuando los programas coincidieron, se comprobó que se trataba de hechos causales más que intencionales ya que, al parecer, no hubo coordinación alguna entre las partes interesadas. El programa de gestión basado en las escuelas y los programas innovadores de focalización de recursos para la mejora de la salud escolar (FRESH)³ ofrecen opciones para incorporar la educación sanitaria y nutricional en contextos sostenibles. Los proyectos de abastecimiento de agua, saneamiento y tratamiento antiparasitario se ejecutarían mejor en asociación con el UNICEF, como en el caso del proyecto de tratamiento antiparasitario llevado a cabo en el marco del programa de alimentación escolar en Aceh, en septiembre de 2006.
28. El aumento de la asistencia escolar representa otro objetivo del programa. Las tasas de escolarización en Indonesia son elevadas —95% entre los niños y niñas— pero las tasas de asistencia y retención escolares son inferiores y varían de una zona a otra. En opinión de los maestros y directores de escuela, la permanencia en la escuela de los alumnos no ha cambiado desde la introducción del programa de alimentación escolar, aunque en la mayoría de las zonas este programa no ha tenido una duración suficiente como para que se registre un cambio significativo. El Gobierno lleva a cabo con carácter experimental un

³ El programa FRESH, emprendido en 2000, representa una iniciativa conjunta de la UNESCO, el UNICEF, el Banco Mundial, la OMS y Educación Internacional, de la cual es miembro el PMA.



programa de alcance nacional de incentivos financieros para las familias pobres, cuya aplicación está supeditada a una asistencia escolar del 80%.

Programa de rehabilitación nutricional – *posyandu*

29. El programa de rehabilitación nutricional en los *posyandu* es una actividad de nutrición materna e infantil consistente en la distribución mensual de galletas enriquecidas a los niños de 12 a 59 meses de edad, y de fideos enriquecidos a las mujeres embarazadas y a las madres lactantes durante los primeros seis meses después del parto. Las madres y las personas encargadas de atender a los niños se benefician de un programa de educación centrado en la lactancia materna, la alimentación complementaria y el valor nutricional de los alimentos recibidos. En 2006, el número medio de beneficiarios fue de 280.000 niños y 72.000 mujeres.
30. En la primera fase de la selección se utilizan los datos del análisis y cartografía de la vulnerabilidad (VAM) para identificar las zonas más desfavorecidas desde el punto de vista nutricional o que han sido afectadas por catástrofes. En las aldeas se lleva a cabo una selección más detenida en colaboración con los departamentos de salud de las provincias y los distritos; en las zonas rurales, se seleccionan distritos o subdistritos enteros. Las asignaciones alimentarias del PMA se basan en la asistencia efectiva a las sesiones organizadas en los *posyandu*; en algunos casos, la asistencia ha aumentado gracias a la disponibilidad de alimentos. En muchos lugares el programa del PMA ha revitalizado los propios *posyandu*.
31. El equipo de evaluación observó que las galletas enriquecidas ayudaban a los niños y que los fideos para las mujeres embarazadas y las madres lactantes representaban un incentivo valioso para promover la asistencia a los *posyandu*; pero, dado que a menudo los alimentos se compartían en el seno de las familias, fue difícil determinar su eficacia como suplementos individuales de micronutrientes. El equipo de evaluación recomienda que el PMA examine otros alimentos locales susceptibles de ser enriquecidos, tal vez con micronutrientes en forma de salsa o polvo, o que se estudie la posibilidad de elevar los niveles de enriquecimiento.
32. En 2005, el Gobierno solicitó al PMA que suspendiera el suministro de galletas a los niños de 6 a 11 meses de edad porque se había puesto en marcha el programa nacional de alimentación complementaria (*Makanan Pendamping Air Susu Ibu – MP-ASI*) destinado a este grupo de edad. Se trató de un hecho positivo en cuanto al proceso de identificación del Gobierno con el programa, pero no se logró la cobertura prevista debido a la irregularidad del suministro de alimentos, la mala gestión y la falta de asignaciones presupuestarias a nivel de distrito.
33. El material para la educación en materia de salud y nutrición facilitado por el PMA es de buena calidad, pero según el equipo su utilidad resultaba limitada por la escasa capacidad y participación del personal de salud local. Existen múltiples posibilidades de mejorar la coordinación entre los organismos encargados de la atención sanitaria a nivel de distrito o de subdistrito, y de ampliar la coordinación entre los gobiernos provinciales y distritales. A menudo, se desaprovechan las oportunidades de convergencia con otros programas de ayuda.
34. En septiembre de 2005, el Gobierno dio la alarma acerca de una “crisis de malnutrición” en Nusa Tenggara Barat y en Nusa Tenggara Timur, pero se tienen pruebas de que no se trataba de una nueva emergencia sino de una mayor toma de conciencia respecto de los nuevos datos sobre la malnutrición crónica. El PMA respondió con un programa de rehabilitación rápida —adicional con respecto al programa de rehabilitación nutricional



realizado en los *posyandu*- consistente en la distribución de raciones mensuales de leche descremada en polvo a los niños gravemente malnutridos, para fines terapéuticos. La leche descremada en polvo era un producto para llevar a casa que no se preparaba en un ambiente controlado y, por tanto, no estaba en consonancia con las normas internacionales; el equipo de evaluación recomienda que se suspenda la utilización de este tipo de leche.

35. Aparte de las reservas anteriores, el equipo llegó a la conclusión de que el programa se había aplicado eficazmente. Sin embargo, al igual que en el caso de la alimentación escolar del programa de rehabilitación nutricional, el costo y la sostenibilidad en lo que se refiere a la asunción de responsabilidades por las autoridades locales seguirán siendo motivo de preocupación. Una solución consiste en intensificar el diálogo con la industria alimentaria con miras a proporcionar productos enriquecidos a precios razonables a los distribuidores locales.

Programa de lucha contra la tuberculosis

36. En consonancia con el régimen de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) recomendado por la OMS para los enfermos de tuberculosis, el PMA ha suministrado arroz y fideos enriquecidos a los pacientes en las comunidades urbanas pobres. En agosto y septiembre de 2006, el programa de lucha contra la tuberculosis permitió atender a una media de 85.000 beneficiarios por mes, correspondientes al 80% del objetivo fijado en la OPSR revisada y al doble del objetivo de la OPSR original. El programa se ha limitado hasta ahora a la gran Yakarta y a algunos subdistritos de Surabaya. Además, se ajusta al programa nacional de lucha contra la tuberculosis.
37. Una ración familiar de arroz es el incentivo que se ofrece a cada paciente para que se registre en el programa. Teniendo en cuenta el intervalo que se registra entre el registro y la entrega del arroz que se efectúa el mes siguiente, el equipo de evaluación sugiere que para cada centro de tratamiento se calculen anticipadamente tanto el número de pacientes como las necesidades alimentarias mensuales, de modo que se pueda prestar asistencia a partir del primer mes.
38. Los miembros del personal de los centros de salud entrevistados por el equipo de evaluación afirman que la ayuda alimentaria tuvo un impacto positivo en la asistencia inicial y, por tanto, en las tasas de retención; no se dispuso de datos sobre su impacto en las tasas de terminación de estudios, ni sobre el porcentaje de pacientes curados. Una evaluación más completa del impacto requeriría un sistema para recopilar los efectos directos que son objeto de seguimiento por parte de los dispensarios de tratamiento de la tuberculosis —cifras relativas al registro, tasas de conversión, tasas de adhesión/abandono, y tasas de curación y de recaída— en la que se incluyeran datos de control de dispensarios que no forman parte del programa del PMA. Pero posiblemente esta tarea rebasa la capacidad actual del PMA.
39. La tuberculosis es una enfermedad prioritaria para el Gobierno, por lo cual existen buenas perspectivas para el traspaso del programa de incentivos alimentarios; de acuerdo con ello, se ha de preparar una estrategia de retirada. El programa podría ampliarse en la nueva fase de la OPSR para incluir un proyecto de APC que incorporara la educación sobre el VIH/SIDA y/o las pruebas de detección y el tratamiento; esta medida podría evitar la estigmatización de que suelen ser objeto los pacientes que participan en programas sobre el VIH/SIDA independientes.

