

برنامج  
الأغذية  
العالمي



Programme  
Alimentaire  
Mondial

World  
Food  
Programme

Programa  
Mundial  
de Alimentos

Segundo período de sesiones ordinario  
de la Junta Ejecutiva

Roma, 8-11 de noviembre de 2010

## PROYECTOS QUE REQUIEREN LA APROBACIÓN DE LA JUNTA EJECUTIVA

Tema 9 del programa

*Para aprobación*

**S**

Distribución: GENERAL  
**WFP/EB.2/2010/9-C/2**  
4 octubre 2010  
ORIGINAL: INGLÉS

## OPERACIONES PROLONGADAS DE SOCORRO Y RECUPERACIÓN — ZIMBABWE 200162

### Asistencia a grupos vulnerables afectados por la inseguridad alimentaria

|   |   |
|---|---|
| Número de beneficiarios   | 1.550.000 (número anual máximo)                             |
| Duración del proyecto   | 24 meses<br>(1º de enero de 2011 – 31 de diciembre de 2012) |
| Volumen de los alimentos proporcionados por el PMA                          | 223.235 toneladas   |
| <b>Costo (dólares EE.UU.)</b>   |   |
| Costo de los alimentos para el PMA  | 79.803.572  |
| Costo para el PMA de las transferencias de efectivo/ cupones para alimentos | 22.190.000  |
| Costo total para el PMA   | 261.299.547   |

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

# NOTA PARA LA JUNTA EJECUTIVA

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

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

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

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

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

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

## RESUMEN

En Zimbabwe hay un déficit nacional de alimentos de 428.000 toneladas<sup>1</sup> y un déficit relativo al derecho a los alimentos<sup>2</sup> de 133.000 toneladas; siguen necesitando asistencia 1,68 millones de personas en situación de inseguridad alimentaria, de las que 1,3 millones —el 15% de la población total— viven en las zonas rurales<sup>3</sup>; el 72% de la población vive por debajo del umbral de la pobreza.

Las crisis económicas y políticas y las catástrofes naturales que se han sucedido desde el año 2000 han devastado el sector de la producción de alimentos. A causa de la hiperinflación y del colapso de los sistemas de fijación de precios, la prestación de servicios se ha interrumpido y hay una carencia crónica de alimentos e insumos agrícolas. El VIH y el sida afectan al 13,7% de la población: todas las semanas fallecen por su causa 1.090 personas<sup>4</sup>; en Zimbabwe hay 1,6 millones de huérfanos y otros niños vulnerables<sup>5</sup>.

Aunque la introducción de un sistema de divisas múltiples a principios de 2009 ha contribuido a aumentar el volumen de alimentos básicos disponibles, los hogares siguen teniendo dificultades para conseguir efectivo y alimentos como consecuencia de las repercusiones a más largo plazo; en muchos hogares se recurre al trueque de activos por alimentos. En enero de 2010, después de un período de sequía en el sur y el sureste del país, se preveía que la cosecha anual —sobre todo de cultivos comerciales— podría satisfacer entre el 60% y el 70% de las necesidades a nivel nacional.

La operación prolongada de socorro y recuperación 200162 contribuirá a consolidar las actividades de su predecesora y a poner en marcha actividades de recuperación temprana con vistas a alcanzar soluciones sostenibles a la inseguridad alimentaria y a una nutrición insuficiente. La operación combinará actividades de socorro y recuperación temprana que entrañarán el suministro de ayuda alimentaria, la transferencia de efectivo y la entrega de cupones para alimentos. El alcance del apoyo prestado por el PMA se determinará por medio de evaluaciones periódicas de la vulnerabilidad, mientras que la información acerca del déficit de alimentos se recabará mediante evaluaciones de los cultivos y los suministros de alimentos.

<sup>1</sup> Misión conjunta de evaluación de cultivos y suministros de alimentos realizada en 2010 por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el PMA.

<sup>2</sup> El déficit de acceso a los alimentos es el volumen de alimentos necesario para que los hogares en situación de inseguridad alimentaria alcancen el nivel mínimo aceptable de consumo de alimentos.

<sup>3</sup> Evaluación de los medios de subsistencia rurales realizada por el Comité de evaluación de la vulnerabilidad en Zimbabwe en mayo de 2010.

<sup>4</sup> Informes del Ministerio de Salud y Bienestar Infantil.

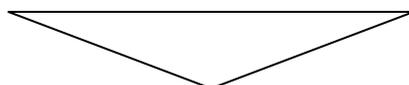
<sup>5</sup> Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia, 2009. Estimaciones nacionales sobre el VIH y el sida, Harare.

Con la presente operación se prestará asistencia a la población en situación de inseguridad alimentaria por los medios siguientes: i) asistencia estacional selectiva para proteger las vidas y los medios de subsistencia y reforzar la autosuficiencia de los hogares vulnerables en respuesta a los períodos de escasez estacional de alimentos; ii) actividades de salud y nutrición para mejorar el bienestar de los adultos aquejados de enfermedades crónicas, con vistas a incrementar las capacidades para la recuperación productiva, y iii) redes de protección social para promover el acceso a los alimentos y su consumo entre los hogares vulnerables en situación de inseguridad alimentaria. Mediante la labor de seguimiento se evaluarán los progresos en el logro de los productos y efectos previstos; con la prestación de apoyo al fomento de las capacidades se ayudará al Gobierno a concebir y realizar evaluaciones de la seguridad alimentaria y a poner en práctica políticas de reducción del hambre.

La operación está en consonancia con el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo relativo a Zimbabwe y es coherente con el Llamamiento unificado de 2010 para el país; además, con ella se abordan los Objetivos Estratégicos 1, 3 y 5 del PMA y se contribuye a los Objetivos de Desarrollo del Milenio 1 y 6.

Se prevé que Zimbabwe volverá a ser un país productor con excedentes y a satisfacer las necesidades de los grupos vulnerables cuando se establezca la situación política y económica, se recuperen la producción agrícola y los mercados y se revierta el proceso de declive económico. Mientras tanto, es preciso suministrar ayuda alimentaria a los grupos vulnerables en las zonas aquejadas de inseguridad alimentaria.

## PROYECTO DE DECISIÓN\*



La Junta aprueba la operación prolongada de socorro y recuperación Zimbabwe 200162 propuesta, “Asistencia a grupos vulnerables afectados por la inseguridad alimentaria” (WFP/EB.2/2010/9-C/2).

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

## ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN E HIPÓTESIS FORMULADAS

### Contexto

1. Zimbabwe es un país de bajos ingresos y con déficit de alimentos que ocupa el lugar 151° del total de 177 países clasificados con arreglo al índice de desarrollo humano 2007-2008 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo<sup>6</sup>. Tras años de declive económico, hiperinflación e inestabilidad política, la firma del Acuerdo político global, el establecimiento del Gobierno de unidad nacional y la introducción de un sistema de divisas múltiples en 2009 para reemplazar el dólar zimbabwense representan evidentes indicios de mejora. Las medidas destinadas a estabilizar la economía han llevado al sector privado a renovar sus esfuerzos para lograr una mayor disponibilidad de alimentos.
2. La situación económica es frágil, puesto que desde que comenzó la crisis el producto interno bruto ha sufrido una reducción del 35%. Aunque la inflación se ha estabilizado en el 5%<sup>7</sup>, se prevé que la economía crecerá sólo un 2,2% en 2010 y permanecerá estancada en 2011; el desempleo alcanza un alarmante 80%, y el 72% de la población vive por debajo del umbral de pobreza. El costo mensual de los bienes de consumo para una familia urbana media es de 481 dólares EE.UU., mientras que el sueldo medio de un funcionario público se sitúa en 150 dólares<sup>8</sup>. En 2010, 6 millones de personas vivían sin acceso a agua ni saneamiento. En 2008-2009 se produjo un brote de cólera que afectó a 55 de los 62 distritos de Zimbabwe: se produjeron 98.531 casos y 4.282 decesos<sup>9</sup>.
3. La agricultura, que era el pilar de la economía zimbabwense, sigue estancada. La disminución de la producción se ve empeorada por la dependencia con respecto a la agricultura de secano, una base de recursos deficiente, tecnologías obsoletas, infraestructuras subdesarrolladas y el débil apoyo institucional. En enero de 2010 un largo período de sequía en el sur y el sureste del país afectó gravemente a los cultivos comerciales y redujo las previsiones relativas a la cosecha de ese año a entre el 60% y el 70% de la cantidad necesaria de cereales a nivel nacional<sup>10</sup>.
4. La mortalidad entre los niños menores de 5 años, cuya tasa disminuyó hasta 2006, era en 2009 de 94 por 1.000 nacidos vivos<sup>11</sup>; la mortalidad materna es de 1.100 por 100.000 nacidos vivos. Las campañas de sensibilización y modificación de conductas en relación con el VIH han favorecido la reducción de la tasa de prevalencia de la enfermedad del 18,1% al 14,2% en 2009<sup>12</sup>; aun así, Zimbabwe sigue teniendo una de las tasas más altas del mundo. A finales de 2009, 1,1 millones de zimbabwenses vivían con el VIH y cada semana se producían 1.090 fallecimientos por enfermedades relacionadas con el sida. Sólo el 50% de las personas con VIH tiene acceso a tratamiento antirretroviral<sup>12</sup>, mientras que el 68% de los enfermos de tuberculosis han resultado positivos a la prueba del VIH; se

<sup>6</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008. *Informe sobre Desarrollo Humano 2007/2008*, Nueva York.

<sup>7</sup> Datos del Ministerio de Finanzas sobre el índice de precios al consumidor, abril de 2010.

<sup>8</sup> Consejo de Consumidores de Zimbabwe.

<sup>9</sup> Centro de mando y control del cólera del Ministerio de Salud y Bienestar Infantil, 2009. Informe epidemiológico correspondiente al 13 de junio de 2009, Harare.

<sup>10</sup> Departamento de Servicios Técnicos y Extensión Agrícolas (Agritex) del Ministerio de Agricultura, Mecanización y Fomento del Riego, 2010. *Second Round Crop and Livestock Assessment Report* (Informe de la segunda ronda de evaluación de los cultivos y el ganado), Harare.

<sup>11</sup> Oficina Central de Estadística, 2009. *Multiple Indicator Monitoring Survey Report 2009* (Informe de la encuesta de seguimiento de indicadores múltiples correspondiente a 2009), Harare.

<sup>12</sup> Ministerio de Salud y Bienestar Infantil.

detecta menos del 30% de los casos de tuberculosis para poder dispensar tratamiento a los afectados<sup>13</sup>.

5. El VIH ha influido negativamente en los medios de subsistencia: en las zonas rurales, los hogares afectados muestran una vulnerabilidad cada vez mayor al hambre y la pobreza. Los gastos relacionados con la salud han aumentado, en tanto que la productividad, la capacidad de obtener ingresos y los propios ingresos han disminuido. Los hogares pierden a los miembros encargados de la producción y la gestión de los activos que les permiten subsistir, dejando a los niños o a los ancianos la responsabilidad de tener que ser el sostén económico principal o cuidar de la familia. De los 1,6 millones de huérfanos y otros niños vulnerables<sup>11</sup>, el 77% son huérfanos a causa del sida<sup>14</sup>. Aunque la mayoría de los niños obtiene ayuda de las familias extensas, un número creciente está expuesto al riesgo de sufrir malnutrición y tener que abandonar la escuela. En 2009, el 79% de los huérfanos y otros niños vulnerables no recibía ninguna ayuda oficial<sup>11</sup>.

### Situación de la seguridad alimentaria y la nutrición

6. La temporada agrícola principal se extiende de octubre a abril. En la temporada 2009/10, las precipitaciones en el sur y el este del país fueron escasas y buena parte de la cosecha se echó a perder<sup>15</sup>. Según la Segunda ronda de evaluación de las cosechas y el ganado<sup>16</sup> efectuada en abril de 2010, la producción de cereales fue de unos 1,52 millones de toneladas, mientras que las necesidades, para una población de 12,3 millones de personas<sup>17</sup>, ascendían a 2,1 millones de toneladas, es decir, que el déficit era de 500.000 toneladas. También disminuyó notablemente la producción de maní, batata, algodón, soja y caña de azúcar<sup>15</sup>.
7. En los últimos años la situación nutricional de la población se ha deteriorado. Según la Encuesta nacional sobre nutrición de 2010<sup>18</sup>, mientras que los niveles de emaciación seguían por debajo del umbral de emergencia, los de retraso del crecimiento habían aumentado hasta superar el 35% entre los niños de 6 a 59 meses de edad en 24 de los 64 distritos de Zimbabwe; la prevalencia más elevada —el 47%— correspondía al distrito de Mutare.
8. En vista de la alta prevalencia del VIH, suscitan creciente preocupación, en particular entre quienes inician el tratamiento, la escasa cobertura del tratamiento antirretroviral, la situación de inseguridad alimentaria y la malnutrición entre los adultos que viven con el VIH. Según los datos provenientes de los dispensarios respaldados por Médicos sin Fronteras, la prevalencia de la malnutrición aguda en ese grupo de población es del 18%.
9. Muchos hogares son altamente vulnerables a la inseguridad alimentaria. La mayoría de los hogares rurales tienen problemas para satisfacer sus necesidades básicas recurriendo a la agricultura de subsistencia, el empleo ocasional, pequeñas actividades comerciales y las remesas: si una de estas actividades entra en crisis, los efectos en la capacidad de

<sup>13</sup> Organización Mundial de la Salud, 2010. Informe sobre el control mundial de la tuberculosis, actualización de 2010. Ginebra.

<sup>14</sup> Plan estratégico nacional sobre el VIH y el sida en Zimbabwe, 2006-2010.

<sup>15</sup> Ministerio de Agricultura, Mecanización y Fomento del Riego, 2010. *Second Round Crop and Livestock Assessment Report*, Harare.

<sup>16</sup> Ministerio de Agricultura, Mecanización y Fomento del Riego.

<sup>17</sup> Cifras de población extrapoladas tomando como base el censo de 2002 y utilizadas en la Segunda ronda de evaluación de los cultivos y el ganado.

<sup>18</sup> Consejo de Alimentación y Nutrición de Zimbabwe, 2010. Encuesta nacional sobre la nutrición en Zimbabwe en 2010, resultados preliminares, Harare.

subsistencia del hogar pueden ser devastadores. Los bajos índices de recuperación económica y el elevado desempleo contribuyen a generar una espiral descendente hacia la vulnerabilidad, la inseguridad alimentaria y la pobreza.

### Hipótesis formuladas

10. La operación prolongada de socorro y recuperación (OPSR) 200162 se basa en los supuestos siguientes: i) en las temporadas 2010/11 y 2011/12 las precipitaciones serán normales y en los distritos aquejados anteriormente de inseguridad alimentaria las cosechas serán buenas; ii) gracias a los planes de apoyo a los insumos agrícolas del Gobierno y los agentes de desarrollo, aumentará la producción de cultivos y se fortalecerán los medios de subsistencia en la mayor parte de las zonas interesadas; iii) el entorno político, económico y normativo actual no sufrirá cambios y los problemas económicos proseguirán, por lo que entre los huérfanos y otros niños vulnerables seguirán prevaleciendo la inseguridad alimentaria y una nutrición insuficiente; iv) habrá suficiente espacio para actividades humanitarias, por lo que será posible ejecutar programas de apoyo basados en la ayuda; v) los donantes prestarán su apoyo a intervenciones combinadas de socorro y recuperación temprana, y vi) gracias a las mejoras en la orientación de la ayuda será posible determinar las personas más vulnerables.

## POLÍTICAS, CAPACIDADES Y MEDIDAS DEL GOBIERNO Y LAS OTRAS PARTES INTERESADAS

### Políticas, capacidades y medidas del Gobierno

11. El Plan a medio plazo del Gobierno para 2010-2015<sup>19</sup> tiene como objetivo estabilizar la situación macroeconómica y restablecer la capacidad de producir bienes y prestar servicios de forma competitiva, basándose en el Programa de emergencia y recuperación a corto plazo. El plan a medio plazo tiene las prioridades siguientes:
- i) promover el crecimiento económico y garantizar la seguridad alimentaria;
  - ii) proveer servicios básicos y desarrollar las infraestructuras;
  - iii) reforzar y garantizar el estado de derecho y el respeto de los derechos de propiedad;
  - iv) hacer progresar y salvaguardar las libertades básicas mediante la reforma legislativa y el proceso constitucional;
  - v) restablecer las relaciones internacionales, y
  - vi) crear empleo.
12. En el sector de la salud, el Plan estratégico nacional sobre el VIH para 2006-2010<sup>20</sup> se propone reducir la propagación y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH; en la Estrategia en materia de nutrición y VIH (2009-2014)<sup>21</sup> se reconoce la importancia de la alimentación y la nutrición en las intervenciones en esa esfera. Se está ejecutando el Plan nacional de acción para los niños huérfanos y vulnerables

<sup>19</sup> Ministerio de Planificación Económica y Promoción de Inversiones.

<sup>20</sup> Consejo Nacional sobre el Sida.

<sup>21</sup> Dependencia nacional de nutrición y Consejo Nacional sobre el Sida del Ministerio de Salud y Bienestar Infantil.

(2004-2010)<sup>22</sup>, y se está elaborando otro plan para dispensar atención social y sanitaria básica.

13. El Gobierno está promoviendo las transferencias condicionadas para el programa de obras públicas; se ha distribuido una lista de propuestas que precisan financiación<sup>23</sup> entre los organismos de las Naciones Unidas y los donantes. El objetivo es generar empleo, sobre todo juvenil, e inyectar efectivo para estimular la economía.

### **Políticas, capacidades y medidas de las otras principales entidades participantes**

14. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) respalda programas en el ámbito de la nutrición, la enseñanza y el agua y el saneamiento; la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) coordina los programas de distribución de insumos agrícolas y las prácticas de agricultura de conservación. En el marco de su programa Gestión comunitaria de la malnutrición aguda grave, el UNICEF lleva desde 2005 suministrando alimentos terapéuticos listos para el consumo a los niños gravemente malnutridos en el 40% de los dispensarios<sup>24</sup>.
15. A finales de 2009, el PMA, la FAO y el UNICEF encargaron un estudio sobre la seguridad alimentaria y nutricional para determinar las deficiencias y recomendar mejoras. El PMA también participó en una encuesta de alcance nacional sobre nutrición que el UNICEF dirigió a principios de 2010. Recientemente el Banco Mundial ha comenzado la formulación de un marco de protección social, que es una de las prioridades del Gobierno.
16. Desde 2002 varias organizaciones no gubernamentales (ONG) internacionales ayudan en relación con las intervenciones de ayuda alimentaria, la agricultura y las personas infectadas de VIH. El Consorcio para las emergencias alimentarias en el África meridional, administrado por varias ONG, puso fin a sus actividades en junio de 2010 para dar paso al proyecto Fomento de la recuperación en Zimbabwe, financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y centrado en actividades de recuperación. El PMA coordina la cadena de suministro de alimentos.
17. Desde la introducción del sistema de divisas múltiples, los donantes y el PMA han reconocido la importancia de ir abandonando la asistencia basada en alimentos y están poniendo en práctica planes basados en la transferencia de efectivo y la entrega de cupones.

### **Coordinación**

18. El Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF) relativo a 2007-2011 se ajusta a las prioridades del Gobierno y abarca aspectos tales como el VIH, los derechos humanos, la igualdad de género, los servicios sociales básicos, la mejora de la seguridad alimentaria y el manejo sostenible de los recursos naturales. El UNDAF de Zimbabwe para el período 2012-2015 se formulará a finales de 2010.
19. El sistema de módulos de acción agrupada lleva funcionando en Zimbabwe desde 2008. El PMA dirige un grupo de trabajo sobre asistencia alimentaria formado por ONG,

<sup>22</sup> Ministerio de Trabajo y Bienestar Social.

<sup>23</sup> La lista fue elaborada por el Ministerio de Administración Local y se distribuyó por conducto del Ministerio de Integración Regional y Cooperación Internacional.

<sup>24</sup> Ministerio de Salud y Bienestar Infantil/UNICEF, 2007. *Guidelines for Management of Acute Malnutrition through Community-Based Therapeutic Care* (Directrices para la gestión de la malnutrición aguda por medio de cuidados terapéuticos basados en la comunidad), Harare.

organismos de las Naciones Unidas, donantes y el Gobierno, y participa activamente en el módulo y los grupos técnicos dedicados a la seguridad alimentaria, la nutrición y la protección social. El PMA coordinará, junto a la FAO, las actividades relacionadas con la seguridad alimentaria y la agricultura, junto al UNICEF, las intervenciones en el ámbito de la nutrición, la protección de los niños y la enseñanza, con la Organización Internacional para las Migraciones colaborará en la prestación de apoyo a las personas desplazadas internamente (PDI) y los migrantes que regresan a su país de origen, y con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, en lo concerniente a las intervenciones relacionadas con el VIH.

20. Como organismo responsable del módulo de logística, el PMA brinda apoyo, en el marco de acuerdos de servicios, a otros organismos de las Naciones Unidas y a las ONG para el manejo de los insumos, los productos farmacéuticos y el material didáctico. El PMA codirige asimismo el módulo de telecomunicaciones de emergencia.
21. El principal interlocutor gubernamental en lo que se refiere a la ejecución de los programas del PMA es el Ministerio de Trabajo y Bienestar Social.

---

## OBJETIVOS DE LA ASISTENCIA PROPORCIONADA POR EL PMA

22. Los objetivos de la OPSR 200162 son los siguientes:
  - proteger las vidas y los medios de subsistencia, y reforzar la autosuficiencia de los hogares vulnerables en respuesta a los déficit alimentarios estacionales (Objetivo Estratégico 1);
  - mejorar el bienestar de los adultos aquejados de enfermedades crónicas con vistas a incrementar la capacidad de recuperación productiva (Objetivo Estratégico 3);
  - salvaguardar el acceso a los alimentos, y el consumo de los mismos, por parte de los hogares muy vulnerables y en situación de inseguridad alimentaria, y apoyar el restablecimiento de los medios de subsistencia y del acceso a los servicios básicos (Objetivo Estratégico 3), y
  - aumentar las capacidades del Gobierno y las comunidades para gestionar y poner en práctica políticas y enfoques de reducción del hambre (Objetivo Estratégico 5).

## ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DEL PMA

### Naturaleza y eficacia de la asistencia relacionada con la seguridad alimentaria hasta la fecha

23. Desde que en 2002 comenzaron los programas de distribución de alimentos del PMA, las operaciones se han centrado en el suministro de socorro alimentario a gran escala destinado a los hogares vulnerables; se han distribuido 1,25 millones de toneladas de alimentos y, a principios de 2009, se había prestado asistencia a 5,3 millones de beneficiarios. Además, se ha respaldado a los asociados cooperantes con actividades de fomento de la capacidad en gestión de los alimentos<sup>25</sup>. Junto con el Gobierno y otras partes interesadas, se han realizado evaluaciones periódicas de la seguridad alimentaria a nivel nacional. La selección de los beneficiarios, la ejecución y el seguimiento se han perfeccionado para asegurarse de que la cantidad y el tipo de asistencia alimentaria que llega a los beneficiarios sean adecuados.
24. El PMA ayuda a los hogares más vulnerables realizando actividades de alimentación de grupos vulnerables en las zonas aquejadas de inseguridad alimentaria durante la temporada de escasez, y ayuda a las personas y los hogares afectados por el VIH y otras enfermedades que no pueden mantenerse por sí solos. La asistencia alimentaria prestada a estos grupos en régimen de atención domiciliaria ha repercutido positivamente en los medios de subsistencia y la producción de alimentos, incluso en ausencia de tratamiento antirretroviral. En los años de inseguridad alimentaria extrema, la labor del PMA ha sido fundamental para mitigar los efectos de la crisis con sus programas de alimentación escolar encaminados a proteger los medios de subsistencia y fomentar la asistencia de los niños a la escuela primaria; además, también se ha prestado asistencia a los niños vulnerables que no iban a la escuela.
25. De noviembre de 2009 a marzo de 2010 el PMA ejecutó un proyecto piloto de transferencia de efectivo, en colaboración con Concern Worldwide, destinado a 59.000 beneficiarios; en agosto de 2010, el PMA puso en marcha una actividad piloto de distribución basada en cupones para alimentos. En la evaluación final<sup>26</sup> del programa piloto de transferencia de efectivo se constató que había aumentado el consumo de cereales entre los beneficiarios y que se habían producido efectos positivos en la capacidad de los hogares para adquirir alimentos y servicios: las inyecciones mensuales de efectivo estimulaban los mercados, y los comerciantes estaban en condiciones de ofrecer una gama más amplia de alimentos y suministros. El PMA también apoyó la realización de un estudio sobre la viabilidad de varios mecanismos de transferencias sociales<sup>27</sup>.
26. A principios de 2010, la evaluación final de una iniciativa piloto de alimentos para la creación de activos (ACA) del PMA, destinada a los beneficiarios de las actividades de alimentación de grupos vulnerables y cuyo objetivo era crear activos sostenibles para las comunidades vulnerables, confirmó la eficacia de las intervenciones de este tipo y puso de relieve la importancia de realizar consultas entre las partes interesadas para decidir y

<sup>25</sup> El PMA dispone de un protocolo que permite investigar, comunicar y gestionar las interferencias que pueden producirse en los puntos de distribución.

<sup>26</sup> Oxford Policy Management, 2010. Evaluación del programa de emergencia de transferencia de efectivo en Zimbabwe, Harare.

<sup>27</sup> Dependencia de gestión, aprendizaje técnico y coordinación de GRM International (MTLC/GRM), PMA y Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación, 2009. *Assessment of Appropriate Social Transfer Mechanisms in Zimbabwe* (Evaluación de mecanismos sociales de transferencia apropiados en Zimbabwe), informe de consultoría, Harare.

diseñar las actividades. El PMA encargó un estudio para determinar estrategias de apoyo a las compras locales<sup>28</sup>. En junio de 2010, emprendió un estudio del marco operacional de las actividades de ACA en apoyo del programa de alimentos y/o dinero para la creación de activos, que el Gobierno ha pedido que se concierte con el programa nacional de obras públicas. El PMA y el Gobierno buscarán oportunidades de colaborar con el fin de crear activos comunitarios sostenibles. En julio de 2010, el PMA convocó una licitación para comprobar la competitividad y profesionalidad de los nuevos proveedores locales. Las conclusiones de éstos y otros estudios servirán de base para la OPSR 200162, con vistas a incrementar la gama de actividades de apoyo a los medios de subsistencia.

## Perfil de la estrategia

27. Habida cuenta de que recientemente se ha ido creando un entorno más propicio, la OPSR 200162 consolidará las actividades de la OPSR 105950 y pondrá en marcha actividades de recuperación temprana que brinden soluciones más sostenibles a la inseguridad alimentaria y a la nutrición inadecuada. En la estrategia propuesta se combinan elementos de socorro y recuperación temprana y se asigna prioridad a prestar asistencia alimentaria mediante intervenciones de distribución de alimentos en especie y sistemas de entrega de cupones y de transferencia de efectivo.
28. La asistencia alimentaria seguirá estando asociada a otros servicios para facilitar el acceso a las personas necesitadas y mejorar los mecanismos de prestación de dichos servicios. Además, la OPSR 200162 integrará los medios de subsistencia dentro de sus componentes, para hacer frente al agotamiento de los activos y la escasa productividad, que son causa de pobreza e inseguridad alimentaria. Las actividades relacionadas con los medios de subsistencia se centrarán en la molienda, el fomento de la agricultura de conservación<sup>29</sup>, la captación de agua, el fomento de cultivos resistentes a la sequía y la agricultura urbana, y se llevarán a cabo en asociación con los interesados y con las organizaciones especializadas. Las actividades de creación de activos serán respetuosas con el medio ambiente y contribuirán a reducir los efectos de las perturbaciones climáticas<sup>30</sup>. El apoyo a los hogares que reciban asistencia se prestará en forma de distribución de alimentos, transferencias de efectivo o cupones para alimentos, según proceda.
29. La OPSR 200162 consta de tres componentes: i) asistencia estacional selectiva; ii) salud y nutrición, y iii) redes de protección social.

## Asistencia estacional selectiva

30. Se prestará asistencia, especialmente durante la temporada de escasez que va de diciembre a marzo, a los hogares que dependen de la producción de secano y se vean afectados por las carestías estacionales de alimentos. Las actividades irán dirigidas a las zonas donde la inseguridad alimentaria es mayor, que se identificarán mediante evaluaciones estacionales de la seguridad alimentaria<sup>31</sup> y comprobaciones sobre el terreno.

<sup>28</sup> Dawes, M., 2010. *Assisting Economic Recovery in Zimbabwe by Facilitating Local Smallholder Maize Purchase* (Ayuda a la recuperación económica en Zimbabwe facilitando las compras locales de maíz a los pequeños agricultores). Harare, SNV Zimbabwe,

<sup>29</sup> El PMA es miembro del Grupo de trabajo sobre agricultura de conservación. Se prevé que los resultados de una evaluación sobre la eficacia de la agricultura de conservación no tarden en darse a conocer: el PMA los utilizará para diseñar las actividades.

<sup>30</sup> WFP/EB1/2009/5-B

<sup>31</sup> Las encuestas del Comité de evaluación de la vulnerabilidad en Zimbabwe se realizan durante la temporada principal de cosecha, en abril/mayo; más adelante, en el mismo año, se efectúa una revisión.

Los criterios en que se basará la selección de los hogares serán la producción de cultivos, la propiedad o custodia de ganado, el apoyo externo y las remesas que se reciban desde el exterior, así como las oportunidades de generación de ingresos.

31. Se alentará a los hogares seleccionados en los que haya personas aptas para trabajar a participar en los proyectos de alimentos o dinero para la creación de activos; las personas más vulnerables seguirán recibiendo asistencia alimentaria incondicional. Las comunidades señalarán qué activos consideran necesarios. En las zonas donde las crisis son menos intensas y los mercados funcionan, se ejecutarán intervenciones de transferencia de efectivo y/o cupones para alimentos. Se fortalecerán las asociaciones para vincular la ayuda alimentaria con otras formas de asistencia.

## Salud y nutrición

32. El PMA abandonará el enfoque “todo en uno”<sup>32</sup> que aplica actualmente a sus actividades de asistencia alimentaria destinada a las personas que viven con el VIH y a los enfermos de tuberculosis, así como a sus hogares, para adoptar un enfoque de atención clínica basada en la rehabilitación nutricional. La ayuda en el ámbito de la salud y la nutrición materno-infantiles (SNMI) irá dirigida a las mujeres embarazadas y lactantes y a los niños menores de 5 años aquejados de malnutrición. Los criterios de admisión y alta se basarán en mediciones antropométricas<sup>33</sup>. Las intervenciones se enmarcarán en un enfoque global que prevea la evaluación, la educación y el asesoramiento en materia de nutrición. El apoyo a la atención y el tratamiento del VIH y la tuberculosis durará seis meses y concluirá cuando el estado nutricional sea satisfactorio. El PMA colaborará con el personal de los dispensarios y con las ONG para integrar los suplementos nutricionales en un conjunto de medidas de atención y tratamiento que contemple una gestión sistemática de la enfermedad.

## Redes de protección social

33. Con el componente de redes de protección social se prestará apoyo a los hogares que viven en condiciones de pobreza extrema e inseguridad alimentaria y disponen de pocos o ningún activo. La asistencia mediante la entrega de alimentos o la transferencia de efectivo se prestará durante todo el año<sup>34</sup> y, siempre que sea posible, se vinculará con actividades sociales, productivas y en la esfera de la salud. Las intervenciones se alinearán con un marco nacional de protección social<sup>35</sup> para contribuir al establecimiento de redes en este ámbito<sup>36</sup>.
34. Mediante el componente de redes de protección social se prestará apoyo, asimismo, a los hogares en situación de inseguridad alimentaria, afectados por catástrofes y entre cuyos miembros haya enfermos, huérfanos y otros niños vulnerables, PDI y repatriados<sup>37</sup>. Se alentará a los hogares seleccionados en los que haya personas aptas para trabajar a participar en los proyectos de promoción de los medios de subsistencia.

<sup>32</sup> El enfoque se basa en la selección geográfica de las zonas en situación de inseguridad alimentaria y donde la prevalencia del VIH es elevada.

<sup>33</sup> Índice de masa corporal inferior a 18,5 y pérdida de peso superior al 10% del peso corporal entre dos controles ponderales mensuales; en lo tocante a los niños, una relación peso/estatura inferior al 80%.

<sup>34</sup> La duración media de la asistencia a los beneficiarios será de entre seis y doce meses.

<sup>35</sup> El PMA es miembro del grupo de trabajo sobre protección social dirigido por el Banco Mundial.

<sup>36</sup> PMA, 2009. *Unveiling Social Safety Nets* (Inauguración de redes de protección social), documento especial No. 20. Roma.

<sup>37</sup> Migrantes deportados de los países limítrofes y abandonados en los puestos fronterizos.

## Estrategia de traspaso de responsabilidades

35. Se ha concebido una estrategia de traspaso de responsabilidades a largo plazo centrada en desarrollar la capacidad del Gobierno para dirigir la intervención ante futuras crisis de la seguridad alimentaria, por medio de actividades de selección de los beneficiarios en función de las necesidades, seguimiento y análisis de la situación. Los niveles de asistencia alimentaria seguirán estando en consonancia con la producción agrícola, las dinámicas del mercado y las oportunidades de encontrar medios de subsistencia. El PMA adoptará distintos métodos para garantizar la aplicación de la estrategia de traspaso: entre otros, el establecimiento de asociaciones con organizaciones humanitarias, el fomento de la capacidad de las contrapartes y la introducción de actividades de ACA para que los medios de subsistencia rurales estén en condiciones de afrontar las crisis.
36. El PMA fomentará el diálogo sobre políticas con el Gobierno para fomentar los vínculos con el mercado y las cadenas comerciales de suministro en el marco de una solución sostenible a la inseguridad alimentaria<sup>38</sup> y aumentará la cooperación con el Gobierno y las partes interesadas a la hora de concebir y poner en práctica evaluaciones de la seguridad alimentaria y políticas de reducción del hambre<sup>39</sup>.

---

## SELECCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y ORIENTACIÓN DE LA AYUDA

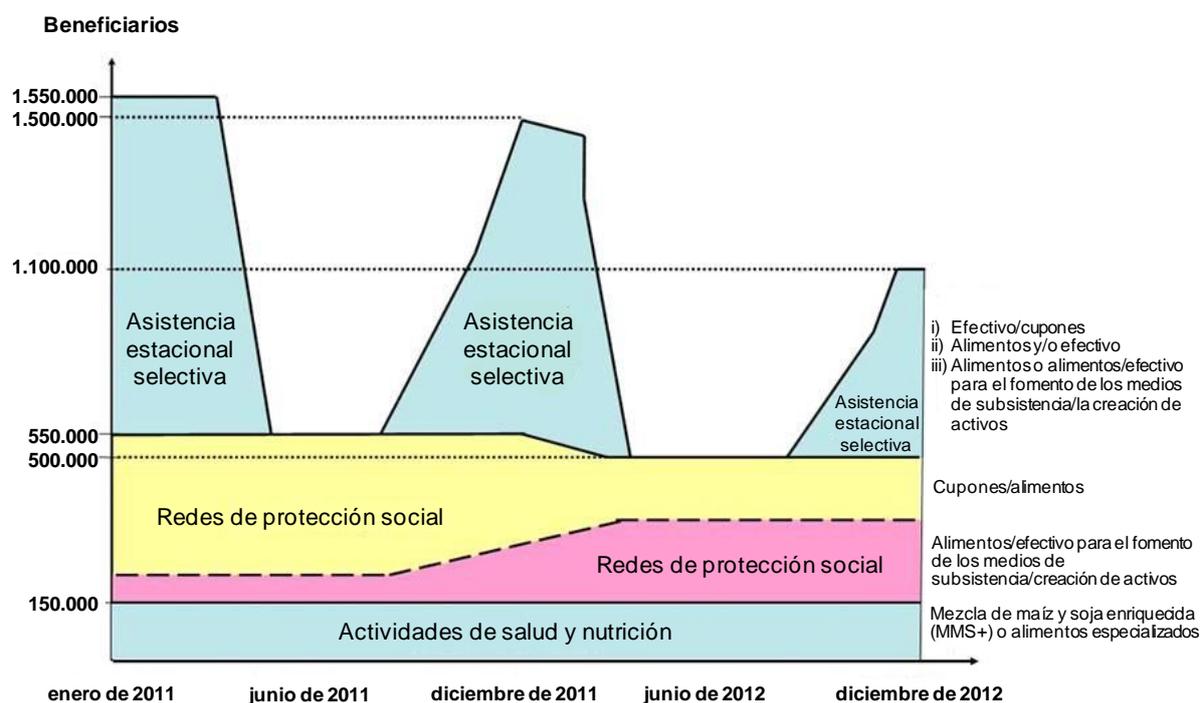
37. Como puede verse en la Figura 1, durante el primer año de la OPSR 200162 el PMA tiene previsto prestar ayuda a 1,55 millones de beneficiarios, mientras que el segundo año su número se reducirá a 1,1 millones. Al menos el 52% del número total de beneficiarios serán mujeres.

---

<sup>38</sup> PMA, 2010. *Operational Guide to Strengthen Capacity of Nations to Reduce Hunger* (Guía operacional para fortalecer la capacidad de las naciones para reducir el hambre), Roma.

<sup>39</sup> Consejo de Alimentación y Nutrición de Zimbabwe, 2010. *Strengthening Food and Nutrition Security Analysis in Zimbabwe* (Fortalecimiento del análisis de la seguridad alimentaria y nutricional en Zimbabwe), Harare.

**Figura 1: Número de beneficiarios en 2010-2011**



38. Para orientar la ayuda en los componentes de asistencia estacional selectiva y redes de protección social, el PMA empleará una combinación de métodos geográficos y sociodemográficos, mientras que en el componente de salud y nutrición utilizará un tipo de selección institucional e individual. En la selección de distritos se tomarán en consideración los datos disponibles sobre nutrición<sup>40</sup>, así como el suministro de alimentos por parte de entidades no asociadas con el PMA.
39. Dentro de la actividad de salud y nutrición, el PMA dirigirá la ayuda a los pacientes malnutridos, por conducto de los centros médicos, basándose en los indicadores de la malnutrición y suministrará un suplemento nutricional mensual a las personas que estén esperando o comenzando el tratamiento antirretroviral, los enfermos de tuberculosis y las madres y niños inscritos en los programas de prevención de la transmisión maternofamiliar, los pacientes malnutridos sin acceso a tratamiento que reciben atención domiciliaria y las mujeres embarazadas y lactantes y los niños menores de 5 años aquejados de malnutrición. Está previsto que el número de pacientes inscritos aumentará de 285.000 en 2010 a 340.000 en 2011, y a 386.000 en 2012, a razón de 5.000 nuevos pacientes mensuales<sup>41</sup> y de los que, según las previsiones, el 18% padecerá malnutrición<sup>42</sup>.

<sup>40</sup> Basándose en la Encuesta nacional sobre la nutrición en Zimbabwe, 2010.

<sup>41</sup> Ministerio de Salud y Bienestar Infantil. 2010. *Overview of the National Opportunistic Infections (OI)/ART Programme* (Panorama general del programa nacional sobre las infecciones oportunistas y la terapia antirretroviral), Harare.

<sup>42</sup> Según un análisis de muestras realizado por Médicos sin Fronteras en 2009 relativo a los pacientes a los que se dispensaba la terapia antirretroviral en el dispensario de Epworth, en Harare.

40. De acuerdo con los resultados de la labor de vigilancia de las comunidades y los hogares que lleva a cabo el PMA, los hogares cuya cabeza de familia es un anciano y los que albergan a huérfanos tienen un elevado porcentaje de personas a cargo<sup>43</sup> y constituyen uno de los grupos más vulnerables a la inseguridad alimentaria. Estos hogares seguirán recibiendo ayuda a través del componente de redes de protección social.
41. Las encuestas que realiza el Comité de evaluación de la vulnerabilidad en Zimbabwe<sup>44</sup> —junto con los perfiles de distritos elaborados por el PMA, el seguimiento mediante triangulación de datos relativos a la producción agrícola, los medios de subsistencia y los mercados, y las evaluaciones de los cultivos y la seguridad alimentaria— contribuirán a orientar las actividades de asistencia estacional selectiva. Las cifras de planificación se basan en el supuesto de que la producción agrícola, los medios de subsistencia y la configuración del mercado se mantendrán estables en los próximos dos años. Los beneficiarios se determinarán mediante actividades de cartografía, clasificación y selección de las comunidades.

| <b>CUADRO 1: NÚMERO DE BENEFICIARIOS, POR TIPO DE ACTIVIDAD<sup>45</sup></b> |                      |                      |                  |
|--|----------------------|----------------------|------------------|
| <b>Actividad</b>   | <b>Hombres/niños</b> | <b>Mujeres/niñas</b> | <b>Total</b>     |
| <b>Salud y nutrición</b>   |                      |                      |                  |
| Tratamiento antirretroviral  | 28 800               | 31 200               | <b>60 000</b>    |
| Atención previa al tratamiento antirretroviral                               | 13 440               | 14 560               | <b>28 000</b>    |
| Tratamiento de la tuberculosis   | 5 760                | 6 240                | <b>12 000</b>    |
| Atención domiciliaria  | 19 200               | 20 800               | <b>40 000</b>    |
| Madres beneficiarias de actividades de SNMI                                  |                      | 6 000                | <b>6 000</b>     |
| Niños beneficiarios de actividades de SNMI                                   | 1 920                | 2 080                | <b>4 000</b>     |
| <b>Redes de protección social</b>  |                      |                      |                  |
| Huérfanos y niños vulnerables  | 110 400              | 119 600              | <b>230 000</b>   |
| Hogares muy vulnerables  | 67 000               | 72 800               | <b>140 000</b>   |
| PDI  | 12 000               | 13 000               | <b>25 000</b>    |
| Repatriados  | 2 400                | 2 600                | <b>5 000</b>     |
| <b>Atención estacional selectiva</b>   |                      |                      |                  |
| Distribución de alimentos  | 441 600              | 478 400              | <b>920 000</b>   |
| Transferencia de efectivo y distribución de alimentos                        | 24 000               | 26 000               | <b>50 000</b>    |
| Transferencia de efectivo únicamente   | 14 400               | 15 600               | <b>30 000</b>    |
| <b>TOTAL</b>   | <b>741 120</b>       | <b>808 880</b>       | <b>1 550 000</b> |

<sup>43</sup> La categoría de “personas a cargo efectivas” comprende a los menores de 18 años, las personas de más de 60 y los enfermos crónicos de entre 18 y 59 años.

<sup>44</sup> En el informe del Comité de evaluación de la vulnerabilidad en Zimbabwe se determinan el volumen de las cosechas, las zonas deficitarias, los distritos que necesitan ayuda alimentaria, el período de asistencia, el número de personas y el porcentaje de población en situación de necesidad.

<sup>45</sup> En las categorías de redes de protección social y asistencia estacional selectiva, 100.000 beneficiarios —48.000 hombres y 52.000 mujeres— participarán en actividades de distribución de alimentos/transferencia de efectivo para la creación de activos.

## CONSIDERACIONES NUTRICIONALES Y RACIONES, Y VALOR DE LAS TRANSFERENCIAS DE EFECTIVO Y LOS CUPONES PARA ALIMENTOS

42. En Zimbabwe el alimento básico es el maíz molido, que se consume con verduras, legumbres secas o carne. También se consume sorgo, sobre todo en el sur.
43. La ración está concebida para satisfacer las necesidades y hábitos alimentarios de la población destinataria. Los alimentos compuestos enriquecidos se emplearán para mejorar el estado nutricional de los beneficiarios del componente de salud y nutrición. En el Cuadro 2 se presenta la ración diaria o la transferencia de efectivo por actividad.
44. Los beneficiarios de los componentes de redes de protección social y alimentación estacional selectiva recibirán la ración individual de alimentos que puede verse en el Cuadro 2, a reserva de los resultados de las evaluaciones de la seguridad alimentaria. Se alentará a los hogares seleccionados en el marco de estos dos componentes en los que haya personas aptas para trabajar a participar en los proyectos de alimentos o dinero para la creación de activos.

| <b>CUADRO 2: RACIÓN DIARIA DE ALIMENTOS /TRANSFERENCIA DE EFECTIVO, POR ACTIVIDAD (gramos/persona/día)</b> |                          |                                    |   |
|--|--------------------------|------------------------------------|---|
|  | <b>Salud y nutrición</b> | <b>Redes de protección social*</b> | <b>Alimentación estacional selectiva*</b> |
| Cereales   | –                        | 333                                | 333                                       |
| Legumbres secas  | –                        | 60                                 | 60  |
| Aceite   | –                        | 20                                 | 20  |
| Alimentos compuestos enriquecidos  | 333                      | –                                  | –   |
| Transferencia de efectivo/cupones para alimentos (dólares/persona/ día)*                                   | –                        | 0,23                               | 0,23                                      |
| Kilocalorías por día   | 1 265                    | 1 543                              | 1 543                                     |
| Porcentaje de kilocalorías de origen proteínico  | 18                       | 11                                 | 11  |
| Porcentaje de kilocalorías de origen lipídico  | 13,4                     | 8                                  | 8   |

\* Ración individual para cada miembro de la familia en el marco de los componentes de redes de protección social y asistencia estacional selectiva.

| <b>CUADRO 3: NECESIDADES TOTALES DE ALIMENTOS/EFFECTIVO PARA TRANSFERENCIAS Y CUPONES PARA ALIMENTOS, POR ACTIVIDAD (toneladas)</b> |                          |                                   |  |                           |
|---|--------------------------|-----------------------------------|--|---------------------------|
|   | <b>Salud y nutrición</b> | <b>Redes de protección social</b> | <b>Alimentación estacional selectiva</b> | <b>Total</b>              |
| Cereales  | –                        | 64 788                            | 86 209                                   | <b>150 997</b>            |
| Legumbres secas   | –                        | 11 664                            | 15 541                                   | <b>27 205</b>             |
| Aceite  | –                        | 3 888                             | 5 181                                    | <b>9 069</b>              |
| Alimentos compuestos enriquecidos   | 35 964                   | –                                 | –  | <b>35 964</b>             |
| <b>TOTAL</b>  | <b>35 964</b>            | <b>80 340</b>                     | <b>106 931</b>                           | <b>223 235</b>            |
| Transferencias de efectivo/cupones para alimentos   | –                        | 16 800 000 dólares                | 5 390 000 dólares                        | <b>22 190 000 dólares</b> |

45. La modalidad de transferencia de efectivo variará en función de las circunstancias<sup>46</sup>. La distribución de alimentos se utilizará para los hogares particularmente vulnerables y allí donde los suministros de los mercados y el acceso a los mismos sean escasos. Las transferencias de efectivo se emplearán donde los suministros locales de cereales, legumbres secas y aceite vegetal sean suficientes, teniendo en cuenta la situación económica de las comunidades seleccionadas, el nivel de competitividad de los mercados, el acceso de las mujeres a éstos y la inflación. La modalidad de distribución de alimentos y la de transferencias de efectivo o cupones para alimentos se introducirán allí donde los mercados sean frágiles y los beneficiarios prefieran ese tipo de asistencia<sup>26</sup>. La modalidad de distribución de alimentos y la de entrega de efectivo y alimentos se ejecutarán a nombre de los receptores, asignando prioridad a las mujeres.
46. Se emplearán cupones electrónicos allí donde los mercados estén suficientemente abastecidos para que los beneficiarios puedan obtener determinados alimentos. Con ese sistema, que se pondrá en práctica en las zonas dotadas de servicios de telefonía móvil fiables, se dispondrá de los datos sobre todas las transacciones y se mejorará la rendición de cuentas al quedar registrados el número de beneficiarios y los alimentos distribuidos. En las zonas donde los sistemas bancario y de telecomunicaciones presenten limitaciones, el PMA empleará, a modo de cupones, tarjetas electrónicas inteligentes, transferencias por teléfono móvil o tarjetas “de rascar”<sup>47</sup>.

<sup>46</sup> PMA, 2008. *Cupones para alimentos y transferencias de dinero como instrumentos de asistencia alimentaria: perspectivas y desafíos*, Roma; y PMA, 2009. *Cash and Vouchers Manual* (Manual sobre transferencias de efectivo y entrega de cupones), Roma.

<sup>47</sup> En la segunda mitad de 2010, el PMA pondrá en práctica un proyecto de cupones con tarjetas de “rascar” denominado “Programa sostenible de fomento de medios de subsistencia y soluciones al hambre”.

## DISPOSICIONES PARA LA EJECUCIÓN

### Participación

47. El PMA y sus asociados se asegurarán de que las comunidades contribuyan a las tareas de selección de los beneficiarios y distribución de la ayuda. En consonancia con los Compromisos ampliados del PMA relativos a la mujer<sup>48</sup>, el PMA seguirá promoviendo la participación de la mujer en la gestión de las actividades: al menos el 50% de los participantes comunitarios y de los integrantes de los comités de distribución de alimentos serán mujeres. Los puntos de distribución estarán cerca de escuelas o iglesias para reducir al mínimo los riesgos que pueden correr las mujeres y dispondrán de un servicio de asistencia para atender las reclamaciones.

### Asociados

48. El Gobierno dirige el Comité de evaluación de la vulnerabilidad en Zimbabwe en colaboración con el PMA, la FAO y la Red de sistemas de alerta temprana en caso de hambruna (FEWS-NET). El PMA colaborará con ONG que tengan experiencia en el ámbito operacional y dispongan de sistemas fiables de contabilidad y presentación de informes. A fin de coordinar la distribución de la asistencia alimentaria y lograr la máxima eficiencia, el PMA está promoviendo un enfoque basado en la selección de un asociado por distrito, en el que participan ONG y entidades del sector privado. Cuando la asistencia alimentaria esté asociada con la prestación de servicios sociales y de salud, los sistemas de manipulación de los alimentos aprovecharán las capacidades de personal y de gestión ya existentes.

### Insumos no alimentarios

49. Se tiene previsto que los asociados cooperantes del PMA proporcionen insumos para las actividades conjuntas. Se han asignado recursos para impartir capacitación en agricultura de conservación, producir cupones para la molienda y adquirir los artículos no alimentarios necesarios para las actividades de alimentos o dinero para la creación de activos.

### Impacto ambiental

50. El PMA prestará gran atención a la creación de activos comunitarios que permitan mitigar las repercusiones negativas sobre el medio ambiente y los efectos de las perturbaciones climáticas.

### Disposiciones logísticas

51. Los alimentos se transportarán por tierra desde Beira, en Mozambique, y Durban, en Sudáfrica, o bien desde otros países limítrofes; se almacenarán en Bulawayo, Mutare, Beitbridge y Harare, y se transportarán a los puntos de entrega en el interior del país (PEIP). La principal responsabilidad del PMA será la entrega de los alimentos a los PEIP; los asociados cooperantes se encargarán de la gestión de los PEIP, del transporte a los puntos de distribución final (PDF) y de la distribución de los alimentos a los beneficiarios. El PMA prestará asistencia a los asociados cooperantes que no puedan transportar los alimentos a los puntos de distribución.

<sup>48</sup> PMA, 2002. *Guidelines for Implementation of Enhanced Commitment to Women* (Directrices para la puesta en práctica de los Compromisos ampliados relativos a la mujer), Roma.

## SEGUIMIENTO DE LAS REALIZACIONES

52. Para efectuar el seguimiento y evaluación (SyE) *in situ* de la ejecución se emplearán listas de comprobación estándar, cuestionarios, formularios para la presentación de informes y una base de datos común. El PMA vigila todas las fases de sus intervenciones alimentarias y comunica todos los meses a las partes interesadas las constataciones cualitativas y cuantitativas.
53. Los asociados cooperantes, tomando como base los datos relativos a las distribuciones de alimentos, elaborarán informes sobre los productos de las actividades; utilizarán un protocolo<sup>49</sup> que les permitirá afrontar los incidentes adversos que puedan producirse en la ejecución del programa.
54. En las actividades realizadas en los dispensarios se integrarán los indicadores nutricionales en los sistemas de información sobre los pacientes a fin de que en los informes sobre los efectos los resultados clínicos se relacionen con los de recuperación nutricional.
55. Dos veces al año se realizan encuestas de vigilancia de las comunidades y los hogares para evaluar el impacto de las intervenciones de asistencia del PMA con arreglo a una serie de variables predeterminadas. Mediante esas encuestas también se observan las tendencias con respecto a la seguridad alimentaria y los medios de subsistencia de los grupos vulnerables, y puede realizarse un análisis comparativo entre los hogares que se benefician de las actividades y los que no.
56. Está previsto realizar estudios de referencia en relación con los indicadores de las realizaciones establecidos para la OPSR 200162 (véase el Anexo II). La actividad de vigilancia de las comunidades y los hogares que se realizará en octubre de 2010 proporcionará datos de referencia básicos sobre las puntuaciones relativas al consumo de alimentos de los hogares. Una encuesta nacional sobre nutrición que el UNICEF tiene previsto realizar en 2010 servirá de referencia para evaluar la situación nutricional en el país. También se realizará una evaluación de las actividades piloto.

## EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PLANIFICACIÓN PARA IMPREVISTOS

### Evaluación de peligros y riesgos

57. Las sequías e inundaciones seguirán afectando a los medios de subsistencia rurales y mermando la capacidad de resistencia a las crisis. Las intervenciones de creación de activos dependen de que el Gobierno, los asociados y los donantes faciliten las competencias técnicas y los recursos financieros necesarios. Una capacidad de ejecución insuficiente entorpecerá estas actividades, y la falta de compromiso o de recursos destinados a otras actividades podría incidir en la eficiencia de la asistencia alimentaria. Para mantener la coordinación y garantizar la sostenibilidad de las actividades, deberá mejorar la capacidad de liderazgo del Gobierno.

### Planificación para imprevistos

58. El equipo de las Naciones Unidas en el país es el encargado de actualizar el Plan interinstitucional para casos de emergencia de las Naciones Unidas en lo que se refiere a las crisis previstas.

<sup>49</sup> PMA, 2003. *Incident Management Protocol* (Protocolo para la gestión de incidentes), Roma.

---

## CONSIDERACIONES RELATIVAS A LA SEGURIDAD

59. Zimbabwe se encuentra en la etapa 1 del Plan de seguridad de las Naciones Unidas: la oficina en el país aplica los reglamentos correspondientes y cumple las normas mínimas operativas de seguridad. El PMA se coordina con el Departamento de Seguridad de las Naciones Unidas (UNDSS) para garantizar que los desplazamientos del personal sean seguros. Se ha asignado el presupuesto necesario para que el PMA pueda aumentar su nivel de observancia de las normas mínimas internas de seguridad en las telecomunicaciones.

## ANEXO I-A

| <b>DESGLOSE DE LOS COSTOS DE LA OPERACIÓN</b>                   |                                 |                            |                            |
|---|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>Productos alimenticios<sup>1</sup></b>                       | <b>Cantidad<br/>(toneladas)</b> | <b>Valor<br/>(dólares)</b> | <b>Valor<br/>(dólares)</b> |
| Cereales  | 150 997                         | 38 749 125                 |                            |
| Legumbres secas   | 27 205                          | 11 986 475                 |                            |
| Aceite y grasas   | 9 069                           | 10 258 800                 |                            |
| Mezclas alimentarias<br>y alimentos compuestos                  | 35 964                          | 18 809 172                 |                            |
| <b>Total de productos alimenticios</b>                          | <b>223 235</b>                  | <b>79 803 572</b>          |                            |
| Transferencias de efectivo                                      |                                 | 5 390 000                  |                            |
| Cupones para alimentos  |                                 | 16 800 000                 |                            |
| <b>Total parcial de productos alimenticios y transferencias</b> |                                 |                            | <b>101 993 572</b>         |
| Transporte externo  |                                 |                            | 18 494 038                 |
| Transporte terrestre, almacenamiento y manipulación             |                                 |                            | 56 436 041                 |
| Otros costos operacionales directos                             |                                 |                            | 18 664 129                 |
| Costos de apoyo directo <sup>2</sup> (véase el Anexo I-B)       |                                 |                            | 48 617 404                 |
| <b>Total de costos directos para el PMA</b>                     |                                 |                            | <b>244 205 184</b>         |
| Costos de apoyo indirecto (7,0%) <sup>3</sup>                   |                                 |                            | 17 094 363                 |
| <b>COSTO TOTAL PARA EL PMA</b>                                  |                                 |                            | <b>261 299 547</b>         |

<sup>1</sup> Se trata de una canasta de alimentos teórica utilizada con fines de presupuestación y aprobación cuyo contenido puede experimentar variaciones.

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

<sup>3</sup> La Junta Ejecutiva puede modificar la tasa de costos de apoyo indirecto durante el período de ejecución del proyecto.

## ANEXO I-B

| <b>NECESIDADES DE APOYO DIRECTO (dólares)</b>                   |                   |
|---|-------------------|
| <b>Costos de personal y relacionados con el personal</b>        |                   |
| Personal internacional de categoría profesional                 | 13 245 420        |
| Oficiales nacionales locales                                    | 1 397 500         |
| Personal local de servicios generales                           | 8 142 690         |
| Personal local de asistencia temporal                           | 5 012 390         |
| Consultores internacionales                                     | 247 425           |
| Consultores locales   | 72 850            |
| Voluntarios de las Naciones Unidas                              | 207 000           |
| Viajes del personal en comisión de servicio                     | 3 176 450         |
| <b>Total parcial</b>  | <b>31 501 725</b> |
| <b>Gastos ordinarios</b>  |                   |
| Alquiler de locales   | 2 551 258         |
| Servicios (generales)   | 759 264           |
| Suministros de oficina y otros bienes fungibles                 | 1 110 640         |
| Servicios de comunicaciones                                     | 1 717 939         |
| Reparación y mantenimiento del equipo                           | 669 312           |
| Costo de los vehículos  | 1 350 480         |
| Instalación de oficinas y reparaciones                          | 1 696 592         |
| Servicios prestados por otros organismos de las Naciones Unidas | 744 903           |
| <b>Total parcial</b>  | <b>10 600 387</b> |
| <b>Costos de equipo y de inversión</b>                          |                   |
| Alquiler de vehículos   | 1 101 600         |
| Equipo de comunicaciones  | 2 832 276         |
| Costos locales de seguridad                                     | 2 581 416         |
| <b>Total parcial</b>  | <b>6 515 292</b>  |
| <b>TOTAL DE COSTOS DE APOYO DIRECTO</b>                         | <b>48 617 404</b> |

| ANEXO II: MARCO LÓGICO  |   |  |
|---|---|--|
| Resultados  | Indicadores de las realizaciones  | Riesgos y supuestos  |
| <p><b>Objetivo Estratégico 1: Salvar vidas y proteger los medios de subsistencia en las emergencias</b></p> <p>Meta: Proteger las vidas y los medios de subsistencia, y aumentar la autosuficiencia de los hogares vulnerables en respuesta a los déficit alimentarios estacionales</p> |   |  |
| <p><b>Efecto 1</b></p> <p>Mayor consumo de alimentos durante el período de prestación de la asistencia a las poblaciones seleccionadas afectadas por emergencias.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Puntuación relativa al consumo de alimentos de los hogares.</li> </ul> <p>Meta: La puntuación relativa al consumo de alimentos supera los 35 puntos<sup>1</sup>.</p> <p>Fuente: Actividad de vigilancia de las comunidades y los hogares.</p>  | <p>Disponibilidad de asociados con las capacidades necesarias para la ejecución de las actividades.</p> <p>Apoyo del Gobierno y los donantes.</p> <p>Mantenimiento sin interrupciones de la cadena de suministro de alimentos y efectivo del PMA.</p>  |
| <p><b>Producto 1.1</b></p> <p>Distribución de alimentos y artículos no alimentarios, incluidos el efectivo y/o los cupones para alimentos, de calidad adecuada y en cantidad suficiente a las mujeres, hombres, niñas y niños beneficiarios, en condiciones seguras.</p>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Número de mujeres, hombres, niñas y niños que reciben alimentos y artículos no alimentarios, por categoría y como porcentaje de las cifras previstas.</li> </ul> <p>Meta: 100%.</p> <p>Fuente: Informes de los asociados en los PDF<sup>2</sup>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cantidad de alimentos distribuidos, por tipo, como porcentaje del volumen previsto.</li> </ul> <p>Meta: 100%.</p> <p>Fuente: Informes de los asociados en los PDF.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cantidad de artículos no alimentarios distribuidos, por tipo, como porcentaje de la cantidad prevista.</li> </ul> <p>Meta: Distribución de la totalidad de los artículos no alimentarios previstos.</p> <p>Fuente: Informes de los asociados en los PDF.</p> | <p>Disponibilidad de asociados con las capacidades necesarias para la ejecución de las actividades.</p> <p>Apoyo futuro del Gobierno y los donantes.</p> <p>Mantenimiento sin interrupciones de la cadena de suministro de alimentos y efectivo del PMA.</p> <p>Mantenimiento de la política de divisas múltiples.</p> |

<sup>1</sup> La puntuación relativa al consumo de alimentos de los hogares mide la frecuencia de consumo de distintos grupos de alimentos durante los siete días previos a la encuesta. Una puntuación igual o superior a 35 indica un consumo de alimentos aceptable.

<sup>2</sup> Informes sobre la distribución de alimentos, efectivo o cupones.

| ANEXO II: MARCO LÓGICO  |   |   |
|---|---|---|
| Resultados  | Indicadores de las realizaciones  | Riesgos y supuestos   |
| <p><b>Objetivo Estratégico 3: Reconstruir las comunidades y restablecer los medios de subsistencia después de un conflicto o una catástrofe o en situaciones de transición</b></p> <p>Meta: Mejorar el bienestar nutricional de los adultos aquejados de enfermedades crónicas con vistas a incrementar la capacidad de recuperación productiva<sup>3</sup></p> |   |   |
| <p><b>Efecto 3.1</b><br/>Consumo suficiente de alimentos a lo largo del período de asistencia en las comunidades y hogares seleccionados.</p>   | <p>➤ Puntuación relativa al consumo de alimentos de los hogares.<br/>Meta: La puntuación relativa al consumo de alimentos supera los 35 puntos.<br/>Fuente: Actividad de vigilancia de las comunidades y los hogares.</p>   | <p>Apoyo del Gobierno y los donantes.<br/>Disponibilidad de ONG dispuestas a trabajar como asociados del PMA.</p>   |
| <p><b>Efecto 3.3</b><br/>Mejora de la recuperación nutricional de los pacientes enfermos de tuberculosis, las personas que reciben atención previa al tratamiento antirretroviral, las que participan en las actividades de prevención de la transmisión maternofilial y los pacientes que reciben atención domiciliaria.</p>                                   | <p>➤ Número de pacientes que comenzaron a recibir asistencia alimentaria con un índice de masa corporal inferior a 18,5 y que, una vez finalizada la prestación de asistencia, mantienen un índice superior a 18,5 en dos mediciones antropométricas consecutivas.<br/>Fuente: Sistemas de información sobre los pacientes.</p> | <p>Disponibilidad de medicamentos y de otros suministros médicos.<br/>Disponibilidad de asociados clínicos para desarrollar un enfoque integral de rehabilitación nutricional que comprenda la evaluación, la educación y el asesoramiento.</p> |
| <p><b>Producto 3.1</b><br/>(Véase el Producto 1.1)</p>  |   |   |
| <p><b>Producto 3.2</b><br/>Construcción o restablecimiento, por parte de las comunidades seleccionadas, de activos para la reducción de los riesgos y la mitigación de los efectos de las catástrofes<sup>4</sup>.</p>  | <p>➤ Creación o restablecimiento de activos para reducir el riesgo de catástrofes y mitigar sus efectos, por tipo y unidad de medida.<br/>Meta: Número de activos que inciden en la mitigación y la capacidad de resistencia.<br/>Fuente: Informes de los asociados.</p>  | <p>Apoyo del Gobierno y los donantes.<br/>Disponibilidad de recursos humanos y de artículos no alimentarios.</p>  |

<sup>3</sup> En ausencia de indicadores formalizados para las actividades relacionadas con el VIH en el marco de los Objetivos Estratégico 1 y 3, se utilizarán los indicadores correspondientes al Objetivo Estratégico 4; los indicadores se adaptarán cuando se disponga de orientaciones apropiadas.

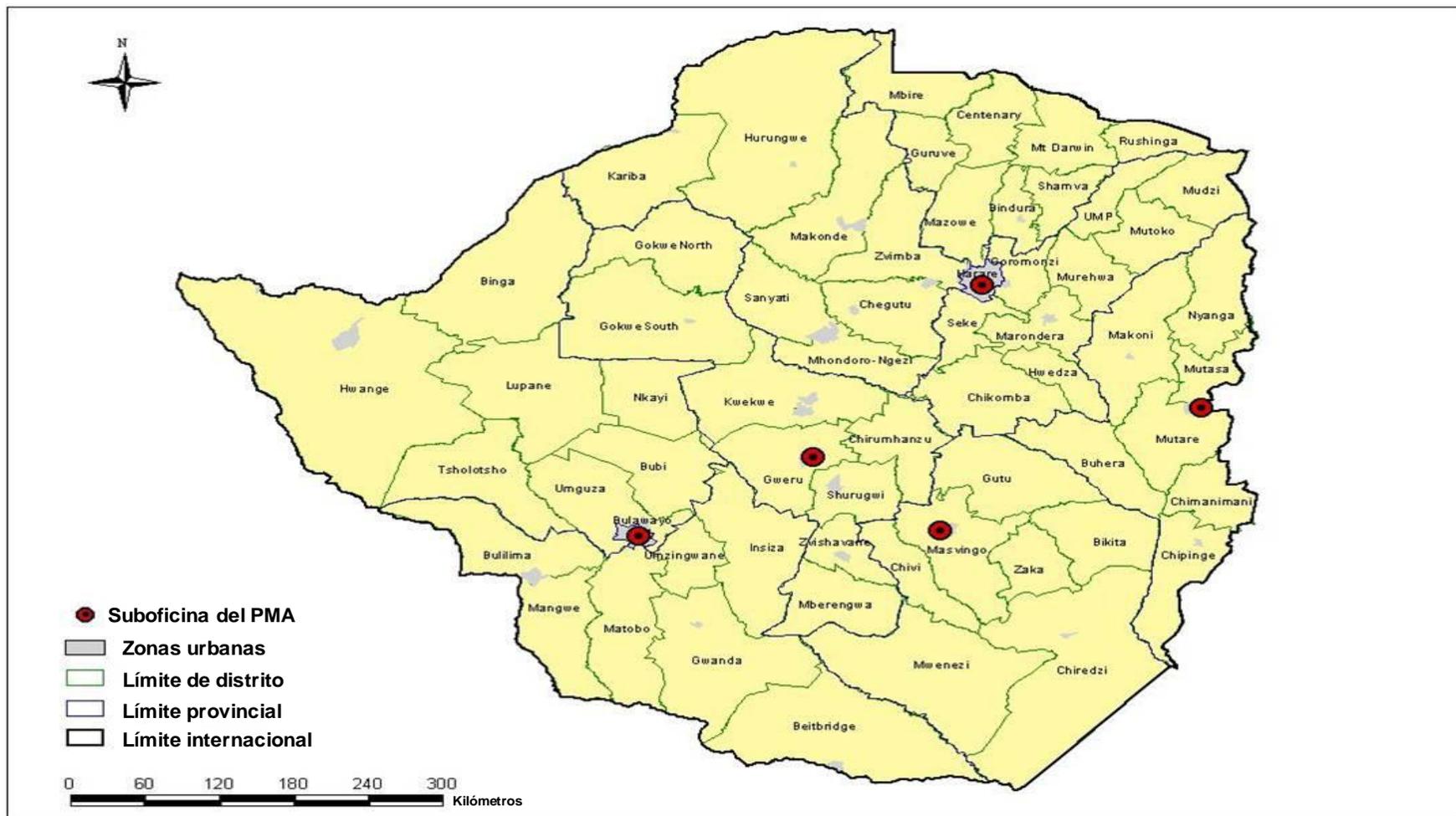
<sup>4</sup> Estructuras creadas o proyectos de rehabilitación que contribuyan a proteger a las comunidades de los efectos de las catástrofes naturales y a aumentar su capacidad de resistencia a las crisis.

| ANEXO II: MARCO LÓGICO  |   |   |
|---|---|---|
| Resultados  | Indicadores de las realizaciones  | Riesgos y supuestos   |
| <p><b>Objetivo Estratégico 5: Fortalecer las capacidades de los países para reducir el hambre, en especial mediante estrategias de traspaso de responsabilidades y compras locales</b></p> <p>Meta: Aumentar las capacidades del Gobierno y las comunidades para gestionar y poner en práctica políticas y enfoques de reducción del hambre</p> |   |   |
| <p><b>Efecto 5.1</b><br/>Mayores oportunidades de comercialización a nivel nacional gracias a compras locales del PMA eficaces en función de los costos.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Compras locales de alimentos<sup>5</sup>, como porcentaje de los alimentos distribuidos en el país.</li> </ul> <p>Meta: Aumento porcentual de las compras locales de alimentos de una manera eficaz en función de los costos.</p> <p>Fuente: Informes anuales de seguimiento y análisis de la eficacia en función de los costos.</p>   | <p>Apoyo del Gobierno y los donantes a las compras locales.</p> <p>Disponibilidad de alimentos para las compras locales.</p> <p>Oferta de alimentos a precios razonables.</p> |
| <p><b>Producto 5.1</b><br/>Compra local de alimentos.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Volumen de los alimentos comprados localmente, por tipo y categoría de país.</li> <li>➤ Alimentos comprados localmente como porcentaje del volumen total de los productos alimenticios comprados.</li> </ul> <p>Meta: La oficina en el país establecerá metas relativas al porcentaje que haya que comprar a diferentes tipos de proveedores basándose en las compras del año anterior.</p> <p>Fuente: Registros del Sistema Mundial y Red de Información del PMA (WINGS).</p> | <p>Mantenimiento de estructuras de fijación de precios favorables.</p> <p>Disponibilidad de proveedores de alimentos dispuestos a trabajar con el PMA.</p>                    |

Se recopilarán datos secundarios sobre las tasas de éxito del tratamiento contra la tuberculosis y las tasas de supervivencia tras haber recibido tratamiento antirretroviral.

<sup>5</sup> Compras de alimentos procedentes de Zimbabwe.

## ZONAS DONDE SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES DE LA OPSR ZIMBABWE 200162



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

---

## LISTA DE LAS SIGLAS UTILIZADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO

|          |   |
|----------|---|
| ACA      | alimentos para la creación de activos                                     |
| FAO      | Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura |
| FEWS-NET | Red de sistemas de alerta temprana en caso de hambruna                    |
| ONG      | Organización no gubernamental   |
| OPSR     | operación prolongada de socorro y recuperación                            |
| PDF      | punto de distribución final   |
| PDI      | persona desplazada internamente   |
| PEIP     | punto de entrega en el interior del país                                  |
| SNMI     | salud y nutrición maternoinfantiles                                       |
| SyE      | seguimiento y evaluación  |
| UNDAF    | Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo             |
| UNDSS    | Departamento de Seguridad de las Naciones Unidas                          |
| UNICEF   | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia                             |
| WINGS    | Sistema Mundial y Red de Información del PMA                              |