

Evaluación Descentralizada

Evaluación de los componentes nutricionales de la OPSR 200301 en Argelia

Enero 2013 – Diciembre 2017

Proyecto de informe de evaluación

Septiembre 2018

Oficina de país PMA

Responsable de la evaluación: Katharina Meyer-Seipp

Elaboración

Montserrat Saboya, Jefe de equipo

Claudia Martínez Mansell, Miembro del equipo

Majidi Bouzid, Miembro del equipo

Julia Durand, Investigadora



World Food Programme

Agradecimientos

El equipo de evaluación de DARA desea manifestar su agradecimiento al amplio número de personas y organizaciones que generosamente participaron en este ejercicio de evaluación. El equipo agradece al personal y a la dirección de la oficina del Programa Mundial de Alimentos (PMA) en el país y a la suboficina en Tinduf, que acogieron las misiones de evaluación y dedicaron un tiempo considerable a participar en las entrevistas. El equipo valora mucho el tiempo y la dedicación mostrados por la oficina regional. Agradecemos de forma especial a las poblaciones afectadas que aceptaron participar en esta evaluación y tuvieron la paciencia de compartir sus opiniones y experiencias.

Esta evaluación también se benefició enormemente de las contribuciones y la supervisión efectiva de la coordinadora de evaluación, Katharina Meyer-Seipp. También agradecemos a los grupos de referencia de la evaluación por su orientación general y ayuda. Esperamos que el proceso de evaluación y todos los informes presentados sirvan a los fines previstos.

Un agradecimiento especial al equipo de apoyo de DARA, Silvia Hidalgo y Julia Durand, por sus contribuciones durante todo el proceso de evaluación.

Descargo de responsabilidad

Las opiniones expresadas en este informe pertenecen al equipo de evaluación y no reflejan necesariamente las del PMA. La responsabilidad de las opiniones expresadas en este informe es exclusiva de los autores. La publicación de este documento no implica reconocimiento alguno por parte del PMA de las opiniones expresadas.

La denominación utilizada y la presentación del material en los mapas no implican la expresión de ninguna opinión por parte del PMA sobre el estatuto jurídico o constitucional de ningún país, territorio o zona marítima, ni sobre la delimitación de las fronteras.

Índice

1. Introducción	1
1.1. Descripción general del objeto de la evaluación.....	1
1.2. Contexto.....	2
1.3. Los componentes nutricionales de la OPSR 200301.....	3
1.4. Metodología de evaluación y limitaciones.....	6
1.5. Limitaciones y riesgos.....	8
2. Resultados de la evaluación	9
2.1. Idoneidad y pertinencia de los componentes nutricionales de la OPSR.....	9
Principales resultados sobre pertinencia e idoneidad	12
2.2. Coherencia y conectividad de los componentes nutricionales de la OPSR	12
Coherencia interna.....	13
Coherencia externa.....	13
Principales resultados sobre la coherencia y la conectividad	16
2.3. Eficacia de los componentes nutricionales de la OPSR.....	17
Cifras previstas.....	17
Beneficiarios reales	19
Asistencia prestada (tonelaje).....	21
Resultados importantes sobre la efectividad (productos)	24
2.4. Efectos y repercusiones (resultados) de los componentes nutricionales de la OPSR 25	
Resultados de los componentes nutricionales de la OPSR.....	25
Efectos inesperados de los componentes nutricionales de la OPSR.....	29
Repercusiones específicas de género	30
Principales resultados sobre los efectos y repercusiones (resultados)	31
2.5. Factores que afectan el rendimiento y explican los resultados	33
Logística	34
Seguimiento y evaluación.....	35
Capacidad organizativa	39
Alianzas	40
Acceso y seguridad	41
Costes y Financiación.....	42
Entorno institucional	44
Factores geográficos.....	44
Factores económicos	45
Principales resultados de los factores que afectan el desempeño y los resultados.	45
2.6. Coordinación.....	47

Coordinación de los sectores de nutrición y salud.....	47
Coordinación del sector alimentario.....	49
Coordinación entre sectores u organismos.....	49
Principales resultados de la coordinación	50
3. Conclusiones y Recomendaciones.....	51
3.1. Conclusiones.....	51
3.2. Recomendaciones	54

Lista de gráficos:

Gráfico 1. Campamentos de refugiados del Sahara Occidental en Argelia	2
Gráfico 2. Distribución de los beneficiarios previstos de la OPSR por edad y sexo (Fuente: SPR).....	18
Gráfico 3. Cifras previstas para los componentes nutricionales de la OPSR 200301 de Argelia	18
Gráfico 4. Porcentaje de tonelaje anual previsto vs. tonelaje anual real: total y de productos nutricionales	21
Gráfico 5. Evolución de los beneficiarios y requisitos planificados (Fuente: PRRO 200301 BR)	42
Gráfico 6. Distribución de compras de alimentos	43
Gráfico 7. Donantes principales de la OPSR 200301	43

Lista de tablas:

Tabla 1. Productos proporcionados por el PMA para tratar y prevenir la desnutrición .	4
Tabla 2. Objetivos y componentes de la OPSR Argelia	13
Tabla 3. Cifras previstas por actividad para la OPSR 200301 de Argelia (Fuente: SPR)	18
Tabla 4. Disparidades en las cifras previstas por actividad para la OPSR 200301 de Argelia	19
Tabla 5. % Anual de beneficiarios previstos y reales por tipo de intervención (Fuente: SPR).....	20
Tabla 6. Contenido básico de la DGA del PMA	22
Tabla 7. Resultados nutricionales OPSR 200301: Indicadores de desempeño PACS (Fuente: seguimiento PSIS)	26
Tabla 8. Resultados nutricionales de la OPSR: Prevalencia de la desnutrición y anemia	27
Tabla 9. Resultados nutricionales de la OPSR: Food security indicators 2013 (Source: SPR).....	28
Tabla 10. Resultados nutricionales de la OPSR: Food security indicators 2014–2016 (Source: SPR)	29

Lista de recuadros:

Recuadro 1. Resultado clave 1:	9
Recuadro 2. Resultado clave 2:	12
Recuadro 3. Opiniones de los beneficiarios durante los GDD	15
Recuadro 4. Resultado clave 3:	17
Recuadro 5. Opiniones de las mujeres sobre las actividades de IEC	21
Recuadro 6. Análisis de la canasta de productos alimentarios de 2016, presentación del PMA (Mesa Alimentaria, enero de 2017).....	23
Recuadro 7. Resultado clave 4:.....	25
Recuadro 8. Resultado clave 5:	33
Recuadro 9. Resultado clave 6:	47
Recuadro 10. Reunión del sector alimentario de noviembre de 2017.....	49
Recuadro 11. TdR del grupo de trabajo interinstitucional	50

Lista de anexos (en Vol II):

- Anexo 1. Términos de Referencia
- Anexo 2. Análisis y mapeo de las partes interesadas
- Anexo 3. Marco lógico original de la OPSR 200301 de Argelia (2013)
- Anexo 4. Marco lógico revisado de la OPSR 200301 de Argelia (2015)
- Anexo 5. Agenda de la Misión
- Anexo 6. Métodos de recogida de datos
- Anexo 7. Guías para grupos dirigidos
- Anexo 8. Guía para entrevistas a las partes interesadas
- Anexo 9. Lista de control dispensarios
- Anexo 10. Documentos revisados
- Anexo 11. Matriz de evaluación
- Anexo 12. Recomendaciones de la encuesta
- Anexo 13. Recomendación de la MEC
- Anexo 14. Resumen de las revisiones de presupuesto
- Anexo 15. Resultados de fotovoz y storytelling
- Anexo 16. Eficacia nutricional
- Anexo 17. Resultados nutricionales
- Anexo 18. Contribuciones de los donantes de la OPSR 200301 de Argelia
- Anexo 19. Asistencia prestada: Respuesta a las emergencias
- Anexo 20. Notación de la matriz de evaluación

Lista de acrónimos

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional y Desarrollo
AFAD	Association des Femmes Algériennes pour le Développement
ALNP	Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño
AST	Acuerdo sobre el terreno
CERF	Fondo Central para la Acción en Casos de Emergencia
CISP	Comitato Italiano per le Sviluppo dei Popoli
CRA	Media Luna Roja argelina (<i>Croissant Rouge Algérien</i>)
CRE	Cruz Roja Española
CSB+	"Súper Cereal Plus", una mezcla a base de maíz y soja
DGA	Distribución general de alimentos
ECHO	Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas (<i>European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations</i>)
ED	Evaluación Descentralizada
EE	Equipo de evaluación
GDD	Grupos Dirigidos de Discusión
IE	Informe de Evaluación
IEA	Índice de estrategia de afrontamiento
IEC	Información, educación y comunicación
IGEM	Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres
INP	Informe normalizado de proyecto
MAG	Malnutrición Aguda Global
MAG	Malnutrición Aguda Grave
MAM	Malnutrición Aguda Moderada
MdE	Memorando de entendimiento
MDM	Médicos del Mundo
ME	Matriz de Evaluación
MEC	Misión de Evaluación Conjunta
MEL	Mujeres Embarazadas y Lactantes
MINURSO	Misión de las Naciones Unidas para el Referéndum del Sáhara Occidental
ML	Marco lógico
MLRS	Media Luna Roja Saharaui
MNP	Micronutrientes en Polvo
MRE	Marco de resultados estratégicos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OE	Objetivo estratégico
OMS	Organización mundial de la salud
ONG	Organización no gubernamental
OP	Oficina de País

OPSR	Operación Prolongada de Socorro y Recuperación
OR	Oficina Regional
PAC	Plan de Acción Conjunto
PACS	Programa de alimentación complementaria selectivo
PCA	Puntuación de consumo de alimentos
PDA	Puntuación de la diversidad alimentaria
PISIS	Programa Integral de Salud Infantil Saharaui
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNE	Productos nutricionales especializados
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
RASD	República Árabe Saharaui Democrática
RP	Revisiones de presupuesto
SALC	Suplementos Alimenticios Listos para el Consumo
SPD	Seguimiento posterior a la distribución
TdR	Términos de Referencia
UE	Unión europea
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
WASH	Agua, Saneamiento e Higiene

Resumen operativo

1. Este resumen operativo presenta las principales características, las conclusiones clave y las recomendaciones de la Evaluación Descentralizada (ED) de los componentes nutricionales de la Operación Prolongada de Socorro y Recuperación (OPSR) 200301 en Argelia, encargada por la oficina en el país (OP) del PMA en Argelia y que abarca desde enero de 2013 a diciembre de 2017. La OPSR 200301 proporciona apoyo a los refugiados saharauis que viven en cinco campamentos que se encuentran cerca de Tinduf, en el suroeste de Argelia. Hasta la fecha, la operación nunca había sido objeto de una evaluación completa. Los componentes nutricionales de la OPSR combinan métodos de prevención y tratamiento para abordar la anemia, el retraso del crecimiento y la malnutrición aguda moderada (MAM) entre los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas y lactantes.
2. El objeto de la evaluación es determinar la adecuación de los componentes nutricionales de la OPSR 200301; evaluar e informar acerca del rendimiento y los resultados; y determinar los motivos por los que se produjeron o no ciertos resultados. La evaluación aporta comentarios constructivos que servirán para la reformulación de la función en materia de nutrición del PMA en el contexto saharauí y en la planificación estratégica a nivel de país. La oficina del PMA en el país planea lanzar en 2018-2019 un Plan Estratégico de País (PEP) provisional de transición, seguido de un PEP si se lleva a cabo una Revisión Estratégica de país sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2, o de un PEP provisional.
3. Los objetivos específicos de la evaluación deberán determinar: (i) la pertinencia, adecuación, coherencia y conectividad de los componentes nutricionales adoptados en la OPSR, en vistas al mandato del PMA y a los desafíos nutricionales existentes en el contexto saharauí; (ii) los resultados de los indicadores nutricionales de la OPSR (incluyendo eficiencia, efectos e impacto) y (iii) los factores, tanto internos como externos, que han influido en el desempeño y los resultados del PMA durante el período, incluida la coordinación intersectorial.
4. Los resultados de esta evaluación van dirigidos a las distintas partes interesadas, internas y externas al PMA. La OP, la oficina regional en El Cairo y la sede del PMA son las principales partes interesadas, los informantes clave y los usuarios principales de los resultados de la evaluación. También son partes interesadas otros actores presentes en Argelia, en particular las instituciones argelinas y las autoridades saharauis, así como la Media Luna Roja, el Ministerio de Salud Saharauí, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), UNICEF u las ONG implicadas en los sectores relacionados con los componentes nutricionales de la OPSR.
5. Argelia ha estado acogiendo refugiados del Sáhara Occidental desde 1975. Ubicados en un duro desierto cerca de la ciudad de Tinduf, los campamentos de refugiados saharauis representan una crisis única, prolongada y olvidada. El número exacto de refugiados es una cuestión delicada con una dimensión política.¹
6. Las principales amenazas que afectan la situación humanitaria en estos cinco campamentos de refugiados incluyen: inseguridad alimentaria, lluvias torrenciales ocasionales, escasas tecnologías de producción de alimentos, condiciones deficientes de

¹ El número exacto ha sido publicado recientemente (173 600 personas viven en los campamentos de refugiados según el ACNUR el 31 de diciembre de 2017).

agua y saneamiento, riesgos sanitarios, malnutrición y reducción de la ayuda. El estado de salud en los campamentos es frágil y un sistema sanitario incierto ofrece servicios básicos asistenciales a través de 27 centros de salud, 5 hospitales regionales a escala de campamento (*Wilaya*)² y un hospital nacional en Rabuni. La calidad del agua es insuficiente y el saneamiento y la gestión de los residuos son precarios. Los medios de subsistencia son extremadamente limitados en el desierto, y la población de refugiados sigue siendo vulnerable y depende completamente de la asistencia internacional para sus necesidades básicas y supervivencia.

Metodología

7. La evaluación fue realizada entre octubre de 2017 y junio de 2018 por un equipo de evaluación (EE) compuesto por un especialista en nutrición, un experto humanitario, un analista de datos, un experto en audiovisuales para el componente de Fotovoz y un investigador. La fase de recogida de datos se llevó a cabo del 19 de noviembre al 7 de diciembre y del 6 al 16 de diciembre para el componente de Fotovoz.
8. La evaluación utilizó un enfoque de métodos mixtos, combinando datos primarios y secundarios cualitativos y cuantitativos. El equipo realizó un exhaustivo examen documental para recoger información de las fuentes existentes. Durante la fase de recogida de datos, se llevaron a cabo entrevistas con informantes clave y se recopilaban las percepciones de la población beneficiaria a través de los Grupos Dirigidos de Discusión (GDD). Las observaciones y visitas sobre el terreno evaluaron la conformidad de los procedimientos con normas y directrices internacionales relacionadas con la nutrición. Por último, las técnicas de storytelling y Fotovoz permitieron centrarse en entornos específicos para reflejar la variedad de factores contextuales que influyen en los productos y los resultados.
9. Diversas limitaciones y riesgos influyeron en la evaluación, empezando por la recepción, durante el examen documental, de una documentación tardía e incompleta, y el solapamiento entre la finalización del informe inicial y la visita sobre el terreno para la recogida de datos debido a un retraso general en el proceso de evaluación. Además, la visita sobre el terreno se vio obstaculizada por la falta de disponibilidad de personal del PMA y por cuestiones logísticas y de seguridad que afectaban el acceso del EE al personal del PMA y del ACNUR en Tinduf. La falta de disponibilidad y fiabilidad de los datos se debió en parte a la sensibilidad política y a la insuficiente estructura de recogida de datos antes de 2016. Finalmente, la multiplicidad de actores, la influencia de varios productos acumulados y otras dificultades afectaron la capacidad del EE para realizar el análisis de contribución.

Principales resultados sobre todas las preguntas de evaluación y conclusiones generales

10. La evaluación constató que, en su diseño, los componentes nutricionales de la OPSR eran pertinentes, adaptados al contexto saharauí y adecuados para cubrir las necesidades de la población a la que iba dirigido el proyecto y mantener las mejoras conseguidas en años anteriores en los indicadores nutricionales al respaldar toda la gama de actividades de nutrición preventivas y curativas implementadas en los campamentos en aquel momento. Sin embargo, aunque las necesidades de la población se evalúan

² Una Wilaya es una división administrativa que equivale a una provincia. Cada campamento de refugiados saharauíes es una Wilaya y cuenta con diversos municipios (*Daira*).

periódicamente y las recomendaciones de estudios y encuestas indican la necesidad de adaptar los planes operativos a las vulnerabilidades propias del grupo de población, la OPSR no ha integrado las necesidades específicas (edad, sexo o ubicación) identificadas por las distintas MEC y encuestas sobre nutrición llevadas a cabo en los campamentos durante el periodo evaluado. El PMA no ha tomado las medidas necesarias para evaluar la pertinencia y la sostenibilidad de estas actividades a más largo plazo ni tampoco ha explorado estrategias alternativas para mantener y mejorar el estado nutricional de los refugiados.

11. Desde 2013, se han realizado ocho modificaciones del documento del proyecto inicial, y la última revisión de presupuesto (RP) se aprobó en abril de 2017, pero no se han observado cambios importantes en los componentes nutricionales de la OPSR durante el periodo evaluado. Una excepción se dio en 2014³ cuando el PMA tomó el relevo del ACNUR en el suministro de productos nutricionales especializados para la prevención y el tratamiento de la malnutrición y se prepararon nuevas directrices para el tratamiento de la malnutrición y la anemia en Mujeres Embarazadas y Lactantes (MEL), lo que dio lugar a un ajuste de las prácticas operacionales del PMA.

12. Los componentes nutricionales de la OPSR son coherentes con los objetivos operacionales y con los marcos estratégicos del PMA (2008-2013, 2014-2017) y la orientación general del PMA. Sin embargo, la integración interna de los componentes de la OPSR es débil y no se persigue la complementariedad ni se toman medidas específicas de género, por lo que se necesita un análisis en profundidad para incorporar estos temas en su programa. Los componentes nutricionales son coherentes con las prioridades y los documentos normativos del Ministerio de Salud Saharai, pero fallan en la aplicación, principalmente por las limitaciones financieras. Los componentes nutricionales y las intervenciones entre los actores del sector y de otras partes interesadas son coherentes, pero las sinergias operativas y la complementariedad son débiles.

13. Los resultados de los componentes nutricionales de la OPSR, en términos de beneficiarios y asistencia prestada, se han visto afectados por repetidas interrupciones en el suministro, debidas a déficits financieros. Las limitaciones financieras han reducido la diversidad y el valor nutricional (energía y micronutrientes) de la ayuda alimentaria recibida por la población de refugiados. Sin embargo, la interpretación de los resultados es compleja debido a la naturaleza desigual e incompleta de los datos disponibles y de las cifras de planificación para la población vulnerable.

14. La mayoría de los resultados en nutrición y seguridad alimentaria de los refugiados han mejorado significativamente durante el periodo evaluado, lo que indica una contribución positiva de la intervención del PMA. La prevalencia de malnutrición aguda y crónica en niños menores de 5 años está por debajo de los niveles de emergencia y el peso inferior al normal es residual en mujeres en edad reproductiva. Sin embargo, existe un aumento significativo del sobrepeso y la obesidad y el riesgo metabólico asociado, que constituye un problema de salud pública, así como una alta prevalencia de hogares afectados por la doble carga de desnutrición y obesidad.

15. De acuerdo con la población entrevistada, un efecto positivo de la distribución de alimentos fue la capacidad de destinar su tiempo a otras tareas, ya que los beneficiarios

³ Como ya estaba previsto en el documento del proyecto de 2013 y confirmado más adelante en la RP#2

no tuvieron que dedicar demasiado tiempo a la provisión de alimentos para ellos y sus familias.

16. Como los beneficiarios eran a menudo incapaces de distinguir qué productos distribuía el PMA, tampoco prestaban mucha atención a la función del PMA en todo el proceso de distribución. Por esta razón, las perturbaciones en el suministro se solían asociar más a las autoridades saharauis y a la Media Luna Roja Saharaui (MLRS) que al PMA. Como resultado, las interrupciones en el suministro estuvieron afectando más a las autoridades locales, ya que los beneficiarios se desilusionaron con la ayuda recibida o los servicios prestados, lo que aumentó la falta de adhesión a las actividades y afectó la credibilidad del Ministerio de Salud Saharaui.

17. Las actividades de seguimiento y evaluación (SyE) deben mejorarse perfeccionando ante todo el análisis y el uso de los datos. La configuración y las capacidades globales del PMA en Argelia son un problema constante, que se puede atribuir principalmente a la existencia de puestos vacantes, la falta de conocimientos técnicos y los obstáculos lingüísticos. En la evaluación se percibió que la falta de un debate constructivo entre las partes interesadas locales podría ser un inconveniente cuando se trata de gestionar un problema que podría ser recurrente, ya que no se proponen alternativas adaptadas o sostenibles. Las asociaciones carecen de poder a nivel estratégico y de toma de decisiones.

18. El PMA tiene un papel limitado en la coordinación de la nutrición. La evaluación puso de manifiesto una cierta confusión en la distribución de responsabilidades entre los diferentes actores en materia de nutrición y en algunas estrategias operacionales. Esto se debe, en parte, a que los documentos normativos suelen ser demasiado genéricos y dan pie a varias interpretaciones. En el sector alimentario, el PMA es un líder eficaz y reconocido, principalmente a nivel logístico. Las iniciativas para fomentar la coordinación entre sectores u organismos son relativamente recientes.

19. Finalmente, la OPSR no ha considerado adecuadamente la cuestión de género. Aunque las partes interesadas demuestran una comprensión estándar de la situación de las mujeres, la falta de un análisis de género más exhaustivo dificulta la capacidad operativa para dirigirse efectivamente a las mujeres y debe fortalecerse. Además, si bien los datos de los programas se recogen y presentan desglosados por sexo, se requieren esfuerzos para medir la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (IGEM).

20. A continuación, se presentan las recomendaciones de la evaluación. Las recomendaciones 1 y 2 se implementarán simultáneamente en 2018-2019, guiando la preparación de la nueva operación del PMA en Argelia. La recomendación 3 va más allá de los componentes nutricionales de la operación y deberá ponerse en práctica inmediatamente.

Recomendación 1: Mediante un debate constructivo y con la participación de todos los niveles de la organización (sede, OR, OP, SO), el PMA en Argelia debe decidir cuál es su función estratégica en materia de nutrición y aclarar, interna y externamente, cómo llevarla a cabo. Los productos de esa función deben orientar las decisiones que tome el PMA Junto con las principales partes interesadas. El PMA en Argelia debería reforzar las capacidades, los sistemas y los procesos internos que dicha función requiere.

Recomendación 2: Si decide asumir una función estratégica más activa en materia de nutrición, el PMA en Argelia debería apoyar activamente una revisión de la estrategia

actual en la materia y de las actividades relacionadas. La evaluación recomienda que se aclaren las responsabilidades estratégicas y operativas en materia de nutrición entre los diferentes actores, así como que se promuevan las sinergias o la complementariedad entre las intervenciones específicas de nutrición y relacionadas con la nutrición de otros sectores. Además, teniendo en cuenta que múltiples factores contribuyen a las diferentes formas de desnutrición, solo los enfoques multisectoriales pueden abordar el problema de manera eficiente. La evaluación recomienda que se favorezcan las respuestas integradas y multisectoriales, así como la consolidación de las alianzas y los mecanismos de coordinación entre un amplio número de partes interesadas. Las decisiones conjuntas, con un consenso global, si es posible, promoverían la complementariedad entre intervenciones específicas de nutrición y relacionadas con la nutrición de otros sectores.

Recomendación 3: Con la preparación de la nueva OPSR, el PMA tiene la oportunidad de mejorar los mecanismos y sistemas internos. El PMA en Argelia debería reforzar las competencias internas y las capacidades técnicas en materia de nutrición como primer paso para mejorar la pertinencia y la importancia del diseño de la OPSR y, en consecuencia, de sus componentes nutricionales. También debe fortalecer los procesos internos y las alianzas que influyen en el rendimiento y los resultados de la OPSR.

1. Introducción

1.1. Descripción general del objeto de la evaluación

21. El objetivo de este **informe de evaluación** (IE) es la Evaluación Descentralizada (ED) de los componentes nutricionales de la Operación Prolongada de Socorro y Recuperación (OPSR) 200301 de Argelia encargada por la OP del PMA en Argelia y que abarca desde enero de 2013 a diciembre de 2017 (periodo de la ED), según los TdR que figuran en el Anexo 1. La OPSR 200301 proporciona apoyo a los refugiados saharauis que viven en cinco campamentos que se encuentran cerca de Tinduf, en el suroeste de Argelia. Hasta la fecha, la operación del PMA en Argelia nunca había sido objeto de una evaluación completa. Los componentes nutricionales de la OPSR combinan métodos de prevención y tratamiento para abordar la anemia, el retraso del crecimiento y la MAM entre los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas y lactantes.
22. La evaluación se centra tanto en (i) la rendición de cuenta, mediante el análisis del desempeño y resultados obtenidos durante la evaluación a través de las intervenciones como en (ii) el aprendizaje, determinando las razones por las que ciertos resultados se produjeron o no y aportando conclusiones con base empírica para dar cuenta i) del proceso de toma de decisiones operativas y ii) del futuro Plan Estratégico de País (PEP) que tiene que presentar la oficina PMA en el país.
23. La situación nutricional global sigue siendo problemática: según la encuesta sobre nutrición de 2016, la prevalencia de la anemia en mujeres en edad reproductiva (15-49 años) y en niños menores de 5 años se ha empeorado. Asimismo, la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres en edad reproductiva revela una doble carga de malnutrición en los hogares de los refugiados.
24. PMA se encarga de coordinar la seguridad alimentaria a nivel sectorial y participa en la coordinación sectorial para la nutrición, mientras que la coordinación intersectorial de la ayuda a los refugiados es responsabilidad del ACNUR. El PMA ha observado un posible solapamiento en la coordinación de los sectores de la alimentación y la nutrición y espera mejorar la coordinación de la intervención nutricional para asegurar el apoyo mutuo y la complementariedad de los programas.
25. El objetivo de la evaluación es determinar la conveniencia de la intervención poniendo especial énfasis en los aspectos nutricionales. La evaluación también determina la rendición de cuentas a través del desempeño y los resultados de los componentes nutricionales de la OPSR 200301, determina las razones por las que ciertos resultados se produjeron o no, y formula recomendaciones para el aprendizaje. Proporciona resultados con base empírica para informar a los órganos decisorios operacionales y estratégicos para que puedan reformular el componente nutricional. La evaluación aporta comentarios constructivos que servirán para la reformulación de la función en materia de nutrición del PMA en el contexto saharauí y en la planificación estratégica a nivel de país. La oficina del PMA en el país planea lanzar en 2018-2019 un Plan Estratégico de País (PEP) provisional de transición, seguido de un PEP si se lleva a cabo una Revisión Estratégica de país sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2, o de un PEP provisional.
26. Los objetivos específicos de la evaluación deberán determinar: (i) la idoneidad de los componentes nutricionales adoptados en la OPSR, en vistas al mandato del PMA y a los desafíos nutricionales existentes en el contexto saharauí (pertinencia, idoneidad, coherencia, conectividad); (ii) la eficiencia, los efectos y el impacto de los indicadores nutricionales de la OPSR y (iii) los factores, tanto internos como externos, que han influido en el desempeño y los resultados del PMA durante el período, incluida la

coordinación de los sectores de alimentación y nutrición, así como la coordinación intersectorial.

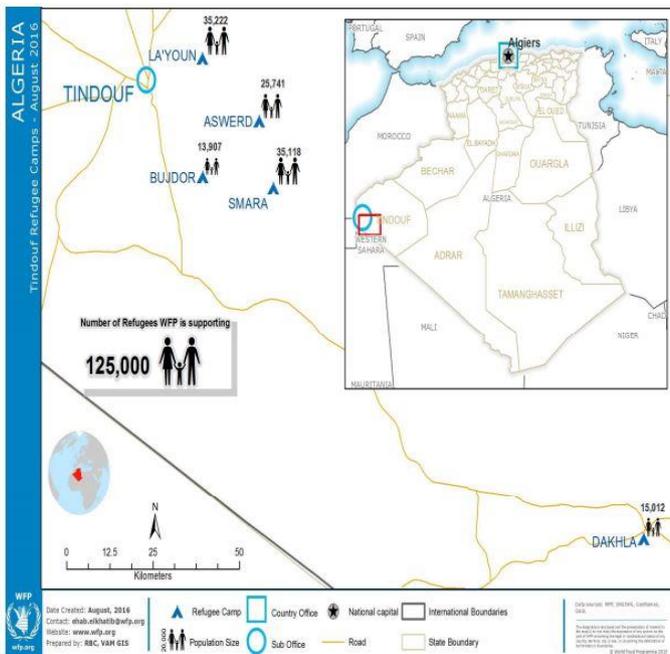
27. Los resultados de esta evaluación van dirigidos a las distintas partes interesadas, internas y externas al PMA. La OP es la principal parte interesada responsable, el informante clave y el usuario principal de los resultados de la evaluación. La OR del PMA en El Cairo desempeña un papel de apoyo a las oficinas de país y constituye un informe clave y una parte interesada, especialmente porque se trata de la primera experiencia de evaluación descentralizada en la región. Las unidades técnicas de la sede del PMA y la Oficina de Evaluación del PMA están interesadas en las lecciones que pueden extraerse de las evaluaciones descentralizadas, en concreto en lo que se refiere a las estrategias, políticas, áreas temáticas, mecanismos de coordinación y modalidades de ejecución del PMA que tienen una mayor relevancia para su programación.

28. En Argelia, el PMA trabaja en estrecha colaboración con las instituciones argelinas y con las autoridades saharauis, a través de la Media Luna Roja, la cual coordina toda la ayuda que se brinda a los refugiados. En el ámbito de la nutrición, el Ministerio de Salud Saharaui es responsable de la ejecución de las políticas y programas, mientras el PMA, el ACNUR, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y esporádicamente la Organización mundial de la salud (OMS), aportan un apoyo técnico, logístico y financiero. También son partes interesadas las organizaciones no gubernamentales (ONG) y los donantes implicados en la ejecución de las actividades y la coordinación dentro del sector y entre sectores; y a nivel local, los beneficiarios directos de las acciones del PMA, los equipos de las estructuras sanitarias y las redes comunitarias (véase el Anexo 2 - Análisis y mapeo de las partes interesadas).

1.2. Contexto

29. Argelia ha estado acogiendo refugiados del Sáhara Occidental desde 1975, cuando el Gobierno de Argelia otorgó la administración territorial de cinco campamentos de refugiados al Frente Polisario⁴, el movimiento de liberación saharauí.

Gráfico 1. Campamentos de refugiados del Sahara Occidental en Argelia



30. Los campamentos de refugiados saharauis representan una crisis única, prolongada y olvidada con numerosos desafíos. Ubicados en un duro desierto cerca de la ciudad de Tinduf en Argelia, los campamentos de refugiados se establecieron hace más de cuarenta años a raíz del conflicto entre el Frente Polisario y Marruecos, que empezó en 1975. En 1986, el gobierno del país de acogida solicitó a las Naciones Unidas que ayudaran a los refugiados saharauis hasta que se encontrara una solución duradera. Desde entonces, la población de los campamentos de refugiados ha seguido dependiendo en gran medida de la ayuda humanitaria internacional. El número exacto de

⁴ Frente Popular de Liberación de Saguia el Hamra y Río de Oro

refugiados es una cuestión delicada con una dimensión política.⁵

31. Las principales amenazas que afectan la situación humanitaria en estos cinco campamentos de refugiados incluyen: inseguridad alimentaria, lluvias torrenciales esporádicas, escasas tecnologías de producción de alimentos, condiciones deficientes de agua y saneamiento, riesgos sanitarios y reducción de la ayuda. El estado de salud en los campamentos es frágil y un sistema sanitario incierto ofrece servicios básicos asistenciales a través de 27 centros de salud, 5 hospitales regionales a escala de campamento (*Wilaya*)⁶ y un hospital nacional en Rabouni. La calidad del agua es insuficiente y el saneamiento y la gestión de los residuos son precarios. Los medios de subsistencia son extremadamente limitados en el desierto, y la población de refugiados sigue siendo vulnerable y depende completamente de la asistencia internacional para sus necesidades básicas y supervivencia.

32. Según los TdR de la evaluación, la población saharauí recibe ayuda nutricional desde el final de los años 80, y si bien la mayoría de indicadores han mejorado, algunos se han deteriorado de forma significativa en los últimos años. El peso inferior al normal en niños menores de 5 años ha disminuido de forma constante, del 15,8 % en 1997 al 3,6 % en 2016, y también se han observado tendencias positivas coincidentes para la malnutrición aguda y crónica. Mientras la prevalencia de niños menores de 5 años afectados por un retraso del crecimiento rondaba el 40 % en 2005, los resultados de la encuesta de 2016 indican que la cifra ha quedado por debajo del 20 %. La prevalencia de la malnutrición aguda global (MAG) fue del 18,2 % en la encuesta de nutrición de 2008, y quedó por debajo del 5 % en 2016. Sin embargo, la prevalencia de anemia ha aumentado en los últimos años: 28,4% en 2012 y 38,7% en 2016. Durante muchos años, la prevalencia de la anemia en MEL experimentó una tendencia a la baja, excepto un aumento puntual en 2016. En mujeres en edad reproductiva, el peso inferior al normal sigue siendo residual mientras que la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad (25% de las mujeres en edad reproductiva en 2010) revela una doble carga de malnutrición en los hogares de los refugiados.⁷ La prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad se ha duplicado desde 1997 del 33,6 % al 67 % en 2016. Actualmente se considera un problema de salud pública de primera importancia.

1.3.Los componentes nutricionales de la OPSR 200301

33. El PMA suministra alimentos básicos a los refugiados más vulnerables desde 1986, a fin de ayudarles a satisfacer las necesidades alimentarias y nutricionales básicas. Las actividades del PMA tienen como objetivo mejorar el consumo de alimentos, reducir la malnutrición aguda y crónica, así como la anemia, a través de acciones de prevención y tratamiento, y al mismo tiempo promover la matriculación y asistencia de los niños refugiados a la escuela.

34. El Director Ejecutivo del PMA aprobó la OPSR-200301 en abril de 2013 para un periodo inicial de 18 meses (enero de 2013 - junio de 2014). La operación se preparó durante 2012 a partir de los resultados de la Misión de Evaluación Conjunta (MEC) de 2011 y las encuestas de nutrición de 2010 y 2012. Desde entonces, se han realizado ocho modificaciones del documento del proyecto mediante revisiones de presupuesto (RP), la

⁵ El número exacto ha sido publicado recientemente (173 600 personas viven en los campamentos de refugiados según el ACNUR el 31 de diciembre de 2017).

⁶ Una *Wilaya* es una división administrativa. Cada campamento de refugiados saharauí es una *wilaya* y cuenta con diversos municipios (*Daira*).

⁷ Grijalva-Eternod CS, Wells JCK, Cortina-Borja M, Salse-Ubach N, Tondeur MC, et al. (2012) The Double Burden of Obesity and Malnutrition in a Protracted Emergency Setting: A Cross-Sectional Study of Western Sahara Refugees. (La doble carga de obesidad y malnutrición en un contexto de emergencia prolongado: Un estudio transversal sobre los Refugiados del Sáhara Occidental). *PLoS Med* 9(10): e1001320. doi: 10.1371/journal.pmed.1001320.

última de ellas aprobada en abril de 2017. La mayoría de las RP se debieron principalmente a necesidades o requisitos «internos» del PMA, y no a necesidades nuevas o agravadas de la población a la que va dirigida el proyecto, ya que, en general, estas se mantuvieron similares durante el periodo de evaluación, con la excepción de la RP#2 que integra cambios importantes sobre el componente nutricional de la OPSR (véase la sección 2.1 sobre Idoneidad y Pertinencia).

35. Si bien el objetivo general de la OPSR es garantizar la seguridad alimentaria y las necesidades nutricionales mínimas diarias para los refugiados más vulnerables, sus objetivos específicos fueron acordes, en el proyecto, con el Plan estratégico del PMA (2008-2013): (i) mejorar el consumo de alimentos para los refugiados más vulnerables que viven en los campamentos y reducir la malnutrición aguda y la anemia en niños menores de 5 años y en MEL mediante la distribución general de alimentos (DGA) y la ayuda nutricional complementaria (vinculada al Objetivo Estratégico (OE) 1 - *Salvar vidas y proteger los medios de subsistencia en las emergencias*); y (ii) promover la matriculación y asistencia de los niños y niñas refugiados a la escuela a través de la alimentación escolar (vinculada al OE 3 - *Reconstruir las comunidades y restablecer los medios de subsistencia después de una catástrofe*) (véase ML 2013 en el anexo 3). En 2015, a través de la RP#5, los objetivos de la OPSR se reajustaron al nuevo Plan Estratégico y al Marco de resultados estratégicos (MRE) para 2014-2017, manteniendo el primer objetivo sobre la mejora del consumo alimenticio, vinculado con el OE 1 - *Salvar vidas y proteger los medios de subsistencia en las emergencias*; pero vinculando el segundo objetivo sobre alimentación escolar con el OE 2 - *Respaldar o restablecer la seguridad alimentaria y la nutrición y crear o reconstruir los medios de subsistencia en contextos frágiles y después de una emergencia*, en lugar del anterior OE 3 (véase ML 2015 en el anexo 4).

36. Mientras el documento de operación de 2013 presentaba los planes para tomar el relevo del ACNUR en la adquisición de productos nutricionales para la prevención de la malnutrición y la anemia después del estudio de impacto de 2012, este cambio se implementó a mediados de 2014. Por lo tanto, desde 2014, el PMA suministra productos nutricionales especializados (PNE)^{8;9} para (i) el tratamiento de la MAM a través de programas de alimentación complementaria selectivos (PACS) y (ii) la prevención del retraso del crecimiento y la anemia como se presenta en la Tabla 1. Junto con el ACNUR, el PMA apoya la gestión comunitaria de la malnutrición aguda garantizando asistencia técnica.

Tabla 1. Productos proporcionados por el PMA para tratar y prevenir la desnutrición

	PACS		Prevención	
	2013	A partir de 2014	2013	A partir de 2014
Niños menores de 5 años	Supercereal Plus	PlumpySup®	s/d	PNE (Nutributter™)
MEL	CSB+ con aceite vegetal y azúcar	CSB+ con aceite vegetal y azúcar	s/d	MNP (micronutrientes en polvo) ¹⁰

⁸ En este informe, los PNE (Productos nutricionales especializados) se refieren a todos los productos nutricionales que el PMA suministra para el tratamiento de la MAM y la prevención de la malnutrición crónica y la anemia.

⁹ En el contexto saharauí, los PNE para el tratamiento de la MAM y la prevención de la malnutrición tienen formulaciones especiales que tienen en cuenta, entre otras características, los altos niveles de yodo que se encuentran entre la población.

¹⁰ En el programa anterior de ACNUR para la prevención de la desnutrición y la anemia crónica infantil, se proporcionaba Nutributter a los niños de 6 a 36 meses de edad y MNP a los mayores de 3 años.

37. Varios factores llevaron a este retraso, entre ellos: (i) que el Ministerio de Salud Saharaui no participó en las discusiones iniciales entre las agencias¹¹; (ii) la necesidad de utilizar las reservas restantes de productos anteriores, tanto para el tratamiento como para la prevención; (iii) el tiempo necesario para que el PMA preparase la RP para la financiación y adquisición de nuevos productos; (iv) el interés legítimo de los miembros del grupo de nutrición de no introducir cambios operativos importantes a nivel de dispensario, que hubieran sido difíciles de aplicar para el personal, y (v) la falta de un documento normativo actualizado, en ese momento, para abordar la malnutrición y la anemia en MEL. Las nuevas directrices acordadas en 2014 implicaban un proceso de cribado para las MEL con MAM, a diferencia del enfoque general utilizado durante el periodo anterior y defendido por el Ministerio de Salud Saharaui.

38. Aunque la RP y las nuevas directrices formalizaron estos cambios, en la práctica no se implementaron fácilmente, especialmente el protocolo para MEL. Los dos aspectos más controvertidos fueron (i) los criterios de cribado y selección para admitir MEL con MAM y (ii) el contenido y la distribución general de raciones de productos frescos complementarios para MEL. En diciembre de 2014, el PMA firmó un acuerdo sobre el terreno con Médicos del Mundo (MDM) para acompañar al Ministerio de Salud Saharaui en su aplicación, pero ninguno de los dos temas se concluyó definitivamente. Con respecto a los criterios de admisión, para 2014 y 2015, el número de MEL notificadas para las actividades de tratamiento fue considerablemente mayor que el número esperado de casos según los resultados de las encuestas sobre nutrición. Las raciones complementarias para las MEL que visitan servicios de salud reproductiva solo se han distribuido ocasionalmente por el PMA, por lo que su efecto directo esperado (mejora en el estado nutricional de mujeres embarazadas y niños) y el efecto indirecto deseado (mejora en la tasa de utilización de servicios de atención prenatal y de atención posnatal) se han visto alterados.

39. Además, desde 2017, el PMA ha apoyado el Comitato Italiano per le Sviluppo dei Popoli (CISP) en la producción del programa de TV «Cocinar con dignidad»¹² cuyo objetivo es ayudar a los refugiados en la utilización de la canasta básica alimentaria, al tiempo que sensibiliza sobre cuestiones de salud e higiene. Hay otras actividades de información, educación y comunicación (IEC) en los campamentos, pero estas son respaldadas principalmente por el ACNUR.

40. El PMA apoya los programas de nutrición y prioridades del Ministerio de Salud Saharaui, y las actividades se ejecutan en el marco institucional de salud nacional: el Programa Integral de Salud Infantil Saharaui (PISIS) para las actividades dirigidas a niños y el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) dirigido a mujeres embarazadas y lactantes. Las actividades son implementadas por el Ministerio de Salud Saharaui con fondos de colaboración del ACNUR y la CRA.

41. Hay tres documentos estratégicos y normativos clave sobre nutrición saharauí: (i) *La Estrategia de Nutrición Saharaui para 2009-2014*, preparada en 2009 por el Ministerio de Salud Saharaui con el apoyo de los organismos de las Naciones Unidas competentes (PMA, ACNUR) y la Ayuda de la Iglesia Noruega. La estrategia nacional se está revisando actualmente con el objetivo de extender el enfoque de la malnutrición a iniciativas multisectoriales. ((ii) *Guías prácticas para PISIS*, preparadas en 2010 tras la

¹¹ Reunión ACNUR-PMA en julio de 2013, tal como se describe en el informe de la reunión trilateral de mayo de 2014.

¹² Este proyecto utiliza una iniciativa anterior, financiada en 2012 por el ACNUR, destinada a la «compra e instalación de una cocina pedagógica en la que muestran a las familias saharauíes cómo se cocina el alimento seco y cómo se complementa con productos frescos».

aplicación del primer protocolo de atención terapéutica comunitaria para la MAG en 2008, con MDM apoyando al Ministerio de Salud Saharai bajo la coordinación global del ACNUR. El documento aún no se ha actualizado, aunque el tratamiento dietético de la MAM ha cambiado para utilizar suplementos alimenticios listos para consumir (SALC).¹³ (iii) *Protocolo de nutrición para MEL*, preparado en 2014 a través de amplias consultas entre el PMA y el ACNUR, con el objetivo de traspasar del ACNUR al PMA el manejo de PNE. Según el protocolo, solo las MEL malnutridas reciben una ración mensual de tratamiento de CSB+, azúcar y aceite, mientras que las no malnutridas recibirían alimentos adicionales sujetos a la disponibilidad de recursos. La ración cubriría las mayores necesidades calóricas de las mujeres embarazadas durante el segundo trimestre de embarazo hasta 6 meses después del parto.

42. Los componentes de nutrición de la OPSR responden a las recomendaciones de la Política nutricional del PMA (2012) y otros documentos normativos internos pertinentes de dicho programa, incluidos los que se derivan de acuerdos globales con otros organismos de la ONU como el Memorando de entendimiento (MdE) del PMA- ACNUR, 2011 y el Acuerdo tripartito entre el PMA, el ACNUR y la Media Luna Roja argelina (Croissant Rouge Algérien, CRA), propio de la OPSR Argelia.

43. El PMA se está esforzando por integrar la perspectiva de género en esta operación. En 2016, para promover aún más la igualdad de género, el PMA creó una red de género y empezó a diseñar un plan de acción de género para adaptar la ayuda alimentaria a las diferentes necesidades y capacidades, fomentará la participación igualitaria de hombres, mujeres, niñas y niños en los proyectos del PMA, y asegurará que la ayuda alimentaria no dañe la seguridad, la dignidad y la integridad de los refugiados. Sin embargo, no queda claro en qué evaluación de género se basa el plan de acción para la igualdad de género.

1.4. Metodología de evaluación y limitaciones

44. La evaluación se llevó a cabo entre octubre de 2017 y marzo de 2018 por un equipo de tres expertos y un especialista audiovisual para el componente de Fotovoz. El EE estaba compuesto por un especialista en nutrición, un experto en asuntos humanitarios y un analista de datos. La fase de recogida de datos tuvo lugar del 19 de noviembre al 7 de diciembre, y del 6 al 16 de diciembre para el componente de Fotovoz (más detalles en el anexo 5 de la Agenda de la Misión). Las dificultades de calendario hicieron que el trabajo sobre el terreno se realizase simultáneamente con la fase inicial, por lo tanto, sin haberse completado el informe inicial (II).

45. La evaluación se centra en responder tres series de preguntas clave:

- **Pregunta clave 1 - ¿En qué medida es idónea la intervención?** Pertinencia, idoneidad, conectividad y coherencia de objetivos y elección de actividades y productos alimenticios y nutricionales especializados, incluidos el análisis del marco lógico de intervención revisado, de conformidad con el plan estratégico 2014-2017 del PMA y la satisfacción de las necesidades percibidas por la población.
- **Pregunta clave 2 - ¿Cuáles son los resultados de la intervención?** Desempeño y resultados, incluido el análisis de los productos de la operación y de los resultados nutricionales, la puntualidad de las acciones y los efectos imprevistos.
- **Pregunta clave 3 - ¿Por qué y cómo ha producido la intervención los resultados observados?** Factores externos e internos que informan del desempeño y los resultados, incluidas la coordinación sectorial e intersectorial.

¹³ El documento PISIS aún recomienda, para el tratamiento de la MAM en menores de 5 años, la mezcla de CSB, aceite y azúcar, mientras que, desde 2014, se administran SALC.

46. La evaluación utilizó un **enfoque de método mixto**, con datos primarios y secundarios tanto cualitativos como cuantitativos, y utilizando las herramientas apropiadas (véanse los anexos 6 a 9 sobre Métodos de evaluación y herramientas) para garantizar mayor cobertura entre las partes interesadas.¹⁴ Para extraer la información necesaria de las fuentes existentes, incluso la revisión y el análisis de datos secundarios, el EE llevó a cabo un exhaustivo examen documental de todos los documentos relevantes (ver anexo 10 Documentos revisados). Durante la recogida de datos, se realizaron entrevistas individuales con informantes clave, y el EE documentó las percepciones de los beneficiarios a través de los GDD, utilizando un muestreo intencional para evaluar la satisfacción, así como los resultados de género y los efectos y problemas inesperados. Las observaciones y visitas sobre el terreno evaluaron la conformidad de determinados procedimientos e infraestructuras con normas y directrices internacionales relacionadas con la nutrición. Por último, las técnicas de storytelling y Fotovoz se centraron en entornos específicos para reflejar la variedad de factores contextuales que influyen en los productos y los resultados. La validez de los datos se garantizó mediante la triangulación de fuentes y métodos, y los datos cuantitativos disponibles se analizaron estadísticamente utilizando métodos descriptivos y/o pruebas estadísticas básicas, teniendo en cuenta la poca validez y fiabilidad de los datos disponibles.

47. Se desarrolló una Matriz de Evaluación (ME) (anexo 11) para responder a las preguntas y subpreguntas de evaluación y cubrir los criterios de los TdR de la ED. Esta matriz facilitó el análisis de los resultados individuales y, al combinar y triangular varias fuentes, produce la síntesis de los datos recogidos para cada pregunta, subpregunta e indicador, a partir de la cual se elaborará el informe en forma de matriz empírica. La lentitud y la irregularidad de los documentos recibidos impidieron su cumplimiento, aunque la redacción del informe dependía de ellos y se incorporaron directamente las evidencias.

48. La cuestión de la IGEM se integró en todo el proceso de evaluación y algunas subpreguntas se centraron en ello. Se utilizó la discriminación positiva para garantizar que el proceso de evaluación tuviera en cuenta las cuestiones de género. Como las mujeres son las principales partes interesadas en la asistencia alimentaria, se las consultó especialmente entre el grupo de beneficiarios.¹⁵

49. A lo largo del análisis, la evaluación se ha centrado en aportar pruebas y vincularlas directamente a las recomendaciones para contribuir a la reformulación de los componentes nutricionales de la OPSR así como dar respuesta a los requisitos de la nueva hoja de ruta integrada corporativa que conduce a la planificación estratégica a nivel nacional y el PEP provisional de transición 2018. La evaluación ayudará a la OP del PMA a rediseñar su función en materia de nutrición en el contexto saharauí mediante una amplia consulta con todas las partes interesadas. También permite destacar las funciones, responsabilidades y formas de contribución a los sectores de seguridad alimentaria y nutrición en un esfuerzo conjunto por mejorar la nutrición. A lo largo del análisis, la evaluación se ha centrado en aportar pruebas para informar sobre la reformulación de los componentes nutricionales de la OPSR así como en dar respuesta a los requisitos de la nueva hoja de ruta integrada corporativa que conduce a la planificación estratégica a nivel nacional (especialmente en relación con los ODS 2 y 2) y la formulación del próximo PEP provisional de transición durante el 2018. La evaluación ayudará pues a la OP del PMA a rediseñar su función en materia de nutrición en el contexto saharauí mediante una

¹⁴ El EE planificó inicialmente una encuesta de opinión, pero debido a limitaciones de tiempo y dificultades logísticas, los datos recogidos se consideraron insuficientes y, por lo tanto, no fiables para un análisis en profundidad.

¹⁵ Los grupos seleccionados liderados por el EE se hicieron exclusivamente con mujeres. Sin embargo, los ejercicios de Fotovoz y Storytelling permitieron un enfoque equilibrado en cuanto al género.

amplia consulta con todas las partes interesadas. También permite destacar las funciones, responsabilidades y formas de contribución a los sectores de seguridad alimentaria y nutrición en un esfuerzo conjunto por mejorar la nutrición.

1.5. Limitaciones y riesgos

50. DARA y el EE desean destacar una serie de limitaciones y riesgos identificados a lo largo de la evaluación que influyeron en la aplicación de la ED.

- La documentación requerida para el examen documental se recibió tarde, y gran parte de los documentos llegó durante la fase de presentación de informes. Algunos documentos estaban incompletos o sin fecha, y hubo que dedicar un tiempo al seguimiento de la información y la verificación cruzada de las fuentes. En el anexo 10 se proporcionan más detalles sobre las incoherencias en la documentación recibida.
- El lanzamiento del proceso de evaluación se retrasó por varias razones. Sin embargo, dado que la OP estaba dispuesta a utilizar los resultados de la evaluación para el proyecto de la nueva OPSR en 2018, y que el equipo tenía restricciones de disponibilidad, la visita sobre el terreno para recoger datos comenzó antes de que el informe inicial se hubiera finalizado y validado, lo que consumió un tiempo crucial durante la fase de recogida de datos del EE.
- Durante la investigación sobre el terreno, las oficinas del PMA estaban ocupadas ayudando a varias misiones y desarrollando otras actividades de cierre de ejercicio y presentación de informes. Además, el personal clave estaba de vacaciones o en el extranjero en el momento de la visita del EE. Por lo tanto, el EE compartió muy poco tiempo con el personal del terreno, y contó con un apoyo mínimo o nulo del PMA a la hora de planificar las visitas a los campamentos y llevarlas a cabo.
- Viajar desde y hacia Tinduf lleva mucho tiempo debido a los procedimientos de seguridad. Las reuniones con los homólogos del PMA en el terreno, así como las visitas a los campamentos y los GDD, se vieron facilitadas en gran medida por el hecho de que el EE estaba basado en Rabuni. Sin embargo, el EE no estaba bajo la supervisión de seguridad de la ONU sino bajo la seguridad saharauí, por lo que resultó difícil y engorroso hacer visitas a Tinduf para reunirse con los actores del PMA o del ACNUR allí establecidos.
- La disponibilidad y fiabilidad de los datos son limitaciones específicas del contexto de los refugiados saharauíes. La generación de datos sanitarios por parte de las estructuras sanitarias saharauíes y su recolección mediante un sistema de información sanitaria formal y eficiente solo se producen desde 2016. Como detalla el informe, otros datos, sobre poblaciones vulnerables por ejemplo, son políticamente sensibles y, por lo tanto, no están disponibles.
- El EE pretendía explorar los vínculos causales entre los cambios contextuales observados y los componentes nutricionales de la OPSR e identificar explicaciones plausibles así como posibles influencias con relación a los cambios observados a través del **análisis de contribución**, como se indica en el II. Sin embargo, la cohabitación de múltiples proyectos y actores trabajando para obtener los mismos resultados, la influencia de varios productos acumulados a lo largo del tiempo y otras dificultades encontradas (falta de datos de referencia fiables, sistemas de supervisión dudosos, ausencia de documentación exhaustiva sobre la lógica de diseño y ejecución del proyecto, y la memoria institucional imperfecta, tanto en el PMA como en las partes interesadas) han impedido el proceso de reconstrucción necesario para evaluar la contribución del PMA en los cambios en los resultados nutricionales.

2. Resultados de la evaluación

51. Esta sección recopila los resultados de la evaluación y está estructurada en base a los criterios de evaluación, integrando cada una de las preguntas y subpreguntas de evaluación correspondientes de la ME: Idoneidad, pertinencia, coherencia, conectividad y factores que afectan el rendimiento y los resultados. Una subsección final presenta resultados sobre la coordinación.

2.1. Idoneidad y pertinencia de los componentes nutricionales de la OPSR

Recuadro 1. Resultado clave 1:

En cuanto al diseño, los componentes nutricionales de la OPSR son pertinentes, adaptados al contexto saharauí, e idóneos para cubrir las necesidades de la población a la que va destinada el proyecto. Sin embargo, aunque las necesidades de la población se evalúan periódicamente y las recomendaciones de estudios y encuestas indican la necesidad de adaptar los planes operativos a las vulnerabilidades propias del grupo de población, la OPSR no ha integrado las necesidades específicas (edad, sexo o ubicación) identificadas por las distintas MEC y encuestas sobre nutrición llevadas a cabo en los campamentos durante el periodo evaluado.

52. Esta sección presenta en qué medida el proyecto y las consiguientes adaptaciones de los componentes nutricionales de la OPSR se ajustan a las necesidades de los grupos destinatarios: mujeres, niñas, niños, hombres, mujeres embarazadas y lactantes.

53. El PMA lleva a cabo periódicamente encuestas sobre nutrición y la MEC¹⁶ conjuntamente con el ACNUR y sus socios operativos para identificar necesidades nuevas o recurrentes. La OPSR fue inicialmente diseñada en base a los resultados de la MEC de 2011, así como de la encuesta sobre nutrición de 2010¹⁷ y las tendencias de los indicadores nutricionales. La MEC de 2011 recomendaba la asistencia continuada a la población a través de la DGA, la alimentación escolar y las intervenciones nutricionales. También recomendaba mejorar el componente de sensibilización de los programas de nutrición. La encuesta sobre nutrición de 2012 recomendaba proseguir las actividades de prevención y tratamiento para mantener los resultados positivos y abordar los problemas de anemia y retraso del crecimiento. Como resultado, el PMA decidió continuar con los mismos componentes nutricionales durante todo el periodo.

54. Las recomendaciones de la encuesta¹⁸ indican la necesidad de integrar actividades nutricionales dentro de los marcos normativos y, en el último ejercicio, la necesidad de prevenir nuevas interrupciones en la adquisición de PNE y la discontinuidad de las actividades relacionadas. Otras recomendaciones se refieren a la plena aplicación del protocolo para MEL de 2014, ya que el PMA no garantizó la regularidad en la adquisición de raciones adicionales. La diversidad de las raciones alimentarias, la responsabilidad compartida (PMA para DGA y ACNUR para productos frescos), la estabilidad de las distribuciones y la necesidad de garantizar la distribución de alimentos enriquecidos (o ricos en micronutrientes) son problemas constantes. Además, hay recomendaciones sobre la necesidad de integrar las intervenciones de autosuficiencia y estudiar

¹⁶ Las evaluaciones consideradas en el alcance de esta evaluación son tres estudios de MEC llevados a cabo en 2011 (utilizados para el proyecto de la OPSR), 2013 y 2016 (informe final no validado por las autoridades saharauí); y tres encuestas sobre nutrición llevadas a cabo en 2010 (utilizadas en el proyecto de la OPSR), 2012 y 2016. La última era prevista para el otoño de 2015, pero se pospuso hasta 2016 debido a las inundaciones de octubre y al Congreso Polisario en diciembre.

¹⁷ Las recomendaciones de la encuesta sobre nutrición de 2012 y el estudio de impacto de las intervenciones de prevención de la anemia aún no se habían validado durante las discusiones iniciales sobre el proyecto de la OPSR.

¹⁸ En los anexos 12 y 13 se puede encontrar un resumen de las recomendaciones de las encuestas pertinentes y de las MEC.

alternativas a las transferencias de alimentos en especie¹⁹ para mejorar la ingesta de alimentos. La necesidad de revisar y mejorar los sistemas y herramientas de seguimiento de las actividades nutricionales aparece repetidamente como una prioridad desde 2012.

55. Además de las encuestas y las evaluaciones conjuntas, los datos de seguimiento de los programas se recogen mensualmente mediante ejercicios de seguimiento posterior a la distribución (SPD), que miden indicadores básicos de nutrición y seguridad alimentaria. Los datos recopilados por el Ministerio de Salud Saharaui se utilizan para el seguimiento del PACS. Otra información contextual, valoraciones puntuales y evaluaciones ²⁰también se han incorporado a las decisiones y procesos operativos, aunque en algunos casos el EE no ha tenido acceso a informes o resultados concretos.

56. Desde 2013, se han realizado ocho modificaciones del documento del proyecto inicial (Resumen de la RP en el anexo 14), y la última RP se aprobó en abril de 2017, pero no se han observado cambios importantes en los componentes nutricionales de la OPSR durante el periodo. Una excepción se dio en 2014²¹ cuando el PMA tomó el relevo del ACNUR en el suministro de productos nutricionales especializados para la prevención y el tratamiento de la malnutrición y se prepararon nuevas directrices para el tratamiento de la malnutrición y la anemia en MEL, lo que dio lugar a un ajuste de las prácticas operacionales del PMA.

57. Si bien la encuesta sobre nutrición de 2010, hasta cierto punto la encuesta de 2012, y la MEC de 2011 dieron forma a su proyecto original, las consiguientes adaptaciones de la OPSR no parecen haber tomado en cuenta los resultados y recomendaciones de estudios posteriores. Tanto las MEC como las encuestas sobre nutrición han mostrado diferencias constantes en las vulnerabilidades (malnutrición, inseguridad alimentaria, pobreza) entre campamentos, grupos de edad, género o condiciones socioeconómicas.²² A pesar de la evidencia, el PMA no adaptó la programación ni modificó la orientación de las intervenciones. Otras recomendaciones de la MEC 2011 y 2013 se centran en la necesidad de estudiar modalidades alternativas de transferencia para la asistencia alimentaria que solo adopta la RP#4, con la creación de una partida presupuestaria destinada a evaluar las transferencias de efectivo y cupones, que finalmente se aplicó en 2015. Al final de 2017 todavía no se había aplicado ninguna intervención piloto.

58. Desde el punto de vista programático, la evaluación corroboró que el PMA había realizado esfuerzos para garantizar la cobertura de las necesidades específicas de los grupos destinatarios, como durante el período del Ramadán (como se recomienda en la MEC de 2011). Según las fichas de países para 2015, 2016 y 2017, a pesar de las limitaciones de financiación, el PMA logró distribuir raciones adicionales (dátiles) gracias a las donaciones en especie de Arabia Saudita. Pero parece que no se hicieron otras adaptaciones a la OPSR. Por ejemplo, la región donde se encuentran los campamentos de refugiados está sujeta a temperaturas extremas, 50 °C en verano y 6 °C en invierno, lo que tiene consecuencias significativas sobre la vida diaria y las necesidades nutricionales y alimentarias de la población. La evaluación no encontró documentación ni recibió ningún

¹⁹ Se propusieron transferencias en efectivo, y una evaluación inicial financiada por la Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas (ECHO) que se realizó en 2015 las recomendaba, pero a finales de 2017 todavía no han sido aplicadas.

²⁰ El estudio de impacto del programa de prevención de la anemia (ACNUR-PMA, 2012) o la Encuesta de hábitos nutricionales en los campamentos de refugiados saharauis (CRE-AECID, 2016).

²¹ Como ya estaba previsto en el documento del proyecto de 2013 y confirmado más adelante en la RP#2.

²² También se han publicado pruebas en documentos científicos, por ejemplo, en Dietary diversity is related to socioeconomic status among adult Sahrawi refugees living in Algeria (La diversidad dietética está relacionada con el estatus socioeconómico de los refugiados saharauis adultos que viven en Argelia). Morseth et al. BMC Public Health (2017) 17:621 DOI 10.1186/s12889-017-4527-x. El estudio se realizó con datos recogidos a través de una encuesta transversal realizada entre septiembre y octubre del 2014.

comentario durante las entrevistas con respecto a modificaciones de las raciones básicas de DGA basadas en estas condiciones climáticas adversas.²³

59. Además de las encuestas sobre nutrición y de la MEC, parece que se habían previsto varios estudios para comprender mejor las necesidades de los grupos destinatarios y, por lo tanto, para actualizar la OPSR, pero parece que no se han producido. Por ejemplo, la OPSR indica ²⁴que se evaluará las formas de abordar el suministro inadecuado de alimentos frescos por parte de los socios; y de manera similar, la RP#8 afirma que se realizarán diferentes análisis de género, protección y edad para configurar el programa.²⁵ Pero parece que ninguno de ellos se llevó a cabo, ya que no se compartió información con el EE ni se comunicaron los resultados específicos. Otro ejemplo es el estudio de cobertura para el Programa de alimentación complementaria selectivo (PACS) anunciado en el Informe normalizado de proyecto 2014 (INP) para 2015.

60. La evaluación también observó una falta de datos sobre grupos que no son directamente objeto de los componentes nutricionales de la OPSR o que no están cubiertos por las encuestas sobre nutrición estándar (es decir, niños en edad escolar y gente mayor), aunque varios documentos ²⁶mencionan su necesidad. Del mismo modo, la evaluación no tiene conocimiento de ninguna valoración llevada a cabo durante el periodo evaluado que abordara las tasas cada vez más altas de sobrepeso y obesidad en las mujeres y el riesgo metabólico asociado. Asimismo, las diferencias en los indicadores entre los campamentos o entre los hogares parecen no haber sido tomadas en cuenta a la hora de programar los componentes nutricionales de la OPSR. Las intervenciones y actividades se han mantenido idénticas para todos los campamentos, en contra de las recomendaciones de la MEC de 2016.

61. La evaluación también identificó situaciones en las que el PMA no ha aplicado su programa como se establece en los documentos del proyecto y sus modificaciones posteriores. En este informe se analizarán dos ejemplos: (i) el incumplimiento del protocolo para MEL que fue revisado bajo el liderazgo del PMA, y que el PMA solo respaldó esporádicamente con las raciones de alimentos adicionales estipuladas para MEL, y (ii) la gestión de los déficits financieros que llevaron a un alto en el suministro de productos enriquecidos dentro de la ración alimentaria básica, y la interrupción en la distribución de los PNE.

62. En esta evaluación se observó que el documento de la OPSR detalla en su análisis de situación el fuerte papel de las mujeres en la sociedad saharauí y el hecho que la mayoría de cabezas de familia son mujeres. La respuesta de la OPSR es garantizar la seguridad alimentaria y cumplir con las necesidades nutricionales mínimas de los refugiados más vulnerables, pero no especifica cómo se adaptará la programación a las mujeres y sus necesidades específicas. A pesar de la debilidad estratégica en el análisis de género y la programación, el PMA se está esforzando por integrar la perspectiva de género en sus operaciones futuras, como se puso de manifiesto durante las entrevistas con el personal del PMA.

²³ MEC del PMA y ACNUR Argelia 2013.

²⁴ La página 3 del documento

²⁵ de la RP#8 del PMA establece: «Inicialmente, se prevé una ronda de distribución de dos meses como prueba piloto en el campamento de Laayun tras completar un análisis de género y de protección»; en la página 4 se expone: «El análisis de género informará de los beneficiarios destinatarios y de la identificación de los refugiados vulnerables, así como de las consideraciones de protección bajo la modalidad de transferencias en efectivo.» Finalmente, señala: «Se realizará un análisis de género y edad para identificar los grupos prioritarios para las intervenciones.»

²⁶ Informes de encuestas sobre nutrición, INP de la operación, etc.

Principales resultados sobre pertinencia e idoneidad

63. El proyecto de la OPSR de Argelia se basó en tasas de nutrición y resultados de seguridad alimentaria recientes, demostrando las tendencias positivas en algunos indicadores nutricionales. Sin embargo, el documento de la operación no recoge ninguna referencia en relación a las lecciones aprendidas o los logros de la operación anterior. Los representantes de las ONG que fueron entrevistados consideraron que el programa era apropiado y que se adaptaba al contexto. Sin embargo, mencionaron que no se les consultó en la redacción de la OPSR. Aunque esto no es un requisito para el PMA, podría ser una oportunidad para fortalecer las alianzas y la apropiación. Muchos también destacaron un problema de planificación con respecto a la cifra de población vulnerable con derecho a recibir ayuda, especialmente porque las actividades nutricionales se planificaron según el número de personas elegibles del programa del ACNUR en ese momento.

64. De forma constructiva, el PMA decidió fomentar un conjunto idéntico de actividades nutricionales, a pesar de que la situación había mejorado durante los años previos al diseño de la operación; tomando en consideración el hecho de que los refugiados seguirían teniendo inseguridad alimentaria y dependiendo en gran medida de la ayuda humanitaria externa, así como la presencia constante de factores agravantes, como la precariedad del abastecimiento de agua y saneamiento, las prácticas deficientes de alimentación del lactante y del niño pequeño (ALNP) y los riesgos adicionales para la salud.

65. Pero las necesidades de la población destinataria no han evolucionado entre 2013 y 2017 y las ocho RP aplicadas se deben principalmente a los requisitos «internos» del PMA, y no a las nuevas necesidades identificadas o agravadas de la población destinataria. El único cambio operativo importante en los componentes nutricionales de la OPSR fue en 2014, cuando el PMA relevó al ACNUR en el suministro de productos nutricionales para la prevención de la malnutrición crónica y la anemia.

66. Aunque las condiciones alimentarias y nutricionales generales de la población se evalúan periódicamente mediante las encuestas de la MEC y sobre nutrición, hay una falta de información sobre el estado nutricional de grupos que no son directamente objeto de actividades nutricionales respaldadas por el PMA (es decir, niños en edad escolar y gente mayor), o cuyo estado nutricional conlleva serios problemas de salud pública, como la obesidad y el riesgo metabólico.

67. Si bien la función del PMA en la aplicación de las recomendaciones en materia de nutrición es limitada, la agencia tiene plena responsabilidad en el cumplimiento de las recomendaciones relacionadas con los alimentos, tanto por su propio mandato como por su función principal en las intervenciones de coordinación del sector alimentario para garantizar una provisión adecuada de ayuda alimentaria a los refugiados. Aun así, aunque los estudios han señalado las diferentes necesidades existentes entre los grupos de edad, género o ubicación, y las principales partes interesadas las han corroborado, estas aún no se han tenido en cuenta en la programación de la operación por parte del PMA u otros actores. Esta situación cuestiona los mecanismos actuales para el seguimiento de las recomendaciones formuladas por encuestas o evaluaciones de contexto.

2.2. Coherencia y conectividad de los componentes nutricionales de la OPSR

Recuadro 2. Resultado clave 2:

Los componentes nutricionales de la OPSR son coherentes con los objetivos operacionales y con los marcos estratégicos del PMA (2008-2013, 2014-2017) y la

orientación general del PMA. Sin embargo, la integración interna de los componentes de la OPSR es débil y no se persigue la complementariedad. Los componentes nutricionales son coherentes con las prioridades y los documentos normativos del Ministerio de Salud Saharaui, pero fallan en la aplicación, principalmente por las limitaciones financieras. Los componentes nutricionales son coherentes con las intervenciones del resto de los actores del sector y de otras partes interesadas, pero las sinergias operativas y la complementariedad son débiles. La OPSR no toma medidas específicas de género, por lo que necesita un análisis más en profundidad para incorporar estos temas en su programa.

68. Esta sección describe en qué medida los componentes nutricionales son internamente coherentes con los objetivos globales de la OPSR y, externamente, su conformidad con las políticas de las autoridades saharauis, los planes estratégicos y marcos corporativos del PMA, las políticas sectoriales, así como su coherencia con los enfoques e intervenciones de partes interesadas clave y socios del sector. La última subsección describe los resultados de los GDD sobre las opiniones de la población en cuanto a la medida en que la OPSR satisface sus necesidades percibidas.

Coherencia interna

69. La evaluación constató que los objetivos de la OPSR y sus componentes nutricionales eran coherentes. Cada objetivo de la operación tiene un componente que está en consonancia con las actividades operativas estándar del PMA, detalladas en la tabla 2.

Tabla 2. Objetivos y componentes de la OPSR Argelia

Objetivo de la OPSR	Componentes
Mejorar el consumo de alimentos entre los refugiados más vulnerables a través de la asistencia alimentaria	Distribución general de alimentos (DGA)
Reducir la malnutrición aguda y la anemia en niños menores de 5 años y en MEL a través de intervenciones nutricionales selectivas	Prevención y tratamiento de la desnutrición y la anemia
Mantener la matriculación y asistencia de los niños a la escuela a través de la alimentación escolar	Alimentación escolar

70. Sin embargo, existe una contradicción entre la OPSR y el modus operandi general del PMA, ya que los objetivos y actividades actuales se parecen más a los de una operación de emergencia que a los de una OPSR. Una OPSR reconstruye después de una emergencia y se elabora cuando queda claro que la asistencia de 24 meses proporcionada en virtud de una operación de emergencia no será suficiente. En 2015-16, el PMA comenzó a explorar nuevas modalidades de asistencia y, en 2017, las reflexiones sobre una nueva estrategia y una evaluación de la operación apuntan hacia el desarrollo de los componentes para que estén más en línea con los de una OPSR.

Coherencia externa

71. Los componentes específicos de nutrición de la OPSR se alinean y son compatibles con las **prioridades, políticas y los programas del Ministerio de Salud Saharaui**, y se aplican dentro del marco institucional del PISIS del Ministerio de Salud Saharaui, al igual que todas las actividades nutricionales desarrolladas en los campamentos. Las estructuras del sistema de salud constituyen el canal de prestación de estas actividades. Sin embargo, el PMA, activo mientras preparaba documentos normativos clave,²⁷ no logró su completa aplicación y minó la coherencia de los componentes nutricionales con las políticas de las autoridades saharauis.

²⁷ La Estrategia de Nutrición Saharaui para 2009-2014: Preparada en 2009 por el Ministerio de Salud Saharaui, con el apoyo de los organismos de las Naciones Unidas competentes (PMA, ACNUR) y la Ayuda de la Iglesia Noruega; *Guías prácticas para PISIS*:

72. Los objetivos específicos de la OPSR en el proyecto se ajustaron al **Plan estratégico del PMA** (2008-2013) y se reajustaron en 2015, a través de la RP#5, al nuevo Plan estratégico 2014-2017. La actualización no implicó cambios en las actividades desde el punto de vista programático de la OPSR, sino en su marco lógico (ML), que presenta objetivos y nuevos indicadores (productos y resultados). El ML revisado presta mayor atención a los temas transversales clave (género, asociaciones, protección y rendición de cuentas).

73. Los componentes nutricionales de la OPSR se ajustan bien a las cinco áreas²⁸ recomendadas por la **política nutricional del PMA** (2012), a pesar de que algunos puntos de esa política no se hayan seguido, debido a las decisiones operacionales que se tomaron por la situación de financiación. Del mismo modo, el contenido teórico de las raciones alimentarias distribuidas (DGA y productos frescos) respetó las recomendaciones internacionales en cuanto a su valor calórico y nutricional (macro y micronutrientes), pero las dificultades presupuestarias alteraron de nuevo y seriamente la diversificación y calidad de la DGA, lo que provocó una disminución en la ingesta básica de micronutrientes. Estas mismas decisiones han llevado a la OP a priorizar la canasta básica frente al suministro de PNE para el tratamiento y la prevención de la malnutrición y las deficiencias de micronutrientes, que durante largos periodos de tiempo no se han distribuido.

74. El PMA en su **Política en materia de género** (2015-2020), se ha comprometido a integrar «la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres en toda su labor y todas sus actividades a fin de atender las distintas necesidades en materia de seguridad alimentaria y nutrición de mujeres, hombres, niñas y niños».²⁹ Dado que el PMA en Argelia está llevando a cabo amplias distribuciones generales (basadas en la situación), la DGA no se ha adaptado a las diferentes necesidades, como se destaca en la sección 1.2. El programa para MEL está dirigido a mujeres, pero esto no confirma que la asistencia alimentaria se haya adaptado a las diferentes necesidades; es más bien un requisito funcional y esencial del componente. El empoderamiento de las mujeres es un asunto crítico, pero en el contexto saharauí, donde las mujeres juegan un papel clave en la toma de decisiones y la gestión de la distribución de alimentos (tanto ahora como históricamente), el impacto específico de género de la operación es débil y difícil de medir. La sección 2.3 trata del impacto específico de género de la OPSR.

75. Los avances actuales en materia de género en la oficina del PMA son positivos y apropiados: recientemente se estableció una Red de seguimiento de los resultados en materia de igualdad de género, compuesta en Argelia por siete empleados de cada unidad operacional. Parece ser que no ha habido mucha actividad, aparte de la configuración, pero este es un paso positivo. Se redactó un borrador de un plan de acción para la igualdad de género a finales de 2016, pero nunca se finalizó / aprobó. En 2017, la OP tenía previsto participar en el Programa de transformación de las relaciones de género, que incluye un ejercicio de incorporación de la perspectiva de género. Se llevaron a cabo los preparativos iniciales, pero la aplicación real se retrasó hasta 2018. En noviembre de 2017, estaba prevista una misión de desarrollo de las capacidades por parte de la oficina regional en El Cairo para los miembros de la Red de seguimiento de los resultados en materia de igualdad de género. Sin embargo, una vez más debido a la carga de trabajo, se

Preparadas en 2010 tras la aplicación del primer protocolo de atención terapéutica comunitaria para la MAG en 2008, y el *Protocolo de nutrición para MEL*: Preparado en 2014 a través de un amplio proceso de consulta dirigido por el PMA y el ACNUR

²⁸ Tratar la malnutrición aguda moderada, prevenir la malnutrición aguda y crónica, abordar deficiencias de micronutrientes y fortalecer el enfoque nutricional en programas cuyo objetivo principal no es nutricional (intervenciones relacionadas con la nutrición).

²⁹ Política en materia de género (2015-2020), WFP/EB.A/2015/5-A, pág. 2.

volvió a retrasar hasta 2018. Todos ellos son avances positivos e importantes, pero es fundamental que la oficina del PMA los aplique.

76. Finalmente, las Necesidades Humanitarias de los Refugiados Saharauis para 2016-2017 destacan la prevención de la violencia sexual y de género como un tema al que prestar atención en lo que se refiere a la protección, la asistencia sanitaria e higiénica para las mujeres en edad reproductiva y la ayuda nutricional para las MEL.³⁰ Sobre el papel, el PMA tiene una estrategia para abordar las cuestiones de género, que también abarcaría la protección, pero en el periodo evaluado, parece que se hizo poco. Como señal alentadora, el EE asistió a una presentación sobre los planes del PMA para abordar la protección.

77. En línea con la **Política en Materia de Protección Humanitaria**, de 2012 del PMA, la protección y la rendición de cuentas ante las poblaciones afectadas se introdujeron en el ML de la operación cuando se actualizó en 2015. Los campamentos son generalmente seguros y no presentan grandes problemas de seguridad. Las dificultades en este sentido provienen sobretodo del duro entorno desértico y del acceso limitado a las infraestructuras básicas. En 2013³¹ el PMA aumentó la cantidad de puntos de distribución de DGA. Esta iniciativa permitió reducir tanto el tiempo de espera como la distancia recorrida para llegar a estos puntos de distribución y llevar los productos básicos a casa, disminuyendo a su vez los posibles riesgos de seguridad. Sin embargo, el análisis de protección solo aparece en la RP#8 (abril de 2017) en el contexto de la aplicación de transferencias en efectivo.

78. Existe coherencia entre los componentes nutricionales de la OPSR del PMA y las **intervenciones nutricionales aplicadas por otras partes interesadas**, debido a los acuerdos bilaterales y tripartitos entre organismos de las Naciones Unidas, el Gobierno argelino representado por la CRA, las autoridades saharauis representadas por la MLRS y bajo la supervisión del ACNUR.

79. Dentro del sector alimentario, desde el inicio de la OPSR se ha perseguido la **complementariedad** entre las raciones secas básicas (DGA) distribuidas por el PMA y las raciones complementarias de alimentos frescos proporcionadas por otros actores (Cruz Roja Española - CRE y Oxfam). Las distribuciones se llevan a cabo de manera coordinada (es decir, el mismo día, en el mismo lugar) ya que las organizaciones se informan mutuamente de sus planes mensuales. La percepción de los beneficiarios sobre la complementariedad dentro del sector alimentario es positiva (Recuadro 3).

Recuadro 3. Opiniones de los beneficiarios durante los GDD

Cuando se les preguntó acerca de la asistencia prestada, y especialmente la asistencia alimentaria del PMA, los beneficiarios destacaron la buena complementariedad entre las organizaciones involucradas. Destacaron la función de la MLRS en la distribución de alimentos, a través de las Jefas de Grupo (mujeres a cargo de la distribución), y la colaboración con Oxfam, que contribuye a una dieta más variada a través de la distribución de verduras.

80. **Las sinergias y las complementariedades** entre sectores son débiles. Hay muy pocas iniciativas operativas multisectoriales, a parte de la estrategia «WASH en las escuelas», la cual une los sectores de agua, saneamiento e higiene (WASH, por sus siglas en inglés), alimentación y educación. Sin embargo, se observa una tendencia positiva, como los recientes esfuerzos del ACNUR y el PMA para elaborar una estrategia

³⁰ Las Necesidades Humanitarias de los Refugiados Saharauis en Argelia 2016-2017 (junio de 2016), pág. 6.

³¹ INP 2014.

multisectorial y plurianual en la que las intervenciones se centren en abordar no solo las causas inmediatas de la malnutrición aumentando la cobertura de los programas nutricionales, sino también las causas subyacentes, mediante la creación de vínculos funcionales entre el sector de la nutrición y los sectores de WASH, educación y subsistencia.

81. El EE realizó un GDD con mujeres sobre sus **necesidades percibidas y la asistencia recibida**. En general, cuando se les preguntó su opinión, las participantes destacaron que estaban felices de que se les consultara y que esperaban que esto ayudara a mejorar la asistencia que recibían.

82. Los principales problemas planteados fueron la nula o escasa diversificación de las raciones, la pequeña cantidad y, a veces, las condiciones de entrega inadecuadas. En general, las mujeres expresaron que les gustaría recibir alimentos más abundantes y más variados. Por ejemplo, en el GDD se cuestionó la calidad del aceite, al igual que la falta de alimentos frescos, mientras que en las discusiones de Fotovoz fue la calidad del arroz lo que según señalaron las participantes había empeorado en los últimos meses. Tanto en el GDD como en las discusiones de Fotovoz, la cantidad de aceite, sal y azúcar siempre se consideró insuficiente (véase el anexo 15 para más detalles sobre los resultados de Fotovoz y storytelling).

83. En las discusiones, al reunir datos sobre el uso de la asistencia alimentaria, se destacó que tenían que recurrir cada vez más a la compra de alimentos para complementar sus raciones, principalmente para la preparación de salsas para acompañar los alimentos básicos; aunque muchos también señalaron que pocos hogares podían hacerlo. Para muchas, el aumento de comercios locales en los campamentos había compensado la reducción de la asistencia alimentaria. Las que tenían trabajo o que recibían fondos enviados por familiares en el extranjero estaban en mejores condiciones para satisfacer sus necesidades complementarias. Fue particularmente interesante observar que, a partir de las fotos tomadas por las participantes, muchas aprovecharon la oportunidad para poner en evidencia productos alimentarios valiosos que no se distribuían con frecuencia, como dátiles, pescado o macarrones.

Principales resultados sobre la coherencia y la conectividad

84. Los componentes nutricionales de la OPSR son definitivamente coherentes con los objetivos de la operación, pero la evaluación concluye que podrían beneficiarse de una mayor integración con el resto de los componentes de la operación. Su articulación actual, cada una respondiendo a un objetivo diferente y con resultados relacionados con estos diferentes objetivos, no favorece un fortalecimiento mutuo.

85. Aunque los componentes nutricionales de la OPSR son coherentes con las políticas y programas del Ministerio de Salud Saharai, el PMA no cumple plenamente sus disposiciones programáticas, como el protocolo saharai para MEL, revisado con la participación activa del personal técnico del PMA pero que solo se sostiene esporádicamente con las raciones de alimentos adicionales estipuladas para MEL a través de las demasiado frecuentes interrupciones en el suministro de PNE (consulte la sección 2.3 sobre Asistencia recibida).

86. La intervención cumple globalmente con el marco estratégico del PMA y la orientación general en materia de nutrición. Los cambios en el marco estratégico corporativo del PMA durante la aplicación de la OPSR no han supuesto cambios importantes en sus objetivos, y se han mantenido en su mayoría superficiales con respecto a los vínculos con los diferentes OE. En ocasiones, el PMA parece adaptar los proyectos actuales a nuevos marcos, en lugar de reformular el programa en profundidad.

87. El PMA en Argelia no ha aplicado adecuadamente sus políticas en materia de género y protección. Diseñar proyectos apropiados desde una perspectiva de género no es fácil, y no hay una solución aplicable a todas las situaciones. La OPSR aún no adopta medidas específicas de género, y se requiere un análisis de las vulnerabilidades que padecen las mujeres y los mecanismos locales de afrontamiento para que el PMA pueda incorporar estas cuestiones en su programa. Aunque no han surgido problemas clave de seguridad, existen pocos datos disponibles. Las Necesidades Humanitarias de los Refugiados Saharauis para 2016-2017 destacan la prevención de la violencia sexual y de género como un tema a tener en cuenta en lo que se refiere a la seguridad, así como a la asistencia sanitaria e higiénica para las mujeres en edad reproductiva y la ayuda nutricional a las MEL.³² El PMA debería coordinarse con las partes interesadas de otros sectores para lograr progresos. La oficina es plenamente consciente de esto y ha estado haciendo esfuerzos concertados para mejorar. Los pasos dados son alentadores, y el estudio de género previsto será crucial para los futuros esfuerzos de programación.

88. La responsabilidad de la aplicación de las actividades nutricionales no depende únicamente del PMA sino que es compartida entre varios actores. La colaboración positiva y valiosa entre los actores en el aspecto operacional de las actividades no se traduce en una mejor toma conjunta de decisiones a niveles más estratégicos. Dentro del sector alimentario se pueden encontrar escenarios similares. Aunque se ha perseguido la complementariedad entre el PMA y otros actores, lamentablemente no existe una planificación estratégica.

89. En general, las mujeres que participaron en los GDD se mostraron satisfechas con la asistencia recibida y no demasiado críticas con las condiciones en su distribución. Lo que pedían era más bien un aumento en la cantidad y la calidad de los productos alimenticios y una distribución más regular. En los dispensarios, la petición principal apuntaba a la continuidad del programa para garantizar un consumo de alimentos más adecuado para los beneficiarios.

2.3. Eficacia de los componentes nutricionales de la OPSR

Recuadro 4. Resultado clave 3:

Los productos, en términos de beneficiarios y asistencia prestada, se han visto afectados negativamente por las reiteradas interrupciones en el suministro debido a déficits financieros, al igual que la diversidad y el valor nutricional (energía y micronutrientes) de la asistencia alimentaria recibida por la población de refugiados. La interpretación de los resultados es compleja debido a la naturaleza desigual e incompleta de los datos disponibles y las cifras previstas para la población vulnerable siguen siendo un problema.

90. Esta sección presenta los resultados de la operación en términos de productos, cifras de planificación en desarrollo, beneficiarios reales y asistencia prestada para evaluar si se ha llegado a los grupos destinatarios de manera efectiva y oportuna. Se puede encontrar información detallada sobre la evolución mensual de las actividades nutricionales y asistencia alimentaria en el anexo 16 Eficacia.

Cifras previstas

91. En general, el número anual de beneficiarios previsto por actividades, grupos de edad y género no ha cambiado sustancialmente durante el periodo examinado, con las excepciones que se describen en la tabla 3 y el gráfico 2. Los niños menores de 5 años representan el 15 % de los beneficiarios a los que se dirige la intervención, el 44 % son

³² Las Necesidades Humanitarias de los Refugiados Saharauis en Argelia 2016-2017 (junio de 2016), pág. 6.

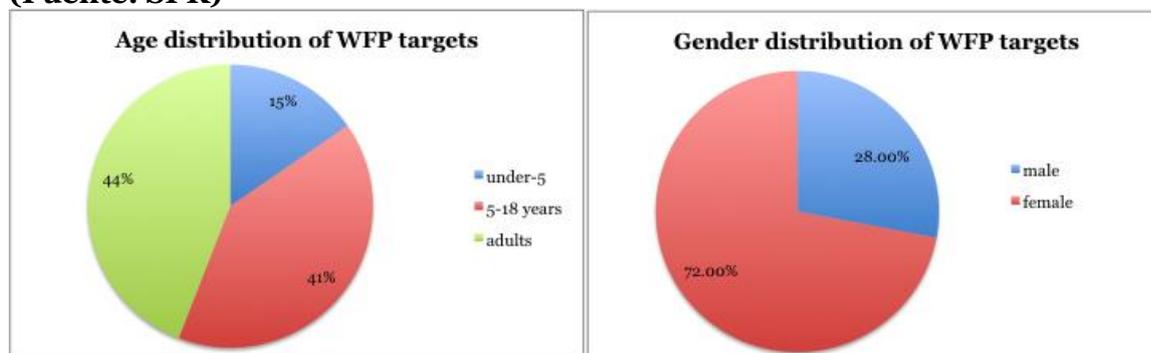
adultos mayores de 18 años y casi tres cuartas partes de los beneficiarios previstos por el PMA son niñas o mujeres.

Tabla 3. Cifras previstas por actividad para la OPSR 200301 de Argelia (Fuente: SPR)

activity	2013			2014			2015			2016		
	Girls / women	Boys / men	Total	Girls / women	Boys / men	Total	Girls / women	Boys / men	Total	Girls / women	Boys / men	Total
TSFP children	3000	3000	6000	900	900	1800	900	900	1800	900	900	1800
TSFP PLW	na	na	na	1000	na	1000	1000	na	1000	8000	na	8000
Prev. children	na	na	na	6600	6600	13200	6650	6650	13300	6650	6650	13300
Prev. PLW	na	na	na	6360	na	6360	6360	na	6360	6360	na	6360
GFD	75806	49154	124960	75806	49154	124960	75976	48984	124960	75976	48984	124960
School feeding*	15831	16069	31900	16371	16129	32500	16120	16380	32500	20412	20088	40500

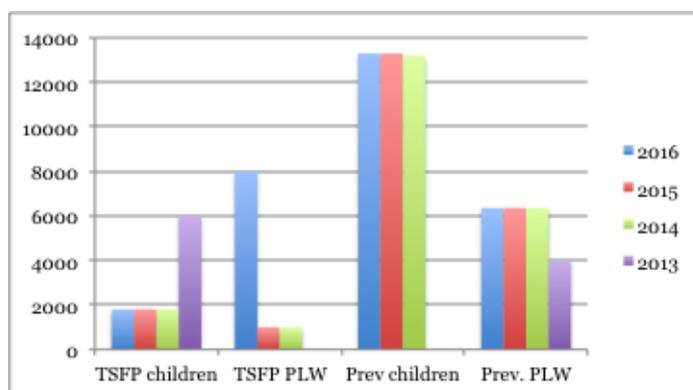
*Incluye objetivos de alimentación escolar en los centros de educación infantil y primaria

Gráfico 2. Distribución de los beneficiarios previstos de la OPSR por edad y sexo (Fuente: SPR)



92. El número previsto mensual de **raciones de DGA** se ha mantenido constante a lo largo de los años, tras los acuerdos con todas las partes involucradas que adoptaron la cifra objetivo de 125 000 raciones, calculada a partir del número de refugiados vulnerables que necesitan asistencia (90 000) más 35 000 raciones complementarias adicionales para cubrir la población total de refugiados estimada. La cifra la proporcionan las autoridades saharauis y no ha sido verificada de manera independiente por organismos de las Naciones Unidas.³³

Gráfico 3. Cifras previstas para los componentes nutricionales de la OPSR 200301 de Argelia



³³ Recientemente, ha habido intentos de cambiar esto y, tras una misión de alto nivel en abril de 2017, se estableció un grupo de trabajo sobre vulnerabilidad y se redactaron los TdR. Se informó al EE que, aparte de una primera reunión, el tema no había avanzado más.

(Fuente: SPR)

93. Con respecto a las actividades nutricionales (gráfico 3), en 2013, se seleccionaron 6000 niños por mes en actividades de tratamiento de la MAM. A partir de 2014, en previsión de una mejora en el proceso de cribado para el PACS, la cantidad de niños esperada en el programa se redujo a 1800, cifra que se ha mantenido constante desde entonces.

94. El número previsto de niños seleccionados para el componente preventivo se estimó en 2014 en 13 200. Durante los años restantes de la OPSR, el PMA tenía una previsión de 13 300 niños, aunque el EE no pudo encontrar una explicación que justificara este ligero aumento.

95. La RP#2 (agosto de 2014) preveía 1000 MEL para tratamiento de MAM pero esta decisión no fue bien recibida por las autoridades sanitarias saharauis³⁴, a pesar de los esfuerzos que se estaban realizando en ese momento para mejorar los vínculos con la atención prenatal existente a través de la elaboración de directrices integradas. Sin embargo, como la reducción esperada del número de MEL bajo el PACS nunca se pudo aplicar efectivamente, después de la RP#5 en 2016, las cifras previstas aumentaron a 6000.

96. Con respecto a la prevención de la anemia en MEL (distribución de MNP), se acordó en 2014 planificar 6360 MEL y las cifras se han mantenido similares durante el periodo evaluado.

97. El EE encontró desajustes entre los datos proporcionados por la suboficina del PMA y las cifras que aparecían en los INP, la RP y otros documentos (tabla 4), algunos bastante considerables (a saber, el PACS para niños o MEL) y que no podían deberse a cambios en los protocolos. Permanecen sin explicación.

Tabla 4. Disparidades en las cifras previstas por actividad para la OPSR 200301 de Argelia

activity	2013		2014		2015		2016		2017
	SPR	M&E	SPR	M&E	SPR	M&E	SPR	M&E	M&E
TSFP children	6000	10000**	1800	1800	1800	780	1800	870	1800*
TSFP PLW	na	na	1000	1000	1000	7750	8000	7750	1000
Prev. children	na	na	13200	13300	13300	12000	13300	12000	13200
Prev. PLW	4000	na	6360	6360	6360	7750	6360	6360	6360
GFD	124960	124960	124960	124960	124960	124960	124960	124960	124960

* Excepto en marzo, mayo y setiembre, con una planificación de 870 niños menores de 5 años para PACS.

** En las tablas de SyE, las previsiones para PACS en 2013 incluyen ambos grupos, niños y MEL.

Beneficiarios reales

98. A fin de estandarizar el análisis de los datos y la información presentados en este informe, el EE utilizó las siguientes cifras para examinar los resultados de los componentes nutricionales de la OPSR: (i) Denominador «*número previsto de beneficiarios*»: Las cifras que aparecen en el INP y la RP; (ii) Numerador «*número real*

³⁴ Fuente: *Informe de misión nutricional - Argelia, mayo de 2014, Michele Doura, Asesora Regional de Nutrición*. El objetivo de la visita de apoyo del PMA - RBO era revisar las modalidades de actividades nutricionales y discutir de cifras con socios clave y partes interesadas.

de beneficiarios»: Las cifras que aparecen en las tablas de SyE recibidas al analizar las tendencias mensuales, ya que no hay otra fuente disponible para esta información, omitiendo el cálculo de porcentajes en el análisis para evitar errores de cálculo. Los datos se presentan en gráficos para mostrar los desajustes entre las cifras previstas y las reales. Al presentar los resultados anuales, se utilizan los datos disponibles en el INP³⁵ y se calculará el porcentaje.

99. **Las realizaciones anuales** (beneficiarios previstos frente a beneficiarios reales) se muestran en la tabla 5 para el periodo cubierto por la evaluación y tal como se presentan en los INP. Se pueden observar diferencias importantes con respecto al número de beneficiarios efectivamente cubiertos cada año por las intervenciones del PMA, que reflejan las dificultades encontradas por el PMA: (i) conseguir una completa focalización de la prevención y el tratamiento aportados a las MEL, y mantener un enfoque general en ambas actividades; (ii) aplicar sin demora un cribado adecuado y completo para el tratamiento de MAM en niños; y (iii) acordar con ACNUR y el Ministerio de Salud Saharai unas cifras previstas realistas para la prevención en niños. Información más detallada en el anexo 16 sobre Efectividad.

Tabla 5. % Anual de beneficiarios previstos y reales por tipo de intervención (Fuente: SPR)

Año	PACS niños	PACS MEL	Prevención niños	Prevención MEL
2013	133,3%	0%	0%	90,6%
2014	50%	800%	120,8%	125,8%
2015	32,3%	835,2%	88,8%	134,2%
2016	0%	6,8%	0%	130,1%

100. Los **datos mensuales** para el PACS para niños menores de 5 años en 2013 no se pueden analizar ya que no distinguían entre niños y MEL y utilizaron un enfoque general (los beneficiarios rara vez fueron admitidos en base a su estado nutricional). A partir de 2014, el número real de niños tratados fue inferior al previsto, ya que se aplicó un cribado más riguroso. Sin embargo, durante 2016 y 2017, las actividades de PACS se interrumpieron debido a déficits financieros que causaron interrupciones en el suministro de PNE. Bajo el componente de prevención, 13 300 niños menores de 5 años fueron seleccionados para la distribución mensual de Nutributter™, pero el número de beneficiarios reales fluctuó, principalmente porque desde mediados de 2015 hasta el tercer trimestre de 2017, los PNE no estaban disponibles, y solo se realizaban distribuciones ocasionales.³⁶

101. La interpretación de las tendencias mensuales para los beneficiarios reales de los programas MEL (PACS y prevención de la anemia) es compleja. Antes de la redacción del protocolo de 2014, todas las MEL recibían indiscriminadamente raciones suplementarias en los dispensarios. La aplicación del nuevo protocolo no fue sencilla: se introdujo el uso

³⁵ Es importante señalar que los valores presentados en los INP anuales corresponden a los resultados del último seguimiento del año de referencia, realizado generalmente en diciembre. Aunque podrían no ser representativos de todo el año, son los que utiliza el PMA para los informes externos.

³⁶ La distribución de febrero de 2017 de SALC solo cubrió ocho días. De marzo a julio, no hubo ningún PNE disponible y solo se pudo distribuir la premezcla para MEL con MAM. Los dátiles se pudieron distribuir a MEL durante julio y agosto (donación en especie de Arabia Saudita) y, por primera vez en meses, en agosto de 2017, se pudo proporcionar SALC a niños desnutridos. En septiembre, el PMA distribuyó Nutributter™ a niños menores de 5 años, aunque los niños recibieron solo ocho raciones diarias debido a la llegada tardía del producto. A final del año, solo los MNP siguen sin estar disponibles, aunque la información predice que, sin pronósticos de financiación positivos o proyecciones comprometidas para 2018 y comenzando en enero, no habrán PNE disponibles durante otro largo periodo.

de la medición del perímetro braquial para identificar a aquellos que necesitaban tratamiento MAM, pero no se aplicó con regularidad y eficacia hasta 2016.³⁷ Por lo tanto, el número de beneficiarios alcanzado fue muy superior al previsto inicialmente. Por otro lado, sin la distribución general de alimentos frescos (según lo previsto en el protocolo de 2014) u otros incentivos, los resultados del programa siempre serían limitados.

102. Uno de los resultados de la operación es «Mensajería y asesoramiento sobre alimentos nutritivos especializados y prácticas de ALNP aplicadas de manera efectiva» (ML 2015). Sin embargo, la implicación directa del PMA en actividades de sensibilización es limitada y circunscrita, en el caso de la nutrición, a la mejora de la utilización del PNE a nivel de los hogares, ya que es el ACNUR quien tiene la responsabilidad directa de promover buenas prácticas de ALNP (PAC ACNUR-PMA 2015-2016). Ambas agencias llevan a cabo actividades de sensibilización a través de la CRA y la MLRS que apoyan el personal del Ministerio de Salud Saharai.

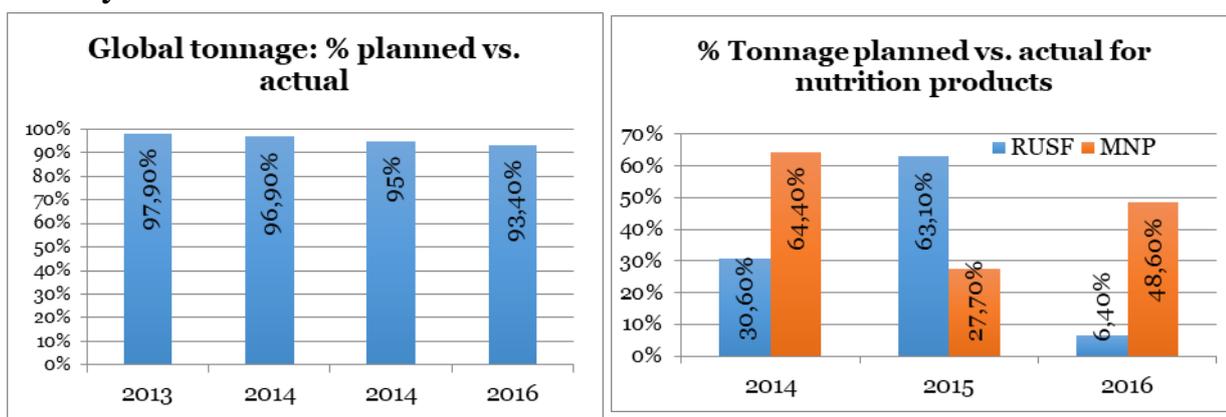
Recuadro 5. Opiniones de las mujeres sobre las actividades de IEC

Los resultados del GDD mostraron una respuesta muy positiva a los programas de cocina emitidos por televisión implementados por el CISP, en colaboración con la CRA y la MLRS. Las mujeres los disfrutaron y un gran número reportó haberlos visto. Una crítica frecuente fue que, en ocasiones, el programa de televisión usaba productos que las mujeres no tenían. En un GDD, cuando se preguntó a las mujeres si habían intentado cambiar los hábitos alimenticios de la familia, por ejemplo, disminuyendo la cantidad de azúcar consumida, solo tres de doce dijeron que lo habían intentado porque algún miembro de su familia tenía diabetes.

Asistencia prestada (tonelaje)

103. El gráfico 4 presenta a continuación el porcentaje entre el tonelaje previsto y el tonelaje distribuido. A pesar de los déficits financieros sufridos durante el periodo y que acarrearón interrupciones significativas en el suministro de PNE, el porcentaje anual global entre el tonelaje previsto y el tonelaje distribuido se mantiene de forma constante por encima del 90 %. Sin embargo, cuando se analiza exclusivamente el tonelaje de SALC y PNE, se pueden apreciar importantes diferencias. Estas carencias no se pueden ver en el primer gráfico (a la izquierda), ya que el volumen proporcional de estos productos en relación con el tonelaje anual total es mínimo.³⁸

Gráfico 4. Porcentaje de tonelaje anual previsto vs. tonelaje anual real: productos total y nutricionales



³⁷ Solo durante 2015, y gracias a un AST firmado con MDM, se mejoró el cribado nutricional de las mujeres embarazadas, aunque para las mujeres lactantes siguió siendo un desafío.

³⁸ Por ejemplo, en 2016, del total de 27 512 t previstas, solo 133 t fueron de SALC y 2 t de MNP, lo que representa en conjunto menos del 0,5 % del tonelaje total previsto.

104. En el contexto saharai, la canasta básica de productos alimentarios teórica para la DGA consta de 5 elementos: cereales, legumbres, aceite, sal y una mezcla de alimentos enriquecidos. Juntos, representan una ingesta calórica de 2.166 kcal por persona y día.

Tabla 6. Contenido básico de la DGA del PMA

Producto básico	gramos / persona / día	
Cereales (cebada, harina de trigo, arroz)	400	
Legumbres (lentejas, garbanzos, alubias)	67	
Aceite vegetal enriquecido	31	
Azúcar	33	
Supercereal (CSB+)	33	
Total	564	2166 kcal / persona / día 12% procedentes de proteínas 16% procedentes de grasas

105. El DGA del PMA es mensual y se complementa con productos frescos distribuidos por Oxfam y la CRE, generalmente frutas o verduras. La revisión de los datos disponibles sobre la DGA y las distribuciones complementarias revela que, durante el periodo 2013-2016, se distribuyeron al menos 11 productos básicos diferentes.³⁹ Sin embargo, el suministro de estos productos básicos no ha sido constante, lo que ha provocado variaciones en la composición de la ración.

106. La disminución en el número de artículos está en parte relacionada con los déficits de financiación del PMA. A finales de 2014, el PMA, junto a sus asociados, acordó una serie de medidas de austeridad a partir de enero de 2015 que incluían la compra de menos productos básicos y menos costosos, que fueron sustituidos por productos comprados localmente, tales como harina de trigo no fortificada y aceite vegetal no fortificado. Esto se tradujo en una canasta de productos alimentarios menos diversa y en fluctuaciones en el contenido calórico diario de la ración.

107. Según los INP disponibles, el promedio anual del contenido calórico diario de las raciones de DGA se mantuvo por encima de las 2000 kcal por persona / día, pero estos resultados no reflejan las posibles variaciones mensuales. El análisis elaborado para la encuesta nutricional de 2016 demuestra que las raciones de alimentos distribuidas alcanzaron sistemáticamente el 100 % de los requisitos energéticos en 2013 y 2014, mientras que, en los años posteriores, varias distribuciones mensuales⁴⁰ no cumplieron los requisitos energéticos diarios. Las fichas de países de Argelia del PMA describen cómo el promedio mensual de kcal distribuidas por persona y día durante 2016 y 2017 varió constantemente, alcanzando el valor más bajo en enero de 2017 (1711 kcal / persona / día).

108. El contenido de micronutrientes de la dieta ha sido insuficiente para cubrir los requerimientos dietéticos. El bajo contenido en calcio, hierro, niacina, vitamina C o vitamina A, inferior a los requisitos mínimos, está relacionado principalmente con la ausencia o reducción de CSB + u otros alimentos frescos (como caballa o zanahorias) durante 2015-2016⁴¹, que se vio agravado por el cambio a artículos alimenticios no fortificados comprados localmente en 2015. El contenido de yodo en la canasta de

³⁹ Esto incluye de 3 a 5 tipos diferentes de cereales, de 1 a 3 legumbres diferentes, de 2 a 5 productos frescos y CSB +, junto con pescado en conserva y levadura en la mayoría de los meses.

⁴⁰ Seis en 2015 y dos en 2016.

⁴¹ Fuente: Encuesta de nutrición 2016.

productos alimentarios se mantiene en niveles muy bajos o nulos debido a su alta concentración en el agua potable.

109. La diversidad de productos frescos también ha sido limitada. Mientras que durante el periodo 2009-2012 se distribuyeron mensualmente una media de 3 a 5 productos frescos, de 2013 a 2016 disminuyeron a dos (patatas, cebollas o zanahorias, sin frutas ni verduras de hoja verde) u ocasionalmente a tres, principalmente durante el periodo del Ramadán (gracias a donaciones puntuales de dátiles).⁴² También se distribuyó pescado en conserva⁴³, representando la única fuente de proteína animal, pero hubo interrupciones en el suministro durante el periodo.

Recuadro 6. Análisis de la canasta de productos alimentarios de 2016, presentación del PMA (Mesa Alimentaria, enero de 2017)

En general, el contenido de micronutrientes de la canasta de productos alimentarios distribuidos por el PMA y sus socios fluctúa y, por lo tanto, no siempre cumple con las ingestas diarias recomendadas. De media, las ingestas requeridas de tiamina se cubren con la DGA.

Es importante destacar la falta de aceite y trigo enriquecidos, junto con algunas interrupciones del suministro de CSB en algunos meses, como una de las causas de que no se cubrieran los requisitos de vitamina A. El análisis muestra que las cantidades diarias son significativamente inferiores a las recomendadas en contextos humanitarios, y más aún en un contexto donde la prevalencia de deficiencias de micronutrientes, incluida la anemia ferropénica entre niños y mujeres en edad reproductiva, es un problema grave.

110. La legislación y las normas vigentes sobre la harina de trigo y el aceite vegetal en Argelia no impiden ni ordenan el enriquecimiento de estos alimentos básicos. En noviembre de 2015, la oficina regional en El Cairo realizó una misión de enriquecimiento de alimentos para proporcionar asistencia técnica a la OP sobre los potenciales proveedores, junto con recomendaciones sobre el enriquecimiento de alimentos básicos. Tras varias visitas y auditorías de empresas, y un activo ejercicio de cabildeo con las autoridades argelinas, partes interesadas y misiones diplomáticas presentes en Argel, el PMA identificó y contrató a un proveedor local de aceite vegetal enriquecido y, desde 2017, la OP del PMA puede comprar localmente y distribuir aceite vegetal enriquecido.

111. La provisión del PMA de PNE por el PMA se retrasó y empezó en 2014. A finales del mismo año, la decisión del PMA de dar prioridad a la DGA y de restringir la asignación de recursos al suministro de PNE o la distribución de raciones de alimentos adicionales para MEL comprometió los fondos destinados a la plena aplicación de los componentes nutricionales de la OPSR. Las distribuciones de PNE cesaron a mediados de 2015. Durante la mayor parte de 2016 y 2017, solo se produjeron distribuciones erráticas, ya que la disponibilidad de los diferentes productos variaba en el tiempo, y algunas veces por tratarse de distribución en especie de última hora.⁴⁴

112. La puntualidad era un tema clave para muchas de las mujeres que participaron en las discusiones del GDD. Expresaron su preocupación con respecto a las interrupciones en el suministro y los desabastecimientos, ya que afectan no solo sus necesidades nutricionales, sino también su capacidad para planificar. Las mujeres del GDD explicaron

⁴² Según el memorando de entendimiento global ACNUR-PMA (enero de 2011), el ACNUR se encarga de movilizar productos alimenticios complementarios cuando los refugiados tienen acceso limitado a alimentos frescos.

⁴³ Donados por Noruega a través de la ONG internacional Praktisk Solidaritet.

⁴⁴ Durante la mayor parte de 2016, solo la premezcla para MEL malnutridas se distribuyó regularmente, ya que no se compró ningún PNE. En mayo y agosto se distribuyó MNP de forma ocasional. En octubre, el PMA proporcionó SALC, pero en febrero de 2017 la distribución de SALC solo cubrió ocho días. De marzo a julio, no hubo ningún PNE disponible y solo se pudo distribuir la premezcla para MEL con MAM. En agosto, hubo disponibilidad de SALC y pudieron distribuirse en PACS para niños. En septiembre, el PMA distribuyó Nutributter™ aunque, debido a la llegada tardía del producto, los niños recibieron solo ocho raciones diarias. A fines de 2017, solo los MNP seguían sin estar disponibles, aunque la información provista al EE predijo que, sin previsiones de financiación positivas o proyecciones comprometidas para 2018 y comenzando en enero, no habrá PNE disponible por un periodo prolongado.

que organizaban sus tareas domésticas, pero cuando llegaba la comida tenían que dejarlo todo e ir a buscarla. Con respecto a las distribuciones de PNE, los resultados del GDD inciden más en la irregularidad del suministro que en la puntualidad de las distribuciones.

Resultados importantes sobre la efectividad (productos)

113. Los resultados globales sobre el número de beneficiarios y en términos de género muestran que la proporción de mujeres asistidas por el PMA es mucho mayor que la de hombres. Esto se debe a dos razones. En primer lugar, las mujeres adultas (MEL) son objeto de tratamiento nutricional y actividades de prevención y, en segundo lugar, el PMA da prioridad a las mujeres como receptoras directas de las distribuciones de DGA.

114. Con respecto a la DGA y el acuerdo que condujo a la aceptación del número de raciones que se distribuirán, se lanzó la OPSR con un compromiso que marcó la pauta para toda la operación. Una amplia gama de partes interesadas, incluido el personal del PMA, plantea inquietudes sobre estas cifras en las entrevistas, pero todos reconocen las sensibilidades políticas de este problema histórico. El número de refugiados en los campamentos y el hecho de que la vulnerabilidad puede diferir de un grupo a otro son cuestiones delicadas e indudablemente cuestiones políticas que, hasta la fecha, la comunidad humanitaria de los campamentos no ha abordado plenamente.

115. La canasta teórica de productos alimentarios para DGA cubre las necesidades calóricas y nutricionales de la población saharauí, y las raciones de alimentos frescos complementarios distribuidas por otros actores aseguran una ingesta más adecuada y una mayor diversidad dietética. Durante el periodo evaluado, los déficits de financiación han afectado seriamente la regularidad de la cadena y se han visto comprometidos: i) el contenido calórico de la ración, que alcanzó sus niveles más bajos a principios de 2017; (ii) el número y la diversidad de artículos distribuidos; y (iii) la calidad y el contenido de micronutrientes de la ración, ya que la distribución de CSB sufrió interrupciones en el suministro y los productos enriquecidos dejaron de distribuirse a partir de 2015 hasta que nuevamente se dispuso de aceite vegetal enriquecido en 2017. Esto coincidió con la interrupción de la provisión de PNE, lo que agravó el riesgo de deficiencias de micronutrientes y patologías asociadas, como la anemia (véase la sección 2.4 sobre los Resultados nutricionales y el anexo 17).

116. A partir de las entrevistas y los documentos revisados, el EE señaló que el enfoque se centró en proporcionar la asistencia alimentaria necesaria, centrándose a veces en lo más fácil y con frecuencia pasando por alto otros aspectos relacionados con el contexto, la vulnerabilidad o las preferencias culturales. El PMA tuvo que tomar una decisión difícil y, cuando no hubo fondos disponibles, la OP decidió dar prioridad a garantizar la DGA y dejar en espera la provisión de PNE. Muchos han cuestionado esta decisión: en parte porque se tomó unilateralmente y la OP del PMA solo buscó el acuerdo con posterioridad, pero también porque muchos consideraron que no se habían estudiado bien otras opciones para reasignar los escasos recursos. Por ejemplo, se sugirió asegurar un paquete completo para MEL (DGA, prevención y tratamiento) y reducir la ayuda alimentaria para otros grupos que podrían ser menos vulnerables. Sin embargo, esta alternativa requería un mejor conocimiento de las vulnerabilidades específicas dentro de la población de refugiados: un análisis y una comprensión de la situación y de la población vulnerable que en ese momento no se tenía.

117. Con respecto a los beneficiarios de las actividades nutricionales, existe un desajuste evidente entre los datos recabados presentados en los INP y los datos proporcionados por el SyE durante la evaluación, lo que llevó al EE a tomar una decisión pragmática para evaluar los resultados de la operación para este informe.

118. Aunque hubo un amplio consenso sobre la necesidad de adoptar nuevas estrategias para abordar la carga de la desnutrición entre la población de refugiados, algunas decisiones tomadas demasiado rápido sobre las cifras de planificación llevaron al PMA a no lograr los resultados esperados en términos de beneficiarios asistidos. La expectativa de un menor número de niños beneficiarios de PACS después de un proceso de cribado adecuado llevaron al PMA a reducir las cifras previstas a partir de 2014. Sin embargo, los criterios de admisión no se aplicaron adecuadamente hasta 2016. Para las mujeres, la adopción efectiva de los criterios de admisión en PACS fue aún más difícil, ya que las autoridades se opusieron firmemente a la focalización, principalmente porque el PMA nunca pudo implementar plenamente los "incentivos" incluidos en el nuevo protocolo (distribuciones de alimentos frescos).

119. Por lo tanto, la interpretación de los resultados reales es un tema complicado y sensible. Además, el hecho de que todas las actividades nutricionales se hayan interrumpido durante largos periodos debido a interrupciones en el suministro desde el 2015, significa que debe cuestionarse el desempeño de los componentes nutricionales de la OPSR (véase la sección 2.4 sobre Resultados nutricionales y el anexo 17).

2.4. Efectos y repercusiones (resultados) de los componentes nutricionales de la OPSR

Recuadro 7. Resultado clave 4:

La mayoría de los resultados en nutrición y seguridad alimentaria de los refugiados han mejorado significativamente durante el periodo evaluado, lo que indica una contribución positiva de la intervención del PMA. Sin embargo, el hecho de que la prevalencia de anemia haya empeorado en los últimos dos años sugiere que las limitaciones financieras y operativas del PMA podrían, entre otros factores culturales y contextuales, haber tenido un efecto negativo en las condiciones nutricionales. El PMA necesita mejorar la comprensión y desarrollar un enfoque programático para los problemas subyacentes que afectan a las mujeres saharauis.

120. Esta sección analiza, en primer lugar, los resultados de los indicadores nutricionales integrados en los marcos de resultados de la operación (2013 y 2015): Rendimiento, indicadores nutricionales e indicadores de seguridad alimentaria del PACS. Una segunda subsección documenta cómo se perciben los efectos inesperados de las actividades, y la última describe los cambios observados en los indicadores de género de la OPSR, medidos durante los cinco años del periodo evaluado. El anexo 17 presenta información más detallada sobre los resultados e indicadores analizados en esta sección e incluye información sobre las prácticas de ALNP.⁴⁵

Resultados de los componentes nutricionales de la OPSR

121. El programa PISIS del Ministerio de Salud Saharai, respaldado por personal de la CRA, recoge y comunica regularmente datos sobre el rendimiento del PACS y los transmite periódicamente al ACNUR y al PMA. Los datos presentados en la tabla 7 provienen del INP anual ya que el EE no disponía de datos mensuales sobre el PACS.

⁴⁵ Con el fin de explorar indirectamente el impacto de las actividades de educación y sensibilización en los campamentos, se examinaron también los indicadores de ALNP, a pesar de no estar incluidos en la cadena de resultados de la operación por no haberse aplicado como tales o por no contar con el apoyo del PMA.

Tabla 7. Resultados nutricionales OPSR 200301: Indicadores de desempeño PACS (Fuente: seguimiento PSIS)

Desempeño PACS	Objetivo (final proyecto)	Valor de referencia	2013	2014	2015	2016
Tasa de recuperación	> 75%	86%	79%	72%	89%	80%
Tasa de mortalidad	< 3%	0%	0%	2%	0%	0%
Tasa por defecto	< 15%	0%	3%	10%	9%	14%
Falta de respuesta	< 15%	14%	18%	16%	2%	6%

122. Los resultados anuales se encuentran globalmente dentro de los objetivos ya que son los resultados de la cobertura del tratamiento de la MAM (98 % en 2014, 72 % en 2015 y 89 % en 2016), estimados a través de «cálculos teóricos⁴⁶». Pero estos resultados se deben interpretar con cautela debido a los eventos ocurridos durante el periodo evaluado (cambio de protocolo y de productos, interrupción de los servicios) y a las dudas sobre la metodología utilizada para estimar la cobertura.

123. La prevalencia de la malnutrición y la anemia en niños menores de 5 años y en mujeres aparece en el ML inicial del documento de operación de 2013 como un indicador de resultados para el OE 1, pero ya no en la versión revisada de 2015. Las tasas de prevalencia se obtienen a través de las encuestas sobre nutrición⁴⁷ y se comunican en los INP anuales. La tabla 8 recopila los indicadores nutricionales específicos disponibles más relevantes de niños y mujeres entre 2002 y 2016.⁴⁸ El anexo 17 presenta los datos disponibles por campamento, género y grupo de edad.

⁴⁶ Los cálculos se realizan utilizando como «denominador» el número esperado de casos de MAM anuales y como «numerador» el número real de casos de MAM asistidos.

⁴⁷ Las encuestas sobre nutrición de 2012 y 2016 se realizaron siguiendo la metodología y las directrices de las Encuestas unificadas ampliadas sobre nutrición del ACNUR, disponible en: <http://sens.unhcr.org/>. La encuesta de 2010 siguió las Directrices del ACNUR de las Encuestas unificadas sobre nutrición. Versión borrador de septiembre de 2010.

⁴⁸ Las últimas tres encuestas (las que están directamente relacionadas con el periodo cubierto por la ED) se llevaron a cabo durante periodos del año similares, lo que permite comparar los resultados evitando la influencia del factor estacional.

Tabla 8. Resultados nutricionales de la OPSR: Prevalencia de la desnutrición y anemia

	2002	2005	2010	2012	2016
Fuente		Ago 2005 Encuesta sobre nutrición PMA/ACNUR	Oct 2010 Encuesta sobre nutrición PMA/ACNUR	Nov 2012 Encuesta sobre nutrición PMA/ACNUR	Nov-2016 Encuesta sobre nutrición PMA/ACNUR
Prevalencia de MAG (niños < 5 años)			7,9%	7,6%	4,7%
Prevalencia de retraso del crecimiento (niños < 5 años)		38,9%		25,2%	18,6%
Prevalencia de peso inferior al normal (niños < 5 años)		28,8%	18%	16,7%	10,3%
Prevalencia de anemia ferropénica en niños < 5 años (% Hb <110g/L)	35%	68,5%	52,8%	28,4%	38,7%
Prevalencia de anemia ferropénica en mujeres embarazadas (% Hb <110g/L)			55,8%	54,7%	
Prevalencia de anemia ferropénica en mujeres lactantes 49 (% Hb <120 g/L)	47,6%	66,4%	67,1%	54,6%	45,2%
Prevalencia de peso inferior al normal en mujeres no embarazadas			5,1%		3,6%
Prevalencia de sobrepeso en mujeres no embarazadas			31,8%		36,4%
Prevalencia de obesidad en mujeres no embarazadas			21,9%		30,4%
Prevalencia de riesgo metabólico superior en mujeres no embarazadas			23,5%		19,3%
Prevalencia de riesgo metabólico alto en mujeres no embarazadas			47,9%		61,1%

124. En niños menores de 5 años, se observa una reducción significativa en las tasas de malnutrición aguda y de retraso del crecimiento entre 2005 y 2016 (del 7,6 % al 4,7 % en la MAG, y del 25,2 % al 18,6 % en la prevalencia del retraso del crecimiento), ambas por debajo de los niveles de emergencia. La prevalencia del peso inferior al normal también se redujo drásticamente: del 28,8 % en 2005 al 10,3 % en 2016. Sin embargo, la anemia ha aumentado notablemente del 28,4 % en 2012 al 38,7 % en 2016, afectando a más de uno de cada tres niños. Estas tendencias son similares para todos los subgrupos de edad, sexos y campamentos.

125. La prevalencia de la anemia en mujeres embarazadas continúa siendo un problema de salud pública (más del 50 %) a pesar de las intervenciones preventivas existentes. Los datos facilitados por el ACNUR indican un incremento en las tasas de anemia grave en las mujeres embarazadas: 11,3 % en 2016 y 18 % en 2017. En las mujeres no embarazadas, el peso inferior al normal⁵⁰ es residual en todos los campamentos, siendo inferior al 5 % en 2016. En el caso de las MEL, los datos más recientes (encuesta

⁴⁹ La definición de mujeres «embarazadas» y «no embarazadas» es algo confusa cuando se analizan los diferentes informes de la encuesta. En la encuesta de 2012, los resultados que se presentan de «mujeres no embarazadas» incluyen «lactantes» y «no embarazadas». En 2016, el informe indica claramente que las «mujeres lactantes» se incluyen entre las «no embarazadas», pero, en cambio, los resultados de la encuesta indican que las mujeres embarazadas y las lactantes presentaron estimaciones de prevalencia de anemia más altas que sus contrapartes no embarazadas, siendo las estimaciones de prevalencia de anemia entre las mujeres lactantes más altas, sin mencionar a las mujeres no embarazadas.

⁵⁰ El peso inferior al normal se identifica, en las mujeres, con un perímetro braquial inferior a 23 cm.

de 2016) muestran una prevalencia de perímetro braquial bajo del 6,6 %, siendo el doble en las mujeres embarazadas que en las lactantes (8,1 % y 4,5 % respectivamente). Sin embargo, existe un aumento significativo del **sobrepeso y la obesidad**⁵¹, y el riesgo metabólico asociado⁵² constituye un problema de salud pública, como lo es también la alta prevalencia de hogares afectados por la doble carga de la desnutrición y la obesidad (aproximadamente uno de cada cuatro hogares de la muestra), como se observa en el análisis de los datos de la encuesta sobre nutrición de 2010, publicado en 2012⁵³.

126. Tres indicadores de seguridad alimentaria se presentan en el INP respectivo para informar sobre el acceso de los hogares a los alimentos. La puntuación de consumo de alimentos (PCA⁵⁴), la puntuación de la diversidad alimentaria (PDA⁵⁵), y el índice de estrategia de afrontamiento (IEA). Datos obtenidos a partir de las encuestas realizadas: La PCA en 2013 y el IEA en 2014 y 2016 (tabla 9 y tabla 10), o los datos estimados del SPD (Base de datos común PMA / ACNUR) que se presentan desglosados según el sexo del cabeza de familia. Cabe señalar que los valores presentados en los INP anuales corresponden a los resultados del último SPD llevado a cabo en el año de referencia, generalmente en diciembre, que podría no ser representativo de todo el año; sin tener en cuenta factores relacionados con la estacionalidad, ni eventos contextuales ocasionales que puedan haber afectado la regularidad de las intervenciones o la seguridad alimentaria de los hogares (por ejemplo, inundaciones).

Tabla 9. Resultados nutricionales de la OPSR: Indicadores de seguridad alimentaria 2013 (Fuente: SPR)

Indicadores de seguridad alimentaria	Valor de referencia (2008)	Seguimiento previo (2010)	Último seguimiento (2013)
Fuente	Encuesta sobre nutrición PMA/ACNUR Oct 2008	Encuesta sobre nutrición PMA/ACNUR Oct 2010	Informes SyE del PMA Nov 2013
% de hogares con PCA aceptable	77%	63,9%	93%
% de hogares con PCA límite	21%	24,8%	4%

⁵¹ Un IMC con sobrepeso es ≥ 25 y ≤ 30 se considera sobrepeso, y un IMC ≥ 30 , obesidad.

⁵² El riesgo metabólico se mide mediante el perímetro abdominal: Aumento del riesgo metabólico con un perímetro abdominal ≥ 80 y ≤ 88 , y alto riesgo metabólico con un perímetro abdominal ≥ 88 .

⁵³ Grijalva-Eternod CS, Wells JCK, Cortina-Borja M, Salse-Ubach N, Tondeur MC, et al. (2012) The Double Burden of Obesity and Malnutrition in a Protracted Emergency Setting: A Cross-Sectional Study of Western Sahara Refugees. (La doble carga de obesidad y malnutrición en un contexto de emergencia prolongado: Un estudio transversal sobre los Refugiados del Sáhara Occidental). PLoS Med 9(10): e1001320. doi: 10.1371/journal.pmed.1001320

⁵⁴ La PCA es el indicador de resultado más común utilizado por el PMA (tanto en Análisis y Cartografía de la Vulnerabilidad como en SyE) y es un indicador indirecto para el **acceso actual de los hogares a los alimentos basado** en la diversidad dietética, la frecuencia de los alimentos y la importancia nutricional. Los resultados se clasifican en pobres, en el límite y aceptables.

⁵⁵ La PDA es un indicador cualitativo que mide el consumo de alimentos en relación con el **acceso de los hogares a una alimentación variada** y también es un indicador indirecto de la adecuación de los nutrientes de la dieta de las personas. La puntuación de la diversidad alimentaria consiste en un recuento simple de los grupos de alimentos que ha consumido un hogar en los últimos 7 días. Aunque hay una escala estándar para clasificar el valor de la PDA del hogar (bajo, medio y aceptable), los valores de corte son variables. El EE no pudo encontrar información sobre los valores de corte para cada nivel de PDA en la misión de Argelia. Se establecieron valores de referencia y objetivos para la proporción de hogares en cada nivel.

Tabla 10. Resultados nutricionales de la OPSR: Indicadores de seguridad alimentaria 2014–2016 (Fuente: SPR)

Indicadores de seguridad alimentaria	Objetivo (final proyecto)	Valor de referencia	2014	2015	2016
Fuente	Datos SPD (ACNUR-PMA)				
Hogares con PCA baja	< 3%	3%	0,3%	0,41%	0,19%
Hogares encabezados por un hombre con PCA baja	< 3%	3%	0,0%	0,57%	0,24%
Hogares encabezados por una mujer con PCA baja	< 3%	3%	0,3%	0,26%	0,16%
PDA hogares	≥ 4.5%	5,88%	5,91%	5,94%	6,02%
PDA Hogares encabezados por un hombre	≥ 4.5%	5,97%	5,78%	6,01%	6,33%
PDA Hogares encabezados por una mujer	≥ 4.5%	5,78%	5,97%	5,88%	5,82%
Índice de estrategia de afrontamiento (promedio)	= 2.68%	-	5,35%	-	8,0%

127. A partir de 2013, los resultados indican una mejora considerable de los tres indicadores medidos. Solo se observa un ligero empeoramiento de estos indicadores en 2015, seguramente como consecuencia de las inundaciones sufridas en octubre de ese año.

128. **Los datos mensuales** de las bases de datos comunes del SPD (2013, 2014, 2015, 2016 y 2017, excepto los últimos tres meses), indican variaciones significativas dentro de un mismo año, pero no se han identificado patrones significativos. Por ejemplo, durante los meses en que ocurrieron incidentes críticos como lluvias fuertes o inundaciones (julio-agosto de 2014, octubre de 2015, octubre de 2016), el porcentaje de hogares con PDA baja aumenta, pero disminuye rápidamente un par de meses después como resultado de las distribuciones de alimentos de emergencia. El EE no tiene los datos necesarios para explicar otros periodos con un mayor porcentaje de hogares con baja PDA (por ejemplo, enero de 2016). La PCA fue más estable durante el periodo evaluado, pero se informó de un aumento considerable en la PCA media en octubre de 2015.

Efectos inesperados de los componentes nutricionales de la OPSR

129. La evaluación tenía como objetivo determinar si los efectos inesperados de la operación se habían revisado, documentado y tenido en cuenta adecuadamente. Sin embargo, no hay mucha documentación disponible sobre los efectos no deseados.

130. Según la información recopilada durante los GDD, un efecto positivo de la distribución de alimentos fue la capacidad de la gente para destinar su tiempo a otras tareas, ya que los beneficiarios no tuvieron que dedicar demasiado tiempo a la provisión de alimentos para ellos y sus familias. Si bien las mujeres apreciaron tener más tiempo en el hogar para atender las numerosas tareas de las que son responsables, plantearon el problema de la hora del día en que se hacían las distribuciones y cómo esto les afectaba. En efecto, la distribución de alimentos solía realizarse a mediodía, creando una carga adicional para las mujeres que luchaban por hacer frente a las diferentes tareas domésticas y la responsabilidad de cocinar. Buscar el apoyo de otras mujeres para recoger la comida es un mecanismo de afrontamiento común. Las mujeres explicaron cómo, a veces, una recoge la comida para un grupo de ellas, y luego, con más tiempo, la van a buscar al hogar de la amiga y no al punto de distribución.

131. Las interrupciones en el suministro tuvieron un efecto en la percepción de los beneficiarios, quienes se quejaron de que a veces no sabían qué iban a recibir de la distribución (y si les iba a gustar). Al debatir sobre esto con distintas partes interesadas, solían admitir que, si bien se garantizaba que las 2100 kcal estuvieran cubiertas, cómo se hacía o si era culturalmente adecuado para la población local, era otra cuestión.

132. A menudo, los beneficiarios eran incapaces de distinguir qué productos distribuía el PMA y, por tanto, tampoco prestaban mucha atención a la función del PMA en todo el proceso de distribución. Por esta razón, las perturbaciones en el suministro se solían asociar más a las autoridades saharauis y a la MLRS que al PMA. Como consecuencia, las interrupciones en el suministro afectaron más a las autoridades locales, ya que los beneficiarios se desilusionaron con la asistencia recibida y los servicios prestados. El hecho de que las actividades nutricionales estuvieran ejecutadas por el Ministerio de Salud Saharaui en el marco del sistema sanitario y que la interrupción en el suministro de productos nutricionales especializados originara una falta de adherencia a las actividades, junto con la discontinuidad de los servicios, seguramente afectó a la credibilidad del Ministerio de Salud Saharaui.

133. El hecho de que las actividades nutricionales estuvieran ejecutadas por el Ministerio de Salud Saharaui en el marco del sistema sanitario y que la interrupción en el suministro de productos nutricionales especializados originara una falta de adherencia a las actividades, junto con la discontinuidad de los servicios, seguramente afectó a la credibilidad del Ministerio de Salud Saharaui.

Repercusiones específicas de género

134. El ML inicial de la OPSR no tenía indicadores basados en la IGEM y el ML actualizado de 2015 introdujo resultados e indicadores transversales. Las herramientas y los métodos de muestreo y recogida de datos tienen en cuenta las cuestiones de género y reflejan las opiniones de mujeres, niñas, hombres y niños. El seguimiento actual del PMA desglosa los datos por sexo, pero poco más se documenta en los datos que tenga relación con los resultados específicos de género. El PMA utiliza indicadores normalizados⁵⁶ que pueden funcionar en otros contextos, pero que no evalúan adecuadamente el contexto específico de los campamentos de refugiados saharauis, donde las mujeres ya desempeñan un papel activo. Por ejemplo, el INP de 2016 detalla cómo el 61 % de los beneficiarios son mujeres y cómo las mujeres ocupan el 86 % de las posiciones de liderazgo del campamento, un incremento desde el año pasado que se explica porque los hombres prefieren trabajar en la construcción, ya que reciben mejores incentivos y tras la destrucción de las tormentas de 2015 y 2016 aumentó el trabajo. Esta situación genera algunas preguntas: ¿está mal remunerado el trabajo en posiciones de liderazgo en los campamentos?

135. Muchas partes interesadas suelen hablar de la importancia del papel y la responsabilidad de las mujeres y esto también se destaca en los documentos estratégicos del PMA. Y, sin embargo, parece que no hay un análisis adecuado disponible. Un análisis de género, según lo planificado actualmente por el PMA, puede ofrecer una comprensión más matizada del papel de la mujer que el que se tiene ahora. Por ejemplo, en las entrevistas llevadas a cabo por el EE, se destacó como una debilidad actual la necesidad de abordar el tema de la carga depositada en las mujeres, dado que existe el temor, por

⁵⁶ Los tres indicadores son: (i) un objetivo del 70 % en el «porcentaje de mujeres, hombres, o hombres y mujeres que toman las decisiones sobre el uso de efectivo, cupones o alimentos dentro del hogar»; (ii) un objetivo del 50 % en el porcentaje de mujeres beneficiarias en posiciones de liderazgo en comités de gestión de proyectos, y (iii) un objetivo del 60 % en el porcentaje de mujeres miembros del comité de gestión de proyectos que han recibido formación en modalidades de distribución de efectivo, cupones o alimentos.

parte de las partes interesadas, de que el PMA y el sector en general estén imponiendo de forma innecesaria una doble carga sobre las mujeres. En un GDD, dos de cada 12 mujeres eran viudas y cuando se les preguntó sobre la distribución de alimentos, destacaron las dificultades que tenían a veces para transportar la comida. Un tema que también surgió en los debates fue la función y las responsabilidades de las diferentes mujeres en el hogar.

136. Si bien las mujeres participan activamente en la distribución de alimentos, en los GDD señalaron que había pocos programas especiales orientados a las necesidades de las mujeres. Ninguna de las mujeres participantes en los GDD había asistido a formaciones específicas para mujeres ni a actividades que intentaran dirigirse a ellas y aligerar su carga. Se hizo referencia a la distribución de compresas, champú y jabón como algo muy apreciado pero irregular. En las visitas de evaluación a varios dispensarios, todas las personas que solicitaban ayuda de las intervenciones nutricionales eran mujeres, pero no se obtuvo información sobre si existen discrepancias/discriminación en los servicios nutricionales destinados a niñas y niños.

Principales resultados sobre los efectos y repercusiones (resultados)

137. En general, los resultados anuales de la OPSR y específicamente de sus componentes nutricionales presentan, con muy pocas excepciones, una evolución positiva durante el periodo evaluado.

138. El rendimiento del PACS está dentro de los objetivos, aunque hay múltiples factores que sugieren que los resultados deben interpretarse con cautela.

139. La aceptación y respeto del programa podrían haber sido comprometidos por una serie de factores: las dificultades para aplicar el nuevo protocolo selectivo; el cambio de la distribución general a la distribución selectiva en 2014 que causó confusión en la población y en el personal de ACNUR, complicando y retrasando su plena aplicación; la discontinuidad en el suministro de SALC; el movimiento continuo de refugiados dentro y entre los campamentos (después de las inundaciones); las pocas horas de servicio de las instalaciones sanitarias (durante la respuesta a las inundaciones o los meses de verano); y los acontecimientos sociopolíticos que tuvieron lugar (como el congreso saharauí el último trimestre de 2015). Además, varias fuentes, así como la observación del funcionamiento de los dispensarios, han generado dudas sobre la calidad y fiabilidad de los datos recogidos para calcular estos indicadores.

140. Un breve análisis de la estacionalidad en las admisiones mensuales del PACS realizado para el informe de la encuesta nutricional de 2016 sugiere que no hay tendencias constantes ni picos recurrentes. Sin embargo existe estacionalidad, con casos de malnutrición aguda que aumentan en otoño (debido a picos estacionales de enfermedades infecciosas) durante los cuatro años examinados, aunque en la evaluación se observó que la calidad y fiabilidad de los datos era dudosa.

141. Con respecto a la cobertura del PACS, el Plan de seguimiento para 2014-2017⁵⁷ recomienda la metodología de Evaluación Semicuantitativa de Acceso y Cobertura para evaluar la cobertura de los programas nutricionales. En el INP de 2014 se mencionaba que el PMA planeaba realizar una encuesta en 2015 «para evaluar mejor la cobertura del programa PACS», pero nunca se llevó a cabo.

142. En ausencia de un cribado sistemático y fiable de la medición de perímetro braquial, las encuestas sobre nutrición son la única fuente para evaluar el estado nutricional de la población de refugiados. El hecho de que las tres encuestas realizadas en

⁵⁷ Se preparó durante la visita de seguimiento y evaluación (SyE) de marzo de 2014 a la oficina regional en El Cairo para apoyar a la misión de Argelia en la revisión del sistema de SyE existente y para prepararse para el cambio al nuevo MRE.

el transcurso de la ED se llevaran a cabo durante periodos similares del año permite la comparación de resultados, sin la influencia de la estacionalidad. Además, aplazar la encuesta prevista para 2015 hasta 2016 resultó acertado para evitar un sesgo en los resultados debido al impacto de las inundaciones en determinantes clave de la malnutrición.

143. La prevalencia de la malnutrición aguda, del retraso del crecimiento y del peso inferior al normal en niños menores de 5 años ha disminuido considerablemente entre 2010 y 2016, encontrándose en niveles muy por debajo de la emergencia en la última encuesta, donde solo el retraso del crecimiento presentaba valores cercanos al límite del nivel de emergencia.⁵⁸ El mismo patrón se puede observar en todos los subgrupos de edad, niños y niñas, y en todos los campamentos. La prevalencia de la anemia en niños menores de 5 años aumentó entre 2012 y 2016, después de considerables mejoras entre 2010 y 2012. La misma encuesta de 2016 detectó una disminución considerable en el consumo de alimentos ricos en hierro o enriquecidos con hierro en niños menores de 5 años. Esto podría estar relacionado con los cambios realizados en la DGA debido a los déficits de financiación que sufrió la operación a finales de 2014, y la posterior suspensión de la distribución de PNE. Otros factores ambientales (condiciones de saneamiento precarias, mala calidad y disponibilidad del agua) pueden haber contribuido a este empeoramiento, así como la falta de estrategias coherentes de IEC.

144. En cuanto al estado nutricional de las mujeres no embarazadas, el peso inferior al normal es residual, pero el sobrepeso y la obesidad están aumentando de manera alarmante: en 2016 casi una de cada tres mujeres saharauis era obesa. La obesidad central y el riesgo metabólico asociado también están aumentando y constituyen un grave problema de salud pública en los campamentos saharauis, principalmente en Boujdour, donde casi tres cuartas partes de las mujeres no embarazadas presentan este grave trastorno. Aunque se ha recomendado previamente, hasta el momento, no se han realizado estudios para evaluar este trastorno entre los hombres.

145. La prevalencia de la anemia en MEL es también un problema en todos los campamentos, a pesar de las estrategias preventivas existentes. Esto podría explicarse, en parte, por la baja aceptación de los MNP en las mujeres objeto de la intervención, como se mencionó repetidamente durante las visitas de SPD a los hogares y se corroboró mediante los GDD durante las visitas del EE a los dispensarios, y también por las frecuentes y repetidas interrupciones en el suministro. Las irregularidades en el suministro parecen haber afectado la aceptación del programa preventivo y su cumplimiento. La utilización de los servicios de atención prenatal también es débil: menos de la mitad de las mujeres embarazadas realizan las cuatro visitas recomendadas durante el embarazo, y solo una cuarta parte (en 2017) acuden a la clínica antes de la 12^a semana de embarazo.⁵⁹ La baja utilización de los servicios de atención prenatal implica un bajo cumplimiento de la ingesta de hierro y ácido fólico recomendada como parte del protocolo preventivo durante el embarazo. Aunque es más que probable que la presencia de otros factores de riesgo culturales y contextuales también haya contribuido al aumento de la prevalencia de la anemia en MEL. Además, hay indicios de que el consumo de té reduce la absorción de hierro y que está significativamente asociado con la anemia.

146. Los indicadores de ALNP describen comportamientos alimentarios significativos (véase los Resultados en el anexo 17) que se ven fuertemente afectados por la

⁵⁸ El límite de emergencia para el retraso del crecimiento es del 20 %.

⁵⁹ Fuente Ministerio de Salud Saharai, datos proporcionados por el ACNUR. El 40,5 % y el 43 % de las mujeres embarazadas en 2016 y 2017 realizaron, respectivamente, cuatro visitas durante el embarazo. El 34 % y el 26 % en 2016 y 2017 respectivamente acudieron a la primera visita con los servicios de atención prenatal antes de las 12 semanas de embarazo.

disponibilidad y el acceso a los alimentos. Se observa una mejora en las tasas de lactancia materna exclusiva, que han aumentado desde 2010. Los otros indicadores siguen siendo bajos y algunos muestran tendencias negativas, lo que sugiere que las estrategias actuales de IEC no están teniendo el efecto esperado. Una vez más, hay que tener en cuenta que la recogida de datos para la encuesta de 2016 tuvo lugar durante los meses de octubre y noviembre, cuando los alimentos básicos enriquecidos se eliminaron de la DGA y tampoco se distribuyó Nutributter™.

147. Como se informó en los INP anuales, durante el periodo evaluado ha habido una mejora general en la seguridad alimentaria de los refugiados saharauis, sin diferencias significativas según el género del cabeza de familia. Sin embargo, al analizar las bases de datos comunes del SPD, se observan variaciones importantes durante el año en los indicadores examinados, con resultados críticos en algunos meses, pero sin patrones significativos. Los resultados mensuales del SPD en los diferentes campamentos también deben interpretarse con cautela, ya que dependen en gran medida del número de visitas realizadas (a los campamentos y a los hogares) durante el mes examinado (por ejemplo, durante marzo y septiembre de 2017, el número total de ejercicios de SPD realizados en los campamentos aumentó a tres veces el promedio, y ambos meses presentan los porcentajes más altos de hogares con PCA insuficiente y PDA baja). La estrategia de muestreo para las visitas de SPD se analiza en la sección 2.1.

148. Las repercusiones específicas de género requieren una comprensión más profunda y un enfoque programático de los problemas subyacentes que afectan al papel de las mujeres saharauis en el PMA. Hacer de las mujeres las principales beneficiarias del programa del PMA no es suficiente y no equivale necesariamente a una programación de género. Por ejemplo, los programas para MEL se dirigen a las mujeres por la naturaleza de sus objetivos, pero no demuestran necesariamente que la asistencia alimentaria se haya adaptado a las diferentes necesidades. Del mismo modo, en el contexto saharauí, donde las mujeres juegan un papel clave en la toma de decisiones y la gestión de la distribución de alimentos (tanto ahora como históricamente), el impacto específico de género de la operación es difícil de medir. Un análisis de género, según lo planificado actualmente por el PMA, puede permitir una comprensión más matizada del papel de la mujer que el que se tiene ahora. Este ejercicio de claridad es fundamental para que el PMA consolide los esfuerzos necesarios para cuantificar mejor la IGEM y para tener en cuenta cuestiones que actualmente se pasan por alto tales como la importante carga que se está depositando en las mujeres.

149. No se dispone de mucha documentación sobre los efectos inesperados de la intervención del PMA y sobre si han sido evaluados, documentados o considerados. Uno de los efectos inesperados, detectado a través de los GDD, podría ser la pérdida de confianza en las autoridades locales.

2.5. Factores que afectan el rendimiento y explican los resultados

Recuadro 8. Resultado clave 5:

Si bien la logística se considera un factor de mejora del rendimiento, la poca disponibilidad de fondos ha reducido en gran medida los efectos previstos de los componentes nutricionales de la OPSR. Las actividades de seguimiento y evaluación (SyE) deben mejorarse perfeccionando ante todo el análisis y el uso de los datos. La configuración y las capacidades globales del PMA en Argelia son un problema constante, que se puede atribuir principalmente a la existencia de puestos vacantes, la falta de conocimientos técnicos y los obstáculos lingüísticos. Las asociaciones carecen de poder a nivel estratégico y de toma de decisiones.

150. Esta sección proporciona información sobre los factores internos y externos que han influido en el rendimiento de los componentes nutricionales de la OPSR, y por qué y cómo la intervención ha producido los efectos observados.

Logística

151. Según la documentación revisada y las entrevistas mantenidas con las partes interesadas, el desempeño logístico del PMA en Argelia ha mejorado sustancialmente en los últimos años. Los sistemas logísticos actuales son el resultado de una colaboración exitosa entre el PMA, el ACNUR, la CRA y el MLRS, y se definen en diferentes ME, acuerdos operacionales y en el PAC. El actual contrato operativo entre el PMA y la CRA (2013) viene del acuerdo entre el PMA y el gobierno argelino firmado en 1967, en el que el gobierno designó a la CRA como el organismo de ejecución de la operación del PMA. A raíz de este contrato operativo, en 2016 el PMA y el ACNUR renovaron un acuerdo tripartito con la CRA para formalizar el papel de esta última como responsable de la ejecución de las distribuciones de alimentos. En base a este acuerdo tripartito, el ACNUR y el PMA ponen a disposición de la CRA y la MLRS todos los medios necesarios para el almacenamiento, protección, preservación y distribución de alimentos y artículos nutricionales a fin de garantizar los estándares del PMA. El transporte entre campamentos y la distribución final de alimentos y PNE son responsabilidad del ACNUR y los lleva a cabo la CRA-MLRS. El ACNUR ayuda a la CRA y contribuye a la formación del personal del terreno en virtud de un Acuerdo de Asociación del Proyecto.

152. Para los productos alimenticios, hay un almacén central en Rabuni, gestionado por la CRA y la MLRS, pero no hay instalaciones de almacenamiento descentralizadas.⁶⁰ En 2013, para evitar problemas con el almacenamiento y la manipulación de los productos, el PMA realizó varias sesiones de formación al personal de la MLRS de los almacenes y proporcionó manuales de almacenamiento y manipulación mejorados, lo que permitió mejorar la gestión del almacén. Para la mayoría de las partes interesadas entrevistadas, la capacidad real de almacenamiento de los productos alimenticios y nutricionales, en términos de volumen y de condiciones, parece adecuada. Sin embargo, la evaluación recopiló opiniones contradictorias sobre si se necesitan o no almacenes descentralizados. Algunos actores exigieron el preposicionamiento de existencias en el campamento, al menos para los más alejados de Rabuni (como Dajla), con el fin de responder más rápidamente en caso de inundación de las carreteras, un problema constante en los últimos años. Sin embargo, otros informantes han presentado los mismos riesgos climáticos como argumento contra el almacenamiento de productos fuera de Rabuni: en caso de inundaciones, estas estructuras corren un mayor riesgo de sufrir daños, lo que provocaría la destrucción de las reservas de alimentos. El ACNUR financia el almacenamiento y la distribución de los PNE. Los PNE se almacenan a nivel de Wilaya y de dispensario. La distribución dentro de los campamentos la gestionan además la CRA y la MLRS.

153. Argel gestiona las adquisiciones de carácter general, las licitaciones, los contratos con proveedores y suministradores, etc. El calendario y el importe de las contribuciones financieras son clave para que la compra de alimentos sea adecuada y oportuna, ya que las adquisiciones solo pueden llevarse a cabo cuando se garantizan los fondos. La logística de Argel administra la «base de datos de suministros»⁶¹ que permite proyectar un periodo de unos 10 meses, para ver qué estará disponible en stock y qué fondos llegarán. La

⁶⁰ Se suelen usar contenedores de alimentos en los puntos de distribución para almacenar productos básicos cuando los beneficiarios no han recogido lo que les corresponde el día de la distribución.

⁶¹ Hasta 2015, se utilizaba una simple hoja de cálculo de Excel para llevar a cabo el seguimiento de la cantidad de existencias, cuánto tiempo durarían y durante qué periodo la agencia podría satisfacer las necesidades de los beneficiarios.

herramienta de suministro puede predecir si los fondos esperados serán suficientes para evitar interrupciones en el suministro y, si es probable que sucedan, cómo podrían mitigarse (planificando una reducción de la ración, optando por proveedores locales, reasignando recursos, etc.). Sin embargo, las decisiones finales de ajustar las raciones u otras acciones de mitigación se toman a nivel de coordinación.

154. La suboficina del PMA en Tinduf organiza la recepción de los productos de las compras locales e internacionales, asegurando que el almacenamiento cumpla con los estándares del PMA, y participa en el envío de los productos para su distribución. El personal de la suboficina del PMA no tiene acceso a la información completa de los suministros, y los flujos de información a veces son un problema, ya sea porque la información no llega a tiempo para preparar la recepción o porque no se comparte con el equipo de la suboficina. La verticalidad en el intercambio de información y la comunicación entre los diferentes niveles es identificada por el personal como un problema a la hora de preparar una reunión de personal del terreno u otras reuniones de coordinación.

155. En 2010⁶², la CRE, la CRA y el PMA firmaron un acuerdo para el establecimiento de reservas preposicionadas, o reservas alimentarias de seguridad. Esta iniciativa tenía como objetivo reforzar la capacidad de respuesta frente a una crisis de disponibilidad de alimentos provocada por interrupciones en el suministro. Desde 2011, las reservas alimentarias de seguridad están totalmente financiadas por la AECID, la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

156. En las conversaciones, el PMA hizo hincapié en que el papel de las reservas alimentarias de seguridad es garantizar la estabilidad de la asistencia alimentaria y cumplir con el requisito de proporcionar un mínimo de 2100 Kcal por día. Desde 2013, la cantidad media aportada por las reservas alimentarias de seguridad a la DGA por año oscila entre el 35,4 % y el 37,5 %. Según la Encuesta sobre nutrición de 2016, solo hubo un mes en el que las reservas alimentarias de seguridad no contribuyeron a la DGA y en 19 distribuciones supuso más del 50 % de la energía total provista. El mal uso actual de las reservas alimentarias de seguridad es una consecuencia del alto número de interrupciones en el suministro. Ha habido quejas sobre la frecuencia de uso de estas reservas y, a veces, sobre la falta de cumplimiento de los procedimientos de seguimiento establecidos por ambas partes. Actualmente, la CRE y el PMA están revisando el acuerdo.

Seguimiento y evaluación

157. En esta subsección se examina el ML de la operación, la estrategia y las actividades de seguimiento, el uso de los datos y la información recogida, el análisis y la presentación de informes, y la difusión interna y externa de los resultados.

158. El ML actual de la operación refleja los cambios realizados en 2014 en el instrumento normativo del PMA para el diseño del proyecto, la supervisión y la presentación de informes, que tenía varios propósitos: (i) alinear resultados y productos con los OE, traduciendo así los objetivos de alto nivel del PMA en acciones con resultados cuantificables; (ii) proporcionar un marco normativo para el diseño de todos los proyectos del PMA; (iii) proporcionar a todas las oficinas una lista de indicadores para el seguimiento de resultados y productos; (iv) permitir al PMA seguir la eficacia del proyecto; y (v) informar del rendimiento obtenido por la organización aportando valores de progreso para los indicadores del MRE incluidos en el INP del PMA.⁶³

⁶² Este acuerdo se basó en las lecciones aprendidas de un proyecto anterior financiado por ECHO durante el periodo 2002-2006.

⁶³ Presentación sobre el Marco de resultados estratégicos – 2014-2017 del PMA en Argelia – El MRE y los cambios en el marco lógico de la OPSR y en las herramientas de SyE, PMA Argelia - Oficina de Tinduf - enero de 2014.

159. Con la revisión del marco lógico, mejorar el consumo de alimentos y reducir la desnutrición (malnutrición aguda, retraso del crecimiento y anemia) siguen siendo los resultados esperados de los componentes nutricionales de la OPSR, a través de la DGA y del apoyo a las actividades de prevención y tratamiento de la desnutrición.
160. Los productos se refieren básicamente a la cantidad, calidad y puntualidad de los productos alimenticios y nutricionales distribuidos, y al número de beneficiarios asistidos. El marco lógico de 2015 introduce, como producto medible, la aplicación efectiva de acciones para aumentar la conciencia de la población sobre el uso de productos nutricionales especializados y las prácticas de ALNP, e incluye indicadores para evaluar las mejoras en materia de: género; protección (la asistencia prestada por el PMA se lleva a cabo y se utiliza en condiciones seguras, responsables y dignas); y alianza (coordinación de intervenciones de asistencia alimentaria y desarrollo de alianzas).
161. Los indicadores nutricionales específicos, para medir la «reducción o estabilización de la desnutrición en la población destinataria», la prevalencia de la malnutrición y la prevalencia de la anemia fueron sustituidos en 2015 por aquellos que se refieren al rendimiento y cobertura del PACS. Los indicadores de seguridad alimentaria se actualizaron en 2014, con la PCA, la PDA y el IEA.
162. Las hipótesis se centran en los resultados y productos del ML, y no en el nivel global de la operación. Las hipótesis enumeradas en 2013 y en 2015 son más o menos las mismas, y el nuevo ML no toma en cuenta los eventuales cambios contextuales. En algunos casos, es difícil establecer la relación entre el producto y la hipótesis,⁶⁴ mientras que en otros la hipótesis podría tener un significado mucho más amplio que el representado por el resultado o el producto con el que se asocia.⁶⁵
163. En 2014, en dos visitas de la oficina regional en El Cairo⁶⁶ se sentaron las bases de un nuevo marco de seguimiento para la misión del PMA en Argelia. La misión revisó el sistema de seguimiento y evaluación existente para adaptarlo al marco lógico de las operaciones en términos de mejora de capacidades y procesos de seguimiento de resultados y productos. Se preparó un plan de seguimiento⁶⁷ donde se detallaban los indicadores, las fuentes, los métodos y la frecuencia para la recogida de datos, y el uso esperado de la información recopilada y analizada. En 2015, el PMA y el ACNUR acordaron una Estrategia de seguimiento de la distribución conjunta para la operación del Sáhara Occidental, para desarrollar planes de seguimiento comunes destinados a lograr objetivos bilaterales y alcanzar resultados idénticos.
164. Actualmente, las principales actividades sobre el terreno para el seguimiento de la operación son el seguimiento de la canasta de productos alimentarios y los ejercicios de SPD. Las visitas a las localizaciones del programa (centros de salud, escuelas o puntos de medios de subsistencia) sirven para la observación y la recogida de datos secundarios. Los datos secundarios sobre el PACS se recogen de los registros del sistema sanitario, aunque se ha denegado el acceso al personal sobre el terreno del PMA a las clínicas a pesar de la autorización oficial obtenida por el Ministerio de Salud Saharai y las directrices regionales. La CRA proporciona datos e información sobre cuestiones de

⁶⁴ Por ejemplo: Resultado 1.1: Reducción o estabilización de la desnutrición en niños de 6 a 59 meses y en mujeres embarazadas y lactantes, hipótesis: El Ministerio de Salud elabora un informe mensual, que no parece ser determinante para el logro del objetivo

⁶⁵ (Por ejemplo, las hipótesis sociopolíticas solo estaban vinculadas a un resultado muy particular, o «la estabilidad de las contribuciones de los donantes» vinculada únicamente a uno de los resultados de la operación)

⁶⁶ Claudia Ah Poe (Asesora Regional de SyE de la oficina regional en El Cairo, misión de SyE en Argelia, marzo de 2014) y Karl Svensson, Oficial Regional de SyE (oficina regional en El Cairo, misión de SyE en Argelia, octubre de 2014).

⁶⁷ Plan de seguimiento para 2014-2017 (OPSR en Argelia del PMA), marzo de 2014.

género y se obtienen más datos secundarios de los socios durante las reuniones de coordinación del sector y a través de AST o MdE.

165. Las actividades sobre el terreno las lleva a cabo en su mayoría el personal de vigilancia sobre el terreno del PMA junto con los agentes del ACNUR y, desde el 2016, el personal del CISP. Como las restricciones de seguridad a las que se enfrentan los equipos del PMA limitan su acceso a los campamentos y, además, su disponibilidad para realizar el seguimiento de las actividades del programa, en julio de 2014 el PMA firmó un AST con el CISP para un proyecto piloto de 6 meses destinado a realizar el SPD. En enero de 2016, se renovó el acuerdo para un proyecto adicional de 12 meses y se amplió nuevamente en enero de 2017, por lo que el CISP se convirtió en un socio estratégico del PMA para las actividades de seguimiento sobre el terreno.

166. La vigilancia in situ de la DGA (seguimiento de la canasta de productos alimentarios) es limitada debido a las restricciones de tiempo de los equipos en el terreno. La única información disponible para el EE sobre estos ejercicios viene de los pocos informes de seguimiento mensuales recibidos (9 en 2013, 4 en 2014 y 3 en 2015, con 9 de un total de 19 documentos en versión borrador o control de cambios). Estos informes contienen información logística básica (llegada de productos, envíos y calendario de distribuciones, seguimiento del programa y, al final, una lista de las actividades de seguimiento realizadas durante el mes) y un breve análisis cuantitativo de los resultados. En la mayoría de los informes revisados aparecen peticiones para contar con más personal sobre el terreno y buscar una alternativa para compensar las limitaciones de seguridad.

167. Las visitas a los hogares para el SPD las realizan mensualmente los equipos mixtos ACNUR-PMA. El número de visitas aumentó en 2016-2017, gracias al AST firmado con el CISP, cuyo personal tiene un mejor acceso a los campamentos y actividades. Los equipos deben visitar los hogares durante la primera y tercera semana del mes⁶⁸, y las entrevistas realizadas por el personal de vigilancia sobre el terreno del PMA confirman que cada equipo visita alrededor de 200 hogares por mes. Existe una base de datos común, y los informes conjuntos públicos se preparan trimestralmente. La misión de SyE de la oficina regional en El Cairo de 2014 recomendó mecanismos para mejorar el muestreo⁶⁹ al planificar las visitas a los hogares para el SPD a fin de evitar (i) sesgos debido a la presencia parcial o excesiva de campamentos u hogares específicos en los resultados globales y (ii) el efecto de estacionalidad, aumentando así la representatividad de los resultados. Un breve análisis de los datos disponibles sugiere, sin embargo, que el porcentaje de hogares visitados en cada campamento no corresponde a la cantidad estimada de raciones distribuidas, y que el aumento significativo en el número de visitas anuales no equivale al tamaño de los campamentos. Aunque los métodos de muestreo reales aplicados para planificar las visitas de SPD se basan en las recomendaciones de la misión de SyE de la oficina regional en El Cairo, ambos hechos sugieren que los resultados obtenidos podrían verse afectados por el sesgo y deberían interpretarse con cautela. Véase el anexo 17 para información más detallada.

168. Las actividades nutricionales, tanto dentro como fuera de los centros de salud, se supervisan a través de visitas sobre el terreno (por parte de los equipos del PMA, el ACNUR y la CRA por separado) y mediante la recogida de datos secundarios en los

⁶⁸ Estrategia de seguimiento de la distribución conjunta del PMA y el ACNUR (2015).

⁶⁹ Antes de la misión de apoyo al SyE en 2014, el número de entrevistas realizadas por campamento no era proporcional al tamaño del campamento, y faltaba un protocolo en cuanto a la selección de los hogares a entrevistar. Tras una sesión de formación sobre conceptos de muestreo, la misión preparó una estrategia de muestreo con varias opciones.

centros de salud. El seguimiento de las actividades nutricionales se consideró débil⁷⁰ y se destacó como un desafío actual. Los formatos de seguimiento fueron revisados en base a los indicadores nutricionales realineados en 2014 y la visita de apoyo al SyE ayudó a determinar el tipo de muestreo para la recogida de datos. La CRA realiza visitas mensuales a los dispensarios que presentan informes sobre los niveles de actividad (admisiones y altas) y aspectos logísticos (adquisición, distribución y almacenamiento de PNE) y apoya al personal en la recogida de datos y el cálculo de los indicadores de rendimiento y cobertura.

169. Sin embargo, varias fuentes afirman que la presentación de informes, por ejemplo, del rendimiento del PACS, genera dudas sobre la calidad y fiabilidad de los datos, debido a la ausencia de registros adecuados y de herramientas de seguimiento y a las incoherencias encontradas, y contradice otros resultados más fiables. El EE visitó varios centros de salud y certificó que siempre hay una persona responsable del seguimiento (normalmente la Jefa de Dispensario), pero que los formatos para el registro y la presentación de informes no siempre estaban disponibles. Del resto de las actividades nutricionales apenas se hace seguimiento, más allá del número mensual de beneficiarios asistidos (reportados anualmente en los INP), las evaluaciones de la CRA en los hogares y un cuestionario muy simple elaborado a través de los ejercicios mensuales de SPD, sobre la adherencia a los programas y la utilización y aceptabilidad de los productos.

170. Además de los mecanismos para realizar el seguimiento de las actividades de la intervención, el PMA, conjuntamente con el ACNUR y sus socios, realizan encuestas sobre nutrición y MEC cada dos años, lo que les permite evaluar la situación nutricional, de seguridad alimentaria y de vulnerabilidad de la población de refugiados, identificar necesidades nuevas o recurrentes y, hasta cierto punto, evaluar el impacto de las intervenciones actuales.

171. El nivel de análisis y utilización de la información recogida en los informes de SPD y los productos de información relacionados es bajo. Por ejemplo, el PMA ha aportado muy poco a los informes elaborados por el socio responsable del SPD, y en el INP no hay un debate ni un análisis en profundidad de las tendencias seguidas y reportadas por el PMA. También se ha identificado la oportunidad de incorporar más recomendaciones y estudios previos. El análisis de datos intersectoriales, vinculando datos de diferentes sectores (salud, nutrición, alimentación y WASH), para posibilitar la triangulación de datos y la toma de decisiones informadas, también está ausente.

172. El PMA podría mejorar la forma en que utiliza la información, tanto interna como externamente. Externamente, el PMA utiliza el INP (anual) y las fichas de países (diferentes términos, mensuales o trimestrales, dependiendo del periodo) para compartir información, pero prácticamente no se producen otros productos informativos o estos solo se comparten con las partes interesadas importantes (como, por ejemplo, los informes de seguimiento y evaluación de productos y resultados que se comparten con los donantes). El PMA podría capitalizar la información presente en el equipo con fines de promoción o para fortalecer el proceso actual. Algunas de las dificultades con las que se encontró el EE para acceder a los documentos, que en ocasiones no estaban disponibles, ponen de relieve la gran necesidad de reforzar la gestión de la información en la oficina, como se describe a continuación. Esto puede repercutir en la capacidad organizativa del PMA y en su capacidad para promover y liderar el personal sobre el terreno.

⁷⁰ Fuentes: visita de nutrición 2014, recomendaciones de las encuestas sobre nutrición, entrevistas con las partes interesadas.

Capacidad organizativa

173. El PMA Argelia trabaja en dos oficinas separadas sobre el terreno, una en Tinduf y otra en Argel. Más de la mitad del personal está en Argel, en cambio, la ejecución se realiza desde la suboficina en Tinduf.

174. De las entrevistas⁷¹ realizadas durante la evaluación, se hizo evidente que hay varios puestos en la oficina que han permanecido vacantes durante mucho tiempo, lo que debilita la capacidad operativa de la suboficina del PMA. A veces, el personal manifestó que iban más allá de sus responsabilidades, o que sus funciones no eran claras ya que cubrían más de un puesto a la vez. En las conversaciones con las partes interesadas, se mencionaron continuamente las ausencias del personal del PMA y su poca capacidad en el terreno. Por ejemplo, dos socios destacaron la escasa presencia del personal de vigilancia sobre el terreno del PMA.

175. A un nivel más técnico, en las entrevistas con el personal del PMA y con otras partes interesadas relevantes, se destacó la seria desventaja de no contar con un nutricionista en el equipo del PMA. El PMA se ha esforzado por contratar un nutricionista, pero hasta la fecha no lo ha conseguido. Esto ha dado lugar a una falta de comprensión del contexto y de las implicaciones nutricionales de las operaciones del PMA.⁷² También ha significado que la oficina no ha tenido la capacidad de llevar a cabo un análisis en profundidad de la situación nutricional, que era tan necesario.

176. La falta de un idioma común para todo el personal de la suboficina del PMA también puso de relieve los desafíos actuales en materia de capacidad. En los campamentos de refugiados saharauis, el árabe es el idioma más hablado, mientras que el español es el idioma principal de muchas ONG, así como del personal de los ministerios, un legado de la época colonial y las relaciones con España. En los campamentos, ubicados en Argelia, el francés está desempeñando un papel cada vez más importante, ya que gran parte del personal es argelino. El francés es un requisito para las ONG y la ONU, lo que dificulta la posibilidad de contratar personal saharauí, si bien sería lo más adecuado desde el punto de vista del idioma, el conocimiento y la ubicación de la residencia. El inglés es un idioma clave en el PMA, especialmente para el personal internacional. Como resultado, actualmente no existe un idioma común entre todo el personal del PMA. Del mismo modo, en la reunión del personal del terreno, la evaluación observó que la capacidad del PMA de dirigir y coordinar la reunión se veía obstaculizada por las constantes peticiones de traducción a otros idiomas. Una autoridad saharauí también planteó la cuestión del idioma (y las traducciones posteriores, tanto orales como escritas) como un obstáculo importante al tratar con el PMA. La evaluación señala que este es un problema al que se enfrentan muchas organizaciones que trabajan en Tinduf, pero que parece acentuarse más con el equipo del PMA.

177. En el PMA, los comentarios recibidos señalaron que la situación contractual para quienes trabajan en la suboficina y que no ocupan puestos nacionales no es positiva, debido al alto coste del alojamiento en la ciudad. Esto tiene consecuencias cuando se recluta personal calificado de fuera de Tinduf. Las partes interesadas confirmaron que se trata de un problema generalizado de la ONU en Tinduf, con la posibilidad de que esta sea una de las pocas operaciones en las que la ONU pierde personal hacia las ONG que a menudo ofrecen mejores salarios.

⁷¹ A falta de ver estos TdR, la evaluación no ha podido confirmar si se llegó a realizar la acción.

⁷² Durante 2014-2015, la OR del PMA envió un nutricionista a la OP de Argelia con la misión de, entre otros objetivos, apoyar a los equipos en la preparación de los nuevos protocolos para la prevención y el tratamiento de la malnutrición y la anemia

178. Con respecto al apoyo ofrecido por la oficina del PMA en Argel, la OR y la sede, las entrevistas con el personal de la suboficina pusieron de manifiesto la debilidad del apoyo técnico y de las aportaciones recibidas al diseñar y ejecutar las actividades. El EE solicitó una lista de las misiones que tuvieron lugar durante el periodo de tiempo evaluado; sin embargo, como esto no se proporcionó, es difícil afirmar si las impresiones del personal son justas o no.⁷³

179. Sobre todo, lo que resultó muy evidente para el EE es que una cuestión clave que afecta el desempeño actual del PMA es su capacidad para gestionar y utilizar el conocimiento disponible dentro del equipo y del país. Actualmente, el PMA parece contar con poca documentación sobre cuestiones clave y depender demasiado del conocimiento adquirido a través de la experiencia de diferentes miembros del personal. Como se destacó anteriormente, bajo el proyecto de la OPSR, los estudios y análisis mencionados fueron imposibles de rastrear para el EE. Si bien la evaluación no puede confirmar si estos estudios se han realizado, la imposibilidad de rastrear los documentos ha confirmado el deterioro del sistema de gestión de los conocimientos dentro de la oficina. Del mismo modo, los informes de fin de misión eran difíciles de obtener y, según las entrevistas con el personal del PMA, no parece haber sido una práctica habitual en la oficina después de cada misión o viaje. Esta falta de documentación y de trazabilidad de las pruebas se observó en muchos aspectos de las operaciones del PMA.

Alianzas

180. La política de estrategia institucional del PMA (2014-2017) sobre las alianzas tiene por objeto fomentar «la evolución de la cultura del PMA del 'cumplimos' al 'cumplimos mejor juntos'»⁷⁴. Para lograrlo, el PMA definió un enfoque para que las relaciones de colaboración progresen, avanzando desde las más transaccionales donde, por ejemplo, «una parte toma las decisiones programáticas sobre la base de su conocimiento y experiencia» hasta aquellas donde se produce una «cooperación de decisiones sobre la base del conocimiento y la experiencia conjuntos».

181. La CRA es el socio ejecutor del Gobierno de Argelia para toda la asistencia humanitaria a los refugiados saharauis. El marco principal de su asistencia humanitaria es el acuerdo tripartito entre la CRA, el ACNUR y el PMA, que define las responsabilidades respectivas de las tres organizaciones, y a tenor del cual la CRA informa sobre movimiento de alimentos, distribución y uso de alimentos del PMA, usando formatos de informes PMA/ACNUR. El acuerdo, que no es de tipo financiero, se ha ampliado automáticamente varias veces para acomodar las extensiones en la OPSR del PMA. Además, un MdE entre la CRA y el PMA define las funciones, las responsabilidades y el presupuesto. La asociación de trabajo se centra en la logística operativa y los aspectos administrativos. El EE observó que los organismos competentes no entendían de la misma manera las funciones y responsabilidades derivadas de los distintos documentos y que, a veces, estas diferencias en la comprensión de los acuerdos podían ser una fuente de conflictos operacionales y de coordinación. Las entrevistas con las principales partes interesadas lo confirmaron, con debates centrados en cuestiones genéricas y eludiendo cuestiones estratégicas o programáticas más concretas.

182. El tercer socio del Acuerdo Tripartito es el ACNUR. El ACNUR es el principal socio de la ONU para el PMA y el organismo principal en este contexto de refugiados, así como también el responsable de la coordinación intersectorial. Este documento constituye el

⁷³ Sin embargo, el EE está al corriente de una serie de misiones de la sede y de la OR: una sobre nutrición en 2014-2015, otra sobre seguimiento y evaluación en 2014, y finalmente una sobre Análisis y Cartografía de la Vulnerabilidad y enriquecimiento.

⁷⁴ La OPSR indica que se evaluarán las formas de abordar el suministro inadecuado de alimentos frescos por parte de los socios; de manera similar, la RP#8 establece que se realizarán diferentes análisis de género, protección y edad para configurar el programa.

marco jurídico oficial de las Naciones Unidas para las operaciones en el país, mientras que el MdE global ACNUR-PMA cubre cuestiones relacionadas con la cooperación de ambas agencias en el suministro de asistencia alimentaria y artículos no alimentarios relacionados a los refugiados. La alianza con el ACNUR es compleja y delicada debido a una serie de razones históricas y por la superposición de mandatos. El EE experimentó la divergencia entre los dos organismos a nivel de terreno durante la fase inicial cuando el alcance de la evaluación debía revisarse.

183. Para complementar el Acuerdo Tripartito, está previsto que se prepare anualmente un PAC, con planes de distribución mensuales presentados por la CRA. De las entrevistas se desprende que los compromisos formales no siempre fueron seguidos por el PAC detallado que, año tras año, establece objetivos específicos más allá de los que se refieren a aspectos puramente operativos (logística, seguimiento). Tanto con la CRA como con el ACNUR, hay algunos elementos contractuales que no se llevan a cabo en realidad, con poca planificación estratégica o análisis de la situación.

184. La Media Luna Roja Saharaui (MLRS) es el brazo humanitario de las autoridades saharauis y coordina toda la asistencia brindada a los refugiados, en calidad de socio ejecutor de la CRA en los campamentos. Un acuerdo bilateral entre la CRA y la MLRS enmarca su cooperación y especifica todos los aspectos de la operación. Para el PMA, la MLRS es el principal socio de la OPSR 200301 porque es responsable de la gestión del almacén, el transporte y la distribución de alimentos a los más de 116 puntos de distribución en los campamentos.

185. Durante el periodo que cubre la ED, el PMA trabajó con la Association des Femmes Algériennes pour le Développement (AFAD), Médicos del Mundo (MDM) y Solidaridad Internacional de Andalucía. El PMA tiene principalmente una relación contractual con las ONG que trabajan en los campamentos de refugiados y no ha logrado desarrollar alianzas con estas organizaciones. Teniendo en cuenta la naturaleza prolongada de la emergencia, la relación se parece más a la de una operación de emergencia que a la de una OPSR. Ver a las ONG como socios ejecutores, en lugar de como aliados, puede minar el intercambio de información. La respuesta de las ONG asociadas en las entrevistas fue mixta: algunas destacaron una dinámica de trabajo positiva con el PMA así como un buen nivel de alianza, mientras que otras tenían la sensación de que se les subcontractaba el trabajo sin que se les considerara necesariamente como socias.

186. La relación y la alianza con las contrapartes nacionales se analizará a continuación en la sección sobre Entorno institucional.

Acceso y seguridad

187. Tras un incidente de seguridad en 2011, se han intensificado las medidas de seguridad y las restricciones de movimiento para todo el personal de la ONU en Tinduf y en los campamentos de refugiados. Los viajes desde y hacia los campamentos de refugiados requieren ahora una escolta de seguridad que se coordina con las autoridades saharauis y argelinas. Las medidas y los acuerdos de seguridad de la ONU en la zona los supervisa la oficina de la Misión de las Naciones Unidas para el Referéndum del Sáhara Occidental (MINURSO) en Tinduf.

188. Se requiere autorización del gobierno y del Departamento de Seguridad de las Naciones Unidas para viajar dentro del país, y se requieren escoltas gubernamentales para todo el personal internacional para viajes por carretera fuera de Argel. Las medidas de seguridad para desplazarse de Tinduf hacia y dentro de los campamentos y a Rabuni obstaculizan la capacidad del PMA para acceder a los sitios de la operación y minimizan el contacto directo con la población, como ya se destacó en las secciones sobre SyE y

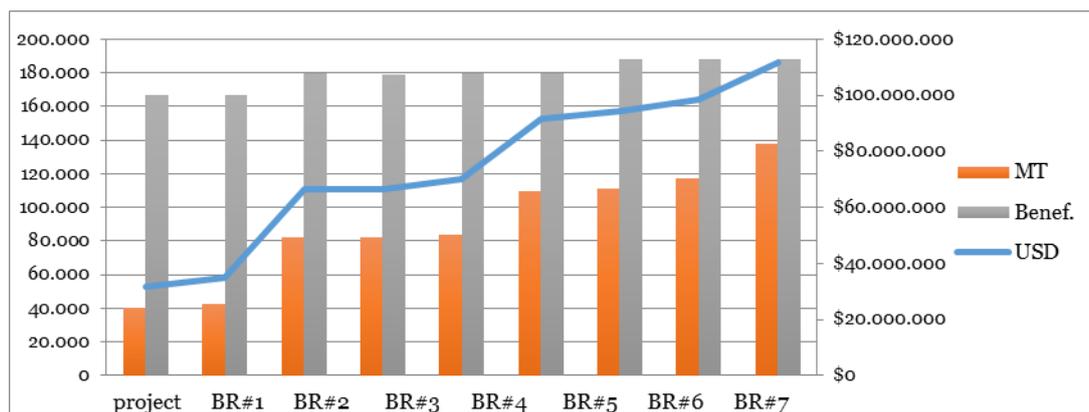
sobre la capacidad organizativa del PMA, que reúnen las consecuencias prácticas de esta logística.

189. Los beneficiarios de la operación del PMA no estuvieron expuestos a ningún riesgo porque los campamentos de refugiados eran muy seguros y tenían una tasa de criminalidad casi nula; por lo tanto, no se notificaron incidentes de seguridad. Tras las inundaciones de 2015, se destruyeron algunos puntos de distribución en los campamentos de Dajla y Smara, lo que causó cierta confusión entre los refugiados con respecto a los nuevos puntos de distribución establecidos por las autoridades, pero no se notificaron problemas de seguridad importantes, aparte de las peticiones de aumento del tamaño de las prestaciones mensuales. En 2016, el mal tiempo impidió el acceso a los puntos de distribución del campamento de Laayun.

Costes y Financiación

190. Si bien el número de beneficiarios previstos ha permanecido estático a lo largo de los años, el tonelaje previsto y la necesidad de financiación se han multiplicado por cuatro. El gráfico 5, a continuación, muestra cómo la RP ha estado modificando las cifras de planificación global (todas las actividades) para los beneficiarios y el tonelaje de la OPSR, y los costes presupuestados estimados de la operación. Véase el anexo 14 para más detalles sobre la RP.

Gráfico 5. Evolución de los beneficiarios y requisitos planificados (Fuente: OPSR 200301 RP)⁷⁵



191. El EE no cuenta con la información necesaria para llevar a cabo un análisis financiero adecuado de la operación (y va más allá del alcance de esta ED). Sin embargo, según los documentos revisados, los aumentos en el presupuesto parecen deberse a: i) fluctuaciones en las tasas de cambio entre el dólar estadounidense y el euro; y (ii) el aumento en el precio de los productos en los mercados internacionales, a pesar de que el programa ha estado comprando localmente algunos productos básicos durante varios años.

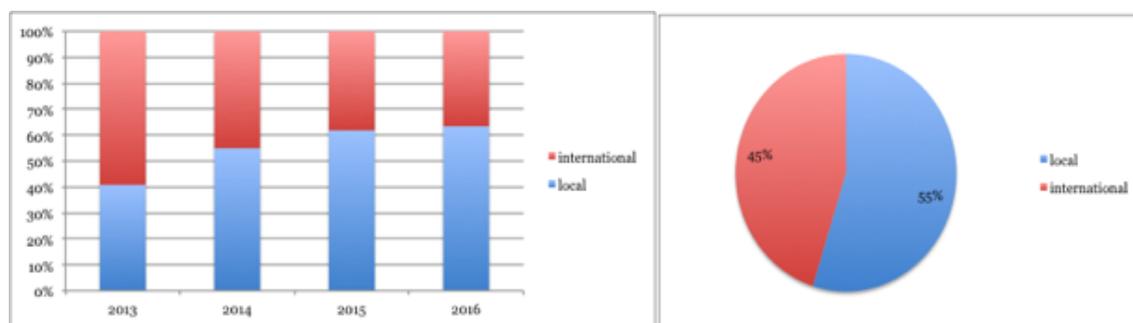
192. El EE notó las fluctuaciones con los tipos de cambio de divisas durante el periodo de la OPSR. Por ejemplo, el euro sufrió una fuerte caída de valor a fines de junio de 2014 y hasta 2017 no empezó a aumentar de forma constante. La tasa más baja para el cambio del euro al dólar estadounidense fue en diciembre de 2016 y la más alta en marzo de 2014. El Dinar argelino (DNZ), en cambio, se mantuvo estable desde 2013 hasta fines de julio de 2014, donde sufrió una fuerte caída hasta agosto de 2015, y continuó disminuyendo gradualmente.

⁷⁵ Esta cifra no representa una comparación anual o mensual de los beneficiarios y requisitos previstos, sino lo que contiene cada RP, con su respectiva duración.

193. Desde 2014, la operación ha sufrido déficits de financiación que han derivado en una menor diversificación de la DGA, una disminución del valor calórico de la ración y, sobre todo, interrupciones en el suministro de PNE en algunos meses con el fin de asignar los recursos existentes a la DGA. El llamamiento conjunto de 2016-2021, que incluía cuatro organismos de la ONU y seis ONG internacionales, solo ha ayudado levemente a mejorar la situación financiera.

194. En 2012, la mayoría de los productos básicos eran de origen internacional (gráfico 6). Se favorecieron las compras locales de harina de trigo y aceite vegetal, dados sus competitivos precios. A partir de 2013, el 40 % de los productos básicos se compraron localmente, lo que también acortó el tiempo de entrega. En 2014, la OPSR sufrió déficits financieros, lo que dio lugar a un aumento frecuente de las existencias de reserva y los préstamos del mecanismo interno del PMA para compensar las brechas en el suministro. El 2015 comenzó con déficits financieros y finalizó con interrupciones en el suministro. La situación de financiación se vio aún más afectada por el aumento de situaciones complejas de emergencia en la región, a saber, las inundaciones. Dos terceras partes de los productos básicos se compraron en el mercado local, y se limitaron, como en años anteriores, a la harina de trigo y al aceite vegetal.

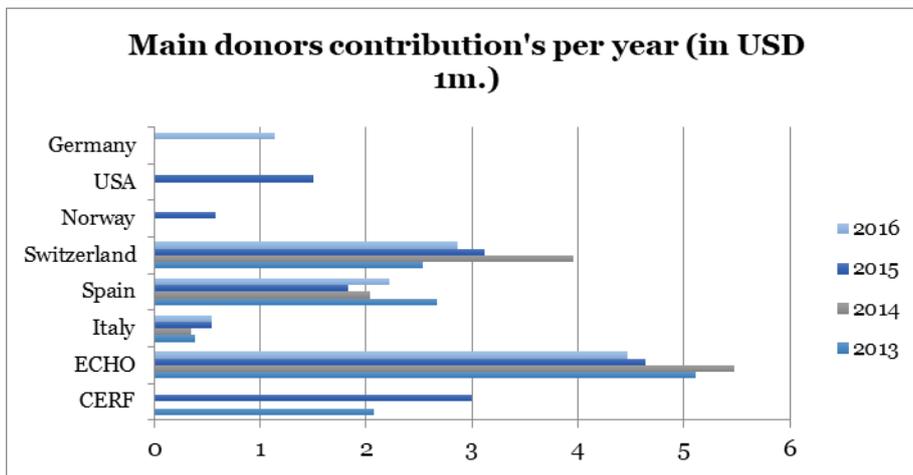
Gráfico 6. Distribución de compras de alimentos



195. Los niveles de financiación continuaron disminuyendo en 2016 y, como explica el INP de 2016, «la falta de previsión de financiación es una nueva preocupación». Debido a estas cuestiones, el PMA utilizó los recursos principalmente para garantizar la DGA. Esto tuvo un impacto en las actividades nutricionales y de alimentación escolar, principalmente con respecto a los productos, la cantidad, la diversificación y la puntualidad de las distribuciones. Como resultado de los déficits financieros, la ONU junto con las ONG decidieron realizar un llamamiento conjunto para movilizar recursos adicionales a mediados de 2016. Pero este llamamiento recibió una respuesta limitada. Si bien ha dado lugar a una ligera mejora en la situación de financiación, es necesario que el PMA revise su enfoque.

196. Durante el periodo evaluado, y según los INP anuales, los principales donantes del PMA (véase Gráfico 7 y Anexo 18 sobre las contribuciones de los donantes) han sido la ECHO y la UE que han aportado aproximadamente el 40 % de las necesidades totales del PMA que se han cubierto, a excepción de una disminución en 2015 (30 %). España, a través de la AECID, Suiza e Italia han aportado anualmente sus contribuciones de manera regular. Noruega y los EE.UU. en 2015, y Alemania en 2016, también contribuyeron en la ejecución de la OPSR. El Fondo Central para la Acción en Casos de Emergencia (CERF) contribuyó en 2013 a través de su ventanilla para emergencias con financiación insuficiente y de nuevo en 2015, utilizando su ventanilla de respuesta rápida con motivo de la emergencia por inundaciones de octubre.

Gráfico 7. Donantes principales de la OPSR 200301



Entorno institucional

197. Los saharauis asentados en los campamentos en Argelia viven en una situación anómala con una configuración administrativa muy particular. Se les ha llamado «la nación de refugiados»⁷⁶, con un gobierno en el exilio y basada en los campamentos de refugiados. Los servicios administrativos se encuentran en la «capital» Rabuni, que cuenta también con un centro de mando de la República Árabe Saharaui Democrática (RASD). Dentro de los campamentos de refugiados saharauis, las autoridades tienen una estructura de gestión bien establecida, que incluye departamentos de bienestar, educación y salud, además de grupos de la sociedad civil con mandato. El PMA no tiene una relación formal con las autoridades saharauis, pero sí tiene una relación laboral y trabaja formalmente con ellos a través de la MLRS. El Ministerio de Salud Saharaui es responsable de las actividades nutricionales dentro del sistema primario de salud saharauí y son socios clave en la aplicación de políticas y programas relacionados con la salud pública en los campamentos de refugiados, bajo la OPSR. El hecho de que el PMA no trabaje directamente con las autoridades del gobierno saharauí es una oportunidad desaprovechada para forjar alianzas constructivas con las autoridades locales.

198. El Gobierno de Argelia garantiza la libertad de movimiento a los refugiados, que pueden entrar, salir y desplazarse dentro de los campamentos. La evaluación no tuvo contactos con representantes del gobierno argelino y, por lo tanto, no puede evaluar la relación con el socio principal: el Ministerio de Relaciones Exteriores del Gobierno de Argelia, responsable de asuntos políticos relacionados con la asistencia internacional a los refugiados alojados.

Factores geográficos

199. La región geográfica donde se encuentran los campamentos de refugiados está sujeta a fenómenos climatológicos adversos. Fuertes lluvias y tormentas y vientos violentos azotan el área cada año. Las temperaturas extremas, con más de 50 °C en verano y 6 °C en invierno, tienen una influencia obvia en la vida cotidiana de la población. Los fenómenos meteorológicos afectan a menudo los edificios y las infraestructuras (destrucción de alojamientos, depósitos, capacidad de transporte por carretera, suministro y almacenamiento de agua, escuelas, hospitales, dispensarios y carreteras); mientras que las temperaturas extremas tienen un impacto en las necesidades nutricionales y alimentarias de la población. Estos fenómenos se describen en los documentos revisados por el EE. Sin embargo, no se han encontrado muchas

⁷⁶ Western Sahara: The Refugee Nation por Pablo San Martín, Universidad de / Wales Press, Cardiff (2010)

pruebas de que el PMA haya tomado medidas preventivas o atenuantes efectivas para compensar las situaciones adversas derivadas de las temperaturas extremas.⁷⁷

200. El PMA ha documentado cuatro episodios de condiciones climáticas adversas durante el periodo de evaluación: (i) En 2014, el PMA realizó una distribución adicional a 615 hogares afectados; (ii) En octubre de 2015, las graves inundaciones destruyeron alojamientos y las existencias de alimentos de los hogares, y la respuesta a esta emergencia fue liderada principalmente por las autoridades locales; (iii) En agosto de 2016, las tormentas y las fuertes lluvias afectaron al campamento de Laayun y, como respuesta, el PMA participó como líder del sector alimentario en una evaluación interinstitucional multisectorial que incluyó financiación del CERF; y (iv) En julio de 2017, fuertes vientos causaron daños a 104 hogares refugio en Dajla, lo que llevó a una rápida evaluación conjunta. Consúltese el anexo 19 para obtener más información sobre estas respuestas de emergencia.

Factores económicos

201. Tinduf es una ciudad que ha crecido como resultado de su base militar y por ser la ciudad más meridional del país. Sin embargo, tiene una economía limitada y muchos productos se importan de países vecinos o se traen del norte de Argelia.

202. La limitada oferta local produce una tendencia al abastecimiento internacional, que puede ser más costoso y largo. El mercado local tiene una oferta limitada. En 2014, cuando se interrumpió el acceso a los productos enriquecidos debido a restricciones de financiación, el PMA comenzó a buscar opciones locales y, según las entrevistas, descubrió que estos eran limitados. Sin embargo, el PMA ha estado trabajando con una empresa local para obtener productos enriquecidos.

203. Los intentos del PMA por poner en marcha las transferencias en efectivo también se han visto afectados por factores económicos que han limitado su aplicación. Además de los problemas políticos, se ha enfrentado a la oposición local y a una economía poco desarrollada. Las transferencias en efectivo son un tema más político, ya que está vinculado al problema de las cifras de población vulnerable, y esto debe resolverse primero. El PMA ha invertido mucho tiempo en transferencias en efectivo con pocos resultados.

Principales resultados de los factores que afectan el desempeño y los resultados

204. La evaluación concluye que existe un consenso general sobre el buen desempeño logístico del PMA en Argelia. La unidad trabaja en estrecha colaboración con la CRA, la MLRS y la CRE como contrapartes principales para temas logísticos. Los procedimientos para el despacho de aduanas, el transporte, el almacenamiento y la distribución de productos están bien establecidos, gracias a diferentes MdE, acuerdos operacionales y planes de acción conjunto. La distribución de responsabilidades entre Argel y Tinduf está clara, aunque ha habido algunos problemas en cuanto al intercambio de información y la comunicación entre los diferentes niveles. Otra fuente de preocupación entre las partes interesadas es el hecho de que las constantes interrupciones en el suministro de la DGA han incrementado de manera excepcional el uso de las reservas alimentarias de seguridad de la CRE y no siempre se han respetado los procedimientos de seguimiento establecidos por ambas partes.

205. Con la revisión del marco lógico, la mejora del consumo de alimentos y la reducción de la desnutrición siguen siendo los resultados esperados de la operación, con

⁷⁷ Como se indicó anteriormente, varios autores e instituciones aconsejan que, en un contexto de clima frío, por cada 5 °C de caída de temperatura se agreguen 100 kcal/persona/día adicionales a la ración para compensar el aumento del gasto metabólico de energía, particularmente cuando el alojamiento, la ropa y/o la calefacción son inadecuados.

productos estándar para respaldarlos. Tal como se establece desde 2015, el marco lógico incluye indicadores para cuestiones transversales (género, protección y alianzas) y también para medir la aplicación efectiva de acciones destinadas a sensibilizar mejor a la población sobre el uso de productos nutricionales especializados y las prácticas de ALNP. Cabe señalar que los cambios introducidos en los indicadores de resultados (nutrición y seguridad alimentaria) en 2015 no reflejan cambios en las actividades, que fueron las mismas. En cuanto a las hipótesis del marco lógico, no siempre es fácil establecer la relación entre el producto y la hipótesis. A veces, la hipótesis podría tener un significado mucho más amplio que el representado por el resultado o el producto con el que se asocia.

206. Con respecto al seguimiento de las actividades, se identificaron varias recomendaciones que sugieren la necesidad de mejorar las actividades de seguimiento y evaluación. Existen mecanismos en la actualidad, aplicados en parte por el PMA y también por otros socios (ACNUR, CISP, CRA). A pesar de la definición de una estrategia de seguimiento conjunta (ACNUR-PMA) tras la actualización del ML en 2015 y del buen desarrollo del componente de recogida de datos, los datos recopilados no se explotan o analizan lo suficiente como para anticipar y planificar mejor. En cuanto a los datos secundarios recopilados por el Ministerio de Salud Saharaui, existen dudas respecto a su calidad y fiabilidad.

207. La configuración y las capacidades globales del PMA en Argelia han sido cuestionadas por varias partes interesadas: (1) han permanecido vacantes varios puestos en la oficina durante largos periodos de tiempo, lo que debilitó aún más la capacidad de la oficina; (2) el EE es consciente de que se han realizado esfuerzos para intentar reclutar a un nutricionista. Este vacío repercute en la comprensión del contexto y debilita la capacidad de la oficina para llevar a cabo un análisis relevante; (3) otra limitación importante de la oficina es de índole lingüístico, al no haber un idioma común a todo el personal de la oficina; (4) los acuerdos contractuales y la falta de incentivos se han mencionado como factores que aumentan la rotación del personal.

208. Actualmente, el PMA está priorizando la gestión del conocimiento («capturar, crear, compartir y optimizar el uso del conocimiento acumulado»⁷⁸) y está reconociendo la necesidad de utilizar el conocimiento interno, regional y local para lograr el objetivo de hambre cero. Si bien este área supera el alcance de esta evaluación, para que las tres líneas de trabajo identificadas por el PMA (investigación operativa; almacenamiento, proceso y difusión; y aprendizaje y fortalecimiento de la capacidad), necesitan mejoras en la oficina a nivel de país.

209. Con las ONG presentes, el PMA tiene relaciones contractuales, pero no ha intentado desarrollar una alianza más integral. Teniendo en cuenta la naturaleza prolongada de la emergencia, la relación se parece más a la de una operación de emergencia que a la de una OPSR. El hecho de considerar a las ONG únicamente como socios ejecutores puede debilitar el intercambio de información. Con respecto a la CRA y el ACNUR, hay algunos elementos de alianza, especialmente a través del Acuerdo Tripartito, pero la realidad es que a menudo la relación permanece contractual, con poca planificación estratégica o análisis de la situación. Con el gobierno, el hecho de que el PMA no trabaje directamente con las autoridades saharauis es una oportunidad desaprovechada para comprometerse.

⁷⁸ Sitio web del PMA, página web de gestión del conocimiento nutricional: <http://www.wfp.org/nutrition/knowledge-management> (visitado por última vez el 30 de enero de 2018)

210. Debido a la prolongada situación de los refugiados saharauis y al surgimiento de otras emergencias humanitarias a gran escala, los niveles de financiación de la OPSR 200301 han disminuido considerablemente en los últimos años, mientras que las necesidades humanitarias para asegurar niveles de alimentación y nutrición adecuados se han mantenido constantes. La falta de financiación y de planificación a largo plazo han afectado severamente a la entrega de asistencia vital a los refugiados saharauis por parte de todas las organizaciones que operan en los campamentos. Los déficits de financiación han tenido un impacto constante en la distribución mensual de las raciones alimentarias básicas y en el suministro de productos nutricionales especializados.

211. El PMA necesita comprender mejor los intereses específicos de los donantes y preparar propuestas de financiación en consecuencia, para evitar la fatiga de los donantes y mantener la visibilidad de esta larga crisis.

212. Con respecto al contexto institucional saharauí, la situación actual del PMA, que no reconoce al gobierno saharauí y con el que no mantiene una relación formal, sin duda ha tenido un efecto en la aplicación de los programas que requerían su participación. Actualmente, la situación es contradictoria ya que, en teoría, el PMA no los reconoce públicamente, aunque la realidad es que trabajan juntos. Deben cooperar, ya que el Ministerio de Salud Saharauí es responsable de las actividades nutricionales dentro del sistema primario de salud saharauí, y son socios clave en la aplicación de políticas y programas relacionados con la salud pública en los campamentos de refugiados bajo la OPSR. El PMA, a medida que avanza en el desarrollo de una OPSR que se parece más a una operación de emergencia que a una OPSR, necesita trabajar con las autoridades nacionales. Los proyectos basados en la resiliencia son una oportunidad ideal para ello, ya que es fundamental trabajar con contrapartes locales. Por ejemplo, el EE encuentra loable el trabajo actual con el Centro de Innovación del Ministerio de Desarrollo Económico, y considera necesario realizar más esfuerzos de este tipo.

213. No cabe duda que la región está aislada y que beneficie de pocos contactos y escasas posibilidades de desarrollarse. El PMA debe estar más atento a las diferentes necesidades según las estaciones, con pocos cambios en el invierno. Los esfuerzos actuales para introducir proyectos basados en la resiliencia son positivos, a pesar de las limitaciones del contexto geográfico y económico.

2.6. Coordinación

Recuadro 9. Resultado clave 6:

El PMA tiene un papel limitado en la coordinación de la nutrición, lo que hace que se pueda considerar como un simple «proveedor» de productos nutricionales. En el sector alimentario, el PMA es un líder eficaz y reconocido, aunque sea principalmente a nivel logístico. Las iniciativas para fomentar la coordinación entre sectores u organismos son relativamente recientes y, hasta la fecha, no han tenido resultados demostrables.

214. Esta sección examina el papel y la participación del PMA en los mecanismos de coordinación sectorial e intersectorial. Se presentan las características y los desafíos actuales en materia de coordinación de la nutrición, los mecanismos de coordinación del sector alimentario y, finalmente, las iniciativas recientes para la coordinación entre sectores u organismos.

Coordinación de los sectores de nutrición y salud

215. En el contexto saharauí, la coordinación del sector de la nutrición se gestiona y articula a través del sector de la salud, dirigido por el Ministerio de Salud Saharauí, con el apoyo del ACNUR y las ONG internacionales que trabajan en el ámbito sanitario. Parece adecuado y cuenta con varias plataformas que actúan a diferentes niveles y con diversos objetivos y metas.

216. Aunque no haya consenso sobre la existencia de un sector de la nutrición como tal, la presencia de actores dedicados a poner en marcha actividades nutricionales sugiere que un tal sector existe y que, por lo tanto, es necesario que sus actores se organicen para coordinar dichas actividades. Los miembros del sector de la nutrición, aparte del Ministerio de Salud Saharaui, son el ACNUR, el PMA, la CRA, MDM, el CISP, la Associació Balear d'Amics del Poble Sahrauí (no permanentemente sobre el terreno) y UNICEF (para IEC).

217. Los mecanismos de coordinación existentes que incluyen cuestiones sobre nutrición son:

- (i) Siete grupos de trabajo temáticos para asuntos de carácter operacional. Hay dos grupos sobre temas nutricionales: El Grupo II que trata de programas de salud (como PISIS y PNSR, ambos ejecutándose conjuntamente desde 2016); y el Grupo VI, responsable de todos los programas relacionados con el análisis de la situación nutricional, los programas nutricionales y el componente nutricional de la asistencia alimentaria, y las actividades relacionadas con vulnerabilidades nutricionales específicas (como los pacientes celíacos). El PMA figura como miembro de ambos grupos de trabajo.
- (ii) Cinco plataformas para programas de salud o servicios de salud que son complejos o que requieren la colaboración de múltiples actores. La nutrición está integrada en la plataforma PISIS-PNSR. Las reuniones, dirigidas por el Ministerio de Salud Saharaui y codirigidas por el ACNUR, son mensuales o quincenales y en ellas se llevan a cabo debates técnicos. Según las diferentes partes interesadas y el personal del PMA, el PMA no participa de forma regular a estas reuniones ya que no siempre se habla de nutrición. La plataforma de sensibilización y promoción de la salud también se centra en cuestiones de nutrición. Se propuso la creación de un grupo de trabajo sobre el tema pero no llegó a formalizarse nunca.
- (iii) Una reunión anual en Argel con donantes y organismos de las Naciones Unidas a un nivel más estratégico.
- (iv) La Mesa de «concertación»: asamblea anual para «concertar», llegar a acuerdos y coordinar.

218. Según las entrevistas realizadas a diferentes partes interesadas, y tal y como ocurre en el sector alimentario, las reuniones de coordinación del campamento y de Rabuni se centran en las operaciones, mientras que las decisiones estratégicas se toman en Argel o bilateralmente entre los actores pertinentes (ACNUR, donantes).

219. La Mesa de Concertación para Salud, en funcionamiento desde 2006-2007, tiene el objetivo de unificar e incrementar las sinergias entre los diferentes organismos e instituciones que trabajan en el sector de la salud y la nutrición. Esta Mesa también es el canal a través del cual se ponen en práctica las políticas de salud del Ministerio de Salud Saharaui, estableciendo prioridades y marcando líneas de trabajo comunes. La Mesa expresa los resultados del resto de las iniciativas de coordinación. Está abierta a actores de otros sectores, que se van integrando poco a poco con el afán de ampliar el enfoque adoptado para abordar los problemas de salud y nutrición⁷⁹ y mejorar la comunicación y coordinación entre sectores.

220. En las entrevistas, algunos participantes expresaron su preocupación por el funcionamiento actual de las diferentes plataformas, incluida la Mesa, argumentando que

⁷⁹ En la Mesa de Salud de noviembre de 2017, se presentaron y debatieron cuestiones sobre alimentación y agua como factores determinantes para la salud y la nutrición.

hay muchas duplicidades entre las diferentes reuniones y que son demasiado «informativas» dejando poco espacio al debate sobre cuestiones estratégicas. Se planteó la importancia de revisar las necesidades y expectativas de los mecanismos de coordinación actuales, su relevancia y efectividad, y la focalización inclusiva.

Coordinación del sector alimentario

221. Desde 2015, el sector alimentario se reúne mensualmente para coordinar a las diferentes partes interesadas que participan en actividades humanitarias dentro del sector. Las reuniones están dirigidas por el PMA junto con la MLRS y abarcan una amplia gama de cuestiones. En las entrevistas, un socio preguntó por qué no estaban codirigidas también por una ONG.

Recuadro 10. Reunión del sector alimentario de noviembre de 2017

La evaluación estuvo presente en una de las reuniones del sector alimentario, que contó con la participación de unas 20 personas, cinco de las cuales eran del PMA. El debate se centró en las correcciones realizadas sobre las cantidades de alimentos y detalladas en el acta de la reunión anterior, y a continuación se presentaron datos sobre la distribución actual de cebollas y patatas. La CRE planteó al PMA la necesidad de preparar la documentación necesaria cuando se sacan artículos del almacén de reservas de seguridad alimentaria como un préstamo. Se organizó una reunión bilateral de seguimiento entre las partes para aclarar el uso actual de las reservas de seguridad.

El EE observó que el idioma es un obstáculo en las reuniones en las que se habla árabe, inglés y español, y en las que los distintos asuntos son traducidos por diferentes personas. Además, las actas que se distribuían estaban en inglés y francés, y contenían errores de traducción. Como ya se señaló al debatir la capacidad organizativa del PMA, el idioma era un obstáculo práctico que dificultaba la capacidad del PMA para dirigir y coordinar las reuniones.

222. Muchas partes interesadas destacaron en sus entrevistas la importancia de estas reuniones y cómo, desde 2015, han estado cubriendo varios aspectos relacionados con la información y la coordinación. Esto se percibe como un avance bienvenido y muy necesario, y muchos reconocieron la función clave del PMA. No obstante, se tenía conciencia de que estas reuniones seguían siendo operativas y no se estaban utilizando para tomar decisiones más estratégicas, ya que esas cuestiones se trataban en otras plataformas de coordinación. Al revisar las actas de las reuniones del sector alimentario durante los últimos 2 años, se constató el poco impacto que tienen las reuniones en decisiones estratégicas o planificación futura, así como la gran cantidad de tiempo y energía que se destina al intercambio de información práctica y logística. Las discusiones a nivel estratégico se llevaron a cabo en Argel, en la Cellule de Coordination.

223. Además, algunas personas se referían a ella como la reunión del Sector de Seguridad Alimentaria, mientras que otras la consideraron simplemente del sector alimentario, lo que pone en evidencia las confusiones en torno a este foro. Para el EE la reunión parecía estar centrada en la distribución de alimentos y no en cuestiones más amplias de seguridad alimentaria. Como bromeó un participante: si es tan operativa no es necesario asistir, siempre y cuando consigas leer el acta.

Coordinación entre sectores u organismos

224. Formalmente, las reuniones de coordinación entre sectores comenzaron en 2016, después de que las inundaciones repentinas de 2015 cogieran a todos desprevenidos, según afirmó una de las partes interesadas entrevistadas. Estas reuniones tienen una asistencia muy buena de un amplio rango de actores y han estado recibiendo una mayor

atención. Las reuniones son responsabilidad del ACNUR ya que la misma agencia cubre siete sectores, aunque no se llevan a cabo con frecuencia. Además de la reunión entre sectores, también encontramos: (i) una reunión anual en octubre entre organismos y donantes; y (ii) la reunión anual de la Mesa celebrada en noviembre, organizada por las autoridades saharauis.

225. Los TdR para la Coordinación entre organismos se redactaron en mayo de 2016 como respuesta a las inundaciones de 2015, y las reuniones se realizan cada seis semanas con los jefes de los organismos de las Naciones Unidas y ONG (CRE, Oxfam, CISP, CRA, AFAD y MDM). El grupo de trabajo guía y lidera la respuesta a nivel de Tinduf, y coordina a nivel estratégico, tomando decisiones sobre los principales problemas entre sectores en el Grupo de Trabajo Intersectorial.

Recuadro 11. TdR del grupo de trabajo interinstitucional

*Los organismos de las Naciones Unidas, las organizaciones nacionales e internacionales y las autoridades saharauis tienen una buena relación laboral a todos los niveles de respuesta; sin embargo, no ha habido un organismo de coordinación interinstitucional que oriente la respuesta a nivel de Tinduf, dejando un vacío importante. Históricamente, la coordinación se ha centrado a **nivel de campamento** y a **nivel de sector** y la necesaria coordinación entre instituciones y sectores a menudo sucede de manera ad hoc. Con la creación de un grupo de trabajo interinstitucional a nivel **interinstitucional** de coordinación, y un grupo de trabajo **intersectorial** a nivel intersectorial, la coordinación general, en los cuatro niveles, debería mejorar, dado el compromiso de los organismos y los socios para trabajar en pos de este objetivo.*

Principales resultados de la coordinación

226. La participación del PMA en la coordinación del sector de la nutrición es escasa, en parte debido a que la nutrición, en el contexto saharauí, se integra en los mecanismos de coordinación de salud. Debido a esta situación de poca participación, en las reuniones se asume que la función del PMA es la de un «proveedor» de productos nutricionales, pero no de un líder estratégico en el sector de la nutrición, participando solo cuando se discuten asuntos logísticos sobre el suministro.

227. En el sector alimentario, sin embargo, el PMA es un líder eficaz y reconocido, aunque la coordinación, a todos los niveles, con demasiada frecuencia se limita al intercambio de información logística.

228. Las iniciativas para fomentar la coordinación entre sectores u organismos son relativamente recientes y, hasta la fecha, no han tenido resultados demostrables.

3. Conclusiones y Recomendaciones

229. Las conclusiones y recomendaciones que figuran a continuación se refieren, en su mayor parte, a los componentes nutricionales de la OPSR 200301 del PMA en Argelia, ya que este ha sido el alcance de la evaluación. El anexo 20 presenta la ME con las anotaciones dadas por la evaluación a cada una de las preguntas de evaluación, tal como se enumeran en el MS.

3.1. Conclusiones

230. A continuación se presentan las conclusiones de la ED, cuyo propósito ha sido determinar la **adecuación** de los componentes nutricionales de la OPSR 200301; evaluar e informar acerca del **rendimiento** y los **resultados**; y para determinar los **motivos** por los que se produjeron o no ciertos resultados. Teniendo en cuenta las limitaciones enumeradas en la sección 1.5, la ED aporta pruebas para la reformulación de los componentes nutricionales; al tiempo que responde a los requisitos de la hoja de ruta integrada corporativa que lleva a la planificación estratégica a nivel nacional, centrándose en el ODS 2, los objetivos 2.1 (*Todo el mundo tiene acceso a los alimentos*) y 2.2 (*Nadie sufre malnutrición*). La ED ayudará a la OP del PMA a rediseñar su papel en el ámbito de la nutrición en el contexto saharauí a través de un amplio proceso de consulta con todas las partes interesadas y destaca las funciones, responsabilidades y formas de contribución a los sectores de seguridad alimentaria y nutrición, en un esfuerzo global para mejorar la nutrición.

231. La evaluación concluye que el diseño de la OPSR, en 2012, tenía como objetivo mantener las mejoras conseguidas en años anteriores en los indicadores nutricionales, respaldando toda la gama de actividades nutricionales preventivas y curativas que se estaban aplicando en los campamentos en aquel momento. Sin embargo, desde entonces, el PMA no ha evaluado la pertinencia y la sostenibilidad de estas actividades, y tampoco ha explorado enfoques alternativos de nutrición o específicas de género para mantener y mejorar el estado nutricional de los refugiados. El único cambio importante con respecto a los componentes nutricionales de la OPSR tuvo lugar en 2014 al tomar el relevo del ACNUR en el suministro de PNE para la prevención de la malnutrición crónica y la anemia en niños y MEL y con la preparación de nuevas directrices para el tratamiento de la malnutrición moderada. Los cambios en el enfoque de focalización suscitaron intensos debates entre las agencias y el Ministerio de Salud Saharauí, pero las limitaciones financieras han impedido la plena aplicación del protocolo. En la etapa de diseño, no se hizo mucho para garantizar que el programa tuviera en cuenta las cuestiones de género, aparte de dirigirse a las mujeres.

232. La asistencia del PMA ha contribuido a la mejora de los indicadores nutricionales básicos. Hoy por hoy, las tasas de malnutrición aguda y crónica en niños menores de 5 años y en mujeres no constituyen un grave problema de salud pública y han ido bajando desde 2010. Además de las transferencias directas de alimentos, las actividades complementarias llevadas a cabo por el PMA (medios de subsistencia) tienden a mejorar la autosuficiencia y resiliencia de la población de refugiados. Sin embargo, en los últimos años se han agravado otros problemas nutricionales. Estos son: (i) el aumento de la tasa de obesidad en mujeres, que constituye uno de los problemas de salud pública más graves en los campamentos debido a los riesgos metabólicos que conlleva, y el aumento de las patologías crónicas asociadas; y (ii) el aumento de los niveles de anemia, tanto en niños de 6 a 59 meses como en mujeres en edad reproductiva, revirtiendo una tendencia anterior a la baja y convirtiéndolo en un problema de salud pública de medio a grave. La doble carga de la malnutrición (concurren la desnutrición y la sobrealimentación) está

presente en una parte estadísticamente importante de los hogares saharauis. Además, a pesar de las mejoras alentadoras, las prácticas de ALNP siguen siendo deficientes. Sin embargo, todas estas cuestiones tienen un origen multifactorial y requieren una respuesta multisectorial y sensible a las cuestiones de género, por lo tanto, van más allá de la función y la responsabilidad del PMA como proveedor de productos nutricionales preventivos.

233. La OPSR del PMA incluye varios componentes y, aunque todos están conformes a las políticas sectoriales correspondientes (PMA institucional y nacional), existen muy pocos mecanismos, internos o externos, que promuevan resultados sinérgicos. Hay dos excepciones que son (i) la complementariedad entre la DGA y las raciones de productos frescos distribuidos por otros actores que garantiza una mejor calidad y variedad en la dieta de los refugiados; y (ii) la colaboración existente entre el PMA y los actores responsables de las reservas alimentarias de seguridad que permite un suministro más estable de asistencia alimentaria en caso de ruptura de existencias. Si bien ambas contribuyen a la mejora de los indicadores nutricionales, ninguna de ellas ha establecido mecanismos de complementariedad o sinergia con las actividades nutricionales respaldadas por el PMA.

234. El PMA lidera el sector alimentario y coordina junto con el ACNUR y la Media Luna Roja las actividades de ayuda alimentaria en los campamentos. Por lo tanto, el PMA tiene un papel primordial para mantener y mejorar las condiciones nutricionales de la población saharauí. Las reuniones de coordinación sobre alimentación se han llevado a cabo desde 2015 y son un avance positivo para garantizar la coordinación de las intervenciones entre las diferentes organizaciones. Sin embargo, las reuniones apenas abordan cuestiones pragmáticas y se mantienen en aspectos logísticos vinculados a la distribución de alimentos. Además, en el contexto de los campamentos de refugiados, están presentes muchos de los factores determinantes de la malnutrición, lo que convierte la coordinación del sector alimentario con otras plataformas en una necesidad imperiosa.

235. El PMA tiene una sólida experiencia en el sector logístico, pero dado que «*la nutrición*» no consiste solo en proporcionar raciones de alimentos y PNE, es necesario que los objetivos subyacentes a los componentes nutricionales de la OPSR adopten un enfoque más amplio para abordar los desafíos nutricionales existentes en los campamentos saharauis. Dentro del contexto operacional saharauí, los actores y acciones nutricionales se articulan y coordinan dentro del sector de la salud y a través de las diversas plataformas para la coordinación de actividades y programas de salud. El liderazgo institucional está bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud Saharauí, con el apoyo del ACNUR. La contribución del PMA al desarrollo del sector de la salud y la nutrición se limita, en cambio, a aspectos operacionales y prácticos. Si bien los componentes nutricionales de la OPSR responden al OE 1 *Salvar vidas y proteger los medios de subsistencia en las emergencias*, la función programática del PMA en la nutrición parece circunscribirse a la adquisición de productos nutricionales que permiten al Ministerio de Salud Saharauí y a sus contrapartes implementar las actividades nutricionales.

236. El PMA en Argelia carece de la capacidad técnica y operativa necesaria para una comprensión óptima del contexto nutricional y una gestión adecuada de los componentes nutricionales de la OPSR más allá de sus aspectos logísticos. Esto podría explicar por qué, por ejemplo, la participación del PMA en las reuniones de coordinación del sector salud-nutrición es irregular y se limita al intercambio de información (sobre cuestiones logísticas) y por qué el PMA está ausente de las plataformas técnicas de los diferentes programas. Además, los mecanismos actuales de recogida y análisis de datos, hasta cierto

punto bien planificados pero aplicados de manera ineficaz, no permiten representar claramente el contexto y el mapeo de las intervenciones.

237. La OPSR del PMA y sus componentes están vinculados a una financiación sostenible. Durante los primeros años de la operación (2013-2014), mientras el PMA mantuvo un nivel adecuado de financiación, todos los componentes y actividades tuvieron un buen desempeño, como lo demuestra la mejora de la mayoría de los resultados nutricionales en la encuesta de 2012 y su posterior empeoramiento observado en 2016. Cuando, a fines de 2014, los déficits financieros se hicieron notables, el PMA trató de hacer frente a la crisis de la siguiente manera: (i) comprando alimentos menos costosos para la DGA; y (ii) deteniendo la adquisición de PNE y utilizando fondos para garantizar un nivel aceptable de asistencia alimentaria para toda la población. La compra de alimentos menos costosos afectó a la cantidad y a la calidad de los productos distribuidos y, por lo tanto, al valor calórico y nutricional de la ración, con una reducción drástica de la ingesta de micronutrientes de los refugiados. Poner en espera la adquisición de PNE resultó en una interrupción prolongada de los servicios de prevención y tratamiento para la malnutrición y la anemia, lo que a su vez aumentó la probabilidad de deficiencias de micronutrientes y patologías relacionadas. La decisión de paralizar la adquisición de PNE fue tomada por el PMA, con el acuerdo de sus contrapartes, pero no sin debate, ya que se consideró una medida efectiva a la vez que controvertida, para mantener la DGA dentro de parámetros más o menos adecuados. Sin embargo, aún queda una pregunta crucial: *¿Cuál fue el coste de mantener « 2100 kcal para todos? »* Pero también nos podríamos preguntar: *¿Cuál hubiera sido el coste de **no mantener** « 2100 kcal para todos? »* Ninguno de los escenarios tenía una respuesta fácil y cabía esperar efectos no deseados con cualquier decisión. El aumento en la prevalencia de la anemia observado en 2016 puede estar relacionado con la interrupción de las actividades nutricionales preventivas. Todavía no se ha hecho nada para mejorar la ingesta de los refugiados aumentando la cantidad y la calidad nutricional de los productos alimenticios frescos.

238. En materia de nutrición, la evaluación observa una falta de claridad en cuanto a las responsabilidades de los diferentes actores de la distribución, como demuestran las opiniones contradictorias expresadas por varias partes interesadas entrevistadas. Esta confusión se debe en parte a que algunos documentos normativos (como el memorando de entendimiento global ACNUR-PMA) son demasiado amplios y dan lugar a diversas interpretaciones. También es difícil discernir si esto se debe a las diferentes interpretaciones de ciertos documentos, o si la competitividad, en varios niveles, está afectando la relación laboral entre el ACNUR y el PMA.

239. Desde un punto de vista político y estratégico, el PMA tuvo una oportunidad clave en 2014 cuando se hizo necesario revisar y actualizar el protocolo para MEL. Esto condujo a la adopción de nuevos enfoques de focalización y a la integración del uso de PNE en los protocolos. Sin embargo, prevalece la percepción de que, en nutrición, el PMA es un donante y un proveedor, con poca o nula participación en las discusiones estratégicas sobre nutrición. El ACNUR es responsable de la coordinación del sector salud-nutrición conjuntamente con el Ministerio de Salud Saharaui y se hace cargo de las cuestiones que requieren esfuerzos agregados a través de mecanismos de coordinación entre sectores u organismos. Los programas de otros sectores (alimentos, WASH, educación) buscan reducir el impacto de los factores causales de la malnutrición, pero no existen instrumentos formales para integrarlos en una estrategia común general. Esto también ocurre con las actividades comunitarias ejecutadas por varios actores en materia de IEC, que contribuyen fuertemente a la mejora de la nutrición pero carecen de referencias y marcos comunes.

240. Finalmente, la OPSR no ha considerado adecuadamente la cuestión de género. Aunque las partes interesadas demuestran una comprensión general de la situación de las mujeres en el contexto saharauí, la falta de un análisis de género más exhaustivo dificulta la capacidad operativa para dirigirse de manera efectiva a las mujeres y, por tanto, debe fortalecerse. Además, aunque los datos programáticos se recopilan y se presentan desglosados por sexo, se requieren esfuerzos para dar un paso más y medir activamente la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.

3.2. Recomendaciones

241. La evaluación ha desarrollado recomendaciones basadas en las conclusiones anteriores. Tienen por objeto proporcionar a los equipos del PMA (OP, RBO, sede) y a las partes interesadas los elementos para aclarar y reformular el papel del PMA en la nutrición en el contexto saharauí y para informar de la toma de decisiones estratégica y programática sobre los componentes nutricionales a nivel de país y en un pensamiento a largo plazo.

Las recomendaciones 1 y 2 se implementarán simultáneamente en 2018-2019, guiando la preparación de la nueva operación del PMA en Argelia. La recomendación 3 va más allá de los componentes nutricionales de la operación y deberá ponerse en práctica inmediatamente.

Recomendaciones para el posicionamiento estratégico del PMA en materia de nutrición en Argelia

242. *Se trata de recomendaciones internas del PMA, aunque tienen importantes implicaciones externas.*

Recomendación 1:

En 2018, con la concurrencia y el apoyo de todos los niveles (sede, RBO, OP, OE), el **PMA en Argelia** debe decidir sobre su papel en la nutrición y aclarar, interna y externamente, cómo realizarlo.

Links to Key Findings 2, 5 and 6

243. **Rec 1.1.** Si el PMA sigue desempeñando su función actual de «proveedor», debe guiarse por las decisiones relativas a los productos de esa función, y estas deben tomarse conjuntamente con todos los actores de los sectores de la nutrición y la alimentación después de un debate constructivo, explorando todas las opciones posibles.

244. Si el PMA decide asumir un papel más activo en aspectos estratégicos dentro del sector de la nutrición;

245. **Rec 1.2.** El PMA en Argelia y el resto de los actores del sector de la nutrición deberían explorar y negociar juntos cómo articular y formalizar esta función (véase la recomendación 2).

246. **Rec 1.3.** El PMA en Argelia debería reforzar las capacidades, los sistemas y los procesos internos que dicha función requiere (véase la recomendación 3).

Recomendaciones para el sector de la nutrición

247. *La evaluación recomienda que se aclaren las responsabilidades estratégicas y programáticas en materia de nutrición entre los diferentes actores.*

Recomendación 2:

Si el **PMA en Argelia** decide asumir una función estratégica más activa en materia de nutrición, en 2018, la agencia debería apoyar y promover activamente una revisión de las estrategias y actividades nutricionales.

Links to Key Findings 1, 2 and 6

248. **Rec 2.1.** La evaluación recomienda (i) analizar en profundidad la efectividad y el impacto de las actividades de prevención de la malnutrición y la anemia; (ii) realizar amplios estudios sobre las causas, consecuencias y posibles soluciones de los crecientes problemas nutricionales actuales, a saber (a) obesidad y riesgo metabólico en mujeres, (b) anemia en mujeres y niños menores de 5 años, y (c) prácticas de ALNP ; (iii) evaluar la cobertura, efectividad e impacto, y armonizar las actividades comunitarias existentes en materia de IEC; y (iv) revisar los mecanismos globales existentes para la recogida de datos y el análisis conjunto para comprender mejor el contexto nutricional saharauí.

Estas recomendaciones son esenciales para garantizar que el PMA y todos los actores nutricionales construyan juntos una base más clara para abordar los problemas de malnutrición en el contexto saharauí. No está dentro del alcance de esta ED responder a todas las lagunas de conocimiento discutidas. Los TdR y las discusiones con la OP y la RBO del PMA dejaron claro que no se debe evaluar toda la operación, sino que se debe enfocar en el desempeño del PMA en materia de nutrición y su interacción y coordinación con otros actores, sin esperar que la ED sea una evaluación integral de la situación nutricional en los campamentos o una evaluación de impacto.

249. **Rec. 2.2.** Revisar los documentos normativos vigentes (MdE, acuerdos bilaterales y tripartitos), que parecen tener múltiples interpretaciones, incluida la percepción errónea de las funciones y la competitividad potencial a nivel institucional y personal, que afecta la relación de trabajo entre el ACNUR y el PMA. La aclaración formal de las funciones de los principales actores mejoraría la relación entre el PMA y el ACNUR.

- a. Si el PMA toma decisiones internas que implican cambios sustanciales en su contribución a la programación nutricional actual, estas decisiones deben acordarse con los actores principales en los sectores de nutrición y alimentación. Las decisiones pueden tomarse con el objetivo legítimo de mejorar el rendimiento, la eficiencia o los resultados de la operación; pero sin el consenso necesario, los escenarios cambiantes pueden demostrar inadvertidamente una falta de comprensión del contexto saharauí o una falta de voluntad por parte del PMA para resolver los futuros desafíos nutricionales.

250. **Rec 2.3.** Promover la complementariedad y la sinergia entre intervenciones específicas de nutrición e intervenciones relacionadas con la nutrición de otros sectores.

- a. El sector de la nutrición debería consolidar las conexiones con intervenciones relacionadas con la nutrición de otros sectores que, si bien no tienen objetivos nutricionales explícitos, contribuyen a la mejora de los resultados nutricionales. El sector también debería definir herramientas para una mayor colaboración estratégica y programática con una estrategia integral, principalmente con el sector alimentario (asistencia alimentaria y medios de subsistencia) pero también con otros sectores como WASH y educación. Esto puede incluir, por ejemplo, el establecimiento de criterios de vulnerabilidad nutricional para la focalización de las acciones del sector alimentario.

251. **Rec 2.4.** Evaluar y racionalizar la articulación, mecanismos y productos de la coordinación del sector de la nutrición.

- a. Los actores del sector de la nutrición deberían promover una revisión de los mecanismos de coordinación. El conjunto de actores dentro del sector de la nutrición no es muy amplio, pero cada uno tiene sus prioridades, y aunque existen múltiples plataformas y foros de coordinación, faltan debates estratégicos explícitos. Si bien las políticas y directrices nacionales son validadas y ejecutadas

por los actores, algunos de los documentos normativos bilaterales (memorando de entendimiento) permiten varias interpretaciones, lo que provoca malentendidos, duplicidades y, a veces, conflictos.

- b. La discusión debe girar en torno a cuestiones estratégicas en lugar de centrarse únicamente en aspectos operativos y logísticos. Deben realizarse intercambios entre todos los actores del sector para debatir de los problemas, como los déficits de financiación, para encontrar soluciones flexibles.

252. **Rec. 2.5.** Fortalecer los mecanismos y productos de la coordinación entre sectores.

- a. Muchas de las causas de la malnutrición están presentes en los campamentos de refugiados. Dado que en la aparición de todas las formas de desnutrición intervienen múltiples factores, solo los enfoques multisectoriales pueden abordar el problema de manera eficiente. La evaluación recomienda que se favorezcan las respuestas integradas y multisectoriales, así como la consolidación de las alianzas y los mecanismos de coordinación entre un amplio número de partes interesadas, desde autoridades, organismos de las Naciones Unidas, ONG sobre el terreno y donantes. El ACNUR es, por mandato, responsable de la coordinación del sector de la nutrición. El PMA, en la medida de lo posible, debería contribuir a alentar a los diferentes sectores a buscar un objetivo común y a mejorar la coordinación intersectorial a nivel global.

Recomendaciones sobre diseño, gestión y desempeño de los componentes de nutrición de la OPSR.

253. *Con la preparación de la operación, el PMA tiene la oportunidad de mejorar los mecanismos y sistemas internos.*

Recomendación 3:

El **PMA en Argelia** debería reforzar las competencias internas y las capacidades técnicas en materia de nutrición como primer paso para mejorar la pertinencia y la importancia del diseño de la OPSR y, en consecuencia, de sus componentes nutricionales. También debe fortalecer los procesos internos y las alianzas que influyen en el rendimiento y los resultados de la OPSR.

Links to Key Findings 1, 2 and 5

254. **Rec 3.1.** El PMA debería buscar formas de consolidar su **capacidad interna en materia de nutrición**: (i) reclutando a un profesional nacional o internacional capaz de orientar sobre futuras decisiones estratégicas y de programación y mejorar así la contribución del PMA al desarrollo del sector de la nutrición saharauí; y/o (ii) proporcionando habilidades y herramientas al personal directamente involucrado en la supervisión, seguimiento y acompañamiento de las actividades nutricionales en los campamentos, permitiéndoles cumplir con sus funciones.

255. **Rec 3.2.** El PMA en Argelia debería explorar las **complementariedades entre los diferentes componentes de la OPSR**, así como las sinergias entre los sectores de la nutrición y la alimentación.

256. **Rec 3.3.** El PMA debería realizar una evaluación de **género** para orientar la nueva OPSR y utilizar el análisis para obtener una comprensión más precisa de las perspectivas de las mujeres en el contexto saharauí. El diseño del programa debe partir de una visión detallada de las vulnerabilidades y estrategias de afrontamiento de las mujeres en los campamentos de refugiados. Este análisis jugaría un papel crucial en el diseño del programa y en permitir que la OP desarrolle indicadores específicos del contexto para la IGEM.

257. **Rec 3.4. Vulnerabilidad y fijación de objetivos:** Dadas las delicadas sensibilidades políticas en los campamentos, el PMA debe promover que se evalúe adecuadamente a los posibles beneficiarios y examinar las necesidades de la población vulnerable. Esto debería ser un esfuerzo conjunto entre el PMA y el ACNUR.

- a. Unas mejores **evaluaciones** ayudaría al PMA y a otras agencias a definir las prioridades de manera efectiva. Basándose en los resultados de los estudios observados durante la evaluación y en referencia a la recomendación de la MEC 2016 de ajustar la asistencia alimentaria para atender las necesidades de los refugiados en los hogares, el PMA debería contemplar la adopción de enfoques alternativos (es decir, focalización comunitaria basada en evaluaciones de vulnerabilidad).

258. **Rec 3.5.** El PMA debería mejorar su **capacidad actual de gestión de la información** tanto a nivel de Tinduf como a nivel de Argel.

- a. Se necesita un depósito central de información al que todo el personal pueda acceder, así como una estrategia más eficiente para la divulgación de información entre el personal. Para poder contribuir de manera eficiente a la situación nutricional en los campamentos, las decisiones deben basarse en datos exhaustivos, tangibles y basados en pruebas. El PMA en Argelia, con el respaldo de la sede, debería buscar apoyo técnico para lograrlo.

259. **Rec 3.6.** El PMA debería mejorar la aplicación de actividades de **seguimiento y evaluación** para garantizar que las actividades respondan a las necesidades de la población a la que van destinadas.

- a. El PMA y sus asociados deberían priorizar la revisión y mejora de los sistemas y herramientas de seguimiento. Además, es necesario mejorar el análisis de los datos recogidos y su triangulación con datos e información externos para producir recomendaciones relevantes.

260. **Rec 3.7. Alianzas:** Se necesita un enfoque más matizado y más amplio de la nutrición y la seguridad alimentaria para abordar los desafíos futuros a los que se enfrenta la población local en los campamentos de refugiados.

- a. Esto requiere una respuesta multisectorial, así como alianzas más sólidas con un gran número de partes interesadas, desde las ONG que trabajan con el PMA sobre el terreno hasta los donantes que toman decisiones que afectan a todo el programa. El PMA y sus donantes deberían explorar alternativas menos nocivas para hacer frente a los déficits financieros.

PMA Argelia

<http://www1.wfp.org/countries/algeria>