Emergencia repentina – Yogyakarta

40. La rapidez de la respuesta del PMA al terremoto de mayo de 2006, su labor inmediata para evaluar los daños y su liderazgo en las actividades comunes entre organismos en materia de alimentación/nutrición y logística fueron encomiables. La gestión de la distribución de la ayuda alimentaria para cuatro meses fue eficaz: se entregaron 18 kilogramos de galletas y 25 kilogramos de fideos por familia, independientemente del tamaño de familia, a 22.848 hogares en junio, número que disminuyó a 14.172 hogares en septiembre.
41. El equipo de evaluación sabía que el Gobierno había distribuido arroz durante el primer mes y había desalentado al PMA de hacerlo. Pero halló dos tipos de problemas con la distribución de galletas y fideos: i) la ración era demasiado grande, lo que dio lugar a la división de su contenido fuera de la población beneficiaria y posiblemente a despilfarros; y ii) estos productos son fundamentalmente portadores de micronutrientes y no pueden suplir las necesidades calóricas o compensar las dificultades financieras a corto plazo. Yogyakarta está bien abastecida de alimentos básicos y no sufrió ingentes daños a causa del terremoto. Podría haber sido oportuno entablar un diálogo más urgente con el Gobierno sobre la distribución del arroz a partir del segundo mes.

Emergencia prolongada – Aceh

42. En enero de 2006, gracias a una revisión presupuestaria de la OPSR 10069.1, se incorporó la asistencia continua para las víctimas del tsunami y el terremoto en Aceh y en Nias, donde la ayuda alimentaria selectiva para la recuperación pasó a ser el componente principal de la OPSR. De enero a julio de 2006, se distribuyeron 30.000 toneladas de alimentos a una media de 350.000 beneficiarios del programa de alimentos selectivos para la recuperación, la mayor parte de los cuales eran PDI instaladas en campamentos temporales; la cifra se redujo a 140.000 a finales de 2006 debido al aumento del ritmo de construcción de nuevas viviendas y a que las PDI abandonaban los campamentos para recuperar sus medios de subsistencia. A partir de comienzos de 2006, se excluyó de la selección —basada en una combinación de datos del Gobierno, indicadores sustitutos y datos de observación— a las PDI que vivían en las familias de acogida.
43. El equipo de evaluación consideró que el programa de alimentación selectiva para la recuperación se aplicaba de manera eficaz y oportuna. En los lugares visitados, las ONG asociadas estaban bien equipadas, disponían de personal suficiente y, según indicaron, recibían una capacitación adecuada para la tarea que debían realizar. Un problema común a todos los organismos fue llevar un registro preciso de una población móvil: el equipo de evaluación sugirió que en los registros futuros se tratara de aplicar un sistema de selección de base comunitaria.
44. En Aceh, el número efectivo de beneficiarios del programa de alimentos selectivos para la capacitación y del proyecto de APT era considerablemente inferior al que estaba previsto en la revisión presupuestaria. La elaboración del perfil de los medios de subsistencia de la población fue deficiente, pero la reducción del número de beneficiarios fue oportuna dado el dinamismo de la economía local y el hecho de que la zona produjera un excedente de arroz. En las zonas costeras, las actividades de APT carecían de pertinencia y las metas fueron demasiado ambiciosas debido a que se disponía de mano de obra asalariada; es probable que en las zonas rurales y del interior estas actividades den mejores resultados en 2007.
45. Después de la guerra en el interior de Aceh, la situación de los repatriados ha empeorado en muchos sentidos, como consecuencia de años de conflicto y de falta de interés por el



desarrollo. El equipo de evaluación recomienda concentrar en estas zonas toda la variedad de programas del PMA, aunque el número de beneficiarios no supere los 18.000.

Alimentos por trabajo y alimentos para la capacitación

46. El diseño y ejecución de los proyectos de APT visitados por el equipo de evaluación son satisfactorias; muchas veces, los asociados cooperantes pudieron ofrecer pagos en efectivo incrementales. La autoselección de las personas más pobres fue óptima. Las mujeres participaron plenamente en los planes de trabajo, pero menos en los comités de organización. Participaron en los proyectos de APT y recibieron ayuda alimentaria del PMA 24.784 personas por mes en promedio.
47. Según el equipo, el programa de APC en Aceh Utara era contraindicado dada la considerable asistencia que podía prestarse por conducto de Cordaid, el asociado cooperante. No estaba claramente justificado el suministro de ayuda alimentaria como suplemento de ingresos o incentivo para asistir a los talleres de gestión del agua/higiene/desechos.

