

برنامج  
الأغذية  
العالمي



Programme  
Alimentaire  
Mondial

World  
Food  
Programme

Programa  
Mundial  
de Alimentos

**Primer período de sesiones ordinario  
de la Junta Ejecutiva**

**Roma, 4-6 de febrero de 2008**

## **PROYECTOS QUE REQUIEREN LA APROBACIÓN DE LA JUNTA EJECUTIVA**

**Tema 9 del programa**

## **OPERACIÓN PROLONGADA DE SOCORRO Y RECUPERACIÓN ZIMBABWE 10595.0**

### **Operación prolongada de socorro a grupos vulnerables**

Número de beneficiarios	2.230.000
Duración de la operación	1º de mayo de 2008 – 30 de abril de 2010
Volumen de los alimentos proporcionados por el PMA	357.624 toneladas
<b>Costo (dólares EE.UU.)</b>	
Costo total de los alimentos para el PMA	127.807.464
Costo total para el PMA	287.791.855

*Para aprobación*

**S**

Distribución: GENERAL  
**WFP/EB.1/2008/9/1**  
7 enero 2008  
ORIGINAL: INGLÉS

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 Adjunto y                      Sr. T. Yanga                      Thomas.Yanga@wfp.org  
Oficial Encargado, ODJ\*:

Oficial de Enlace, ODJ:                      Sra. W. Paeth                      Tel.: 066513-2119

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

\* Despacho Regional para África Meridional.



## RESUMEN

Aunque hasta 2001 Zimbabwe producía excedentes de alimentos, a partir de ese año ha sufrido períodos recurrentes de escasez debido a la combinación de varios factores, entre ellos, las irregularidades del clima, una prevalencia del VIH/SIDA del 18,1%<sup>1</sup> y una serie de crisis económicas precipitadas en parte por dificultades políticas. Esta combinación de factores ha profundizado la vulnerabilidad de algunos grupos ante el hambre y la pobreza, y ha incrementado el número de personas que padecen inseguridad alimentaria. La crisis resultante, que presenta dimensiones tanto crónicas como transitorias, requiere una respuesta flexible pero previsible que permita atender las necesidades urgentes al tiempo que ayude a preservar la capacidad de resistencia de la población. Desde 2002, el PMA ha estado adquiriendo, importando y suministrando ayuda alimentaria para un número de beneficiarios que representa hasta el 50% de la población del país, principalmente en las zonas rurales (aunque también en zonas urbanas), y ha ampliado o reducido las operaciones en función de las necesidades.

El objetivo de esta operación es aumentar la capacidad de la población vulnerable de Zimbabwe para satisfacer sus necesidades alimentarias mediante el suministro de alimentos en el marco de iniciativas complementarias en las esferas de la salud, la agricultura y la educación. El PMA proporcionará ayuda a una serie de grupos vulnerables al hambre que viven en las zonas donde se registra una mayor inseguridad alimentaria, tales como los niños huérfanos y otros niños vulnerables, los enfermos crónicos, la población desplazada y la que cuenta con escasos activos.

El alcance y la focalización geográfica se determinarán por medio de evaluaciones periódicas en materia de vulnerabilidad, mientras que las carencias alimentarias en general se detectarán mediante la realización de misiones de evaluación de cultivos y suministros de alimentos. El seguimiento continuo garantizará que se avance hacia el logro de los resultados esperados. La última evaluación de las operaciones del PMA en Zimbabwe se realizó en diciembre de 2006, en el marco de la evaluación de mitad de período de la operación prolongada de socorro y recuperación regional 10310 para el África meridional. En la operación propuesta en el presente documento, se abordan las recomendaciones de realizar operaciones prolongadas de socorro y recuperación específicas para los países, aplicar un marco de protección social y fortalecer las vinculaciones entre la ayuda alimentaria y los tratamientos médicos en el caso de los enfermos crónicos.

Esta operación está en consonancia con el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo relativo a Zimbabwe, que se basa en las seis esferas prioritarias del Gobierno, y con el procedimiento de llamamientos unificados para 2007, cuya finalidad es dar solución a las acuciantes necesidades de los grupos vulnerables y a los factores de

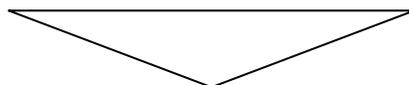
<sup>1</sup> Encuesta demográfica y de salud de Zimbabwe, 2005-2006.



vulnerabilidad crónica y más prolongada de la población. Al incrementar la capacidad de los grupos vulnerables para satisfacer sus necesidades alimentarias, al tiempo que se promueven la salud, la educación y los medios de subsistencia, la operación prolongada de socorro y recuperación aborda directamente los Objetivos Estratégicos 2 (“Proteger los medios de subsistencia en situaciones de crisis y aumentar la capacidad de resistencia a las crisis”) y 3 (“Respaldar la mejora del estado nutricional y la salud de los niños, las mujeres y otras personas vulnerables”) del PMA, además de contribuir al logro de los objetivos de desarrollo del Milenio 1 (“Erradicar la pobreza extrema y el hambre”) y 6 (“Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades”).

Zimbabwe podrá volver a producir excedentes de alimentos una vez que haya logrado la recuperación de la producción agrícola, racionalizado los mercados agrícolas e invertido el proceso de deterioro económico. Mientras tanto, es probable que sea necesario brindar ayuda alimentaria a los grupos particularmente vulnerables que viven en las zonas donde existe inseguridad alimentaria. La realización de evaluaciones periódicas garantizará que dicha ayuda sea conforme a las necesidades.

## PROYECTO DE DECISIÓN\*



La Junta aprueba la operación prolongada de socorro y recuperación propuesta Zimbabwe 10595.0, “Operación prolongada de socorro a grupos vulnerables” (WFP/EB.1/2008/9/1).

---

\* Se trata de un proyecto de decisión. Si se desea consultar la decisión final adoptada por la Junta, sírvase remitirse al documento “Decisiones y recomendaciones del segundo período de sesiones ordinario de 2007 de la Junta Ejecutiva” (WFP/EB.1/2008/15) que se publica al finalizar el período de sesiones.



## ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y MARCOS HIPOTÉTICOS

### Contexto general

1. Al igual que otros países de la región, Zimbabwe sigue sufriendo las consecuencias de las irregularidades del clima y la pandemia del VIH/SIDA, que han ocasionado la reducción de la producción de cultivos, el aumento de la mortalidad y el incremento del número de hogares vulnerables al hambre. Asimismo, las crisis económicas que ha soportado el país, caracterizadas por la hiperinflación y una importante devaluación de la moneda nacional, han agravado estas condiciones crónicas y han generado escasez en todas las áreas y una fuerte caída del poder adquisitivo. El fracaso del proceso de reforma agraria, que no logró los objetivos previstos, precipitó el deterioro económico. La combinación de los elementos mencionados ha incrementado el número de personas desempleadas y el flujo de migrantes hacia los países vecinos, y ha generado una espiral de pobreza y vulnerabilidad. En ese contexto, durante los años de cosechas particularmente escasas la ayuda alimentaria ha servido como red de protección social para más de la mitad de la población rural, entre la que se cuentan los hogares vulnerables, los niños y los enfermos crónicos. Dicha ayuda también se ha utilizado para fomentar la asistencia escolar, el cumplimiento de los tratamientos antirretrovirales y la agricultura de conservación en las zonas afectadas por la inseguridad alimentaria.
2. La producción agrícola, que antes fuera el pilar de la economía y ofreciera empleo e ingresos al 70% de la población, se deterioró considerablemente en la última década, en parte a causa del derrumbe del sector agrícola comercial en gran escala. El sector de la producción agrícola comunal -basado en gran medida en la agricultura de secano, que tradicionalmente es responsable de la mayor parte de la producción nacional de maíz destinada al consumo- ha enfrentado dificultades como consecuencia de diversos problemas económicos, además de las sequías recurrentes y la frecuente falta de insumos agrícolas. Por otra parte, el control de los precios y la comercialización del maíz y el trigo también han desincentivado la producción de estos alimentos básicos.
3. Zimbabwe es un país de bajos ingresos y con déficit de alimentos; ocupa el puesto 151 entre los 177 países incluidos en el índice de desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) correspondiente a 2006<sup>2</sup>. Las condiciones económicas se han deteriorado desde 1999<sup>3</sup>; el producto interno bruto se redujo en casi un 35% en términos acumulativos y la inflación se disparó. En julio de 2007<sup>4</sup> la tasa oficial de inflación anual superó el 7.600%. Actualmente, el desempleo supera el 80%, y el 72% de la población vive por debajo del umbral de la pobreza.
4. Los indicadores en materia de salud también se han deteriorado a un ritmo alarmante. La esperanza de vida se redujo de 51,8 años en 1995 a 37,2 años en 2006<sup>2</sup>. Aunque la tasa general de mortalidad de niños menores de 5 años cayó de 102 a 82 por 1.000 nacidos vivos, la mortalidad materna se ubica entre las más altas del mundo: 1.100 por 100.000 nacidos vivos. Si bien en la mayoría de los distritos la tasa de malnutrición aguda se ha estabilizado en el 6%, la correspondiente a la malnutrición crónica sigue siendo elevada y se mantiene en el 29,4%<sup>1</sup>. Las campañas de sensibilización y los programas de modificación de conductas en relación con el VIH/SIDA han favorecido la reducción de la

<sup>2</sup> Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD, 2006.

<sup>3</sup> Reseña del Banco Mundial, octubre de 2007.

<sup>4</sup> Oficina Central de Estadísticas, julio de 2007.



tasa de prevalencia de la enfermedad del 20,1% al 18,1% en 2006<sup>5</sup>, aunque ésta sigue siendo una de las más altas del mundo y el SIDA es la principal causa de muerte en el país. La encuesta demográfica de salud de 2006 indicó que dicha prevalencia era mayor entre las mujeres (21%) que entre los hombres (15%)<sup>1</sup>.

5. La pandemia del VIH/SIDA ha afectado a los medios de subsistencia y los patrones de producción. Al enfermarse la población adulta activa, se ha reducido la mano de obra productiva y, como consecuencia de ello, un mayor número de hogares de las zonas rurales son vulnerables al hambre y la pobreza. Al enfrentar las amenazas adicionales ocasionadas por factores socioeconómicos, los hogares se ven obligados a destinar sus recursos a la atención de los enfermos y los moribundos en detrimento de las actividades productivas y otras necesidades domésticas. Los gastos relacionados con la salud aumentan mientras que la productividad, la capacidad de obtener ingresos y los propios ingresos disminuyen. Con frecuencia, los hogares pierden a miembros encargados de la producción o la gestión de los activos que les permiten subsistir, y son los niños o los ancianos quienes deben encargarse del cuidado de las familias. Las mujeres cabeza de familia constituyen el grupo sobre el que recae la mayor parte de la responsabilidad en cuanto al cuidado de los niños huérfanos y otros niños vulnerables.
6. En Zimbabwe existen actualmente 1,3 millones de niños y niñas huérfanos, de los cuales el 77% quedaron huérfanos a causa del VIH/SIDA<sup>6</sup>. Aunque la mayoría de éstos obtiene ayuda a través de la red informal de familias ampliadas, un número cada vez mayor de niños vulnerables está expuesto al riesgo de sufrir malnutrición y tener que abandonar la escuela. A medida que la pandemia afecta cada vez a más hogares y los recursos de las familias y las comunidades se ven sometido a una presión desproporcionada, los sistemas de la red de apoyo social tradicional comienzan a debilitarse y ya no representan un medio de asistencia fiable.

## **Situación en materia de seguridad alimentaria y nutrición**

7. Aunque anteriormente Zimbabwe producía excedentes de alimentos, desde 2002 su producción de maíz (su principal producto alimenticio) no ha alcanzado para cubrir las necesidades de consumo del país. Mientras que la necesidad de consumo humano se estima en 1,9 millones de toneladas, la producción ha oscilado entre 500.000 toneladas en un año de sequía (2001-2002) y 900.000 toneladas en un año con precipitaciones suficientes (2003-2004). La disminución de la producción se puede atribuir a las irregularidades climáticas y el rápido deterioro de la producción del sector agrícola comercial. Además, los productores agrícolas de los sistemas comunales han tenido graves dificultades para acceder a las semillas y otros insumos, lo que ha causado una disminución de la producción. El aumento de las tierras destinadas al cultivo del sorgo, impulsado en parte por el apoyo de los donantes, ha mitigado en cierta medida la escasez de cereales. Los problemas económicos, especialmente la hiperinflación y la limitada disponibilidad de divisa extranjera, también han afectado a la capacidad del Gobierno para importar suficientes alimentos a fin de compensar el déficit de la producción nacional de cereales.
8. El Gobierno declaró año de sequía a la temporada agrícola de 2006-2007 debido a que el nivel de precipitaciones fue inferior a lo normal y se registraron extensos períodos secos, particularmente en el sur del país. La misión conjunta de evaluación de cultivos y suministros de alimentos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el PMA estimó que se necesitaría importar 1 millón de toneladas de cereales, de las cuales 813.000 toneladas serían de maíz. Dado que los planes del

---

<sup>5</sup> Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

<sup>6</sup> Plan estratégico nacional de lucha contra el VIH/SIDA para 2006-2010.



Gobierno establecían que se importara aproximadamente la mitad del volumen de maíz requerido, la misión conjunta estimó que necesitaría ayuda alimentaria una población vulnerable de 4,1 millones de personas, con lo cual el volumen necesario para poder satisfacer las necesidades mínimas de consumo diario de 2.100 kilocalorías ascendería a 352.000 toneladas de cereales y 90.000 toneladas de otros productos. El PMA y algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) asociadas hicieron llamamientos orientados a movilizar recursos adicionales que permitieran cubrir las necesidades notificadas, y en septiembre de 2007 comenzó una distribución de alimentos en gran escala.

9. El estado nutricional de la población también se deterioró en el último año. La labor de vigilancia nutricional llevada a cabo en 23 distritos en noviembre de 2006 indicó que aunque los niveles de emaciación se encontraran todavía por debajo del umbral de emergencia, el número de casos de retraso del crecimiento iba en aumento y había superado el 40% en los distritos de Gutu, Kwekwe y Mutare (Sakubva). Parece existir una marcada relación entre la malnutrición y la morbilidad y la inseguridad alimentaria. El deterioro del estado nutricional se constató en junio de 2007 mediante los resultados preliminares de la evaluación de la situación alimentaria y la nutrición del comité de análisis de la vulnerabilidad, que destacaron el aumento de las tasas de malnutrición aguda y crónica.
10. Sigue siendo vulnerable a la inseguridad alimentaria un elevado número de hogares rurales. La mayoría de los hogares rurales satisfacen sus necesidades básicas mediante una combinación de actividades agrícolas y comerciales en pequeña escala, empleo ocasional y remesas, y la desestabilización de cualquiera de estos sectores puede tener un efecto devastador en su capacidad de supervivencia. El rápido aumento del costo de vida y las escasas oportunidades de empleo han dejado a gran parte de la población urbana sin acceso a los alimentos y sin posibilidades de satisfacer otras necesidades domésticas y alimentarias básicas. La situación es particularmente grave para los hogares con niños huérfanos y enfermos crónicos, a los cuales los sucesivos años de crisis han conducido a una espiral de vulnerabilidad, hambre y pobreza que compromete seriamente su capacidad de recuperación. Asimismo, las medidas de control de precios de los productos básicos, aplicadas por el Gobierno en junio de 2007 en el intento de frenar la inflación, ha causado una mayor escasez de alimentos básicos, especialmente en las zonas urbanas.

## Marcos hipotéticos

11. La operación prolongada de socorro y recuperación (OPSR) 10595.0 se basa en la hipótesis de que Zimbabwe siga enfrentando graves problemas económicos, que conlleven escasez de alimentos y tengan como consecuencia el aumento de la vulnerabilidad al hambre y la pobreza. La situación requiere que se lleve a cabo un programa flexible y con una selección de beneficiarios adecuada, que pueda ampliarse durante las épocas de mayor necesidad y reducirse cuando resulte apropiado y permita a la vez seguir atendiendo a las necesidades de la población especialmente vulnerable a lo largo del tiempo. Se da por supuesto que se cuenta con un ámbito para la ayuda humanitaria que permite la planificación y la ejecución de programas basados en la ayuda alimentaria, y con la voluntad de los donantes de brindar apoyo a operaciones de emergencia e iniciativas de socorro prolongadas, posibilitando al mismo tiempo la realización de actividades que fomenten la recuperación. Las elecciones nacionales de 2008 pueden plantear dificultades que deberán abordarse mediante una mejor selección de beneficiarios a nivel comunitario entre las poblaciones vulnerables.



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

### Gobierno

12. En el contexto del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF) para 2007-2011, el Gobierno estableció seis esferas prioritarias: lucha contra el VIH y el SIDA; servicios sociales básicos; agricultura, tierras y medio ambiente; pobreza, economía y empleo; gestión pública y derechos humanos; y género. El principal objetivo nacional es la recuperación económica y la reducción de la pobreza; en 2007, el Gobierno lanzó la iniciativa de un “Programa de Contrato Social” entre el propio Gobierno, los trabajadores y los empleadores en el intento de estabilizar la inflación y evitar el derrumbe económico. Sin embargo, dicho programa no ha podido llevarse a la práctica debido a la falta de consenso entre las partes involucradas.
13. En el sector de la salud, el Gobierno y los asociados elaboraron un Plan estratégico nacional de lucha contra el VIH y el SIDA con objeto de reducir la propagación del virus y mejorar la calidad de vida de quienes se ven afectados y viven con el VIH y el SIDA. El programa de tratamientos antirretrovirales atiende a 86.000 pacientes, y el mencionado plan propuso una ampliación que permitiera llegar a atender a 120.000 pacientes a finales de 2007<sup>7</sup>. El Gobierno, con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), también preparó un Plan Nacional de Acción para niños y niñas huérfanos y vulnerables con el propósito de ofrecerles servicios básicos, tales como acceso a la educación. Actualmente, los niños huérfanos y otros niños vulnerables son beneficiarios del programa “Módulo de Asistencia a la Educación Básica” gestionado por el Ministerio de Educación, Deportes y Cultura y el Ministerio de Servicio Público, Trabajo y Bienestar Social.
14. A fin de abordar el problema de la malnutrición localizada, el Ministerio de Salud y Bienestar Infantil, con el apoyo del UNICEF, ha establecido iniciativas de alimentación terapéutica en instituciones de salud en todo el país mediante las cuales se proporciona leche terapéutica a los niños que padecen malnutrición aguda. No obstante, el deterioro de la economía limita el alcance del programa debido a la falta de disponibilidad de la fórmula terapéutica y la pérdida de personal capacitado. Con objeto de dar solución a estos problemas, el Gobierno está organizando programas comunitarios de nutrición por medio de los cuales los niños que sufren malnutrición aguda son tratados inicialmente en instituciones de salud y luego derivados a centros de salud rurales donde se les proporcionan alimentos terapéuticos a base de mantequilla de maní listos para el consumo.
15. En 2006 el Gobierno también inició un Programa nacional de prioridades de desarrollo económico que abarca aspectos tales como la estabilización de la economía, la reducción de la inflación, la movilización de divisas extranjeras, la seguridad alimentaria (lo que incluye subsidios para los productos básicos), y los servicios destinados a la población más vulnerable. Asimismo, a principios de la década de 2000 lanzó un programa de alimentos por trabajo en virtud del cual aquellos miembros de las comunidades que se encontraran aptos para trabajar recibirían 50 kilogramos de maíz por mes de trabajo realizado en obras o proyectos públicos. La ejecución de estos programas se ha visto obstaculizada por la limitada disponibilidad de maíz, la inflación y las dificultades en materia de logística.
16. La principal contraparte gubernamental del PMA es el Ministerio de Servicio Público, Trabajo y Bienestar Social. El PMA y las ONG asociadas también trabajan en estrecha

<sup>7</sup> Ministerio de Salud y Bienestar Infantil, Unidad de lucha contra el SIDA y la tuberculosis.



colaboración con las autoridades de las provincias y los distritos en la planificación y ejecución de programas basados en la ayuda alimentaria.

## Otras partes principales

17. Las dificultades que enfrenta Zimbabwe se ven agravadas por las discrepancias entre los puntos de vista del Gobierno y los de la comunidad de donantes internacionales, así como por la falta de diálogo entre ellos; muchos donantes han suspendido los programas bilaterales. No obstante, el apoyo prestado en materia de prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA constituye una excepción que cabe destacar, ya que en ese ámbito la colaboración entre el Gobierno, los donantes, las Naciones Unidas y la sociedad civil sigue siendo firme. Los donantes también han proporcionado un generoso apoyo a las intervenciones de asistencia humanitaria, incluida la ayuda alimentaria y la asistencia a las poblaciones desplazadas, además de participar en iniciativas a largo plazo con el fin de ayudar a dichas poblaciones a reasentarse y llegar a ser autónomas.
18. Desde 2002, muchas ONG internacionales han iniciado operaciones orientadas a la distribución de alimentos, la agricultura y la asistencia a las personas afectadas por el VIH/SIDA. Una de ellas es el Consorcio para las emergencias alimentarias en el África meridional (C-SAFE), que comprende a Cooperativa de Asistencia y Auxilio a Cualquier Parte del Mundo (CARE), Servicios Católicos de Socorro (SCS) y World Vision, y gestiona un suministro paralelo de alimentos con financiación del Gobierno de los Estados Unidos. El PMA y C-SAFE colaboran en la programación y ejecución de actividades basadas en la ayuda alimentaria. Asimismo, las ONG de C-SAFE y otras 10 también trabajan con el PMA como asociados cooperantes. El PMA ha realizado importantes inversiones en el fomento de las capacidades de las ONG, por ejemplo, en el fortalecimiento de las capacidades de varias ONG nacionales para trabajar como asociados en la ayuda alimentaria.

## Coordinación

19. El UNDAF para 2007-2011 sirve de apoyo y orientación a los programas de los organismos de las Naciones Unidas que llevan a cabo su labor en Zimbabwe. Se basa en los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) y pone de manifiesto las seis esferas prioritarias del Gobierno, a saber: la lucha contra el VIH/SIDA; el logro de los ODM; el imperio de la ley, el diálogo, la participación y los derechos humanos; la lucha contra la desigualdad de género; la prestación de servicios sociales básicos equitativos; el fomento de la seguridad alimentaria, y la ordenación sostenible de los recursos naturales y del medio ambiente.
20. El Coordinador Residente de las Naciones Unidas actúa como Coordinador de Asuntos Humanitarios. El PMA está a cargo de un grupo de ONG, organismos de las Naciones Unidas y donantes que coordina la ayuda alimentaria y el intercambio de información, y participa activamente en grupos técnicos dedicados a las esferas de la seguridad alimentaria y el seguimiento y la evaluación. Entre los integrantes del equipo de las Naciones Unidas de apoyo al país, el PMA trabaja directamente con la FAO en la promoción de la agricultura de conservación, con el UNICEF en las esferas de la vigilancia de la nutrición, la alimentación escolar y la atención de los huérfanos, y con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en el apoyo a las poblaciones desplazadas y urbanas, así como a los migrantes que regresan a su lugar de origen.



## OBJETIVOS DE LA ASISTENCIA PROPORCIONADA POR EL PMA

21. De conformidad con los Objetivos Estratégicos del PMA, esta operación utiliza la ayuda alimentaria para contribuir al logro de los siguientes objetivos:
- a) reducir el proceso de agotamiento de los activos y aumentar la resistencia de los grupos vulnerables seleccionados para que puedan hacer frente a las crisis, en consonancia con el Objetivo Estratégico 2 del PMA (“Proteger los medios de subsistencia en situaciones de crisis y aumentar la capacidad de resistencia a las crisis”);
  - b) proteger la salud y la nutrición y mejorar la calidad de vida de los grupos de enfermos crónicos seleccionados mediante el fomento de la nutrición vinculado con intervenciones en materia de salud, de conformidad con el Objetivo Estratégico 3 (“Respaldar la mejora del estado nutricional y la salud de los niños, las mujeres y otras personas vulnerables”); y
  - c) incrementar el consumo de alimentos de los hogares altamente vulnerables que padecen inseguridad alimentaria, en consonancia con el Objetivo Estratégico 2 mencionado anteriormente.

## ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DEL PMA

### Naturaleza y eficacia de la asistencia prestada hasta la fecha para el logro de la seguridad alimentaria

22. Esta operación se basa en seis años de experiencia en la distribución gratuita de alimentos en gran escala y la ejecución de programas basados en la ayuda alimentaria orientados a las poblaciones especialmente vulnerables. Entre 2002 y 2006 el PMA distribuyó 940.002 toneladas de alimentos a un número máximo de 4.686.381 beneficiarios, a través de distribuciones generales de alimentos, actividades de alimentación de grupos vulnerables y otras actividades orientadas a grupos seleccionados. El PMA realizó importantes inversiones en la capacitación de los asociados cooperantes en materia de gestión y distribución de alimentos, y estableció sistemas rigurosos de evaluación, selección de beneficiarios, ejecución y seguimiento a fin de garantizar que los alimentos lleguen a los beneficiarios previstos y de limitar cualquier intento de manipular las distribuciones alimentarias. Estos sistemas se fueron perfeccionando con el tiempo y dieron lugar al Sistema revisado de orientación de la ayuda y selección de beneficiarios incorporado en 2007, que integraba métodos exhaustivos de selección geográfica, instrumentos de evaluación rural participativa y métodos de selección por criterios administrativos basados en el diagnóstico del hambre y la pobreza.
23. Por medio de sus programas de alimentación de grupos vulnerables, el PMA ha obtenido buenos resultados en la ampliación de las intervenciones que tienen por objeto cubrir la falta de alimentos durante la época de escasez y empoderar a las mujeres y las comunidades para que puedan gestionar las actividades relativas a la ayuda alimentaria sin ceder ante influencias externas. Además, cabe destacar que se han llevado a cabo muy buenas iniciativas para incorporar mensajes relativos al VIH/SIDA en los puntos de distribución. Uno de los desafíos que ha debido enfrentarse es el mantenimiento del suministro de alimentos a pesar de las limitaciones en materia de recursos y logística. Dado que estas actividades se ejecutaron solamente durante la época de escasez o las sequías, no se proporcionó la ayuda alimentaria necesaria a una numerosa población vulnerable. La



dificultad de ampliar las distribuciones de alimentos en las zonas urbanas es un desafío que se plantea constantemente.

24. Durante 2004, el PMA realizó experiencias piloto y amplió una gama de actividades orientadas a grupos concretos, que abarcaron las esferas de la alimentación escolar, la prestación de cuidados sanitarios en el hogar y la atención de niños huérfanos y otros niños vulnerables, ofreciendo así una importante red de protección social a los niños y a los hogares con enfermos crónicos. Cuando, a mediados de 2004, el Gobierno pidió al PMA que suspendiera la distribución gratuita de alimentos en gran escala en el país, el programa de alimentación escolar pasó a ser una ayuda vital para casi un millón de niños. Dicho programa ha contribuido positivamente a proteger los medios de subsistencia y fomentar la asistencia escolar, a pesar de las dificultades experimentadas en los hogares y de los problemas recurrentes relacionados con el deterioro de la infraestructura escolar y la falta de leña y productos no alimentarios. También se plantea el desafío de llevar la ayuda a los niños vulnerables que no asisten a la escuela, quienes constituyen una preocupación principal.
25. El programa de ayuda alimentaria para la prestación de cuidados sanitarios en el hogar tuvo un impacto positivo en la movilidad y productividad de personas que anteriormente se encontraban postradas en cama a causa del VIH/SIDA y otras enfermedades crónicas, incluso sin contar con tratamientos antirretrovirales y otros medicamentos vitales. El PMA apoyó una iniciativa orientada a incrementar la participación de los hombres en la prestación de cuidados sanitarios en el hogar, lo que se consideró muy positivo en varias evaluaciones. Otra de las dificultades que se ha debido enfrentar es la limitada capacidad de los asociados cooperantes para satisfacer la demanda y aportar los otros componentes importantes para la prestación de dichos cuidados, en consonancia con el “paquete básico” (determinado por el Ministerio de Salud y Bienestar Infantil y el Consejo Nacional del SIDA, en consulta con organismos de las Naciones Unidas y varias ONG).
26. Durante 2007, el PMA también puso en marcha una actividad piloto mediante la cual se proporcionaba ayuda alimentaria a pacientes VIH positivos que se sometían a tratamientos antirretrovirales, como forma de favorecer el cumplimiento de dicho tratamiento, mejorar la salud y el estado nutricional y fomentar el uso adecuado de los servicios de salud. Asimismo, se inició una actividad piloto con la FAO cuya finalidad era ofrecer alimentos como incentivo a los hogares expuestos a inseguridad alimentaria que deseaban aprender y llevar a la práctica técnicas agrícolas de conservación.
27. En noviembre y diciembre de 2006 se llevó a cabo una evaluación de la OPSR regional 10310 para el África meridional, incluido Zimbabwe, cuyas conclusiones se emplearon como base para la preparación de la presente OPSR.

## Perfil de la estrategia

28. Sobre la base de su experiencia en materia de respuesta ante la inseguridad alimentaria en el África meridional en los últimos seis años, el PMA ha desarrollado un marco de protección social para la región. Dicho marco se funda en el supuesto de que los hogares que han sufrido crisis sucesivas en relación con la salud, la producción y los ingresos permanecen en riesgo de caer en la pobreza y padecer hambre, además de enfrentar situaciones de riesgo de vida si se exponen a otras crisis. Enfatiza la necesidad de ofrecer un apoyo previsible, fiable y constante que permita dar solución a la escasez de alimentos en los hogares.
29. Para aplicar el marco de protección social en Zimbabwe, el PMA y los asociados cooperantes han establecido una estrategia para determinar las prioridades de las intervenciones de ayuda alimentaria que consta de tres ejes. El primer eje (actividades de



protección social basadas en aspectos de salud) promueve el acceso universal a la atención sanitaria y el tratamiento de enfermedades tales como el VIH/SIDA y la tuberculosis. El segundo (actividades de protección basadas en aspectos sociales) ofrece apoyo a los medios de subsistencia a fin de abordar la pobreza crónica y satisfacer las necesidades de los hogares que padecen inseguridad alimentaria, incluidos los hogares urbanos vulnerables, los hogares afectados por el desplazamiento de las poblaciones y los niños de las zonas del país donde se registra una mayor inseguridad alimentaria. El tercer eje (alimentación de grupos vulnerables en situación de emergencia) está dirigido a brindar apoyo a los hogares que padecen inseguridad alimentaria y se ven afectados por crisis estacionales.

**Figura 1: Actividades de la OPSR (cifras anuales)**



30. Aunque las iniciativas basadas tanto en la entrega de efectivo como en la ayuda alimentaria pueden ser componentes importantes de la protección social, una encuesta realizada por el PMA determinó que la ayuda alimentaria seguía siendo una actividad de socorro fundamental en Zimbabwe debido a las graves y recurrentes situaciones de escasez de alimentos y a las menores posibilidades de acceso a los mismos<sup>8</sup>.

### Actividades de protección social basadas en aspectos de salud

31. El vínculo entre la nutrición y el VIH/SIDA se ha documentado ampliamente, y en la actualidad se considera que una dieta adecuada constituye un componente integral en la atención de los pacientes con VIH/SIDA, en un contexto de pobreza crónica e inseguridad alimentaria. Los pacientes que reciben atención sanitaria en el hogar y tratamientos antirretrovirales tienen necesidades nutricionales especiales que deben atenderse para que estas personas respondan mejor al tratamiento. En el caso de los enfermos de tuberculosis, las raciones de alimentos tienen una importante función en cuanto a asegurar el cumplimiento del tratamiento, ya que ayudan a prevenir el desarrollo de una tuberculosis resistente a los medicamentos suministrados.
32. El PMA proporcionará raciones de alimentos mensuales con un alto valor nutritivo a los enfermos crónicos que padecen inseguridad alimentaria y a sus familias, en el marco de un conjunto de medidas de apoyo a la atención sanitaria en el hogar y a los tratamientos antirretrovirales. Se incluirán raciones para quienes temporalmente no puedan someterse a dichos tratamientos, por ejemplo, los pacientes en tratamiento contra la tuberculosis o las madres que participan en los programas de prevención de la transmisión del VIH de madre

<sup>8</sup> Iniciativa especial de entrega de efectivo y vales, 2007. "Evaluación de la idoneidad y viabilidad de las iniciativas de entrega de efectivo y/o vales en las zonas urbanas y periurbanas de Zimbabwe".

a hijo. Las raciones se proporcionarán hasta la finalización de dichos tratamientos o hasta que los beneficiarios se encuentren en condiciones de participar en programas de fomento de los medios de subsistencia o de regresar a la vida activa y, cualquiera sea el caso, se suministrarán por un máximo de 12 meses.

### **Actividades de protección basadas en aspectos sociales**

33. Los programas de ayuda alimentaria deben abordar la creciente vulnerabilidad de ciertos grupos de la población, especialmente los hogares pobres vulnerables que cuentan con escasos activos. Estos grupos, que probablemente no se beneficien de un aumento del suministro de alimentos luego de una cosecha o no participen en el mercado, necesitan una ayuda alimentaria sistemática y fiable a lo largo de casi todo el año y hasta que se creen o se reestablezcan mecanismos normales de protección social.
34. Las actividades de protección basadas en aspectos sociales ofrecerán una plataforma para orientar la ayuda a los grupos vulnerables que padecen inseguridad alimentaria mediante: la asistencia a los hogares pobres altamente vulnerables; programas de alimentos para el fomento de los medios de subsistencia, por ejemplo, para la agricultura de conservación, o alimentos para la capacitación o la creación de activos; programas de alimentación institucionales para grupos urbanos; programas de alimentación de grupos vulnerables nómadas; y programas de alimentación escolar para los niños de las zonas rurales y urbanas más vulnerables. Se prestará atención a la ayuda orientada a los niños que no asisten a la escuela (mediante la participación de la comunidad) en las zonas donde se constata un alto nivel de inseguridad alimentaria y en las zonas urbanas con una elevada densidad demográfica. Cuando sea posible, las personas vulnerables, los enfermos crónicos y los huérfanos se derivarán a los programas respaldados por el PMA de tratamientos antirretrovirales, atención sanitaria en el hogar o ayuda a los niños vulnerables, a través de los cuales se beneficiarán de un conjunto de medidas que constan de una ayuda alimentaria combinada con tratamiento médico, ayuda para el pago de derechos de matrícula escolar y servicios psicosociales. Dados los elevados niveles de malnutrición crónica del país, el PMA colaborará con el UNICEF para contribuir a satisfacer las necesidades nutricionales de los niños menores de 2 años y obtener el apoyo del Gobierno a fin de poner en marcha un programa de tratamiento antihelmíntico en las escuelas primarias.

### **Alimentación de grupos vulnerables en situación de emergencia**

35. Para los hogares pobres que dependen de su propia producción de cultivos de secano, la ayuda alimentaria constituye un apoyo vital durante los años de sequía, y puede programarse para cubrir las recurrentes situaciones de escasez que estas familias deben enfrentar. Se beneficiará a estos grupos por medio de un programa temporal de alimentación de grupos vulnerables en situación de emergencia estacional que distribuirá gratuitamente alimentos en las zonas más vulnerables durante el período de escasez previsto. Aunque la época de escasez suele ser de diciembre a marzo, en los años particularmente malos puede empezar en septiembre (como sucedió en 2007). Cuando corresponda, también se animará a este grupo, que padece inseguridad alimentaria transitoria, a participar en los proyectos de alimentos para el fomento de los medios de subsistencia. Este componente se ajustará anualmente en función de los riesgos recurrentes y las evaluaciones estacionales.
36. El principal componente de la OPSR es el socorro prolongado, con un componente secundario de recuperación (actividades piloto de alimentos para el fomento de los medios de subsistencia). Este enfoque está en consonancia con las necesidades existentes y el procedimiento de llamamientos unificados de 2007 para Zimbabwe, cuya meta es dar solución a las acuciantes necesidades de los grupos vulnerables y los factores de



vulnerabilidad crónica y más prolongada de la población. Las actividades se concentrarán en las zonas del país donde se constata una mayor inseguridad alimentaria. Se procurará establecer asociaciones y fortalecerlas a fin de combinar la ayuda alimentaria con otras formas de asistencia. El PMA brindará apoyo a iniciativas más amplias a cargo de las Naciones Unidas con objeto de fomentar el diálogo con el Gobierno en torno a las políticas, por ejemplo, sobre el mejoramiento de la prevención del VIH/SIDA y el tratamiento y atención de las personas afectadas por la enfermedad, la comercialización de la producción agrícola y la tenencia de la tierra. Cuando el contexto político y económico mejore, el PMA aprovechará las posibles oportunidades adicionales para emplear la ayuda alimentaria y su propia experiencia y conocimientos a fin de contribuir a la recuperación.

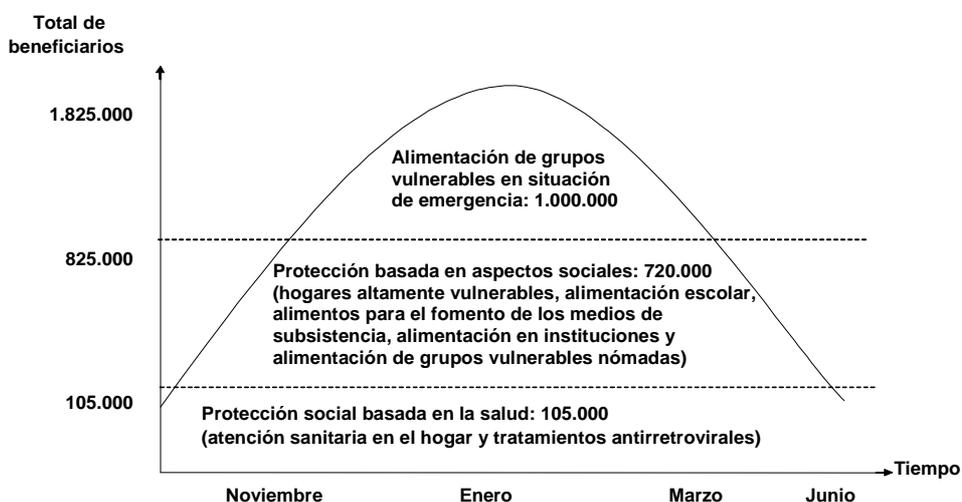
## Estrategia de traspaso de responsabilidades

37. Zimbabwe podrá volver a producir excedentes de alimentos una vez que haya logrado la recuperación de la producción agrícola, racionalizado los mercados agrícolas e invertido el deterioro económico. Hasta entonces necesitará ayuda alimentaria —grandes volúmenes durante los años de sequía o inundaciones y volúmenes menores cuando las precipitaciones sean suficientes— a fin de asistir a los grupos particularmente vulnerables en las zonas donde existe una mayor inseguridad alimentaria. Aunque se aprovecharán las oportunidades para contribuir al diálogo en torno a las políticas, no es muy probable que se obtengan resultados importantes durante la ejecución de esta OPSR. Mientras tanto, la realización de evaluaciones periódicas garantizará que dicha ayuda sea conforme a las necesidades.

## SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS Y ORIENTACIÓN DE LA AYUDA

38. El PMA prevé prestar ayuda a 2.230.000 personas durante la ejecución de la OPSR (1.825.000 por año). Se aplicará una combinación de criterios de selección geográfica y basada en los hogares para llegar a los grupos más vulnerables en las zonas del país donde existe una mayor inseguridad alimentaria. Se tomará en cuenta la información sobre nutrición, VIH/SIDA y los distritos donde lleva a cabo sus operaciones el C-SAFE (véase el Anexo III). Las zonas prioritarias para 2007 incluyen las regiones meridional y oriental del país y el valle del río Zambeze.

**Figura 2: Número de beneficiarios de las iniciativas estacionales**



39. A partir de la selección geográfica basada en las encuestas del comité de análisis de la vulnerabilidad de Zimbabwe, la información sobre los distritos recabada por el PMA y otros datos, la Organización y sus asociados utilizarán técnicas de evaluación rural participativa y métodos de selección basados en criterios administrativos para elegir a los hogares. La selección comunitaria conllevará la realización de una cartografía de las comunidades y una clasificación con arreglo a la renta; se registrará a todos los hogares que la comunidad determine que padecen “gran inseguridad alimentaria” o “inseguridad alimentaria”, y quedará constancia de varias de sus características en una base de datos de gestión de beneficiarios. Esa información también facilitará la selección de beneficiarios para las actividades de los distintos programas. Los enfermos crónicos que se encuentran postrados en cama serán derivados a los programas de atención sanitaria en el hogar, y los hijos de pacientes fallecidos que recibían dicha atención y otros niños vulnerables serán derivados a programas orientados a los niños huérfanos y otros niños vulnerables. mediante programas de alimentación escolar se seguirá prestando ayuda a todos los niños de las escuelas seleccionadas en las zonas afectadas por la inseguridad alimentaria y donde más del 50% de la comunidad se clasifique como “muy pobre” o “pobre”. Se alentará a los niños que no asisten a la escuela (a los que se llegará gracias a la colaboración de la comunidad) a comenzar a asistir a las instituciones educativas donde se les ofrecerán comidas, y se les derivará a los programas orientados a los niños huérfanos y otros niños vulnerables.

---

## CONSIDERACIONES SOBRE LA NUTRICIÓN Y LAS RACIONES

40. La harina de maíz es el principal cereal consumido en Zimbabwe, y de hecho satisface el 80% de las necesidades diarias de calorías. Suele cocinarse en forma de papilla y se consume con verduras o carne, cuando se dispone de ellas. En los distritos del sur del país, se utiliza frecuentemente sorgo en lugar de maíz.
41. La canasta de alimentos constará de cereales (maíz en grano y harina de maíz o de sorgo), legumbres secas y aceite. En los programas de apoyo a la atención sanitaria en el hogar y a los tratamientos antirretrovirales, se agregará una mezcla de maíz y soja (MMS) a fin de contribuir a la mejora del estado nutricional de los enfermos crónicos en los hogares. Los programas de alimentación escolar ofrecerán diariamente una ración cocida de MMS y aceite, tal como se determinara sobre la base del acuerdo entre el PMA y el Gobierno. Los huérfanos o ancianos vulnerables e indigentes atendidos por instituciones públicas o de caridad en las zonas urbanas con una elevada densidad demográfica recibirán diariamente alimentos en la institución en que se encuentren. En los cuadros a continuación se indican el número de beneficiarios por actividad y programa (Cuadro 1) y la cantidad de raciones de alimentos por día y por año (Cuadro 2).

<b>CUADRO 1: BENEFICIARIOS POR ACTIVIDAD Y PROGRAMA</b>						
<b>Nivel de programación</b>	<b>Actividad</b>	<b>Número de días</b>	<b>Número de beneficiarios</b>			<b>Modalidad</b>
			<b>Total</b>	<b>Hombres/Niños</b>	<b>Mujeres/Niñas</b>	
Primario (basado en aspectos de salud)	Atención sanitaria en el hogar	360	<b>75 000</b>	36 000	39 000	Raciones familiares para llevar a casa (5 personas)
	Tratamientos antirretrovirales	360	<b>30 000</b>	14 400	15 600	Raciones familiares para llevar a casa (5 personas)
Secundario (basado en aspectos sociales)	Alimentos para el fomento de los medios de subsistencia	180	<b>20 000</b>	9 600	10 400	Raciones familiares para llevar a casa (5 personas)
	Alimentación escolar	180	<b>250 000</b>	120 000	130 000	Raciones cocinadas individuales
	Alimentación en instituciones	360	<b>50 000</b>	24 000	26 000	Raciones cocinadas individuales
	Alimentación para grupos vulnerables nómadas	360	<b>100 000</b>	48 000	52 000	Raciones familiares para llevar a casa (5 personas)
	Hogares altamente vulnerables	360	<b>300 000</b>	144 000	156 000	Raciones familiares para llevar a casa (5 personas)
Terciario (estacional)	Alimentación de grupos vulnerables en situación de emergencia	120	<b>1 000 000</b>	480 000	520 000	Raciones familiares para llevar a casa (5 personas)
<b>Total</b>			<b>1 825 000</b>	<b>876 000</b>	<b>949 000</b>	

<b>CUADRO 2: CANTIDAD DE RACIONES DE ALIMENTOS POR DÍA Y POR AÑO</b>								
Nivel de programación	Actividad	Número de días	Ración diaria ( <i>gramos/persona/día</i> )					Cantidad ( <i>toneladas/año</i> )
			Cereales	Legumbres secas	Aceite	MMS	Kilocalorías	
Primario (basado en aspectos de salud)	Atención sanitaria en el hogar	360	400	60	20	100	2 158	15 660
	Tratamientos antirretrovirales	360	400	60	20	100	2 158	6 264
Secundario (basado en aspectos sociales)	Alimentos para el fomento de los medios de subsistencia	180	400	60	20	0	1 778	1 728
	Alimentación escolar	180	0	0	10	150	659	7 200
	Alimentación en instituciones	360	50 000	60	20	100	1 778	10 440
	Alimentación para grupos vulnerables nómadas	360	400	60	20	0	1 778	17 280
	Hogares altamente vulnerables	360	400	60	20	100	2 158	62 640
Terciario (estacional)	Alimentación de grupos vulnerables en situación de emergencia	120	400	60	20	0	1 778	57 600
<b>Total</b>								<b>178 812</b>

42. La falta de leña y agua potable representa un problema para los programas de suministro de raciones cocinadas, especialmente en las zonas urbanas. No obstante, los trabajadores de salud que atienden a niños y madres prefieren una comida cocinada a las galletas. El PMA y las ONG asociadas trabajan con las escuelas para promover prácticas de obtención de leña que resulten adecuadas en relación con el medio ambiente, e impulsarán la realización de mayores inversiones en materia de abastecimiento de agua en las instituciones. Al igual que en ocasiones anteriores, el PMA proporcionará recipientes para



cocinar y cocinas de bajo consumo de combustible a algunas escuelas que no habían sido seleccionadas anteriormente.

## DISPOSICIONES PARA LA EJECUCIÓN

43. *Participación.* Mediante la selección comunitaria descrita anteriormente, el PMA y sus asociados cooperantes garantizarán que todas las comunidades afectadas participen en la planificación y ejecución de la distribución de alimentos. En el contexto de este programa, y de conformidad con los Compromisos ampliados relativos a la mujer, las intervenciones promoverán la participación de las mujeres en el diseño y la gestión de las actividades. Al menos el 50% de los participantes de la comunidad serán mujeres, aunque éstas normalmente representan un porcentaje mucho más alto. Se formarán comités de distribución de alimentos, integrados al menos en un 50% por mujeres, que tendrán a su cargo la recepción de los alimentos y la organización de la distribución, además de atender el puesto de ayuda que se establezca en cada punto de distribución. Los puntos de distribución se planificarán de modo de minimizar la carga o los riesgos para la seguridad de los beneficiarios, particularmente de las mujeres.
44. *Asociaciones.* El PMA y el Gobierno de Zimbabwe firmarán una carta de entendimiento para establecer sus respectivas funciones y responsabilidades en la operación. El Gobierno participa en la labor del comité de análisis de la vulnerabilidad y es responsable de confirmar los criterios de selección geográfica de la operación, teniendo en cuenta las situaciones de inseguridad alimentaria. A través del Ministerio de Servicio Público, Trabajo y Bienestar Social, también es responsable de registrar y aprobar las ONG y otorgar los permisos necesarios para la importación de los alimentos. En el ámbito provincial y en los distritos, el Gobierno facilita el trabajo de las ONG asociadas y podrá participar en el registro de los beneficiarios.
45. La distribución de alimentos será llevada a cabo por los asociados cooperantes que hayan demostrado capacidad y experiencia suficientes en relación con las operaciones de ayuda alimentaria y hayan recibido el apoyo necesario en materia de fomento de las capacidades. En los casos en que se requieran nuevos asociados cooperantes, los criterios de selección del PMA incluirán: experiencia en la distribución de ayuda alimentaria, conocimiento de las zonas geográficas de que se trate y capacidad operativa en las mismas, capacidad para proporcionar asistencia complementaria y un historial comprobado de fiabilidad en materia de contabilidad y sistemas de elaboración de informes.
46. Se seguirá llevando a cabo la labor de enlace y coordinación entre el PMA, las ONG asociadas y el Ministerio de Servicio Público, Trabajo y Bienestar Social (en la coordinación general), con los ministerios técnicos de ámbito nacional (el Ministerio de Educación, Deportes y Cultura para las actividades de alimentación escolar, y el Ministerio de Salud y Bienestar Infantil para las iniciativas de atención sanitaria en el hogar y las relacionadas con los niños huérfanos y otros niños vulnerables), y con el Ministerio de Administración Local, Obras Públicas y Vivienda (que es responsable de las autoridades locales de los distritos y los jefes tradicionales).
47. El PMA también coordinará las distintas tareas con otros organismos de las Naciones Unidas: con el UNICEF, en la esfera de la educación y las cuestiones relativas a la nutrición; con la FAO, en lo concerniente a la seguridad alimentaria y la agricultura, y con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). A fin de maximizar la utilización de los recursos, se aprovechará toda oportunidad de crear sinergias y establecer alianzas estratégicas.
48. *Apoyo no alimentario.* Se prevé que los asociados cooperantes proporcionen un apoyo no alimentario a las actividades conjuntas; el PMA destinará recursos para la capacitación,



los presupuestos acordados en el terreno, cocinas de bajo consumo de combustible, utensilios de cocina y campañas acotadas de tratamiento antihelmíntico.

49. *Logística.* Los alimentos se transportarán por tierra desde los puertos de Beira y Durban o desde los lugares donde se realicen las adquisiciones regionales en los países vecinos. Los productos alimenticios se almacenarán en tránsito en Bulawayo, Mutare, Beitbridge y Harare. La principal responsabilidad del PMA será la entrega de los alimentos a los puntos de distribución centrales de los distritos, mientras que los asociados cooperantes se encargarán de la gestión de dichos puntos de distribución, el transporte secundario a los demás puntos de distribución y la entrega de los alimentos a los hogares. El PMA prestará ayuda en los casos en que los asociados cooperantes no cuenten con el transporte necesario para trasladar los alimentos a los puntos de distribución.
50. El deterioro de las carreteras en las zonas rurales y la limitada disponibilidad de combustible han ocasionado el aumento de los costos del transporte, que además aumentan considerablemente debido a cuestiones relativas a los tipos de cambio y al costo de mantenimiento de los vehículos de las empresas de transporte. El PMA brinda acceso al combustible necesario a través de depósitos establecidos en todo el país, y cuenta con planes de contingencia para asignar combustible a los transportistas y los asociados cooperantes, cuando se necesite.
51. *Adquisiciones.* El PMA adquirirá los productos alimenticios en los países vecinos en función de la disponibilidad y la competitividad de los precios. Los productos adquiridos en la región generalmente llegan para su distribución en un plazo de dos meses.

---

## SEGUIMIENTO DE LAS REALIZACIONES

52. El PMA lleva a cabo un seguimiento en todas las etapas de las intervenciones. El seguimiento del registro se realiza por medio de verificaciones públicas y visitas a los hogares al inicio del programa o cuando se modifica la envergadura de los programas, y también al azar para garantizar la equidad y transparencia del proceso de registro, así como para solucionar prontamente cualquier dificultad que surja. El seguimiento de la distribución de alimentos permite verificar la eficiencia y eficacia del proceso, mientras que el seguimiento mensual posterior a la distribución posibilita la evaluación de la idoneidad y eficiencia de la selección de beneficiarios de la ayuda alimentaria y del grado de satisfacción de éstos en relación con el proceso.
53. Las ONG asociadas elaborarán informes sobre los productos de las actividades a partir de los datos relativos a la distribución, mediante el uso de un protocolo y un sistema de gestión y elaboración de informes establecido a fin de abordar cualquier incidente adverso o cualquier posible intento de interferir en la ejecución del programa. Las directrices e instrumentos para el seguimiento, tales como listas de comprobación, cuestionarios, formatos de informes y bases de datos compartidas (en las cuales los asociados cooperantes pueden ingresar los datos directamente) ofrecen el marco adecuado para el seguimiento y la evaluación de la ejecución del programa. Las constataciones cualitativas y cuantitativas se notifican mensual o trimestralmente y se transmiten a los interesados internos y externos a efectos de seguimiento y adopción de decisiones.
54. Dos veces al año, se realiza una tarea de vigilancia de comunidades y hogares a fin de evaluar los efectos de las intervenciones de ayuda alimentaria en los beneficiarios y sus medios de subsistencia (efectos directos). Mediante dicha vigilancia también se documenta la situación de inseguridad alimentaria de la población no beneficiaria (lo cual permite un análisis comparativo), se obtienen datos sobre los patrones de consumo de alimentos de los grupos vulnerables y sus estrategias de supervivencia, además de ayudar al PMA a realizar

un seguimiento de las tendencias en materia de seguridad alimentaria y los medios de subsistencia en toda la región. En Zimbabwe, la séptima operación de vigilancia al nivel de las comunidades y los hogares se llevó a cabo en abril de 2007 y contribuyó a la revisión de la estrategia de selección de beneficiarios, en julio de 2007.

---

## EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PLANIFICACIÓN PARA IMPREVISTOS

### Evaluación de riesgos

55. En Zimbabwe, la inseguridad alimentaria se está transformando en un mal crónico como consecuencia de los problemas de disponibilidad de alimentos y del acceso a ellos. No se prevé que los productos alimenticios entregados por el PMA (que representan menos del 10% de las necesidades alimentarias del país por año) tengan un impacto negativo en el mercado.
56. La realización de elecciones nacionales en 2008 tal vez obstaculice las operaciones dado que puede dificultarse temporalmente el acceso a algunos grupos seleccionados y demorarse el proceso de adopción de decisiones a escala nacional. Los posibles cambios en las políticas y normativas relativas al combustible, las importaciones y los permisos de trabajo, al igual que el suministro de aportes complementarios para la ejecución del programa, constituyen una preocupación para los asociados cooperantes del PMA.
57. Si los períodos de sequía fueran más prolongados, podría encontrarse en situación de riesgo un número de personas mayor que el previsto en el marco del programa de alimentación de grupos vulnerables en situación de emergencia. De ser necesario, la oficina del PMA en Zimbabwe solicitará la aprobación de una revisión del presupuesto o de una operación de emergencia.

### Planificación para imprevistos

58. El PMA ha colaborado activamente con el equipo de las Naciones Unidas de apoyo al país en la elaboración de planes para contingencias destinados a los organismos de las Naciones Unidas. Recientemente se realizó un ejercicio de planificación para contingencias específico para el PMA en el que se abordaron cuestiones operacionales y de seguridad. El PMA mantiene un estrecho contacto con otros proyectos de ayuda alimentaria en el país a fin de coordinar las intervenciones.

---

## CONSIDERACIONES SOBRE LA SEGURIDAD

59. Zimbabwe se encuentra en la fase de seguridad 1. El PMA cumple con la reglamentación correspondiente y las normas mínimas de seguridad en las operaciones (MOSS). Asimismo, cuando corresponde, coordina con el Departamento de Seguridad y Vigilancia de las Naciones Unidas las cuestiones relativas a los permisos de seguridad para el traslado de personal. Se ha asignado el presupuesto necesario a fin de que la oficina del PMA mejore su nivel de observancia de las normas mínimas de telecomunicaciones para la seguridad.

---

## RECOMENDACIÓN

60. Se pide a la Junta Ejecutiva que apruebe la OPSR Zimbabwe 10595.0 propuesta, "Operación prolongada de socorro a grupos vulnerables", mediante la cual se prestará ayuda alimentaria a 2.230.000 beneficiarios a un costo de 287.791.855 dólares EE.UU.



## ANEXO I-A

<b>DESGLOSE DE LOS COSTOS DE LA OPERACIÓN</b>			
	<b>Cantidad (toneladas)</b>	<b>Costo medio por tonelada (dólares)</b>	<b>Valor (dólares)</b>
<b>COSTOS PARA EL PMA</b>			
<b>Costos operacionales directos</b>			
Productos alimenticios <sup>1</sup>			
– Cereales	258 720	255,90	66 206 448
– Legumbres secas	38 808	761,25	29 542 776
– Aceite vegetal	13 836	1 100,00	15 219 600
– Mezcla de maíz y soja	46 260	364,00	16 838 640
<b>Total de productos alimenticios</b>	<b>357 624</b>		<b>127 807 464</b>
Transporte externo			53 715 254
– Transporte terrestre			38 523 250
– Transporte externo, almacenamiento y manipulación			22 544 613
Total de transporte terrestre, almacenamiento y manipulación			61 067 863
Otros costos operacionales directos			12 793 630
<b>A. Total de costos operacionales directos</b>			<b>255 384 210</b>
<b>B. Costos de apoyo directo<sup>2</sup> (véase el Anexo I-B)</b>			<b>12 859 130</b>
<b>C. Costos de apoyo indirecto (7,0%)<sup>3</sup></b>			<b>18 827 505</b>
<b>COSTO TOTAL PARA EL PMA</b>			<b>287 791 855</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>Personal</b>	
Personal internacional de categoría profesional	4 349 430
Oficiales nacionales de categoría profesional	752 400
Personal nacional de servicios generales	3 432 800
Asistencia temporal	69 700
Horas extras	27 500
Viajes del personal en comisión de servicio	863 800
Formación y perfeccionamiento del personal	283 150
<b>Total parcial</b>	<b>9 778 780</b>
<b>Gastos de oficina y otros gastos ordinarios</b>	
Alquiler de locales	721 400
Servicios (generales)	88 700
Material de oficina	294 400
Servicios de comunicaciones y tecnología de la información	422 100
Seguros	160 100
Reparación y mantenimiento del equipo	89 300
Costos de mantenimiento y funcionamiento de los vehículos	746 800
Otros gastos de oficina	40 100
Servicios prestados por los organismos de las Naciones Unidas	100 100
<b>Total parcial</b>	<b>2 663 300</b>
<b>Costos del equipo y otros costos fijos</b>	
Mobiliario, herramientas y equipo	217 550
Vehículos	133 400
Equipo de tecnología de las comunicaciones y la información	80 000
<b>Total parcial</b>	<b>430 950</b>
<b>TOTAL DE COSTOS DE APOYO DIRECTO</b>	<b>12 859 130</b>

<b>ANEXO II: MARCO LÓGICO</b>		
<b>Cadena de resultados</b>	<b>Indicadores de las realizaciones</b>	<b>Riesgos y supuestos</b>
<p><b>Efecto 1</b></p> <p>Reducción del proceso de agotamiento de los activos y aumento de la resistencia de los grupos vulnerables seleccionados ante una crisis (Objetivo Estratégico 2).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Cambios en la diversidad de la dieta y el consumo de los hogares vulnerables, medidos por la puntuación de consumo de alimentos.</li> <li>➢ Cambios en las estrategias de supervivencia, medidos por el índice de estrategias de supervivencia.</li> <li>➢ Proporción del gasto de los hogares destinado a la alimentación.</li> <li>➢ Cambios en el conjunto de activos.</li> </ul> <p>Fuente: Sistema de vigilancia de comunidades y hogares.</p>	<p>Disponibilidad de asociados con las capacidades necesarias para la ejecución de los programas.</p> <p>Apoyo del Gobierno y los donantes.</p> <p>Ejecución y adopción de decisiones orientadas por el sistema de seguimiento de los efectos directos a nivel operacional.</p>
<p><b>Producto 1.1</b></p> <p>Suministro oportuno de alimentos suficientes y de buena calidad a los beneficiarios seleccionados para el programa de alimentación de grupos vulnerables en situación de emergencia (57.600 toneladas a 1 millón de beneficiarios por año).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Porcentaje de beneficiarios que efectivamente recibieron alimentos mediante el programa de alimentación de grupos vulnerables en situación de emergencia, por edad y sexo.</li> <li>➢ Porcentaje de toneladas efectivamente distribuidas en el marco del programa de alimentación de grupos vulnerables en situación de emergencia, por producto alimenticio.</li> </ul>	<p>Apoyo del Gobierno al PMA para la ejecución de los programas de ayuda alimentaria.</p> <p>Disponibilidad de ONG dispuestas a trabajar como asociados del PMA.</p> <p>Mantenimiento sin interrupciones de la cadena de suministro de alimentos del PMA.</p>
<p><b>Producto 1.2</b></p> <p>Suministro oportuno de alimentos suficientes y de buena calidad a los beneficiarios seleccionados para las actividades de protección social mediante el programa de alimentos para el fomento de los medios de subsistencia (1.728 toneladas a 20.000 beneficiarios por año).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Porcentaje de beneficiarios que efectivamente recibieron alimentos en las actividades de protección social mediante el programa de alimentos para el fomento de los medios de subsistencia, por edad y sexo.</li> <li>➢ Porcentaje de toneladas efectivamente distribuidas en el marco de las actividades de protección social mediante el programa de alimentos para el fomento de los medios de subsistencia, por producto alimenticio.</li> </ul>	<p>Apoyo del Gobierno al PMA para la ejecución de los programas de ayuda alimentaria.</p> <p>Disponibilidad de ONG dispuestas a trabajar como asociados del PMA.</p> <p>Mantenimiento sin interrupciones de la cadena de suministro de alimentos del PMA.</p>

## ANEXO II: MARCO LÓGICO

Cadena de resultados	Indicadores de las realizaciones	Riesgos y supuestos
<p><b>Efecto 2</b></p> <p>Protección de la salud y la nutrición y mejora de la calidad de vida de los enfermos crónicos participantes en los programas mediante el apoyo nutricional a los pacientes en tratamiento de enfermedades crónicas y VIH/SIDA. Actividades de protección social basada en la salud: prestación de cuidados en el hogar, tratamientos antirretrovirales y contra la tuberculosis y prevención de la transmisión de madre a hijo. (Objetivo Estratégico 3).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cambios en la diversidad de la dieta y el consumo de los hogares vulnerables, medidos por fuente de alimentos.</li> <li>➤ Atención sanitaria en el hogar: participación de la comunidad en la atención, protección y servicios a los grupos más vulnerables.</li> <li>➤ Atención sanitaria en el hogar: percepción del aumento de peso (índice de masa corporal) de los pacientes que reciben atención sanitaria en el hogar y tratamientos antirretrovirales.</li> <li>➤ Atención sanitaria en el hogar: mejora del estado de salud de los enfermos crónicos, medida por la movilidad de la persona.</li> <li>➤ Tuberculosis: cumplimiento del tratamiento.</li> <li>➤ Tratamientos antirretrovirales: recuento de células CD4.</li> <li>➤ Prevención de la transmisión maternofiliar del VIH: número de visitas a los centros de salud durante el embarazo.</li> </ul> <p>Fuente: Sistema de vigilancia de comunidades y hogares, informes de seguimiento después de la distribución e informes de los asociados cooperantes.</p>	<p>Compromisos a nivel mundial con los ODM y mantenimiento de la financiación (Fondo Mundial y otros).</p> <p>Disponibilidad de preservativos.</p> <p>Reducción de la negación y la estigmatización entre las comunidades y los hogares.</p> <p>Voluntad de las comunidades y los hogares de cambiar prácticas y normas culturales.</p> <p>Asociados cooperantes con los conocimientos técnicos y las capacidades necesarios para ejecutar los programas y elaborar informes al respecto.</p>
<p><b>Producto 2.1</b></p> <p>Suministro oportuno de alimentos suficientes y de buena calidad a los beneficiarios seleccionados para el programa de protección social basada en la salud/prestación de cuidados en el hogar (15.660 toneladas a 75.000 beneficiarios por año).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Porcentaje de beneficiarios que efectivamente recibieron alimentos mediante el programa de protección social basada en la salud/prestación de cuidados en el hogar, por edad y sexo.</li> <li>➤ Porcentaje de toneladas efectivamente distribuidas en el marco del programa de protección social basada en la salud/prestación de cuidados en el hogar, por producto alimenticio.</li> </ul>	<p>Apoyo del Gobierno al PMA para la ejecución de los programas de ayuda alimentaria.</p> <p>Disponibilidad de ONG dispuestas a trabajar como asociados del PMA.</p> <p>Mantenimiento sin interrupciones de la cadena de suministro del PMA.</p>



<b>ANEXO II: MARCO LÓGICO</b>		
<b>Cadena de resultados</b>	<b>Indicadores de las realizaciones</b>	<b>Riesgos y supuestos</b>
<p><b>Producto 2.2</b></p> <p>Suministro oportuno de alimentos suficientes y de buena calidad a los beneficiarios seleccionados para el programa de protección social basada en la salud/tratamientos antirretrovirales (6.264 toneladas a 30.000 beneficiarios por año).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Porcentaje de beneficiarios que efectivamente recibieron alimentos mediante el programa de protección social basada en la salud/tratamientos antirretrovirales, por edad y sexo.</li> <li>➢ Porcentaje de toneladas efectivamente distribuidas en el marco del programa de protección social basada en la salud/tratamientos antirretrovirales, por producto alimenticio.</li> </ul>	<p>Apoyo del Gobierno al PMA para la ejecución de los programas de ayuda alimentaria.</p> <p>Disponibilidad de ONG dispuestas a trabajar como asociados del PMA.</p> <p>Mantenimiento ininterrumpido de la cadena de suministro del PMA.</p>
<p><b>Efecto 3</b></p> <p>Mayor acceso a los alimentos por parte de los grupos altamente vulnerables que padecen inseguridad alimentaria, en el marco de actividades de protección social: asistencia a los hogares pobres altamente vulnerables, alimentación escolar, alimentación de grupos vulnerables nómadas, programas de alimentación en instituciones (Objetivo Estratégico 2).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Cambios en la diversidad de la dieta y el consumo de los hogares vulnerables, medidos por la puntuación de consumo de alimentos.</li> </ul> <p>Fuente: Sistema de vigilancia de comunidades y hogares.</p>	<p>Disponibilidad de asociados con las capacidades necesarias para la ejecución de los programas.</p> <p>Apoyo del Gobierno y los donantes.</p> <p>Encuestas de vigilancia de comunidades y hogares realizada dos veces al año.</p>
<p><b>Producto 3.1</b></p> <p>Suministro oportuno de alimentos suficientes y de buena calidad a los beneficiarios seleccionados en el marco de actividades de protección social de asistencia a los hogares pobres altamente vulnerables (62.640 toneladas a 300.000 beneficiarios por año).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Porcentaje de beneficiarios que efectivamente recibieron alimentos mediante actividades de protección social de asistencia a los hogares pobres altamente vulnerables, por edad y sexo.</li> <li>➢ Porcentaje de toneladas efectivamente distribuidas mediante actividades de protección social de asistencia a los hogares pobres altamente vulnerables, por producto alimenticio.</li> </ul>	<p>Apoyo del Gobierno al PMA para la ejecución de los programas de ayuda alimentaria.</p> <p>Mantenimiento ininterrumpido de la cadena de suministro del PMA.</p> <p>Disponibilidad de ONG dispuestas a trabajar como asociados del PMA.</p>
<p><b>Producto 3.2</b></p> <p>Suministro oportuno de alimentos suficientes y de buena calidad a los beneficiarios seleccionados para actividades de protección social basadas en la alimentación escolar (7.200 toneladas a 250.000 beneficiarios por año).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Porcentaje de beneficiarios que efectivamente recibieron alimentos mediante actividades de protección social basadas en la alimentación escolar, por edad y sexo.</li> <li>➢ Porcentaje de toneladas efectivamente distribuidas mediante actividades de protección social basadas en alimentación escolar, por producto alimenticio.</li> </ul>	<p>Apoyo del Gobierno al PMA para la ejecución de los programas de ayuda alimentaria.</p> <p>Mantenimiento ininterrumpido de la cadena de suministro del PMA.</p> <p>Disponibilidad de ONG dispuestas a trabajar como asociados del PMA.</p>

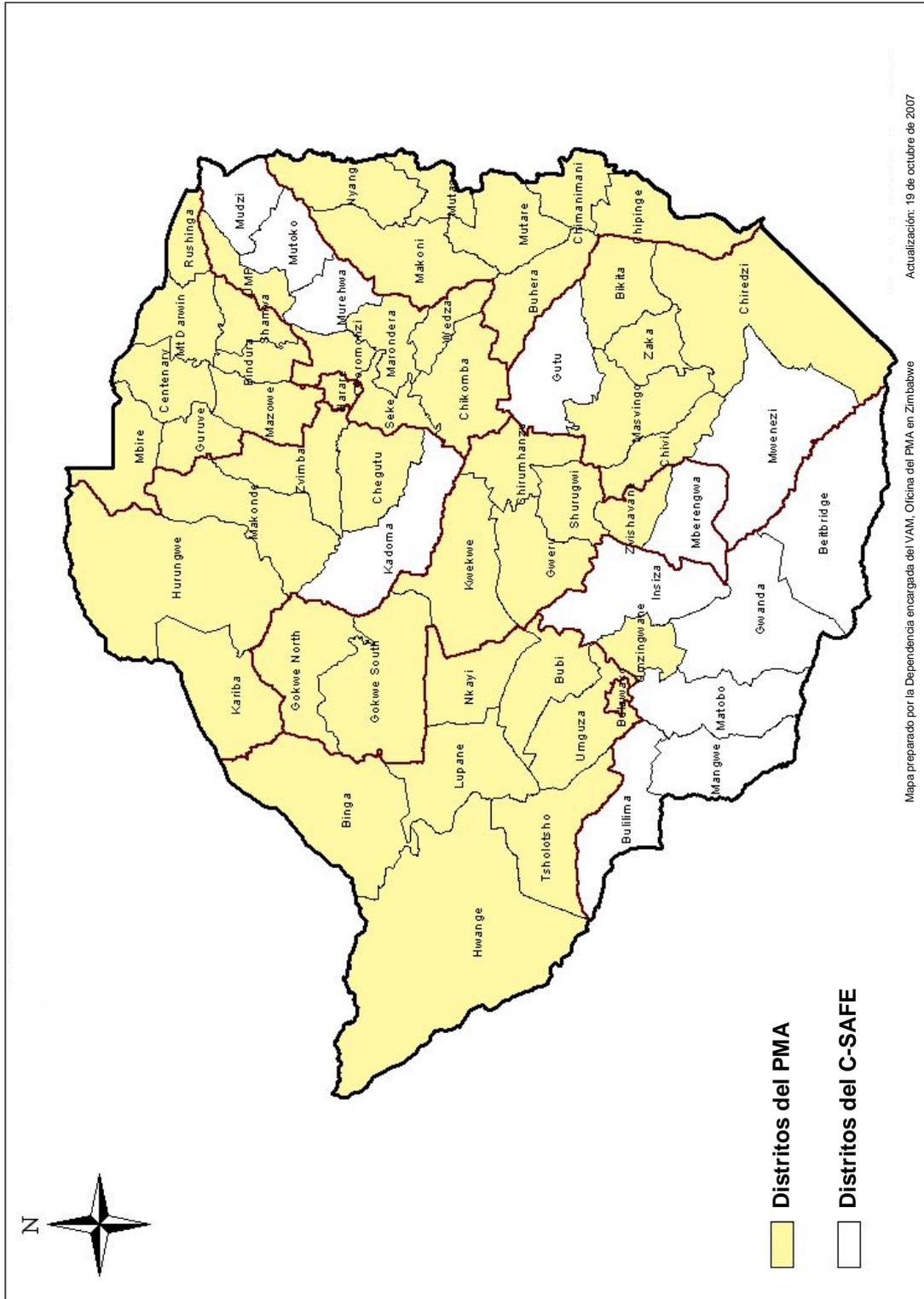
## ANEXO II: MARCO LÓGICO

Cadena de resultados	Indicadores de las realizaciones	Riesgos y supuestos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Alimentación escolar: cambios en el número de comidas para los niños en las escuelas que reciben ayuda del PMA.</li> </ul>	
<p><b>Producto 3.3</b></p> <p>Suministro oportuno de alimentos suficientes y de buena calidad a los beneficiarios seleccionados para actividades de protección social basadas en la alimentación de grupos vulnerables nómadas (17.280 toneladas a 100.000 beneficiarios por año).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Porcentaje de beneficiarios que efectivamente recibieron alimentos mediante actividades de protección social de alimentación de grupos vulnerables nómadas, por edad y sexo.</li> <li>➤ Porcentaje de toneladas efectivamente distribuidas mediante actividades de protección social basadas en la alimentación de grupos vulnerables nómadas, por producto alimenticio.</li> </ul>	<p>Apoyo del Gobierno al PMA para la ejecución de los programas de ayuda alimentaria.</p> <p>Mantenimiento ininterrumpido de la cadena de suministro del PMA.</p> <p>Disponibilidad de ONG dispuestas a trabajar como asociados del PMA.</p>
<p><b>Producto 3.4</b></p> <p>Suministro oportuno de alimentos suficientes y de buena calidad a los beneficiarios seleccionados para programas protección social basados en la alimentación en instituciones (10.440 toneladas a 50.000 beneficiarios por año).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Porcentaje de beneficiarios que efectivamente recibieron alimentos mediante programas de protección social basados en la alimentación en instituciones y en la salud (tratamientos antirretrovirales), por edad y sexo.</li> <li>➤ Porcentaje de toneladas efectivamente distribuidas mediante programas de de protección social basados en la alimentación en instituciones, por producto alimenticio.</li> </ul>	<p>Apoyo del Gobierno al PMA para la ejecución de los programas de ayuda alimentaria.</p> <p>Mantenimiento ininterrumpido de la cadena de suministro del PMA.</p> <p>Disponibilidad de ONG dispuestas a trabajar como asociados del PMA.</p>



**ANEXO III**

**OPSR 10595.0 relativa a Zimbabwe – Zonas de intervención**



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 SIGLAS UTILIZADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO

CARE	Cooperativa de Asistencia y Auxilio a Cualquier Parte del Mundo
C-SAFE	Consortio para las emergencias alimentarias en el África meridional
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
MMS	Mezcla de maíz y soja
MOSS	Normas mínimas de seguridad en las operaciones
ODM	Objetivo de desarrollo del Milenio
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPSR	Operación prolongada de socorro y recuperación
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SCS	Servicios Católicos de Socorro
UNDAF	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia