

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

**Período de sesiones anual
de la Junta Ejecutiva**

Roma, 8-12 de junio de 2009

PROYECTOS APROBADOS POR CORRESPONDENCIA

Tema 10 del programa

*Para información***

S

Distribución: GENERAL
WFP/EB.A/2009/10/2
27 abril 2009
ORIGINAL: INGLÉS

OPERACIONES PROLONGADAS DE SOCORRO Y RECUPERACIÓN APROBADAS POR CORRESPONDENCIA ENTRE EL PRIMER PERÍODO DE SESIONES ORDINARIO Y EL PERÍODO DE SESIONES ANUAL DE 2009 – UGANDA 10121.3

Socorro prolongado para las personas desplazadas internamente y los refugiados

El 19 de marzo de 2009, la operación prolongada de socorro y recuperación se ha enviado a los miembros de la Junta para que la aprueben por correspondencia. Dicha aprobación se ha obtenido el 21 de abril de 2009.

Número de beneficiarios	881.000 (número anual máximo)
Duración de la operación	36 meses (1º de abril de 2009 – 31 de marzo de 2012)
Volumen de los alimentos proporcionados por el PMA	149.843 toneladas
Costo (dólares EE.UU.)	
Costo de los alimentos para el PMA	85.694.167*
Costo total para el PMA	177.107.545

* Esta cantidad incluye 2.992.339 dólares para un proyecto piloto de transferencias de efectivo equivalente a 4.602 toneladas de diversos productos alimenticios.

** De conformidad con las decisiones de la Junta Ejecutiva sobre el sistema de gobierno, aprobadas en el período de sesiones anual y el tercer período de sesiones ordinario de 2000, los temas presentados a título informativo no se debatirán a menos que los miembros de la Junta así lo pidan expresamente antes de la reunión y la Presidencia dé el visto bueno a la petición por considerar que es adecuado dedicar tiempo de la Junta a ello.

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>).

RESUMEN

Durante los últimos decenios, Uganda ha sufrido los efectos perniciosos de los conflictos civiles dentro de sus fronteras y la inestabilidad política de los países vecinos. La guerra civil que se libró en la subregión de Acholi, en el norte, ha dejado a una buena parte de su población desplazada en campamentos y lugares de transición. La inestabilidad en el Sudán y la República Democrática del Congo ha hecho que miles de refugiados pidan asilo en las subregiones del Nilo occidental y del Suroeste, en la parte occidental de Uganda.

Sin embargo, actualmente se vislumbra la posibilidad de resolver algunas de estas crisis de larga duración. En 2006, el inicio de las negociaciones de paz entre el Ejército de Resistencia del Señor y el Gobierno de Uganda reavivó las esperanzas de resolver el conflicto y superar las dificultades con las que se enfrentaban las personas desplazadas internamente que vivían en los campamentos. Asimismo, la firma del Acuerdo de Paz Integral en el Sudán en 2005 aumentó las posibilidades de que los refugiados sudaneses en la subregión del Nilo occidental regresaran a sus hogares. Sin embargo, es probable que la violencia continúe en la República Democrática del Congo y que ello produzca nuevas oleadas de refugiados hacia la subregión del Suroeste.

Teniendo en cuenta este contexto en evolución, el Gobierno puso en marcha su Plan de paz, recuperación y desarrollo para movilizar recursos humanos y financieros hacia las zonas afectadas por el conflicto; el Plan sirve de marco a la labor de la comunidad de ayuda humanitaria. Las constataciones de una evaluación externa de la anterior operación prolongada de socorro y recuperación (OPSR Uganda 10121.1) y de varias evaluaciones de la seguridad alimentaria en emergencias han confirmado que sigue existiendo la necesidad de asistencia alimentaria en las zonas afectadas por las crisis. Por consiguiente, el objetivo general de la OPSR que ahora se propone es respaldar la labor del Gobierno para salvar vidas y hacer frente a la malnutrición aguda entre los desplazados internos y los refugiados afectados por crisis prolongadas.

Para lograr este objetivo, el PMA y sus asociados abordarán las causas inmediatas de la desnutrición mediante un programa innovador de socorro. Las distribuciones generales irán dirigidas a impedir que los beneficiarios lleguen a estar malnutridos; los beneficiarios recibirán una ración de alimentos o transferencias de efectivo/cupones para alimentos y asistirán a sesiones de sensibilización sobre prácticas de prestación de cuidados. Se proporcionará alimentación suplementaria y terapéutica a los beneficiarios que ya presenten malnutrición, empleando un enfoque basado en las comunidades e introduciendo productos nutricionales desarrollados localmente. Esta labor de socorro se suprimirá paulatinamente en dos subregiones (Acholi y Nilo occidental) en el transcurso de la operación; contribuirán a esta transición las actividades complementarias de recuperación del programa en el país.

Mediante el presente documento se modifica la OPSR 10121.2 con el fin de concentrar y reorientar claramente las actividades hacia la asistencia humanitaria destinada a salvar vidas, conforme a lo solicitado por la Junta Ejecutiva. Las actividades son coherentes con el Objetivo Estratégico 1 del PMA (salvar vidas y hacer frente a la malnutrición aguda), con el objetivo de desarrollo del Milenio 1 (reducir a la mitad la pobreza y el hambre) y con la meta 1 de la estrategia del PMA para Uganda (evitar las muertes relacionadas con el hambre). Reflejan la nueva política del PMA en materia de género y hacen hincapié en las actividades operacionales realizadas en apoyo de las mujeres. Sin embargo, su éxito dependerá de que la situación política siga evolucionando positivamente tanto en Uganda como en los países vecinos.



ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y POSIBLES ESCENARIOS

Contexto general

1. Desde el decenio de 1990, el Gobierno de Uganda promueve un programa de desarrollo que ha dado lugar a una reducción de los niveles de pobreza nacionales, con mejoras apreciables en muchos indicadores de bienestar. Su posición en el índice de desarrollo humano no ha dejado de mejorar desde 1995, y ahora Uganda ocupa el lugar 154° de 177 países evaluados. La prevalencia del VIH se ha reducido, pasando del 18% en 1993 al 6,5% en 2007¹. El crecimiento económico ha sido, por término medio, del 5,5% anual desde 2000. También se ha avanzado en el logro de la meta relativa a la lucha contra el hambre del objetivo de desarrollo del Milenio 1, con una disminución del 24% al 19% de la prevalencia de la subnutrición entre 1990 y 2000².
2. Sin embargo, esta tendencia a la mejora general no se ha reflejado en dos grupos que se han visto directamente afectados por crisis humanitarias prolongadas: las personas desplazadas internamente (PDI) y los refugiados.
3. *Personas desplazadas internamente.* Como consecuencia de 22 años de guerra civil en el norte de Uganda entre el Ejército de Resistencia del Señor y el Gobierno, más de 720.000 personas de la subregión de Acholi siguen desplazadas en el interior del país, viviendo en campamentos y en lugares de transición con acceso limitado a sus hogares³. Antes del conflicto, esta subregión se consideraba el granero de Uganda ya que producía constantemente excedentes de cereales para los mercados nacionales y, a veces, para los internacionales. En el momento álgido de la insurrección, más del 80% de la población de los cuatro distritos de la subregión de Acholi (Gulu, Kitgum, Amuru y Pader) resultaba desplazada.
4. En los últimos años, la situación de seguridad ha mejorado sustancialmente. El inicio de conversaciones de paz entre el Ejército de Resistencia del Señor y el Gobierno en 2006 reavivó la esperanza de resolver el tan prolongado conflicto. De momento se observan una estabilidad relativa y un proceso de retorno gradual: las PDI han empezado a salir de los 122 campamentos principales y se han establecido en más de 700 lugares de transición situados más cerca de sus hogares, y el 15% de las PDI han regresado a sus aldeas de origen. Sin embargo, la firma prevista del Acuerdo de paz se ha aplazado numerosas veces, y el Ejército de Resistencia del Señor ha reorganizado algunas de sus fuerzas en los países vecinos. El tema del establecimiento de una seguridad duradera no se ha resuelto totalmente.
5. *Refugiados.* La inestabilidad política en la República Democrática del Congo, Rwanda y el Sudán ha llevado a 95.000 refugiados a solicitar asilo y asistencia en las subregiones ugandesas del Nilo occidental y del Suroeste⁴. Los refugiados han sido acogidos en seis

¹ Ministerio de Salud, 2008, *National HIV/AIDS Strategic Plan*.

² PMA. 2006. *Serie de informes sobre el hambre en el mundo 2006 – El hambre y el aprendizaje*. Roma.