Fondo fiduciario del *Operasi Pasan Swadaya Masyarakat* – Desarrollo comunitario

48. El OPSM, que era el programa de venta de arroz subvencionado del PMA, generó 23 millones de dólares en seis años, que se colocaron en el Fondo fiduciario. El PMA era un asociado de la Dependencia de coordinación del programa, que supervisaba la gestión del Fondo fiduciario en el Ministerio de Bienestar Social encargado de la coordinación. Los proyectos de desarrollo comunitario —144 de ellos se habían completado antes de finales de septiembre de 2006 y 66 se hallaban en curso— representaban 4,6 millones de dólares. Las compras de alimentos representaban otros 10,6 millones de dólares. El costo de funcionamiento de la Dependencia de coordinación del programa —75.069 dólares hasta la fecha— se cargaba al Fondo fiduciario; para financiar la OPSR 10069.1 el Gobierno utilizó un millón de dólares del Fondo fiduciario. En noviembre de 2006, el saldo de la cuenta era de 8,9 millones de dólares.
49. El equipo de evaluación consideró que el Fondo fiduciario se había utilizado de manera correcta y justificada; acogió con beneplácito la revisión realizada en noviembre de 2005 de las *Directrices relativas a las propuestas de proyectos comunitarios*, que autorizaba la utilización de fondos fuera de las ex zonas del OPSM. Ahora deben definirse las opciones y prioridades del Fondo fiduciario a mediano y largo plazo. En las zonas del proyecto, la adopción de un enfoque por “emplazamientos del programa” debería permitir que los proyectos superaran las limitaciones que se plantean en otras esferas, por ejemplo, mediante el abastecimiento de agua y la construcción de letrinas en las escuelas y la construcción de letrinas comunales cerca de los centros de salud.

Retirada del *Operasi Pasan Swadaya Masyarakat*

50. La retirada gradual del programa OPSM comenzó en 2002 y terminó en diciembre de 2005. El equipo de evaluación consideró que el traspaso de los beneficiarios del OPSM al Programa gubernamental de arroz subvencionado para la población pobre (RASKIN) dejó mucho que desear debido a que: i) las partes gubernamentales interesadas no tenían el mismo concepto de selección de beneficiarios que tenían las redes de protección social; ii) las asignaciones otorgadas en virtud del RASKIN en los distritos del OPSM fueron limitadas y, a veces, erráticas; iii) el presupuesto del RASKIN se había asignado antes de que empezara la retirada gradual del PMA; iv) en el marco del RASKIN, el grupo



beneficiario era diferente y se excluía del registro a las personas sin tarjetas de identificación; y v) en el marco del RASKIN se utilizaban medios de aplicación diferentes, por lo cual las listas de beneficiarios no coincidían necesariamente con las listas preparadas por los jefes de aldea. Una encuesta PMA/OPSM demostró que la mayoría de los hogares tuvieron que recortar sus presupuestos alimentarios como consecuencia del cierre del OPSM.

LOGÍSTICA

51. El equipo de evaluación señaló los impresionantes resultados logísticos de la OPSR. El proyecto no experimentó estrangulamientos o retrasos y, con excepción de una breve interrupción del suministro de galletas en enero del 2006, el departamento de logística entregó las cantidades de alimentos necesarias de manera sistemática, puntual y en los lugares indicados. El seguimiento de los productos y la supervisión fueron excelentes y no hubo robos; los deterioros o pérdidas de productos fueron raros y se rindió debidamente cuenta de ello.
52. El equipo de evaluación consideró que el carácter de “distribución al por menor” del programa era eficaz: se disponía de 5.000 puntos de distribución final en ocho provincias en tres husos horarios y se recurría a 31 asociados cooperantes. El equipo ha sugerido que, en la medida de lo posible, los diferentes componentes de la OPSR se ejecuten en las mismas zonas geográficas; el número de puntos de distribución final podría reducirse o bien podría reducirse la distancia entre ellos. En algunos casos, los asociados cooperantes podrían reagrupar sus servicios.
53. Las tarifas del transporte terrestre, almacenamiento y manipulación (TTAM), que representaba el 14% de los costos del programa, aumentaron pasando de 71,2 dólares por tonelada en diciembre de 2004 a 115,9 dólares por tonelada en diciembre de 2005, y a 149,2 dólares por tonelada en junio de 2006. Debido a las dificultades de acceso y al reducido número de beneficiarios en cada lugar de distribución, los costos locales relativos al transporte, el almacenamiento y los asociados cooperantes absorben el 50% del TTAM. El precio del combustible ha registrado aumentos considerables, pero el equipo de evaluación recomienda que se lleve a cabo un análisis detenido para determinar por qué los costos del TTAM se han cuadruplicado en 24 meses; puesto que no se realizan auditorías individuales para cada asociado cooperante, no es posible determinar las causas.
54. Durante los primeros 20 meses de la operación, la oficina en el país compró 46.900 toneladas de alimentos locales por un valor de 27,5 millones de dólares. La diferencia de costo entre las galletas importadas y las compradas en el lugar fue muy reducida en los últimos dos años: las galletas importadas no cuestan ahora más que 1,78% menos. El equipo de evaluación estima que los motivos que justifican las compras locales —puntualidad e incentivo para que las industrias locales enriquezcan sus productos con micronutrientes— compensan con creces la cuestión de los costos marginales.

RECOMENDACIONES

55. En la matriz que se presenta a continuación figuran las recomendaciones formuladas por el equipo de evaluación y las medidas adoptadas por la dirección en respuestas a dichas recomendaciones.





ANEXO: RESPUESTA DE LA DIRECCIÓN DEL PMA A LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN EL INFORME RESUMIDO DE LA EVALUACIÓN DE LA OPSR 10069.1 RELATIVA A INDONESIA		
Recomendaciones al PMA (septiembre de 2006)	Dependencia responsable	Respuesta de la dirección y medidas adoptadas o previstas (febrero de 2007)
General		
Desplegar mayores esfuerzos para hacer conocer el programa del PMA entre las autoridades provinciales a fin de garantizar la coherencia de su acción con los planes de bienestar social subnacionales ya en curso o previstos. Por ejemplo, notificar periódicamente datos cotejados y analizados a los asociados cooperantes y a las autoridades locales, y formular propuestas para introducir mejoras en el terreno. Alentar a las autoridades de los distritos para que, en especial, planifiquen la asistencia con arreglo al nivel de coherencia y no al principio de equidad geográfica.	Oficina en el país	1. Se trata de una labor aún en curso: se espera que la situación mejore con el perfeccionamiento del sistema de seguimiento y evaluación (SyE) del PMA y de la base de datos; ese avance depende de los recursos disponibles. Se prevé que el sistema entre en funcionamiento antes de finales de 2007.
Crear un puesto internacional de experto en nutrición en la oficina en el país.	Oficina en el país	2. De acuerdo. El anuncio de vacante es parte de la actual actividad de reasignación del personal del PMA que se realiza a mitad de año. El puesto ha de ser ocupado para mediados de 2007.
Uno de los requisitos de la Carta de Acuerdo de asociación con el PMA debe ser que los asociados cooperantes sean objeto de auditorías independientes, cuyos resultados se den a conocer a todos los donantes. Cuando suscriban un nuevo acuerdo con el PMA, a los asociados cooperantes se les ha de invitar a que indiquen cuáles son las otras obligaciones contractuales que tienen con otros organismos de ayuda. Se ha de prestar mayor atención al establecimiento de una tasa de TTAM realista y más baja, basada en los costos locales.	Oficina en el país. Dirección de Relaciones Exteriores (PDE)	3. El reglamento vigente del PMA no exige que se realicen auditorías independientes de los asociados cooperantes ni que se informe de sus resultados a los donantes. Esta recomendación deriva de la idea de que los asociados cooperantes son fundamentalmente subcontratistas, lo cual es incompatible con la política del PMA que trata a las ONG como asociados de pleno derecho. El PMA respalda la idea de mejorar los sistemas para garantizar la transparencia de los gastos realizados por los asociados cooperantes, especialmente con respecto al TTAM. Cualquier cambio en el Acuerdo modelo sobre el terreno requiere un examen con las principales ONG asociadas cooperantes del PMA. La realización de auditorías independientes no es más que una de las posibilidades que han de considerarse; sería preferible elegir otro tipo de opciones para responder a las preocupaciones de los evaluadores.

ANEXO: RESPUESTA DE LA DIRECCIÓN DEL PMA A LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN EL INFORME RESUMIDO DE LA EVALUACIÓN DE LA OPSR 10069.1 RELATIVA A INDONESIA

Recomendaciones al PMA (septiembre de 2006)	Dependencia responsable	Respuesta de la dirección y medidas adoptadas o previstas (febrero de 2007)
Programa de rehabilitación nutricional (general)		
<p>Cerrar todos los programas de rehabilitación nutricional urbanos en Surabaya y Makassar para mediados de 2007 y reducirlos gradualmente en los suburbios de Jabotabek (Gran Yakarta) para finales de 2007. En estas zonas han de proseguir los programas de lucha contra la tuberculosis, previa revisión de sus modalidades de asistencia y de la canasta de alimentos. Ha de aumentarse gradualmente el programa de rehabilitación nutricional y su cobertura debe ampliarse en 25% en Madura —en el marco del actual programa en el distrito de Sampang—, en Lombok central, oriental y occidental, y en Nusa Tenggara Timur. Es preciso examinar la posibilidad de extender el programa al distrito de Bondowoso (Java oriental) a reserva de que se disponga de recursos.</p>	Oficina en el país	<p>4. Se tiene previsto suprimir gradualmente el programa de rehabilitación nutricional en Makassar después del año escolar en junio de 2007; se está considerando hacer lo mismo en la zona urbana de Surabaya. El aumento de la cobertura depende de los recursos disponibles.</p> <p>El programa de lucha contra la tuberculosis prosigue en Yakarta y Surabaya. Los fideos enriquecidos se han eliminado de la canasta de alimentos.</p>
<p>Mayor compromiso de fomento de la capacidad en la esfera de la educación sanitaria y nutricional por parte del personal del PMA y de los asociados cooperantes y las instituciones gubernamentales pertinentes en los distritos y a niveles inferiores, mediante la organización de breves cursos de capacitación, la realización de visitas de intercambio y la elaboración de material didáctico adicional para el programa de rehabilitación nutricional a fin de transmitir mensajes sobre salud y nutrición a los beneficiarios en los <i>posyandu</i> y las escuelas.</p>	Oficina en el país	<p>5. De acuerdo; se ha contratado a una empresa para que estudie la estrategia de comunicación del programa de rehabilitación nutricional con el fin de elaborar nuevos enfoques y materiales, y de recomendar la manera de proceder en el sector; la nueva estrategia estará lista en marzo, pero se recomienda someterla a prueba, junto con los materiales asociados, antes de su plena aplicación. Se ha presupuestado el costo de una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas a comienzos de 2008 para que se puedan ver los resultados.</p>
Programa de rehabilitación nutricional – alimentación escolar		
<p>Suspender el programa de alimentación escolar en las aldeas y zonas colindantes donde la aceptación sea baja porque los niños en edad escolar prefieren comprar meriendas durante los recreos.</p>	Oficina en el país	<p>6. La recomendación supone que el grado de aceptación del programa de alimentación escolar en las aldeas y zonas colindantes es bajo, lo cual no es necesariamente cierto. El PMA está de acuerdo en que la situación debe ser objeto de seguimiento; la oficina en el país está adoptando medidas en consonancia con la recomendación.</p>
<p>Ampliar el programa de alimentación escolar a los niños que asisten a los centros preescolares adjuntos a las escuelas primarias que participan en el programa.</p>	Oficina en el país	<p>7. La recomendación depende de la financiación disponible.</p>





ANEXO: RESPUESTA DE LA DIRECCIÓN DEL PMA A LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN EL INFORME RESUMIDO DE LA EVALUACIÓN DE LA OPSR 10069.1 RELATIVA A INDONESIA		
Recomendaciones al PMA (septiembre de 2006)	Dependencia responsable	Respuesta de la dirección y medidas adoptadas o previstas (febrero de 2007)
Programa de rehabilitación nutricional – <i>posyandu</i>		
Seguir proporcionando galletas a los niños de 1 a 5 años de edad, pero examinar la posibilidad de sustituir los fideos destinados a las mujeres embarazadas y madres lactantes por alimentos más baratos —tales como el arroz o el aceite vegetal, que puedan ser un incentivo para la asistencia—, combinados con micronutrientes múltiples en forma de polvo. De esta manera se utilizarían dos artículos diferentes para cumplir con los dos objetivos del programa de rehabilitación nutricional en los <i>posyandu</i> .	Oficina en el país	8. La oficina en el país está de acuerdo en seguir suministrando galletas para los niños de 1 a 5 años de edad. Se examinará la recomendación de suspender el suministro de fideos y hallar una alternativa.
Proporcionar a los niños de 6 a 11 meses de edad una papilla instantánea adecuadamente enriquecida, semejante a los productos disponibles comercialmente.	Oficina en el país	9. En las últimas conversaciones con el Gobierno, se ha pedido al PMA que se centre en el grupo de edad de 2 a 5 años; es responsabilidad exclusiva del Gobierno prestar apoyo a los niños del grupo de edad de 0 a 24 meses.
Programa de lucha contra la tuberculosis		
Comenzar a distribuir alimentos a los pacientes con tuberculosis, apenas se suministre la primera medicación, y examinar la composición de la canasta de alimentos. Por ejemplo, el arroz o el aceite vegetal pueden satisfacer el objetivo de incentivo; el polvo de micronutrientes puede añadirse como suplemento para los pacientes con tuberculosis sometidos a tratamiento de observación directa.	Oficina en el país	10. La aplicación de esta recomendación está aún en curso: en marzo de 2007 se eliminaron los fideos de la canasta de alimentos. Los polvos de micronutrientes representan una opción cara: el PMA seguirá cumpliendo con la política gubernamental en esta esfera; se fomentará en el interior del país la producción de polvos de micronutrientes. La utilización de estos polvos debe estudiarse más a fondo, incluyendo la disponibilidad de los mismos y las modalidades de compra y distribución correspondientes, así como la política del PMA al respecto.
Examinar la posibilidad de proporcionar alimentos para la capacitación a los pacientes con tuberculosis como un incentivo para que acepten recibir orientación en materia de VIH/SIDA, después de lo cual podrán decidir si someterse a pruebas.	Oficina en el país	11. La oficina en el país está en contacto con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la OMS. Se ha previsto aplicar un programa piloto en 2007 con el ONUSIDA, que coordina las actividades con el Consejo Nacional sobre el SIDA.

ANEXO: RESPUESTA DE LA DIRECCIÓN DEL PMA A LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN EL INFORME RESUMIDO DE LA EVALUACIÓN DE LA OPSR 10069.1 RELATIVA A INDONESIA

Recomendaciones al PMA (septiembre de 2006)	Dependencia responsable	Respuesta de la dirección y medidas adoptadas o previstas (febrero de 2007)
Fondo fiduciario del <i>Operasi Pasan Swadaya Masyarakat</i> /desarrollo comunitario		
El PMA y el Ministerio de Bienestar Social encargado de la coordinación (MENKOKESRA) deben determinar las opciones y prioridades para el futuro a mediano y largo plazo del Fondo fiduciario. Ello debe prever un enfoque por "emplazamientos del programa" que permita a los proyectos de desarrollo comunitario hacer frente a las limitaciones del programa de rehabilitación nutricional, por ejemplo mediante el abastecimiento de agua y la construcción de letrinas en las escuelas e instalando letrinas comunales cerca de los centros de salud.	Oficina en el país	12. El proceso está en marcha: los equipos del programa de rehabilitación nutricional y del proyecto de desarrollo comunitario del PMA están efectuando un seguimiento conjunto con MENKOKESRA para identificar tales lugares para la decisión de comité de dirección.



SIGLAS UTILIZADAS EN EL DOCUMENTO

APC	Alimentos para la capacitación
APT	Alimentos por trabajo
CCA	Evaluación común del país
DELP	Documento de estrategia de lucha contra la pobreza
DOTS	Tratamiento breve bajo observación directa
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FRESH	Focalización de recursos para la mejora de la salud escolar
MENKOKESRA	Ministerio de Bienestar Social encargado de la coordinación
MP-ASI	<i>Makanan Pendamping Air Susu Ibu</i> (alimentación complementaria)
ODB	Despacho Regional de Bangkok (Asia)
ODM	Objetivo de desarrollo del Milenio
OEDE	Oficina de Evaluación
OEM	Operación de emergencia
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPSM	<i>Operasi Pasan Swadaya Masyarakat</i> (red de protección de arroz subvencionado)
OPSR	Operación prolongada de socorro y recuperación
PDE	Dirección de Relaciones Exteriores
PDI	Persona desplazada internamente
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RASKIN	Programa gubernamental de arroz subvencionado para la población pobre
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SyE	Seguimiento y evaluación
TTAM	Transporte terrestre, almacenamiento y manipulación
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VAM	Análisis y cartografía de la vulnerabilidad
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
WINGS	Sistema Mundial y Red de Información del PMA