³ En 2007 se realizó un censo completo de la población de PDI. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) también aporta actualizaciones periódicas. Véase: Grupo de trabajo del Comité Permanente entre Organismos en Uganda. 2008 (octubre). *Update on IDPs Movement*.

⁴ El último censo completo de la población de refugiados se realizó en 2008. Las cifras están incluidas en: ACNUR y PMA. 2008. *Joint Assessment Mission for Refugees in Uganda*.



zonas de asentamiento⁵. La firma del Acuerdo General de Paz en el Sudán, en 2005, abrió el camino para que los refugiados sudaneses en la subregión del Nilo occidental regresaran a sus hogares: 30.000 fueron repatriados en 2008, con lo cual sólo 45.000 quedaron en la subregión.

6. La mayoría de los refugiados en la subregión del Suroeste procede de la República Democrática del Congo y, más recientemente, de Kenya, y se reparte entre cinco zonas de asentamiento⁶. Aunque Rwanda ha logrado estabilidad dentro de sus fronteras y la violencia política en Kenya ha llegado a su fin, prosiguen los enfrentamientos en la parte oriental de la República Democrática del Congo. Así pues, si bien hay perspectivas de mejora tanto en la subregión de Acholi como en la del Nilo occidental, es poco probable que los 45.000 refugiados congoleños de la subregión del Suroeste regresen a sus hogares en un futuro cercano mientras que es probable, en cambio, que lleguen más refugiados desde la República Democrática del Congo

Situación de la seguridad alimentaria y la nutrición

7. En 2005, un análisis exhaustivo de la seguridad alimentaria y la vulnerabilidad indicó que las PDI y los refugiados eran entre las personas más aquejadas por la inseguridad alimentaria en Uganda. Este análisis se ha complementado mediante un sistema de seguimiento de la seguridad alimentaria y la nutrición, encuestas nutricionales, evaluaciones de la seguridad alimentaria en emergencias y misiones conjuntas de evaluación, con objeto de seguir las tendencias a lo largo del tiempo. En 2008 se realizó un nuevo análisis exhaustivo de la seguridad alimentaria y la vulnerabilidad, y ahora se está ultimando el análisis de los datos obtenidos. Las observaciones realizadas sobre el terreno indican que las PDI y los refugiados siguen enfrentándose con una inseguridad alimentaria grave.
8. El PMA reconoce que la malnutrición aguda obedece a múltiples causas. El modelo conceptual del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) identifica tres causas directas de malnutrición aguda —consumo insuficiente de alimentos, enfermedades y cuidados maternoinfantiles inadecuados— en relación con las cuales las crisis prolongadas han representado inevitablemente un factor agravante.

⇒ *Personas desplazadas internamente*

9. *Niveles de malnutrición aguda.* En los últimos tres años, una extensa operación de socorro ha permitido mantener la malnutrición aguda general por debajo del 10% en la subregión de Acholi. Aunque esta cifra representa un logro importante, el aumento en los distritos de Gulu y Amuru de la tasa de malnutrición aguda general, que en 2008 pasó de menos del 5% al 8,7%⁷ es motivo de preocupación.
10. *Consumo de alimentos.* Muchas PDI dependen de la asistencia humanitaria para satisfacer sus necesidades de alimentos. Una evaluación de la seguridad alimentaria en emergencias realizada durante la temporada de carestía de 2008 indicó que, por término medio, las PDI conseguían satisfacer mediante alimentos producidos o recolectados por

⁵ Las zonas con asentamientos en la subregión del Nilo occidental son Moyo, Adjumani, Ikafe, Imvepi, Madi Okollo y el campamento de Rhino.

⁶ Las zonas con asentamientos en la subregión del Suroeste son Kiryandongo, Kyangwali, Kyaka II, Nakivale y Oruchinga.

⁷ *Action contre la faim* (Acción contra el hambre – ACF). 2008. *Nutritional Anthropometric Survey – Gulu/Amuru Districts, Northern Uganda*. Kampala.



ellas mismas, comprados en los mercados o tomados en préstamo sólo entre el 50% y el 60% de sus necesidades de alimentos, mientras que el resto se atendía recurriendo a la ayuda alimentaria. La producción de alimentos sigue representando un desafío para muchas PDI debido a su limitado acceso a la tierra y los bienes de producción, en tanto que los elevados precios de los productos alimenticios han hecho más difícil comprar en los mercados⁸.

11. A medida que aumenta la seguridad, hay más tierra disponible y seguramente aumentará la producción de alimentos, gracias a lo cual disminuirá el número de PDI necesitadas de asistencia alimentaria. Un taller celebrado en octubre de 2008 reunió a funcionarios de distrito y representantes de organismos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales (ONG) para analizar las necesidades de alimentos durante el próximo año, mediante evaluaciones de la seguridad alimentaria en emergencias, encuestas nutricionales, etc. A partir de este análisis se constató que más de 239.000 PDI podrían excluirse progresivamente de las distribuciones generales de alimentos, mientras que otras 295.000 necesitarían asistencia sólo de forma estacional. Sin embargo, más de 443.000 personas necesitarán una asistencia continua a lo largo de septiembre de 2009⁹.
12. Las consecuencias de la alta prevalencia del VIH entre las PDI (que se calcula en el doble de la media nacional), y su impacto en el bienestar físico y la productividad de los afectados, han repercutido en la seguridad alimentaria y nutricional de la población y en sus oportunidades de subsistencia.
13. Las PDI también carecen de alimentos suficientes para obtener los micronutrientes adecuados. Según la Encuesta demográfica y de salud de 2006, la carencia de hierro era del 77% entre las PDI, y sólo un 10% de los niños había ingerido alimentos ricos en hierro en las 24 horas anteriores¹⁰. En cambio, los niveles de carencia de vitamina A y yodo eran bajos: la mayoría de las PDI recibía suplementos de vitamina A y el 95% de los hogares tenía acceso a sal yodada. Los resultados preliminares de un estudio más reciente sobre micronutrientes parecen apoyar estos resultados¹¹.
14. *Prácticas de prestación de cuidados.* El Ministerio de Salud recomienda que los niños sean alimentados exclusivamente mediante la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida para prevenir las infecciones y conseguir una nutrición óptima. Sin embargo, sólo el 25% de los niños en el distrito de Kitgum¹² y el 40% en el distrito de Pader¹³ son alimentados exclusivamente con leche materna durante los seis primeros meses, debido en parte a una insuficiente sensibilización de quienes se encargan de los cuidados. Los alimentos complementarios se introducen demasiado pronto y, en algunos casos, se proporcionan tipos de alimentos incorrectos. Por ejemplo, el 49,5% de quienes prestan cuidados en el distrito de Kitgum suministró a los bebés agua sin más, posiblemente por falta de suficiente leche materna; otros les dieron té.

⁸ PMA. 2008. *Emergency Food Security Assessment: Gulu/Amuru Districts*. Kampala.

⁹ PMA. 2008 *Phase-Off Workshop Report for Acholi Subregion* (borrador). Las constataciones se han transmitido a los donantes en reuniones individuales y en foros más amplios.

¹⁰ Gobierno de Uganda. 2006. *Uganda Demographic and Health Survey*. Kampala.

¹¹ Conversaciones con investigadores destacados del estudio sobre consumo de alimentos de la Universidad Makerere.

¹² Universidad Makerere. 2007. *Nutrition and Health Survey of Children and Women in Kitgum District*. Kampala.

¹³ Ministerio de Salud, UNICEF y PMA. 2007. *Nutrition and Health Assessment in Internally Displaced Persons Camps in Pader District*. Kampala.



15. *Enfermedades.* Las enfermedades con mayor prevalencia en los campamentos de PDI y en los lugares de transición son el paludismo o malaria (50% en Pader, 70% en Kitgum), las infecciones respiratorias (14% en Pader y 12% en Kitgum) y la diarrea (11% en Kitgum)¹⁴. En 2007, el 55% de los fallecimientos de niños de 0 a 59 meses de edad estaba relacionado con la malaria¹². Las enfermedades relacionadas con el SIDA representaban otros tantos factores causales subyacentes a la malnutrición y la morbilidad que afectaban tanto a los niños como a los adultos.
16. Algunas de estas enfermedades podrían evitarse. Sólo el 53% de las PDI posee un mosquitero y sólo el 33% de los niños duermen bajo uno¹⁰. La transmisión de la diarrea y las infecciones respiratorias podría reducirse mediante mejores hábitos de higiene.
17. Las PDI no tienen acceso suficiente a los servicios sanitarios. Sólo el 40% en Kitgum y el 42% en Gulu tienen un servicio de salud en el radio recomendado de 5 kilómetros¹². Además, los centros de salud no están suficientemente equipados con medicamentos y personal para tratar las enfermedades comunes o la malnutrición aguda. En consecuencia, la gente se ve obligada a recorrer distancias de hasta 50 kilómetros para recibir una atención adecuada. Conforme la población vaya regresando a sus lugares de origen, aumentarán aún más las distancias a los servicios de salud. El acusado incremento de las tasas de malnutrición aguda general en Gulu y Amuru quizá pueda atribuirse al proceso de retorno, que está mucho más avanzado que en Kitgum y Pader.

⇒ *Refugiados*

18. *Niveles de malnutrición aguda.* Los niveles de malnutrición aguda general entre los refugiados se han mantenido por debajo del 10% tanto en la subregión del Nilo occidental como en la del Suroeste⁴. En la primera, la prevalencia oscila entre el 3,8% en el asentamiento de refugiados de Imvepi y el 7,6% en Palorinya, mientras que en el Suroeste van desde el 2,7% en Oruchinga hasta el 6,1% en Nakivale. En el conjunto de los asentamientos de estas dos subregiones no se observa un patrón claro de mejora o deterioro del estado de salud. Estas encuestas se realizan cada mes de noviembre, entre la primera y la segunda cosecha, en una época de relativa seguridad alimentaria.
19. *Consumo de alimentos.* El consumo de alimentos en los asentamientos de refugiados es suficiente, pero en la mayoría de los casos depende de la asistencia alimentaria del PMA. En las subregiones del Nilo occidental y el Suroeste, los refugiados reciben una ración de alimentos que cubre entre el 40% y el 60% del aporte diario recomendado, según su situación de seguridad alimentaria⁴. Los recién llegados y las personas extremadamente vulnerables reciben una ración completa. Una de las principales limitaciones es el escaso acceso a tierras cultivables. El Gobierno de Uganda proporciona tierra a los refugiados en virtud del Programa de asistencia para el desarrollo de las zonas de acogida de refugiados (programa DAR), pero las parcelas son pequeñas.
20. Según los datos disponibles sobre la población general de las subregiones del Nilo occidental y el Suroeste, se prevé que la anemia represente la enfermedad más frecuente provocada por la carencia de micronutrientes entre los refugiados. Se calcula que casi el 70% de los niños y el 30% de las mujeres de entre 15 y 49 años experimentan algún tipo de

¹⁴ Ministerio de Salud y PMA. 2008. *Nutrition and Health Survey in Kitgum and Pader Districts* (borrador). Kampala.



deficiencia de hierro¹⁰. En cambio, los niveles de carencia de vitamina A y yodo son relativamente bajos, gracias al uso extendido de suplementos de vitamina A¹⁵ y a la disponibilidad de sal yodada en los asentamientos.

21. *Prácticas de prestación de cuidados.* Uno de los principales problemas para poder prestar unos cuidados adecuados es la falta de conocimientos entre las refugiadas acerca del uso apropiado de la lactancia materna. La alimentación con leche materna exclusivamente se prolonga, por término medio entre 2,8 y 4,6 meses, mientras que el 50%-65% de los recién nacidos no recibe leche materna en la primera hora después de nacer, según lo recomendado¹⁰. Por otra parte, los alimentos complementarios que a menudo se introducen durante este período, tales como el té o el agua corriente, no son nutritivos y pueden causar tasas más elevadas de diarrea.
22. *Enfermedades.* Las principales enfermedades que contribuyen a la malnutrición aguda entre los refugiados son el paludismo (59%–70%), las infecciones respiratorias (46–50%), la diarrea (36–38%) y los parásitos intestinales (36–43%). Las elevadas tasas de malaria responden, en parte, al escaso uso de mosquiteros para los niños (20%–30%)¹⁶. La incidencia de las infecciones respiratorias y la diarrea es consecuencia del hacinamiento y de las condiciones inadecuadas de saneamiento e higiene.

⇒ *Posibles escenarios*

23. En agosto de 2008, el Gobierno de Uganda, el PMA, los representantes de las PDI y los refugiados, los donantes y otros asociados examinaron, en talleres nacionales y de distrito, los probables escenarios futuros y las intervenciones programáticas apropiadas.
24. *Personas desplazadas internamente.* En el caso de la subregión de Acholi, en general se estaba de acuerdo en que el escenario más probable era la mejora de la seguridad, pero sin que ésta fuera acompañada de la firma de un acuerdo de paz. Es probable, por tanto, que a lo largo de todo 2009 la gente regrese progresivamente a sus hogares. Sin embargo, hay que estar preparados para hacer frente a dos variaciones posibles. Un escenario más positivo comportaría la pronta celebración de un acuerdo de paz entre el Ejército de Resistencia del Señor y el Gobierno de Uganda, lo que provocaría el regreso masivo de las PDI a sus hogares en la subregión de Acholi y representaría un reto para las intervenciones de ayuda humanitaria. Un escenario menos positivo sería la reanudación de los enfrentamientos, que reavivaría los desplazamientos de población.
25. *Refugiados.* Se prevé que la repatriación de refugiados sudaneses en el Nilo occidental vuelva a aumentar entre enero y mayo de 2009 (cuando las PDI podrán regresar a sus lugares de origen y completar un ciclo de cosecha). Un escenario alternativo es que los enfrentamientos se reanuden en el Sudán meridional, frenando así el ritmo de repatriación y quizá produciendo incluso nuevas oleadas de refugiados hacia Uganda.

¹⁵ Por ejemplo, en el campamento de Rhino, en la subregión del Nilo occidental, se proporcionaron suplementos de vitamina al 80%–90% de los beneficiarios. Dirección de Servicios de Salud del Distrito de Arua. 2008. *Rhino Camp/Imvepi Refugee Settlements: Anthropometric and Epidemiological Survey Report*. Kampala.

¹⁶ Dirección de Servicios de Salud del Distrito de Arua. 2008. *Rhino Camp/Imvepi Refugee Settlements: Anthropometric and Epidemiological Survey Report*. Kampala. Los porcentajes relativos a las enfermedades y al uso neto proceden del campamento de Rhino y del asentamiento de Imvepi.



26. La continua inestabilidad en la República Democrática del Congo hace pensar que habrá que estar preparados para la posibilidad de una gran afluencia de refugiados en la subregión del Suroeste. Un escenario más grave, aunque menos probable, es que la región se vea sumida en un conflicto más amplio, desencadenado por los combates en la República Democrática del Congo. En tal caso, podrían solicitar asilo en Uganda hasta 100.000 refugiados¹⁷.

POLÍTICAS, CAPACIDADES Y MEDIDAS DEL GOBIERNO Y OTRAS PARTES INTERESADAS

Políticas, capacidades y medidas del Gobierno

27. En octubre de 2007, el Gobierno puso en marcha su Plan de paz, recuperación y desarrollo (PRDP) para las subregiones de Acholi, Teso, Lango y Karamoja. El programa se propone movilizar recursos humanos y financieros hacia los distritos afectados por el conflicto. Consta de cuatro objetivos estratégicos: i) consolidación de la autoridad estatal; ii) reconstrucción y habilitación de las comunidades; iii) revitalización de la economía, y iv) promoción del proceso de paz y reconciliación. Contempla disposiciones específicas para la asistencia humanitaria y la recuperación de las comunidades de PDI. El PRDP funciona en el marco del Plan de Acción para la Erradicación de la Pobreza de 2004, formulado con objeto de contribuir al logro de los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM).
28. Para los refugiados asentados en las subregiones del Nilo occidental y el Suroeste, el Gobierno de Uganda y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) han formulado una estrategia para el logro de la autosuficiencia y el programa DAR, en cuyo marco el Gobierno adjudica tierras a los refugiados y el ACNUR suministra insumos complementarios. El PRDP y la estrategia de autosuficiencia están complementados por planes sectoriales nacionales. El Ministerio de Salud está ejecutando actualmente su segundo Plan estratégico nacional en pro del sector de la salud.
29. El Gobierno ha solicitado asistencia de la comunidad de ayuda humanitaria para poner en práctica los programas definidos en el PRDP, en la estrategia de autosuficiencia, en el DAR y en los planes conexos.

Políticas, capacidades y medidas de las otras partes interesadas principales

30. Existe una fuerte presencia de la comunidad de ayuda humanitaria en Uganda. El PMA, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) son los principales organismos de las Naciones Unidas que llevan a cabo actividades en las esferas de la seguridad alimentaria, la salud y la nutrición. El ACNUR se encarga de la gestión y la protección de los campamentos en zonas donde hay PDI, y supervisa la repatriación y el reasentamiento de los refugiados. La Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH) facilita la planificación e intervención conjuntas. Las organizaciones no gubernamentales (ONG) trabajan en las esferas de la seguridad alimentaria, la salud y la nutrición en todas las subregiones.

¹⁷ ACNUR. 2008. *Updated Contingency Plan for DRC Influxes*. Kampala.



COORDINACIÓN

31. La Oficina del Primer Ministro coordina la labor de asistencia humanitaria. En cuanto al PRDP, un Comité de políticas y seguimiento constituye el foro para el diálogo entre los niveles central y local. En el marco de la estructura descentralizada, el oficial administrativo jefe de distrito coordina todas las inversiones a nivel local por medio de comités sectoriales. Los comités de gestión de catástrofes a nivel de distrito, presididos por el Gobierno, supervisan la planificación e intervención en situaciones de emergencia.
32. En el seno de la comunidad de asistencia humanitaria, el Coordinador de Asuntos Humanitarios y el Comité Permanente entre Organismos/equipo de las Naciones Unidas en el país dirigen las intervenciones recurriendo al sistema de módulos de acción agrupada. Se han creado seis de estos módulos: i) seguridad alimentaria y medios de subsistencia agrícolas; ii) educación en emergencias; iii) agua y saneamiento; iv) salud, lucha contra el VIH/SIDA y nutrición; v) protección, y vi) recuperación rápida. Los módulos de acción agrupada están compuestos por representantes de los ministerios competentes, los organismos de las Naciones Unidas, las ONG y los donantes interesados, y se reúnen mensualmente tanto en Kampala como a nivel de distrito.
33. Al elaborar la estrategia de la presente operación prolongada de socorro y recuperación (OPSR), así como la operación de emergencia y el programa en el país conexos, el PMA organizó una serie de talleres regionales que reunieron a partes interesadas gubernamentales y de la comunidad de asistencia humanitaria para debatir posibles líneas de actuación y actividades. A los talleres se añadieron consultas con el Gobierno, con organismos de las Naciones Unidas y con los donantes en Kampala. Hubo un amplio consenso en torno a la estrategia reflejada en este documento.

OBJETIVOS DE LA ASISTENCIA DEL PMA

34. La meta general de esta OPSR es apoyar las iniciativas del Gobierno para salvar la vida de las PDI y los refugiados asentados en Uganda y afectados por crisis humanitarias prolongadas (Objetivo Estratégico 1). Su objetivo específico es reducir o estabilizar la malnutrición aguda —y disminuir por tanto el riesgo de fallecimiento— entre las PDI y los repatriados en la subregión de Acholi, los refugiados y las PDI en la subregión del Nilo occidental y los refugiados en la subregión del Suroeste.
35. Este objetivo apoya la primera meta de la esfera prioritaria estratégica 1 —acción humanitaria de emergencia— de la estrategia del PMA para Uganda (2009-2014), es decir, evitar el fallecimiento por hambre aguda y proteger contra sequías e inundaciones los activos productivos de los hogares más aquejados por la inseguridad alimentaria y nutricional.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DEL PMA

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

36. El PMA ha prestado asistencia alimentaria a PDI desde 1996 y a refugiados desde 1988. En 2005, la Junta Ejecutiva aprobó la OPSR 10121.1 para 2,6 millones de beneficiarios. A ello siguió la aprobación, en febrero de 2008, de la OPSR 10121.2 para 1,3 millones de beneficiarios. La OPSR propuesta sustituye a la OPSR 10121.2, que, conforme a lo



solicitado por la Junta Ejecutiva, se ha simplificado y orientado claramente a la asistencia humanitaria destinada a salvar vidas. Los componentes de recuperación y alimentación escolar complementaria se traspasarán de la OPSR 10121.2 al programa en el país. En julio de 2007, una evaluación independiente de la OPSR formuló varias constataciones pertinentes para la elaboración de la OPSR actual; en algunos estudios y evaluaciones posteriores también se han indicado las lecciones aprendidas y los ajustes recomendados en el enfoque del PMA para la OPSR propuesta.

37. Según la evaluación de final de período de la OPSR Uganda 10121.1¹⁸, tanto las distribuciones generales de alimentos como la alimentación suplementaria y terapéutica desempeñaron un papel decisivo en mantener las tasas de malnutrición aguda general por debajo del 10%. Sin embargo, en ella se señalaba con preocupación el incremento de las tasas de malnutrición en las zonas a las que regresaba la población, después de que hubiera finalizado la asistencia alimentaria (por ejemplo, en el distrito de Lira) y se destacaba la importancia de desarrollar una estrategia adecuada de retirada progresiva.
38. En una evaluación de 2008 de las distribuciones generales de alimentos llevadas a cabo conjuntamente por el PMA y el Consejo Noruego para los Refugiados se señalaba que, durante varios años, se había proporcionado a los beneficiarios la misma canasta de alimentos, sin variaciones¹⁹. Se propuso sustituir algunos componentes de la canasta por productos locales. En la evaluación se proponía además explorar estrategias alternativas, por ejemplo programas de entrega de efectivo o cupones para alimentos.
39. En una evaluación realizada en 2008 de las intervenciones de salud, nutrición y lucha contra el VIH/SIDA del Ministerio británico para el Desarrollo Internacional (DFID) del Reino Unido se han puesto de relieve varios problemas inherentes a los programas de alimentación suplementaria y terapéutica²⁰. Por ejemplo, el hecho de que los equipos de salud de las aldeas no reciban capacitación en materia de nutrición, lo que limita su capacidad para desempeñar un papel significativo en los enfoques comunitarios para combatirla. En la evaluación se ha indicado asimismo que la nutrición no parece ser una prioridad para las autoridades de distrito.
40. Un examen interno del programa piloto del PMA de alimentación suplementaria en las comunidades de Karamoja permitió comprobar que este programa había promovido un aumento importante del número de niños con acceso a estos servicios, a raíz de lo cual se propuso ampliarlo. Sin embargo, se demostró que no todos los agentes de salud de las aldeas que habían recibido capacitación estaban remitiendo pacientes. También propuso estudiar el uso de alimentos locales en mezclas enriquecidas y productos listos para el consumo.

Perfil de la estrategia

41. La intervención de la OPSR se centrará en las causas directas de la malnutrición aguda y constará de tres herramientas complementarias: i) distribuciones generales (principalmente de alimentos, pero en algunos casos en forma de transferencias de efectivo/cupones para alimentos); ii) alimentación suplementaria, y iii) alimentación terapéutica. Cada una de estas actividades se diseñará de forma innovadora para satisfacer mejor las necesidades

¹⁸ OPSR Uganda 10121.1 Informe de evaluación, agosto de 2007.

¹⁹ Consejo Noruego para los Refugiados. 2008. "Evaluation of General Food Distribution in Northern Uganda: Gulu, Amuru and Kitgum districts, 2005-2008". Oslo.

²⁰ K. Attawell 2007. "Evaluation of the Joint Emergency Health, Nutrition and HIV/AIDS Programme in Northern Uganda". Londres (DFID).



nutricionales de las poblaciones beneficiarias. En la OPSR se tendrán en cuenta los factores de vulnerabilidad asociados con el VIH y el SIDA con respecto a la situación de la seguridad alimentaria y el estado nutricional de las PDI, y se abordarán sus necesidades especiales cuando proceda. En sus actividades se incorporará asimismo la temática de género.

42. Estos enfoques están incluidos en los planes de desarrollo de distrito y corresponden a los objetivos y la duración del PRDP, la estrategia de autosuficiencia y el programa DAR. Han sido examinados por los donantes y en el marco de los mecanismos de programación conjunta de las Naciones Unidas y apoyan los objetivos del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2006–2010) y los ODM.

⇒ *Distribuciones generales*

43. Las distribuciones generales contribuirán a abordar todas las causas directas de la malnutrición aguda —consumo insuficiente de alimentos, enfermedades y prácticas de prestación de cuidados inadecuadas—, centrándose en mejorar el consumo de alimentos. Puesto que otros organismos tienen una ventaja comparativa en la lucha contra las enfermedades y la mejora de las prácticas de cuidados, las actividades del PMA se dedicarán a complementar esa labor.
44. *Transferencias alimentarias o monetarias/cupones para alimentos.* El primer componente va dirigido a ayudar a cubrir el déficit evaluado de consumo de alimentos de las poblaciones de regiones específicas, en términos tanto cuantitativos como cualitativos. La operación proporcionará transferencias de efectivo/cupones para alimentos o transferencias alimentarias, según la temporada. Se recurrirá a las transferencias de efectivo/cupones para alimentos durante el período posterior a la cosecha (de septiembre a febrero), cuando los precios son bajos y estas modalidades ofrecen el máximo poder adquisitivo²¹. El PMA está tratando con varios bancos la posibilidad de hacer las transferencias de dinero a través de cajeros automáticos o de sistemas de cupones.
45. Los alimentos se distribuirán durante la temporada de carestía (de marzo a agosto), cuando los precios son más altos y la inyección de efectivo podría contribuir a la inflación. La canasta de alimentos constará de maíz, legumbres secas, aceite vegetal y mezcla de maíz y soja (MMS). También se proporcionarán micronutrientes en polvo para ayudar a combatir los altos niveles de anemia entre las PDI y los refugiados. Sin embargo, reducir la carencia de hierro tiene un efecto secundario potencialmente negativo: proporcionar suplementos de hierro a niños afectados de paludismo que no reciben ningún tratamiento antipalúdico puede aumentar el riesgo de mortalidad. El PMA, por lo tanto, se unirá a otros organismos para proporcionar mosquiteros cuando proceda (véase el apartado sobre los artículos complementarios) y remitirá a unidades sanitarias a los beneficiarios que se sospeche sufren malaria.
46. En el marco de su Iniciativa “Compras en aras del progreso”, el PMA también se propone preparar canastas de alimentos que contengan productos locales como mijo, mandioca, pescado y carne seca, como alternativa a la ración estándar. Este enfoque ofrece varias ventajas: i) las canastas se adaptan a las preferencias locales; ii) pueden tener un elevado contenido de micronutrientes, y iii) muestran a los beneficiarios combinaciones

²¹ Debido a que las transferencias de efectivo/cupones para alimentos son una intervención piloto para la oficina en el país, se irán introduciendo gradualmente a partir de septiembre de 2009.



nutritivas de alimentos que están disponibles localmente. Tales canastas no se introducirán hasta que el Grupo consultivo técnico en la Sede las haya dado por válidas y la oficina encargada de la Iniciativa “Compras en aras del progreso” haya establecido las normas de calidad y las disposiciones logísticas apropiadas.

47. *Artículos complementarios.* El segundo componente se centra en ayudar a prevenir dos enfermedades de importancia que afectan a las PDI y los refugiados: el paludismo y la diarrea. El PMA animará encarecidamente a que el UNICEF y el ACNUR proporcionen mosquiteros tratados con insecticida, jabón y tabletas para purificar el agua. En caso de que no se disponga de estos artículos, el PMA examinará la posibilidad de proporcionarlos él mismo.
48. *Sensibilización.* Este tercer componente se llevará a cabo cuando los beneficiarios se reúnan justo antes de las distribuciones generales. Los mensajes de sensibilización tratarán temas de interés para lugares concretos, en relación con las prácticas de cuidado (por ejemplo, la lactancia), el consumo de alimentos (por ejemplo, los micronutrientes), la prevención de enfermedades (por ejemplo, la malaria), el saneamiento y las relaciones entre las desigualdades basadas en el género y el hambre. Se empleará una combinación de métodos para transmitir los mensajes: representaciones teatrales, canciones de música pop locales, carteles y folletos. Serán los asociados, el personal de supervisión del PMA, los comités de gestión de los campamentos y de desarrollo de las parroquias los que llevarán a cabo la actividad de sensibilización.

⇒ *Alimentación suplementaria*

49. La alimentación suplementaria se dirige a niños de 6 a 59 meses de edad y a mujeres gestantes y lactantes que sufren emaciación moderada. El programa de alimentación suplementaria introducirá un enfoque basado en las comunidades y nuevos productos.
50. *Enfoque basado en las comunidades.* Los centros de salud más cercanos pueden encontrarse hasta a 50 kilómetros de distancia de los hogares de los niños malnutridos, con lo cual es difícil para los beneficiarios recoger sus raciones de alimentos para llevar a casa. El PMA introducirá un enfoque basado en las comunidades que mejorará el acceso de los beneficiarios a la ayuda y, en última instancia, acelerará el proceso de recuperación. Se capacitará a los equipos de salud de las aldeas, incluidas las parteras tradicionales, con el fin de: i) identificar a los niños y las mujeres gestantes y lactantes con emaciación moderada; ii) proporcionar información básica sobre cómo abordar el problema (por ejemplo, cambiando las prácticas de alimentación), y iii) derivar casos, cuando sea necesario. Las raciones de alimentación suplementaria se proporcionarán a través de los centros de salud públicos y, cuando sea necesario, en dispensarios móviles situados a no más de 5 kilómetros de distancia. El programa seguirá recurriendo a los centros de alimentación suplementaria existentes para las personas que vivan cerca de uno. El PMA se asociará además con el Ministerio de Salud para administrar tratamientos antihelmínticos a los niños cada seis meses y tratar las infecciones por anquilostomas.
51. *Nuevos productos.* El programa de alimentación suplementaria del PMA proporciona actualmente una combinación de MMS, aceite y azúcar. A corto plazo, el PMA quisiera comenzar a usar *Supplementary Plumpy*TM (pasta alimentaria a base de maní), que proporcionan una ración de comida sabrosa específicamente diseñada para satisfacer las necesidades nutricionales de los niños malnutridos. Se llegará a las familias mediante distribuciones generales para ayudar a reducir el riesgo de que el dicho producto se comparta con otros miembros del hogar. A medio plazo, el PMA, junto con la Universidad de Makerere, explorará la posibilidad de diseñar productos de alimentación suplementaria locales que sustituyan el *Supplementary Plumpy*TM, que son más caros.



⇒ *Apoyo a la alimentación terapéutica*

52. El PMA apoyará la administración de alimentación terapéutica para los niños que sufran emaciación grave. El Gobierno de Uganda y el UNICEF dirigen estos programas, pero el PMA sigue desempeñando un papel fundamental en la entrega de MMS, aceite y azúcar durante las fases segunda y tercera del tratamiento. También ofrece una ración para dos personas que permitirá satisfacer sus propias necesidades a quienes se encarguen de cuidar a los niños que padecen emaciación grave.
53. El PMA, siempre y cuando sea posible, favorece la adopción por parte del Gobierno de Uganda y del UNICEF de un enfoque de alimentación terapéutica más orientado a las comunidades. El PMA, cuando están presentes el Gobierno y el UNICEF, tendrá un papel menos importante, pero podrá igualmente prestar apoyo a los programas en aquellos lugares que no abarca la asistencia del UNICEF.

⇒ *Retirada progresiva*

54. Las distribuciones generales, la alimentación suplementaria y la alimentación terapéutica pueden utilizarse combinadamente en lugares donde la tasa general de malnutrición aguda global exceda el 10% o, aun estando por debajo del 10% esté asociada a factores agravantes como enfermedades o situaciones de crisis. A medida que mejore la situación, especialmente en las subregiones de Acholi y del Nilo occidental, los programas se irán retirando progresivamente. A través de un proceso consultivo, y basándose en una serie de evaluaciones de la seguridad alimentaria y nutricional, el PMA trabajará con los beneficiarios, el Gobierno y otros asociados para determinar qué comunidades no necesitan ya la asistencia alimentaria (para conocer más detalles sobre el proceso véase, a continuación, el apartado “Beneficiarios y orientación de la ayuda”). En las zonas donde se hayan retirado los proyectos de la OPSR, el programa del PMA en el país apoyará actividades de recuperación y desarrollo, incluidas las de la Iniciativa “Compras en aras del progreso”. El objetivo es ayudar a las poblaciones a convertirse en productores netos de alimentos en lugar de seguir siendo receptores netos.

BENEFICIARIOS Y ORIENTACIÓN DE LA AYUDA

55. Basándose en las consultas con el Gobierno, organismos de las Naciones Unidas, ONG asociadas y los beneficiarios actuales, la presente OPSR atenderá las necesidades básicas de:
- 766.000²² PDI y repatriados asentados en campamentos, lugares de transición y zonas de origen²³ en la subregión de Acholi, y
 - 115.000²⁴ refugiados en zonas de reasentamiento en las subregiones del Nilo occidental y el Suroeste.

²² Esta cifra se determinó en el marco de una reunión consultiva en Gulu. Véase: PMA. 2008. *Phase-Off Workshop Report for Acholi Subregion* (borrador).

²³ Las PDI recibirán asistencia en sus zonas de origen hasta que puedan producir su primera cosecha y satisfacer sus necesidades.

²⁴ Esta cifra total de refugiados que reciben asistencia se ha obtenido sumando el número actual de refugiados beneficiarios (95.000) y el número de los nuevos refugiados que se prevé llegarán entre abril de 2009 y marzo de 2012 (20.000). Puesto que se prevé una repatriación de más de 30.000 refugiados durante el mismo período, se supone que la cifra anual de beneficiarios disminuirá a lo largo de los tres años de la operación.



56. Se prestará una especial atención a las personas extremadamente vulnerables, como ancianos, discapacitados, enfermos y huérfanos, a quienes se proporcionará una ración completa.
57. En el Cuadro 1 se indica de forma resumida el número de de beneficiarios por tipo de intervención y año.

CUADRO 1: BENEFICIARIOS, POR TIPO DE INTERVENCIÓN									
Actividades	2009-2010			2010-2011			2011-2012		
Personas desplazadas internamente									
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Distribuciones generales	398 000	368 000	766 000	199 000	184 000	383 000	–	–	–
Alimentación suplementaria	27 576	18 384	45 960	13 788	9 192	22 980	6 894	4 596	11 490
Alimentación terapéutica (pacientes)	5 515	3 677	9 192	2 758	1 838	4 596	1 371	914	2 285
Alimentación terapéutica (cuidadores)	11 030	7 354	18 384	5 516	3 676	9 192	2 742	1 828	4 570
Refugiados									
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Distribuciones generales	50 000	45 000	95 000	47 000	43 000	90 000	44 000	41 000	85 000
Alimentación suplementaria	2 280	1 520	3 800	2 160	1 440	3 600	2 040	1 360	3 400
Alimentación terapéutica (pacientes)	570	380	950	540	360	900	510	340	850
Alimentación terapéutica (cuidadores)	1 140	760	1 900	1 080	720	1 800	1 020	680	1 700
TOTAL²⁵	448 000	413 000	861 000	246 000	227 000	473 000	44 000	41 000	103 345

58. Para el tercer año, a medida que las PDI regresen a sus hogares y restablezcan sus medios de subsistencia, es posible que puedan suprimirse progresivamente las distribuciones generales. A efectos de planificación, se ha asumido que la mitad de los beneficiarios será autosuficiente en 2010-2011 y el resto en 2011-2012. En el caso de los refugiados, la repatriación debería permitir reducir paulatinamente en gran medida las distribuciones generales en la subregión del Nilo occidental, con la salida de

²⁵ El número total de beneficiarios no corresponde a la suma de los componentes individuales porque es posible que algunos hogares se beneficien de más de una actividad.



aproximadamente 15.000 personas al año. Sin embargo, la nueva afluencia de refugiados en el Suroeste (cuyo promedio anual ha sido de 10.000 personas durante los últimos tres años) aumentará gradualmente esas cifras. En conjunto, se registrará una ligera disminución del número de beneficiarios refugiados durante la operación.

59. La selección de los hogares aquejados de inseguridad alimentaria se basa en rigurosas evaluaciones periódicas de las necesidades. En el caso de las distribuciones generales, la determinación de las necesidades seguirá un proceso en tres etapas. En primer lugar, el PMA y sus asociados han establecido un sistema de seguimiento de la seguridad alimentaria y la nutrición para observar las pautas de consumo y las estrategias de supervivencia y podrán activar evaluaciones de emergencia. En segundo lugar, al menos una vez al año se realizará una serie completa de evaluaciones —encuestas sobre el uso de la tierra y el rendimiento de los cultivos, evaluaciones de la seguridad alimentaria en emergencias (que incluyen análisis de mercado) y encuestas nutricionales— para identificar las áreas geográficas necesitadas y los grupos de población más vulnerables y más expuestos a inseguridad alimentaria. El Sistema de clasificación integrada de la seguridad alimentaria se utilizará para poner de relieve estas zonas geográficas, sintetizar todas las fuentes de datos y crear consenso entre los asociados acerca de la situación de la seguridad alimentaria. En tercer lugar, las posibilidades de intervención se determinarán en talleres consultivos junto con todos los asociados a fin de realizar una programación complementaria.
60. Para los programas de alimentación suplementaria y terapéutica, el número de beneficiarios se ha calculado en función de las tasas de malnutrición aguda moderada y grave. La entrada y la salida de los programas se basarán en unos criterios estándar de admisión y de alta (por ejemplo, la relación peso-estatura o la circunferencia braquial medio-superior). En el programa de alimentación suplementaria se tomará en consideración a todos los niños moderadamente desnutridos de 6 a 59 meses de edad y a las mujeres embarazadas y lactantes.

CONSIDERACIONES NUTRICIONALES Y RACIONES DE ALIMENTOS

61. *Tamaño de las raciones:* La mayoría de los beneficiarios desplazados y refugiados tienen un déficit calórico evaluado en el 40%–60%. Recibirán, por tanto, una ración de alimentos o un cupón que cubra el 50% de su aporte diario recomendado. Las personas extremadamente vulnerables, en todas las zonas, recibirán lo equivalente al 100% de dicho aporte.
62. *Composición de las raciones:* En las distribuciones generales, la ración alimentaria estará compuesta por maíz o harina de maíz, legumbres secas, MMS, aceite vegetal enriquecido y micronutrientes en polvo. El PMA estudiará la posibilidad de ofrecer canastas de alimentos alternativas con productos locales adaptados a las necesidades y los gustos de cada subregión, tras obtener la aprobación necesaria para cualquier cambio y realizar las revisiones presupuestarias que sean necesarias. La ración para el programa de alimentación suplementaria está compuesta por un *Supplementary Plumpy*TM o por un preparado de MMS, aceite y azúcar que satisfará las necesidades de micronutrientes, sobre todo de vitamina A, yodo y hierro. La ración para el programa de alimentación terapéutica está compuesta por un preparado de MMS, aceite y azúcar que se proporcionará como complemento de los productos alimenticios especiales aportados por los asociados en el marco de las actividades nutricionales.



63. Las distribuciones generales duran de 3 a 12 meses, la alimentación suplementaria 90 días y la alimentación terapéutica 30 días. También se distribuirán galletas de alto valor energético entre los refugiados durante las fases de afluencia y repatriación. En el Cuadro 2 se muestran la canasta de alimentos y su equivalente en transferencias de efectivo/cupones para alimentos, por tipo de intervención.

CUADRO 2: CANASTA DE ALIMENTOS Y SU EQUIVALENTE EN TRANSFERENCIAS DE EFECTIVO/CUPONES PARA ALIMENTOS²⁶, POR ACTIVIDAD (por persona al día)								
Ración	Maíz en grano o harina de maíz (gramos)	Legumbres secas (gramos)	Aceite vegetal (gramos)	Supplementary Plumpy™ (gramos) o micronutrientes en polvo (paquetes)	Azúcar (gramos)	MMS (gramos)	Efectivo (dólares EE.UU.)	Kilocalorías
Distribuciones generales – 50% del aporte diario recomendado								
Estándar	200 (grano)	40	10	1 (micronutrientes en polvo)		50	17	1 123
Distribuciones generales – 100% del aporte diario recomendado								
Estándar	390 (harina)	70	30	1 (micronutrientes en polvo)		50	37	2 127
Alimentación suplementaria								
En los centros			25		15	229		1 197
En las comunidades				92 (Supplementary Plumpy™)				500
Alimentación terapéutica								
Pacientes			10		10	60		369
Cuidadores	400 (harina)	65	30			40		2 107

64. En el Cuadro 3 se muestran las necesidades de productos para los beneficiarios de la OPSR para 36 meses.

²⁶ De conformidad con sus directrices provisionales en materia de actividades piloto de transferencia de efectivo, el PMA ha calculado el equivalente en dinero de la ración diaria de alimentos sobre la base de los precios franco a bordo.

**CUADRO 3: NECESIDADES TOTALES DE PRODUCTOS PARA TRES AÑOS
(toneladas)**

Tipo de intervención	Maíz en grano o harina de maíz	Legumbres secas	Aceite vegetal	Supplementary Plumpy™ / micronutrientes en polvo	Azúcar	MMS	Galletas de alto valor energético	Efectivo (equivalente en toneladas de productos)	Total
Distribuciones generales	89 084	17 425	4 969	399 (micronutrientes en polvo)	–	19 944	58	4 602	136 482
Alimentación suplementaria		–	165	3 809 (Supplementary Plumpy™)	99	1 516	–	–	5 589
Alimentación terapéutica	5 407	879	473	–	68	946	–	–	7 772
Total	94 491	18 304	5 607	4 208	167	22 406	58	4 602	149 843

MODALIDADES DE EJECUCIÓN

Participación

65. La estrategia y las modalidades de ejecución de la OPSR se han formulado basado a raíz de amplias consultas con los representantes de los beneficiarios. En cada una de las zonas de los proyectos se organizaron talleres a nivel de distrito, en los que participaron los líderes de los beneficiarios y los representantes de las mujeres, para extraer enseñanzas de las intervenciones anteriores y diseñar una respuesta adecuada a la realidad sobre el terreno. En varias misiones de evaluación se entrevistó directamente a miembros de los hogares sobre su experiencia con respecto a los programas del PMA. Esas opiniones se han tenido en cuenta en el diseño de la OPSR propuesta.
66. Los beneficiarios seguirán participando en el proceso de registro y distribución de alimentos a través de los comités comunitarios de gestión de los alimentos, en los que las mujeres ocupan más del 50% de los puestos directivos. En la gran mayoría de los hogares, las tarjetas de raciones se expiden a nombre de las mujeres, ya que ellas son las titulares del derecho a los alimentos y son las que recogen las raciones alimentarias en los lugares de distribución.

Asociados

67. Los planes gubernamentales a nivel nacional, de distrito, de subcondado y de parroquia constituyen el marco para las actividades de la OPSR. Los oficiales de distrito y los ministerios sectoriales han participado en la formulación de las estrategias de la OPSR mediante consultas con los interesados a nivel nacional y de distrito, y dirigirán o complementarán las actividades de ejecución.
68. El PMA también colabora con asociados muy diversos, entre ellos la FAO, el ACNUR, el UNICEF y ACF para llevar a cabo evaluaciones conjuntas. En la fase de ejecución sus asociados son: el UNICEF, el ACNUR, el Consejo Noruego para los Refugiados, World Vision, *Aktion Afrika Hilfe*, y muchas organizaciones de base comunitaria.

⇒ *Insumos no alimentarios*

69. Los fondos del PMA relativos a los otros costos operacionales directos (OCOD) se utilizarán para financiar las evaluaciones, las actividades realizadas con los asociados cooperantes, los artículos no alimentarios (como por ejemplo balanzas) y para satisfacer otras necesidades. En lo que se refiere al fomento de las capacidades gubernamentales, la atención se centrará en la capacitación, las misiones conjuntas, el intercambio de personal y las visitas a los distintos emplazamientos.

⇒ *Protección*

70. La OPSR hace especial hincapié en asegurar la protección de los beneficiarios. La localización de los puntos de distribución se ha determinado de modo que se reduzcan al mínimo, siempre y cuando sea posible, las distancias que deben recorrer las mujeres y chicas para ir a recoger sus raciones de alimentos. Durante las distribuciones, el PMA tratará de sensibilizar a los beneficiarios, tanto a los hombres como a las mujeres, con el fin de reducir la violencia contra las mujeres. La oficina en el país prevé igualmente, en algunos casos, distribuir bolsas de 25 kilogramos (a fin de reemplazar los sacos ordinarios de 50 kilogramos) para que las mujeres puedan transportarlas más fácilmente hasta sus casas. En el marco de las iniciativas emprendidas por los diferentes organismos de las Naciones Unidas para abordar la violencia de la cual son víctimas las mujeres cuando van a recoger leña, el PMA promoverá la utilización de cocinas económicas. Además, el personal del Programa y de sus asociados recibirá capacitación específica para analizar y solucionar los problemas relacionados con la protección y cualquier otra amenaza que pueda detectarse en el marco de una operación.

⇒ *Cuestiones relativas al medio ambiente*

71. En la presente OPSR se tienen en cuenta las cuestiones ambientales. Al intervenir para cubrir el déficit nutricional neto, se consigue que los beneficiarios no tengan que recurrir a estrategias de supervivencia insostenibles, como talar árboles para vender leña y poder luego comprar alimentos.

⇒ *Disposiciones logísticas*

72. Los servicios logísticos del PMA transportan los alimentos importados y adquiridos localmente hasta los puntos de distribución final de las subregiones de Acholi, el Nilo Occidental y el Suroeste. Los productos que llegan a Mombasa se transportan por ferrocarril (4%) y por carretera (96%) a los puntos de entrega centrales del PMA en Tororo y Kampala. Los productos adquiridos localmente proceden de las regiones excedentarias de Uganda, se transportan a los puntos de entrega centrales, y de ahí a los 13 puntos de entrega en el interior del país. Durante el período posterior a la cosecha, los almacenes del PMA se utilizarán como puntos de reunión de mercancías para la venta en el marco de la Iniciativa “Compras en aras del progreso”. Para que esta iniciativa tenga éxito, se deberá aumentar la flota de PMA. Se deberá contratar a empresas de transporte comercial cuando las condiciones de seguridad y la infraestructura lo permitan; de lo contrario, se movilizarán las flotas de camiones del PMA.

⇒ *Planes de compra*

73. El PMA tiene una gran experiencia en la compra de productos alimenticios en Uganda destinados a programas de asistencia alimentaria en Burundi, la República Democrática del Congo, Rwanda y Uganda. A condición de que se disponga de contribuciones en efectivo



no vinculadas y de que las condiciones del mercado sean favorables, el PMA prevé que las compras locales representarán el 45% de los cereales y las legumbres secas y el 35% de los alimentos enriquecidos. Para esta OPSR, en el marco de la Iniciativa “Compras en aras del progreso” se podrá comprar a los pequeños agricultores productos alimenticios locales anteriormente no utilizados por el PMA.

SEGUIMIENTO DE LAS REALIZACIONES

74. El enfoque de la gestión basada en los resultados constituye la base del sistema actual de seguimiento y evaluación del PMA en Uganda. El sistema recoge y analiza los resultados obtenidos y divulga esta información para contribuir a la toma de decisiones por parte de la dirección y a la rendición de cuentas a nivel institucional, y para el uso conjunto de las Naciones Unidas y el Gobierno.
75. En el Anexo II se presenta el marco lógico. Se seguirán de cerca, en parte a través de un sistema de control de la seguridad alimentaria y nutricional, los indicadores de los efectos a nivel institucional —incluidas las tasas de malnutrición aguda general y las tasas de recuperación relacionadas con la alimentación suplementaria— y sus indicadores conexos a nivel de los productos. Se prestará especial atención al seguimiento de los indicadores desglosados por sexo. En 2010 se llevará a cabo una evaluación de mitad de período de las actividades de la OPSR, en colaboración con los asociados.

EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PLANIFICACIÓN PARA IMPREVISTOS

76. Puesto que no es posible prever la evolución de la situación en Uganda, se ha de estar preparados para poder modificar eventualmente las actividades. En la descripción de los distintos escenarios se han indicado los factores que podrían perturbar las operaciones. El ACNUR, el PMA y otros asociados han elaborado planes de contingencia conjuntos para hacer frente a posibles afluencias de refugiados procedentes de la República Democrática del Congo. En colaboración con la OCAH, en el marco del módulo de acción agrupada de seguridad alimentaria y medios de subsistencia agrarios se han elaborado planes para contingencias de cara a la reanudación de los enfrentamientos en las zonas de PDI.

CONSIDERACIONES RELATIVAS A LA SEGURIDAD

77. Las preocupaciones relativas a la situación de seguridad siguen siendo fundamentales para la planificación operacional del PMA. Las subregiones de Acholi y del Nilo occidental se encuentran en la fase II; mientras que la subregión del Suroeste se encuentra en la fase I. El PMA participa en el Plan de seguridad nacional de las Naciones Unidas y en el “Plan de seguridad zonal” (que suele ajustarse a los límites de distrito). Cada zona cuenta con un coordinador de seguridad que puede recomendar evacuaciones a los oficiales de seguridad de los organismos y al Grupo de Gestión de la Seguridad de las Naciones Unidas. Además, la oficina en el país cumple con las Normas mínimas de seguridad en las operaciones y con las Normas mínimas de seguridad en las telecomunicaciones.
78. La introducción de transferencias de efectivo/cupones para alimentos en las distribuciones generales plantea unos problemas de seguridad especiales. Aprovechando la experiencia de otros organismos en la materia, el PMA trabajará a través del sistema bancario establecido, utilizando los cajeros automáticos o un sistema de cupones.

ANEXO I-A

DESGLOSE DE LOS COSTOS DE LA OPERACIÓN			
	Cantidad (toneladas)	Costo medio por tonelada (dólares)	Valor (dólares)
COSTOS PARA EL PMA			
Costos operacionales directos			
Productos alimenticios ¹			
– Maíz en grano	69 977	404	28 255 398
– Harina de maíz	24 514	330	8 089 620
– Legumbres secas	18 304	609	11 147 136
– MMS	22 406	584	13 079 495
– Aceite vegetal	5 607	1 068	5 989 229
– Azúcar	167	450	75 150
– Micronutrientes en polvo/ <i>Supplementary Plumpy</i> TM	4 208	3 800	15 990 400
– Galletas de alto valor energético	58	1 300	75 400
– Transferencias de efectivo/cupones para alimentos	4 602	650	2 992 339
Total de productos alimenticios	149 843		85 694 167
Transporte externo			11 612 504
Transporte terrestre			15 544 741
Transporte interno, almacenamiento y manipulación			12 377 438
Total de TTAM			27 922 179
OCOD			18 200 000
A. Total de costos operacionales directos			143 428 850
B. Costos de apoyo directo² (véanse los detalles en el Anexo I-B)			22 092 220
C. Costos de apoyo indirecto (7% del total de costos directos)³			11 586 475
TOTAL DE COSTOS PARA EL PMA			177 107 545

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

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

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



ANEXO I-B

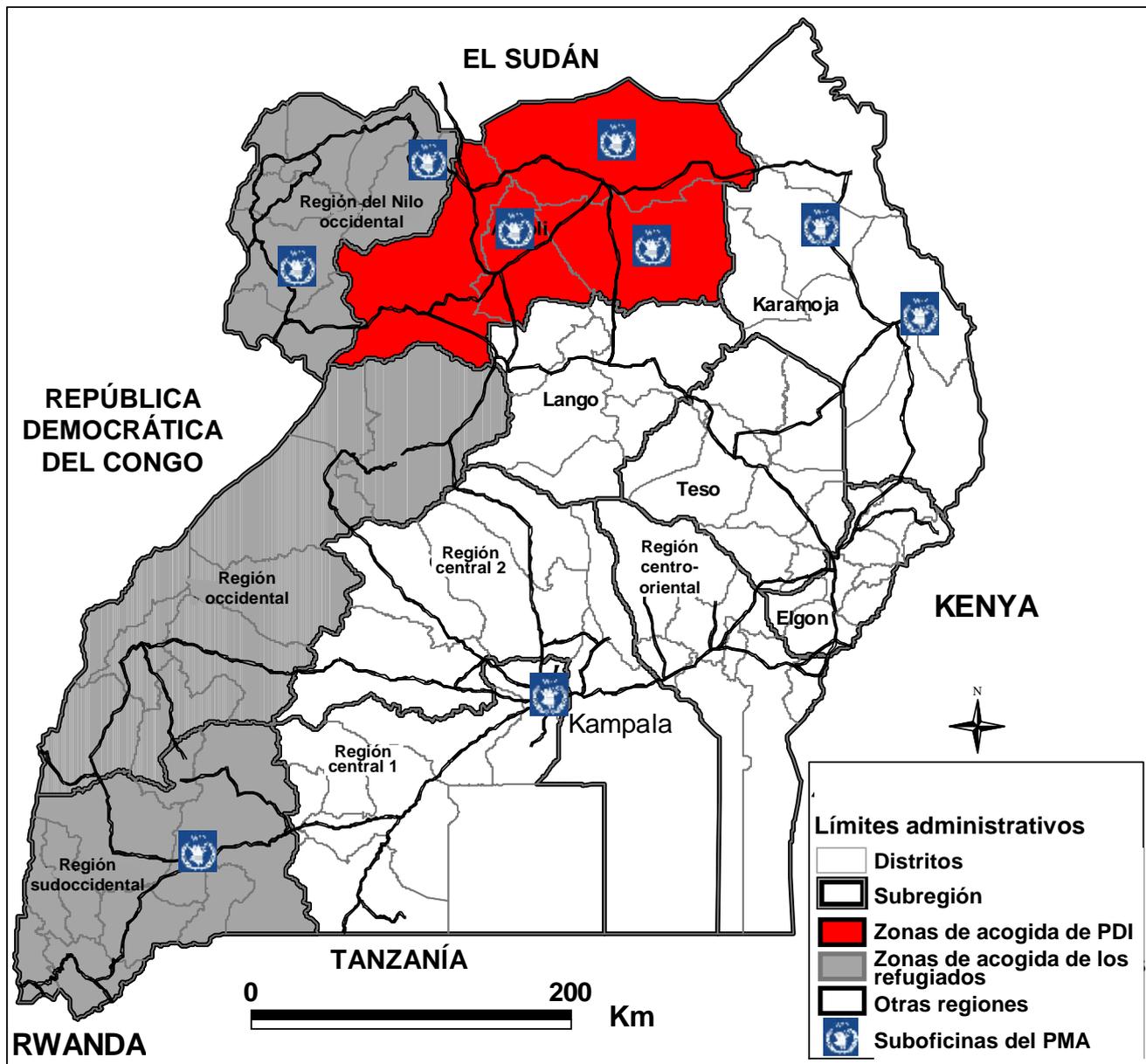
NECESIDADES DE APOYO DIRECTO (dólares)	
Personal	
Personal internacional de categoría profesional	5 829 105
Oficiales nacionales de categoría profesional	2 014 500
Personal nacional de servicios generales	2 999 300
Asistencia temporal	270 660
Horas extras	197 140
Incentivos	159 215
Consultores internacionales	378 675
Consultores nacionales	107 180
Viajes del personal en comisión de servicio	1 589 505
Formación y perfeccionamiento del personal	597 750
Total parcial	14 143 030
Gastos de oficina y otros gastos ordinarios	
Alquiler de locales	814 330
Servicios (generales)	248 200
Material de oficina	297 200
Servicios de comunicación y tecnología de la información	451 100
Seguros	124 250
Reparación y mantenimiento del equipo	268 880
Costos de mantenimiento y funcionamiento de los vehículos	1 859 400
Otros gastos de oficina	688 430
Servicios proporcionados por los otros organismos de las Naciones Unidas	515 100
Total parcial	5 266 890
Costos del equipo y otros costos fijos	
Mobiliario, herramientas y equipo	461 750
Vehículos	1 099 550
Equipo de telecomunicaciones	1 121 000
Total parcial	2 682 300
TOTAL DE COSTOS DE APOYO DIRECTO	22 092 220

ANEXO II: MARCO LÓGICO		
Cadena de resultados (modelo lógico)	Indicadores de las realizaciones	Supuestos y riesgos
Objetivo: Salvar vidas y hacer frente a la malnutrición aguda entre las poblaciones de desplazados internos y refugiados (Objetivo Estratégico 1)		
<p>Efecto 1: Reducción o estabilización de la malnutrición aguda entre los niños menores de 5 años de las poblaciones de PDI y refugiados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalencia inferior al 10% de la malnutrición aguda entre los niños menores de 5 años, calculada sobre la base de la relación peso-estatura. ➤ Tasa de recuperación en los programas de alimentación suplementaria superior al 75%. ➤ Tasa de abandono en los programas de alimentación suplementaria inferior al 15%. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No se producen brotes importantes de enfermedades en las zonas de los proyectos.
<p>Producto 1.1. Suministro a los beneficiarios seleccionados de alimentos y de efectivo en el momento oportuno y en cantidades suficientes, por medio de distribuciones generales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recepción de asistencia por parte de 704.800 beneficiarios (80% de los previstos), por sexo y grupo de edad. ➤ Distribución de 109.186 toneladas de alimentos o su equivalente en efectivo (80% de lo previsto), por tipo de producto. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No se producen problemas de acceso importantes a causa de conflictos o catástrofes naturales. ➤ Se obtienen de los donantes recursos suficientes y en el momento oportuno.
<p>Producto 1.2 Suministro a los beneficiarios seleccionados de alimentos suplementarios y terapéuticos enriquecidos con micronutrientes, en el momento oportuno y en cantidades suficientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recepción de asistencia por parte de 88.002 beneficiarios (80% de los previstos), por sexo y grupo de edad. ➤ Distribución de 10.689 toneladas de alimentos (80% de lo previsto), por tipo de producto. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No se producen problemas de acceso importantes a causa de conflictos o catástrofes naturales. ➤ Se obtienen de los donantes recursos suficientes y en el momento oportuno.



ANEXO III

MAPA DE LA ZONA DE INTERVENCIÓN EN UGANDA



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

ACF	<i>Action contre la faim</i> (Acción contra el hambre)
ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
DAR	Programa de asistencia para el desarrollo de las zonas de acogida de refugiados
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
MMS	Mezcla de maíz y soja
OCOD	Otros costos operacionales directos
OCAH	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios
ODM	Objetivo de desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPSR	Operación prolongada de socorro y recuperación
PDI	Persona desplazada internamente
PRDP	Plan de paz, recuperación y desarrollo
TIAM	Transporte interno, almacenamiento y manipulación
TTAM	Transporte terrestre, almacenamiento y manipulación
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia