

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

Segundo período de sesiones ordinario
de la Junta Ejecutiva

Roma, 14-17 de noviembre de 2011

PROYECTOS QUE REQUIEREN LA APROBACIÓN DE LA JUNTA EJECUTIVA

Tema 9 del programa

Para aprobación

S

Distribución: GENERAL
WFP/EB.2/2011/9-C/3

28 octubre 2011
ORIGINAL: INGLÉS

OPERACIONES PROLONGADAS DE SOCORRO Y RECUPERACIÓN – REPUBLICA UNIDA DE TANZANÍA 200325

Asistencia alimentaria a los refugiados en el noroeste

Número de beneficiarios	107.000 (como máximo)
Duración del proyecto	30 meses (1º de enero de 2012 – 30 de junio de 2014)
Volumen de los alimentos proporcionados por el PMA	53.086 toneladas
Costo (dólares EE.UU.)	
Costo de los alimentos para el PMA	27.044.964
Costo total para el PMA	49.892.432

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 al funcionario del PMA encargado de la coordinación del documento, que se indica a continuación, de ser posible con un margen de tiempo suficiente antes de la reunión de la Junta.

Director Regional, ODN*: Sr. S. Samkange Tel.: 066513-2262

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

* Despacho Regional de Nairobi (África Oriental y Central)

RESUMEN

La República Unida de Tanzania ha albergado refugiados procedentes de Burundi y la República Democrática del Congo desde principios de los años noventa. Muchos refugiados burundeses han sido repatriados; los que quedan están preocupados por las condiciones imperantes en Burundi, sobre todo con respecto a la disponibilidad de tierras. La mayor parte de los refugiados congoleños provienen de Kivu Sur, donde la inseguridad sigue constituyendo un motivo de inquietud.

En mayo de 2011, los gobiernos de la República Unida de Tanzania y Burundi acordaron con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados intensificar, a partir de septiembre de 2011, el proceso de repatriación de los refugiados burundeses, cerrando el campamento de Mtabila, en junio de 2012, y trasladando a los refugiados al campamento de Nyarugusu. A la larga, deberían regresar también los refugiados congoleños, pero los progresos son lentos.

La operación prolongada de socorro y recuperación 200325 proporcionará un apoyo alimentario esencial para los refugiados que viven en los campamentos. El PMA ajustará el nivel de las necesidades alimentarias en función de las repatriaciones.

La operación se basa sobre la misión de evaluación conjunta de noviembre de 2010, la encuesta sobre nutrición de 2010 y las misiones de seguimiento. En las primeras dos se recomendó que se continuara con las raciones completas porque los refugiados carecían de medios de subsistencia; en la encuesta sobre nutrición se recomendó el aumento de las intervenciones destinadas a prevenir el retraso del crecimiento entre los niños menores de 2 años.

La operación se diseñó en consulta con el Ministerio del Interior, organismos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales; se ha armonizado con el ciclo presupuestario del Gobierno, e incorporado en el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (julio de 2011 – junio de 2015).

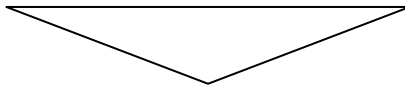
La operación prolongada de socorro y recuperación 200325 contribuye al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 1, 4 y 5¹ y está en consonancia con el Plan Estratégico. Sus objetivos son:

- estabilizar las tasas de mortalidad y de malnutrición aguda entre los niños refugiados menores de 5 años (Objetivo Estratégico 1)²;
- mejorar el consumo de alimentos entre los refugiados y las comunidades de acogida seleccionadas (Objetivo Estratégico 3), y
- reducir el retraso del crecimiento entre los niños refugiados (Objetivo Estratégico 3).

¹ Objetivos de Desarrollo del Milenio 1– Erradicar la pobreza extrema y el hambre; 4 – Reducir la mortalidad infantil; y 5 – Mejorar la salud materna.

² Objetivos Estratégicos 1 – Salvar vidas y proteger los medios de subsistencia en las emergencias, y 3 – Reconstruir las comunidades y restablecer los medios de subsistencia después de un conflicto o una catástrofe o en situaciones de transición.

PROYECTO DE DECISIÓN*



La Junta aprueba la operación prolongada de socorro y recuperación República Unida de Tanzania 200325 propuesta, “Asistencia alimentaria a los refugiados en el noroeste” (WFP/EB.2/2011/9-C/3).

* Se trata de un proyecto de decisión. Si se desea consultar la decisión final adoptada por la Junta, sírvase remitirse al documento titulado “Decisiones y recomendaciones del segundo período de sesiones ordinario de 2011 de la Junta Ejecutiva”, que se publica al finalizar el período de sesiones.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN E HIPÓTESIS FORMULADAS

Contexto

1. Durante decenios la República Unida de Tanzania ha albergado refugiados provenientes de los conflictos en Burundi, Rwanda y la República Democrática del Congo. En 1994, 600.000 personas buscaron refugio en las regiones noroccidentales de Kigoma y Kagera.
2. Desde 2002, más de 500.000 refugiados burundeses y 66.000 refugiados congoleños se repatriaron, espontáneamente o con la ayuda de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y el PMA. Desde enero de 2007 se han cerrado 10 campamentos ubicados en las regiones noroccidentales.
3. Desde las elecciones presidenciales de 2010, la situación se ha mantenido tranquila en Burundi. Los miembros de las *Forces Nationales de Libération* siguen estando fuera del país, sin desarrollar actividades políticas. En la República Democrática del Congo la situación se mantiene inestable, especialmente en la región de Kivu, de donde provienen muchos de los refugiados.
4. En agosto de 2011, los campamentos de Mtabila y Nyarugusu ubicados en la región de Kigoma albergaban 100.110 refugiados (véase el Cuadro 1)³.

CUADRO 1: REFUGIADOS EN LA REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA, JUNIO DE 2011			
Campamento	Burundeses	Congoleños	Total
Mtabila	37 670		37 670
Nyarugusu		62 440	62 440
TOTAL	37 670	62 440	100 110

5. La República Unida de Tanzania, un país menos adelantado y de bajos ingresos con una población de 45 millones de habitantes, ocupa el lugar 148 de los 169 países clasificados con arreglo al índice de desarrollo humano de 2010⁴. Según el índice de desarrollo relativo al género, con arreglo al cual se clasifican 156 países, hay 61 países con un coeficiente mejor que Tanzania.
6. Alrededor del 80% de los tanzanos vive en zonas rurales, trabaja en agricultura en pequeña escala, y produce la mayor parte de los cultivos alimentarios y comerciales del país.
7. En una encuesta de 2007-2008 se indicaba que el 6% de los adultos de 15 a 49 años de edad estaba infectado por el VIH⁵; en la región de Kigoma, sin embargo, la prevalencia del VIH es del 2% (3% entre las mujeres y 1% entre los hombres)⁶. En los campamentos de refugiados de Nyarugusu y Mtabila la prevalencia es del 1%⁷.

³ ACNUR. Informe de 31 de mayo de 2011.

⁴ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Documento disponible en la dirección siguiente: <http://hdr.undp.org/en/statistics/>

⁵ Encuesta de indicadores de paludismo y VIH/sida de Tanzania, 2007-2008.

⁶ Oficina Nacional de Estadística. 2010. Encuesta Demográfica y Sanitaria de 2009-2010. Dar es Salaam.

⁷ ACNUR Sistemas de información sanitaria: vigilancia centinela en 2010. Base de datos.

8. El rápido crecimiento económico⁸ no ha reducido la pobreza. El *Informe sobre Desarrollo Humano* de 2010 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) indica que el 36% de la población vive por debajo del umbral de pobreza de 0,65 dólares EE.UU. al día. Según el índice de pobreza multidimensional, Tanzania ocupa el puesto 83 de los 103 países en desarrollo⁹.
9. En la región de Kigoma, el 38% de la población vive por debajo del umbral de pobreza, frente a la media nacional del 36%, y el 21% vive por debajo del umbral de pobreza alimentaria. En el distrito de Kasulu, en Kigoma, que tiene la población mayor y alberga dos campamentos de refugiados, los niveles de pobreza están entre el 40% y el 50%¹⁰.
10. Para la región de Kigoma, los indicadores de salud son deficientes: la mortalidad infantil es de 114/1.000 nacidos vivos en las zonas rurales, y la ratio de personas por centro de salud es elevada¹¹.
11. Aunque el ACNUR sigue aplicando su política de protección y promoviendo el derecho a la asistencia y la búsqueda de soluciones duraderas para los refugiados que viven en los campamentos, las restricciones del Gobierno permiten solo el ejercicio de los derechos elementales en materia de asistencia alimentaria y sanitaria. En el campamento de Mtabila las actividades educacionales, agrícolas y generadoras de ingresos se han suspendido, y en el de Nyarugusu están limitadas.
12. Las soluciones duraderas constituyen una prioridad para el ACNUR: el hecho más significativo es la decisión sin precedentes, adoptada por el Gobierno, de naturalizar a la mayoría de los 164.000 refugiados burundeses que llegaron en 1972, pero la opción no se aplica para los que han llegado más recientemente ni para los refugiados que viven en los campamentos.
13. Los refugiados se resisten a regresar a sus países a causa del acceso limitado a las tierras, la inseguridad y la incertidumbre política. En las reuniones celebradas entre el ACNUR, el Gobierno de la República Unida de Tanzania y el Gobierno de Burundi en mayo de 2010, y entre el ACNUR, el Gobierno de la República Democrática del Congo y el Gobierno de la República Unida de Tanzania en junio de 2010, se examinaron las distintas perspectivas de repatriación.
14. Por lo que se refiere a los refugiados burundeses, esta decisión conlleva que se cierre el campamento de Mtabila en 2012 y se reanuden en septiembre de 2011 las repatriaciones voluntarias; los refugiados que queden serán acogidos en el campamento de Nyarugusu. En la operación prolongada de socorro y recuperación (OPSR) 200029 las repatriaciones previstas no se produjeron, de manera que la necesidad de alimentos para la OPSR 200325 se basa en el número de refugiados estimado por el ACNUR para 2012, que disminuirá en un 20% a principios de 2013. Estas cifras se ajustarán en consonancia con las tasas de repatriación.

⁸ El producto interno bruto efectivo ha ido creciendo en un 7% por año.

⁹ Índice de pobreza multidimensional elaborado por la Iniciativa Oxford para la Pobreza y el Desarrollo Humano, datos de 2010.

¹⁰ Oficina Nacional de Estadísticas. 2000/2001. Encuesta de presupuestos familiares. Dar-es-Salaam. La encuesta de 2007 no incluía datos regionales, pero señalaba que las medidas de lucha contra la pobreza habían sido infructuosas; por tanto, los datos de 2002 son bastante precisos. Documento disponible en la dirección siguiente: <http://www.nbs.go.tz/tnada/index.php/ddibrowser/1/reports>

¹¹ Plan sanitario global del Consejo, 2008-2009. Director ejecutivo de distrito.

15. Para acelerar las repatriaciones, el ACNUR ha intensificado sus campañas de información promoviendo una serie de visitas a los campamentos tanzanos, bajo el lema “Vengan y digan”, para las autoridades congoleñas y burundeses, y una serie de visitas a la República Democrática del Congo y Burundi, bajo el lema “Vayan a ver”, para los refugiados. Pero en 2010 se repatriaron solo 970 burundeses, y hasta el 1° de agosto de 2011 habían regresado únicamente 8. Ningún congoleño se repatrió en 2010, y hasta junio de 2011 habían regresado 21 solamente, como consecuencia de la persistencia de la violencia, en especial en Kivu Sur.

Situación de la seguridad alimentaria y nutricional

16. El pronóstico del Gobierno relativo a la cosecha de 2010/2011 indica que la región de Kigoma cuenta con una autosuficiencia alimentaria del 114%, pero que la producción de cereales solo permitirá cubrir el 94% de las necesidades; en 2008-2009 se satisfizo solamente el 46%. Durante la temporada de carestía de octubre a diciembre de 2011 puede que algunos distritos tengan que hacer frente a una escasez de cereales.
17. En el noroeste la economía se basa en los agricultores en pequeña escala. El análisis exhaustivo de la seguridad alimentaria y la vulnerabilidad de 2010¹² indicaba que el 60% de ellos dependía de la agricultura de secano y producía cuatro o más cultivos. La pesca en el Lago Tanganica y el Lago Victoria contribuye considerablemente a la economía y los medios de subsistencia. El acceso limitado a los alimentos, como consecuencia del bajo poder adquisitivo y el escaso acceso a los mercados, es la causa principal de la inseguridad alimentaria de los hogares.
18. Los refugiados congoleños son comerciantes y pescadores; los burundeses son agricultores. Antes de 2007, entre las estrategias de subsistencia se contaba con el pequeño comercio con la comunidad de acogida, los trabajos ocasionales realizados fuera de los campamentos y el cultivo para el consumo personal y el comercio, pero al final de 2007 el Gobierno restringió las actividades generadoras de ingresos y de autosuficiencia de los refugiados, prohibió los mercados en los campamentos y limitó el movimiento fuera de estos. La misión de evaluación conjunta de 2010¹³ constató que en la región de Kigoma había disponibilidad de alimentos, pero las restricciones disminuían las oportunidades comerciales y el poder adquisitivo de los refugiados, reduciendo su acceso a alimentos frescos para diversificar su alimentación.
19. La encuesta conducida por el PMA en septiembre de 2010 indicaba que la situación nutricional se había estabilizado; la prevalencia de la malnutrición aguda global había pasado del 3% en 2006 a menos del 2% en 2008 y 2010, y no había malnutrición aguda grave¹⁴. Desde 2008 la prevalencia de la insuficiencia ponderal se había mantenido en el 19% en ambos campamentos, pero los niveles de retraso del crecimiento eran del 48% en el campamento de Nyarugusu y del 45% en Mtabila. El 30% de los niños de 6 a 11 meses de edad mostraba señales de retraso del crecimiento, lo cual indica una alimentación no diversificada entre los refugiados, particularmente las mujeres antes y durante el embarazo, y unas prácticas de alimentación infantil inadecuadas. Como se informa en la encuesta de vigilancia de las comunidades y los hogares de junio de 2011, el

¹² PMA. 2010. Análisis exhaustivo de la seguridad alimentaria y la vulnerabilidad, 2009/10. Roma. Dar-es-Salaam.

¹³ ACNUR/PMA: Misión de evaluación conjunta. Noviembre de 2010. Borrador.

¹⁴ Informe acerca de la encuesta sobre nutrición llevada a cabo por el PMA, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el ACNUR, y la Sociedad de la Cruz Roja de Tanzania en los campamentos de refugiados de Mtabila y Nyarugusu, en el noroeste de Tanzania. 20-30 de septiembre de 2010.

83% de los refugiados dependía totalmente de la asistencia alimentaria del PMA y consumía cantidades limitadas de proteínas de origen animal.

20. La prevalencia de la anemia entre los niños de 6 a 59 meses de edad se duplicó, pasando del 21% en 2008 al 52% en 2010; entre las mujeres embarazadas la tasa disminuyó del 14% al 10%, pero entre las mujeres no embarazadas aumentó del 7% al 26%¹⁵. Una prevalencia elevada de anemia indica un escaso contenido de micronutrientes en la alimentación.
21. Las enfermedades que contribuyen a la malnutrición en los campamentos son, entre otras, las infecciones respiratorias agudas, las infestaciones parasitarias y la diarrea. El paludismo es la segunda causa más común de morbilidad, pero la situación está mejorando con el suministro de mosquiteros tratados con insecticida. El programa de lactancia materna ejecutado en los campamentos por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha sido eficaz, ya que el 96% de las madres la practican en forma exclusiva¹³.
22. La misión de evaluación conjunta de noviembre de 2010 recomendó que el PMA siguiera proporcionando 2.100 kilocalorías en el marco de las distribuciones generales de alimentos y desalentara el recurso a estrategias de supervivencia negativas, tales como reducir el número de las comidas, cazar animales salvajes, exponerse a riesgos en la recolección y venta de leña, y obtener alimentos en préstamo a tasas de reembolso elevadas, todo lo cual afecta a la seguridad, la salud y la nutrición de los refugiados.
23. En la encuesta de vigilancia de las comunidades y los hogares de 2011¹⁵, que confirmó que la situación no había cambiado mucho, se señalaba que desde fuera de los campamento se prestaba un apoyo limitado en dinero, ropa, alimentos e insumos agrícolas, y se llegaba a la conclusión de que la asistencia alimentaria debía continuar en los niveles actuales; se recomendaba, asimismo, que se favoreciera un acceso mayor a otros medios de subsistencia y a los servicios de abastecimiento de agua y de atención médica.

Hipótesis formuladas

24. Los refugiados burundeses que quedan en el país han sido reacios a la repatriación a causa de los problemas relacionados con el acceso a la tierra y la incertidumbre política. Pero las condiciones de seguridad se han estabilizado y el Consejo de Ministros de Burundi ha aprobado un proyecto de marco de política agraria, uno de cuyos elementos es la promoción de soluciones duraderas para las personas sin tierras, como los refugiados repatriados. En vista de ello, el ACNUR y los gobiernos burundés y tanzano están examinando soluciones que incluyan la determinación individual del estatuto de refugiado y, posiblemente, una cláusula de cesación¹⁶. La opción por la cláusula de cesación llevará tiempo, sin embargo, y no se prevén repatriaciones significativas antes de que termine el proceso.
25. En la República Democrática del Congo oriental la situación sigue siendo inestable. La mayoría de los refugiados congoleños presentes en la República Unida de Tanzania provienen de Kivu Sur, donde cientos de miles de personas están desplazadas y los residentes luchan contra la pobreza, el desempleo y una infraestructura deficiente.

¹⁵ PMA: Encuesta sobre la vigilancia de las comunidades y los hogares de los campamentos de refugiados en el noroeste de Tanzania, junio de 2011.

¹⁶ Las cláusulas de cesación se utilizan en situaciones en las que, debido a un cambio de circunstancias en el país de origen, los refugiados ya no necesitan protección internacional y, por tanto, no pueden rehusar la protección ofrecida por su país.

26. La presente OPSR da por supuesto que haya pocos cambios en el número de los refugiados en los primeros 18 meses, pero el número disminuirá cuando se acerque el momento de su terminación: en consonancia con las cifras de planificación del ACNUR, los números estimados para la asistencia alimentaria seguirán siendo de 100.000 en 2012, y descenderán a 80.000 en 2013 y 2014.
27. Las oficinas del PMA y el ACNUR en la República Unida de Tanzania, Burundi y la República Democrática del Congo seguirán supervisando la situación. Si los refugiados regresan antes de lo previsto, el PMA ajustará la OPSR 200325 en consecuencia.

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

Políticas, capacidades y medidas del Gobierno

28. En enero de 1975 el Gobierno de Tanzania ratificó la Convención de la Organización de la Unidad Africana (OUA) que regula los aspectos específicos de los problemas de los refugiados en África, y forma parte del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y de la Convención de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados y su Protocolo de 1967. En 1988, el Gobierno promulgó la ley sobre refugiados, que protegía a los solicitantes de asilo. El Ministerio del Interior es responsable de los refugiados. En 2007 se suspendieron el acceso a las tierras agrícolas y las posibilidades de trabajo y empleo; solo están autorizadas ahora actividades relacionadas con la atención y el mantenimiento en las esferas alimentaria y sanitaria.
29. En vista de los progresos realizados en el proceso de paz en Burundi, el Gobierno tanzano promueve la repatriación voluntaria de los refugiados burundeses; el caso de los refugiados congoleños, para los cuales es posible que no se den condiciones propicias para la repatriación, se aplica la política de facilitar las repatriaciones espontáneas a fin de asegurar que quienes deseen regresar a la República Democrática del Congo puedan hacerlo en condiciones de seguridad y de respeto de su dignidad.

Otros participantes

30. El ACNUR presta servicios a los refugiados en las esferas de la protección, la nutrición, la salud, el abastecimiento de agua y el saneamiento, y proporciona artículos no alimentarios y abrigo. El PMA colabora con el ACNUR en la distribución de alimentos y en actividades de salud, nutrición y promoción. El UNICEF proporciona suplementos de micronutrientes y apoyo sanitario, y dirige el programa de prevención de la transmisión maternofilial del VIH.

Coordinación

31. En Kigoma se celebran reuniones periódicas de coordinación entre el Gobierno, el ACNUR, el PMA y los asociados para facilitar la repatriación y tratar asuntos relacionados con los refugiados. En Dar-es-Salaam se celebran reuniones mensuales con los asociados para el desarrollo, presididas, por rotación, por el ACNUR, el PMA y el UNICEF.

OBJETIVOS DE LA ASISTENCIA DEL PMA

32. La presente OPSR contribuye a mejorar la seguridad alimentaria entre los refugiados y respalda a las comunidades de acogida. Entre las actividades de socorro figuran: i) distribuciones generales de alimentos; ii) alimentación suplementaria selectiva para niños y mujeres embarazadas y lactantes que padecen malnutrición moderada, y a personas con VIH, y iii) alimentación general suplementaria para niños de 6 a 24 meses de edad y mujeres embarazadas y lactantes, independientemente de su estado nutricional, a fin de prevenir la desnutrición. Entre las actividades encaminadas a una recuperación temprana de las comunidades de acogida se cuentan el apoyo a la alimentación escolar y la capacitación en oficios para huérfanos, personas con VIH, y niños y mujeres embarazadas y lactantes que padecen malnutrición moderada.
33. Los objetivos son:
- estabilizar las tasas de mortalidad y de malnutrición aguda entre los niños refugiados menores de 5 años (Objetivo Estratégico 1);
 - garantizar un consumo de alimentos suficiente entre los refugiados y las comunidades de acogida seleccionadas (Objetivo Estratégico 3), y
 - reducir el retraso del crecimiento entre los niños refugiados menores de 2 años (Objetivo Estratégico 3).
34. La OPSR contribuye al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 1, 4 y 5.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DEL PMA

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

35. Desde comienzos de los años noventa el PMA ha estado proporcionando asistencia alimentaria a los refugiados de Burundi, Rwanda y la República Democrática del Congo en el noroeste de la República Unida de Tanzania. En el marco de la OPSR 200029 (enero de 2010-diciembre de 2011) se proporcionó asistencia alimentaria a 100.000 refugiados y 7.400 miembros de la comunidad local en situación de inseguridad alimentaria.
36. Las recomendaciones formuladas en la encuesta¹⁷ eran, entre otras, las siguientes: i) mantener el nivel actual de la asistencia relacionada con la alimentación, la nutrición, el abastecimiento de agua y el saneamiento; ii) incrementar las intervenciones destinadas a subsanar las carencias de micronutrientes, con especial atención a los casos de anemia; iii) contribuir a mejorar las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños, y iv) hacer comprender a las mujeres la importancia de retrasar el matrimonio, de espaciar los nacimientos y de descansar durante el embarazo, así como el peso de otras cuestiones sociales que afectan a la nutrición materno-infantil.

Descripción general de la estrategia

37. En el marco de la presente OPSR se proporcionará asistencia alimentaria a todos los refugiados mediante distribuciones generales de alimentos. Los programas de alimentación suplementaria permitirán apoyar a los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas

¹⁷ ACNUR y PMA. 2010. Misión de evaluación conjunta. Dar es Salaam.

y lactantes que padecen malnutrición moderada y a los pacientes sometidos a tratamiento antirretroviral que padecen malnutrición. Para que la alimentación suplementaria general permita reducir o evitar que aumenten las tasas de retraso del crecimiento, el PMA proporcionará Supercereal Plus¹⁸ a los niños menores de 2 años y Supercereal a las mujeres embarazadas y lactantes, en consonancia con el enfoque centrado en el período decisivo de los primeros 1.000 días de vida. Las intervenciones complementarias del ACNUR, el UNICEF y los asociados comprenderán: i) la continuación del suministro de suplementos de micronutrientes; ii) la prestación de apoyo para el abastecimiento de agua y el saneamiento; iii) la realización de programas de salud y nutrición, y iv) la educación de las mujeres en materia de alimentación de lactantes y niños pequeños. El PMA proporcionará alimentos a los pacientes tratados en los hospitales de los campamentos.

38. Las poblaciones de acogida que tienen acceso a la infraestructura de los campamentos se beneficiarán de programas de alimentación suplementaria de carácter terapéutico.

Estrategia de traspaso de responsabilidades

39. La asistencia a las comunidades vecinas a los campamentos comenzó cuando la República Unida de Tanzania acogió a refugiados en 12 campamentos instalados en las regiones de Kagera y Kigoma para mitigar su impacto en las regiones que albergaban 600.000 refugiados o más. Los programas ejecutados por conducto de las organizaciones comunitarias y las iglesias comprendían el apoyo a los orfanatos, la alimentación escolar para complementar la enseñanza básica, la atención a domicilio para las personas con VIH y programas de alimentos para la capacitación (APC). Hoy en día hay menos motivos que justifiquen el apoyo directo porque todos los campamentos de Kagera han cerrado y solo quedan dos en Kigoma.
40. El proceso de traspaso de los programas de apoyo comunitario comenzó en el marco de la OPSR 200029 ya que los distritos los incorporaron en sus presupuestos y planes. En el marco de la OPSR 200325, el PMA seguirá ayudando a los distritos a establecer sus propios programas de alimentación escolar, y a encontrar otras fuentes de apoyo financiero para los programas de redes de seguridad. Entre tanto, se proporcionarán raciones parciales para facilitar la fase de transición de la asistencia del PMA.
41. A medida que las intervenciones vayan incorporándose en los presupuestos de los distritos, el apoyo del PMA se dirigirá a actividades realizadas en el marco de la iniciativa “Compras en aras del progreso” con vistas a mejorar los medios de subsistencia de los pequeños agricultores de Kigoma y Kagera, reduciendo las pérdidas poscosecha y aumentando el acceso a los mercados.

BENEFICIARIOS Y ORIENTACIÓN DE LA AYUDA

42. Los refugiados registrados con tarjetas de raciones alimentarias del ACNUR/PMA se incluirán en las distribuciones generales de alimentos. El ACNUR lleva registros, donde queda consignada la información relativa a los refugiados, que todos los años se someten a validaciones durante las cuales se sustituyen las tarjetas antiguas y se comprueban las cifras de población. El número de las tarjetas fraudulentas ha disminuido considerablemente desde que el ACNUR introdujo el sistema de emitir tarjetas en las que figuraran las huellas dactilares del titular. Al 1º de agosto de 2011, los dos campamentos albergaban 100.110 refugiados.

¹⁸ Si no se dispone de Supercereal Plus en cantidad suficiente, se utilizará Supercereal.

43. El programa de alimentación suplementaria se orientará a los niños menores de 5 años que padecen malnutrición moderada, las mujeres gestantes y lactantes, y los pacientes sometidos a tratamiento antirretroviral en los campamentos y las zonas aledañas. Los criterios estándar para la admisión y el alta de los niños con malnutrición moderada se basarán en la relación peso para la estatura determinada tras dos mediciones consecutivas¹⁹; para las mujeres lactantes y los pacientes sometidos a tratamiento antirretroviral, dichos criterios se basarán en el índice de masa corporal²⁰, mientras que para las mujeres gestantes, en la circunferencia braquial medio-superior²¹.
44. Los niños que padecen malnutrición grave se beneficiarán de las actividades de alimentación terapéutica y atención terapéutica comunitaria del UNICEF, y, tras finalizar estas actividades, se inscribirán en el programa de alimentación suplementaria selectiva. Las mujeres gestantes y lactantes recibirán raciones alimentarias suplementarias durante seis meses antes del parto y seis meses después de él.
45. La actividad de alimentación general preventiva se orientará a los niños de 6 a 24 meses de edad y las mujeres gestantes y lactantes. Los niños se registran con el ACNUR inmediatamente después del nacimiento. Según se calcula, el número de los niños menores de 2 años que se benefician de este programa corresponde al 40% del número de los niños menores de 5 años.
46. Las intervenciones nutricionales también se orientan a las mujeres gestantes seropositivas en las actividades de prevención de la transmisión maternofilial y a los pacientes sometidos a tratamiento antirretroviral. Los enfermos ingresados en los hospitales de los campamentos recibirán una ración de alimentos del PMA hasta que no se les dé el alta; el número de los beneficiarios del programa hospitalizados se ha calculado basándose en las tendencias actuales y pasadas.
47. La población local tiene acceso a la asistencia proporcionada en los campamentos para los niños menores de 5 años malnutridos, las mujeres gestantes y lactantes, los pacientes hospitalizados y las mujeres participantes en la actividad de prevención de la transmisión maternofilial.
48. En las comunidades de acogida, el PMA proporcionará raciones parciales a los huérfanos, las personas con VIH, las personas físicamente incapacitadas y los ancianos no acompañados. Las administraciones de distrito se harán cargo progresivamente de la capacitación en oficios y de las actividades complementarias de enseñanza básica.

¹⁹ Se utilizan los criterios siguientes: para la admisión, una puntuación Z de entre -3 y -2, y para el alta, una puntuación Z superior o igual a -2.

²⁰ Índice de masa corporal superior a 18,5.

²¹ Circunferencia braquial medio-superior de más de 22 centímetros.

CUADRO 2: BENEFICIARIOS POR ACTIVIDAD, AÑO Y SEXO

Actividad	Hombres/niños			Mujeres/niñas			Total		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
REFUGIADOS									
Distribuciones generales de alimentos	49 000	39 200	39 200	51 000	40 800	40 800	100 000	80 000	80 000
Alimentación suplementaria selectiva: niños menores de 5 años	686	619	619	714	643	643	1 400	1 262	1 262
Alimentación suplementaria selectiva: mujeres gestantes y lactantes y prevención de la transmisión maternofilial	–	–	–	5 600	4 480	4 480	5 600	4 480	4 480
Pacientes hospitalizados	1 036	794	794	1 431	1 179	1 179	2 467	1 973	1 973
Alimentación suplementaria general: mujeres gestantes y lactantes	–	–	–	4 500	3 600	3 600	4 500	3 600	3 600
Alimentación suplementaria general: niños menores de 2 años	3 920	3 136	3 136	4 080	3 264	3 264	8 000	6 400	6 400
Total parcial	49 000	39 200	39 200	51 000	40 800	40 800	100 000	80 000	80 000
COMUNIDAD DE ACOGIDA									
Alimentación suplementaria selectiva: niños menores de 5 años	76	76	76	80	80	80	156	156	156
Alimentación suplementaria selectiva: mujeres gestantes y lactantes y prevención de la transmisión maternofilial	–	–	–	624	624	624	624	624	624
Pacientes hospitalizados	234	234	234	383	383	383	617	617	617
Personas con VIH	1 225	1 225	1 225	1 225	1 275	1 275	2 500	2 500	2 500
Huérfanos	343	343	343	357	357	357	700	700	700
APC	122	122	122	128	128	128	250	250	250
Alimentación escolar	1 078	1 078	1 078	1 122	1 122	1 122	2 200	2 200	2 200
Total parcial	3 078	3 078	3 078	3 969	3 969	3 969	7 047	7 047	7 047
TOTAL	52 078	42 278	42 278	54 969	44 769	44 769	107 047	87 047	87 047

CONSIDERACIONES NUTRICIONALES Y RACIONES DE ALIMENTOS

49. Las raciones proporcionadas en el marco de las distribuciones generales de alimentos constan de cereales —preferentemente maíz— legumbres secas, Supercereal, aceite vegetal y sal, y aportan 2.100 kilocalorías por persona al día. La inclusión de Supercereal en la ración general ayuda a reducir los elevados niveles de anemia y a compensar el limitado aporte de micronutrientes en la dieta de los refugiados. El maíz comprado en los mercados locales se transforma en harina integral.

50. La ración del programa de alimentación suplementaria incluye Supercereal y aceite para reducir la malnutrición moderada. Dado los elevados niveles de retraso del crecimiento, los niños menores de 2 años recibirán Supercereal Plus para aumentar su consumo de micronutrientes; las mujeres gestantes y lactantes recibirán Supercereal.

51. En el Cuadro 3 se muestran las raciones de alimentos, mientras que en el Cuadro 4 figuran las necesidades de alimentos por actividad.

CUADRO 3: RACIÓN/TRANSFERENCIA POR ACTIVIDAD (gramos/persona/día)									
	Distribu- ción general de alimentos	Alimen- tación suplemen- taria selectiva: niños menores de 5 años	Alimen- tación suplemen- taria selectiva: pacientes en tratamien- to antirretro- viral	Alimenta- ción suplemen- taria selectiva: mujeres gestantes y lactantes	Alimenta- ción suplemen- taria general: niños menores de 2 años	Pacien- tes hospi- ta- lizados	Perso- nas con VIH*	APC*	Alimen- tación escolar*
Cereales	380	–	–	–	–	200	200	100	–
Legumbres secas	120	–	–	–	–	100	40	15	–
Supercereal	40	200	200	250		200	20	–	60
Supercereal Plus	–	–	–	–	200	–	–	–	–
Aceite	20	20	20	–	–	30	10	7,5	10
Sal	5	–	–	–	–	5	2,5	–	–
TOTAL	565	220	220	250	200	535	272,5	122,5	70
Kilocalorías/día	2 099	937	937	950	820	2 080	1 018	468	316
Porcentaje de kilocalorías de origen proteínico	12,92	15,37	15,37	18,95	18,95	14,23	11,62	10,07	13,65
Porcentaje de kilocalorías de origen lipídico	16,03	30,74	30,74	14,21	14,21	21,72	16,58	22,11	38,67
Número de días de alimentación por año	365	365	365	365	365	365	365	241	195

* En comparación con la OPSR 200029, en las actividades dirigidas a la comunidad de acogida se distribuyen ahora raciones parciales. Las variaciones en gramos por persona al día son las siguientes: de 545 gramos a 272,5 gramos para las personas con VIH; de 505 gramos a 122,5 gramos, para los beneficiarios de las actividades de APC, y de 140 gramos a 70 gramos para los beneficiarios de la alimentación escolar.

CUADRO 4: NECESIDADES TOTALES DE ALIMENTOS POR ACTIVIDAD (toneladas)

	Distribución general de alimentos	Alimentación suplementaria selectiva: niños menores de 5 años	Alimentación suplementaria selectiva: mujeres gestantes y lactantes	Alimentación suplementaria general: niños menores de 2 años	Pacientes hospitalizados	Personas con VIH	APC	Alimentación escolar	TOTAL
Cereales	32 907	–	–	–	495	584	15	–	34 000
Legumbres secas	9 631	–	–	–	248	117	2	–	9 998
Supercereal	3 210	846	903	–	495	59	–	65	5 578
Supercereal Plus	–	–	–	1 284	–	–	–	–	1 284
Aceite	1 605	85	–	–	74	29	1	11	1 805
Sal	401	–	–	–	12	8	–	–	421
TOTAL	47 755	931	903	1 284	1 324	795	18	75	53 086

MODALIDADES DE EJECUCIÓN

52. Los refugiados reciben alimentos cada dos semanas, en el marco de distribuciones comunales organizadas por sus propios comités. La canasta de alimentos es objeto de seguimiento durante las distribuciones de alimentos para garantizar que los refugiados reciban la ración correcta. Se llevan a cabo inspecciones periódicas para controlar la calidad y la cantidad de los alimentos almacenados.

Asociados

53. El PMA lleva a cabo las distribuciones generales de alimentos, junto con el ACNUR y World Vision. El Gobierno y el ACNUR dirigen las intervenciones nutricionales y sanitarias, con el apoyo del UNICEF, el Comité Internacional de Rescate y la Sociedad de la Cruz Roja de Tanzania; el UNICEF también presta apoyo a las escuelas para refugiados en el campamento de Nyarugusu. En las zonas de acogida, el PMA colabora con los consejos de distrito y las organizaciones no gubernamentales (ONG) locales.

Artículos no alimentarios

54. El ACNUR proporciona leña a los refugiados vulnerables y en 2012 seguirá apoyando pequeñas intervenciones de reforestación en los campamentos y en torno a ellos; además, distribuye artículos no alimentarios, como láminas de plástico, mantas, ropa, utensilios de cocina, mosquiteros, suministros médicos y equipo para el abastecimiento de agua y el saneamiento. El UNICEF se encarga de los aspectos relativos al suministro de suplementos de micronutrientes y brinda apoyo en las esferas del agua y el saneamiento, la salud, la nutrición y la educación en atención infantil. Una vez al año se distribuyen bolsas y contenedores a los refugiados para que lleven los productos alimenticios.

Logística

55. El PMA seguirá recurriendo al transporte ferroviario y por carretera casi en igual medida para enviar los alimentos a los puntos de entrega en el interior del país.

Compras

56. El PMA se propone comprar el 38% de los alimentos necesarios localmente, en función de la disponibilidad de recursos. Las compras locales de alimentos se llevarán a cabo siguiendo los procedimientos habituales del PMA en materia de adquisiciones o a través de la iniciativa de compras para el progreso, principalmente en Dodoma y las regiones del noroeste.

Moltración en el país

57. El PMA muele el maíz comprado localmente en el centro logístico de Isaka. El maíz distribuido en el marco de esta OPSR se enriquecerá.

SEGUIMIENTO DE LAS REALIZACIONES

58. Los asociados cooperantes del PMA informarán sobre las distribuciones de alimentos y las actividades, siguiendo las normas convenidas; los datos contenidos en los informes se desglosarán por sexo. Algunas organizaciones de salud efectúan el seguimiento de las canastas de alimentos en los campamentos cada dos semanas, para garantizar la idoneidad de las mismas y la eficacia del sistema de distribución. El personal del PMA y el ACNUR, junto con los miembros del comité de refugiados encargado de los alimentos, realizan sobre el terreno un seguimiento posterior a la distribución para cada ciclo de distribución de alimentos.
59. Las encuestas anuales por hogares, las evaluaciones nutricionales y las evaluaciones conjuntas facilitan información sobre los cambios en relación con los medios de subsistencia y el impacto de la asistencia alimentaria; en los centros de alimentación suplementaria y terapéutica se recopila información adicional sobre los niños malnutridos. También la evolución del número de personas inscritas en la actividad de alimentación suplementaria es objeto de seguimiento. En los campamentos se realizan dos veces por año evaluaciones nutricionales conjuntas. El PMA llevará a cabo una evaluación durante el primer trimestre de 2013.

EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PLANIFICACIÓN PARA IMPREVISTOS

Riesgos contextuales

60. La continua inseguridad imperante en la República Democrática del Congo es un riesgo importante ante el cual el ACNUR y el PMA disponen de planes para imprevistos regionales, especialmente en lo que se refiere a la primera vuelta de las elecciones, en noviembre de 2011. El limitado número de actividades de subsistencia que los refugiados pueden llevar a cabo en los campamentos aumenta el riesgo de malnutrición, especialmente durante los períodos de escasez de recursos. A este respecto, las principales medidas de mitigación son, para el PMA, la distribución de alimentos enriquecidos con micronutrientes y, para el ACNUR, el suministro de alimentos complementarios y el fortalecimiento de la educación nutricional.

Riesgos programáticos

61. Debido al corto tiempo de conservación y la elevada tasa de extracción del maíz enriquecido, el PMA solo molturará las cantidades necesarias para cada ciclo de distribución y almacenará y controlará de cerca la harina de maíz en los depósitos en Isaka. En cooperación con los refugiados y los asociados cooperantes, el PMA y el ACNUR reforzarán los controles para limitar los posibles usos indebidos y pérdidas de alimentos.

Riesgos institucionales

62. Las interrupciones de la cadena de suministro de alimentos obstaculizarían la ejecución de la OPSR 200325, lo que podría dar lugar a protestas por parte de los refugiados. Para evitar estas interrupciones, el PMA llevará a cabo una labor constante de promoción y movilización de fondos y administrará los recursos prudentemente, creará depósitos preventivos de alimentos y realizará el seguimiento de las cadenas de suministros. El PMA y el ACNUR garantizarán la divulgación constante de información a los donantes, los asociados y los medios de información.

CONSIDERACIONES RELATIVAS A LA SEGURIDAD

63. La región del noroeste está clasificada en el nivel de seguridad II de las Naciones Unidas. Para poder viajar a las regiones de Kigoma y Kagera y a los campamentos de refugiados, el personal de las Naciones Unidas necesita una autorización de seguridad.
64. El PMA cumple con las normas mínimas de seguridad en las operaciones. Las normas de seguridad sobre el terreno de las Naciones Unidas abarcan la protección y los procedimientos de viaje del personal. El PMA y los organismos de las Naciones Unidas que operan en la región noroccidental tienen un sistema de seguridad común, del que el ACNUR es el coordinador.
65. Para viajar entre Kasulu, Kibondo y Ngar se necesita una escolta a causa de los ataques perpetrados por bandidos armados. El PMA ha equipado a su personal y vehículos con radios y teléfonos móviles. La capacitación sobre cuestiones de seguridad es obligatoria para el personal y los consultores del PMA.

ANEXO I-A

DESGLOSE DE LOS COSTOS DEL PROYECTO			
Productos alimenticios¹	Cantidad (toneladas)	Valor (dólares)	Valor (dólares)
Cereales	34 000	13 265 045	
Legumbres secas	9 998	6 603 283	
Aceite y grasas	1 805	2 273 051	
Alimentos compuestos y mezclas alimentarias	6 862	4 840 907	
Sal	421	62 678	
TOTAL DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS	53 086	27 044 964	
Total parcial de productos alimenticios			27 044 964
Transporte externo			3 701 237
Transporte terrestre, almacenamiento y manipulación			8 724 118
Otros costos operacionales directos			770 008
Costos de apoyo directo ² (véase el Anexo I-B)			6 388 114
Total de costos directos para el PMA			46 628 441
Costos de apoyo indirecto (7,0%) ³			3 263 991
COSTO TOTAL PARA EL PMA			49 892 432

¹ Se trata de una canasta de alimentos teórica utilizada a efectos 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 la ejecución del proyecto.

ANEXO I-B

NECESIDADES DE APOYO DIRECTO (dólares)	
Costos de personal y relacionados con el personal	
Personal internacional de categoría profesional	1 962 652
Personal local – Oficiales nacionales	600 127
Personal local – Servicios generales	1 078 790
Personal local – Asistencia temporal	120 406
Personal local – Horas extraordinarias	8 750
Consultores internacionales	15 208
Voluntarios de las Naciones Unidas	124 861
Viajes del personal en comisión de servicio	508 000
Total parcial	4 418 794
Gastos ordinarios	
Alquiler de locales	196 050
Servicios (generales)	100 000
Material de oficina y otros bienes fungibles	100 000
Servicios de comunicación	150 000
Reparación y mantenimiento del equipo	174 666
Costos de mantenimiento y funcionamiento de los vehículos	312 549
Instalación de oficinas y reparaciones	32 500
Servicios prestados por otros organismos de las Naciones Unidas	328 105
Total parcial	1 393 869
Costos de equipo y de capital	
Alquiler de vehículos	331 500
Equipo de comunicación	77 950
Costos locales de seguridad	166 000
Total parcial	575 450
TOTAL DE COSTOS DE APOYO DIRECTO	6 388 114

ANEXO II: MARCO LÓGICO

Resultados	Indicadores de las realizaciones	Riesgos y supuestos
Objetivo Estratégico 1: Salvar vidas y proteger los medios de subsistencia en las emergencias		
<p>Efecto 1.1 Estabilización de la malnutrición aguda entre los niños menores de 5 años seleccionados de la población de refugiados.</p> <p>Efecto 1.2 Estabilización de la tasa de mortalidad entre los niños menores de 5 años y los adultos en la población de refugiados seleccionada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalencia de la malnutrición aguda entre los niños menores de 5 años de las poblaciones de refugiados, por sexo, expresada como porcentaje en función de la relación peso para la estatura Meta: <2% ➤ Tasa de recuperación del programa de alimentación suplementaria Meta: >70% ➤ Tasa de abandono del programa de alimentación suplementaria Meta: <15% ➤ Tasa de no respuesta al programa de alimentación suplementaria Meta: <5% ➤ Tasa de mortalidad entre los beneficiarios del programa de alimentación suplementaria Meta: <3 ➤ Tasa de mortalidad entre los beneficiarios del programa de alimentación suplementaria Meta: <3 ➤ Tasa de mortalidad por edad de los niños menores de 5 años en la población de refugiados Meta: <0,23/10.000/día ➤ Tasa bruta de mortalidad entre la población de refugiados Meta: <0,31/10.000/día 	<p>Se abordan las causas subyacentes de la malnutrición y los factores agravantes, como las infecciones parasitarias; se dispone de servicios de salud, agua, saneamiento y servicios sociales.</p>
<p>Producto 1.1 Distribución de productos alimenticios, en cantidad y de calidad suficientes y en condiciones de seguridad, a los beneficiarios de la actividad de distribución general de alimentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de refugiados por grupo de edad y sexo que reciben alimentos en el marco de las distribuciones generales, como porcentaje de la cifra prevista Meta: 100%; 2012: 100.000; 2013: 80.000; 2014: 80.000 ➤ Volumen de alimentos distribuidos como porcentaje de la cifra prevista para la actividad de distribución general de alimentos, por tipo de alimento Meta: 100%; 2012: 22.000 toneladas; 2013: 17.000 toneladas; 2014: 8.500 toneladas ➤ Cantidad de Supercereal como porcentaje de las distribuciones previstas Meta: 7% 	<p>La cadena de suministro de alimentos funciona sin problemas.</p> <p>Cierto porcentaje de las distribuciones se ven afectada por interrupciones de la cadena de suministro.</p> <p>Cierto número de incidentes de seguridad están relacionados con las distribuciones de alimentos.</p> <p>Los centros de alimentación suplementaria disponen de personal médico, equipo, suplementos y servicios adecuados.</p>

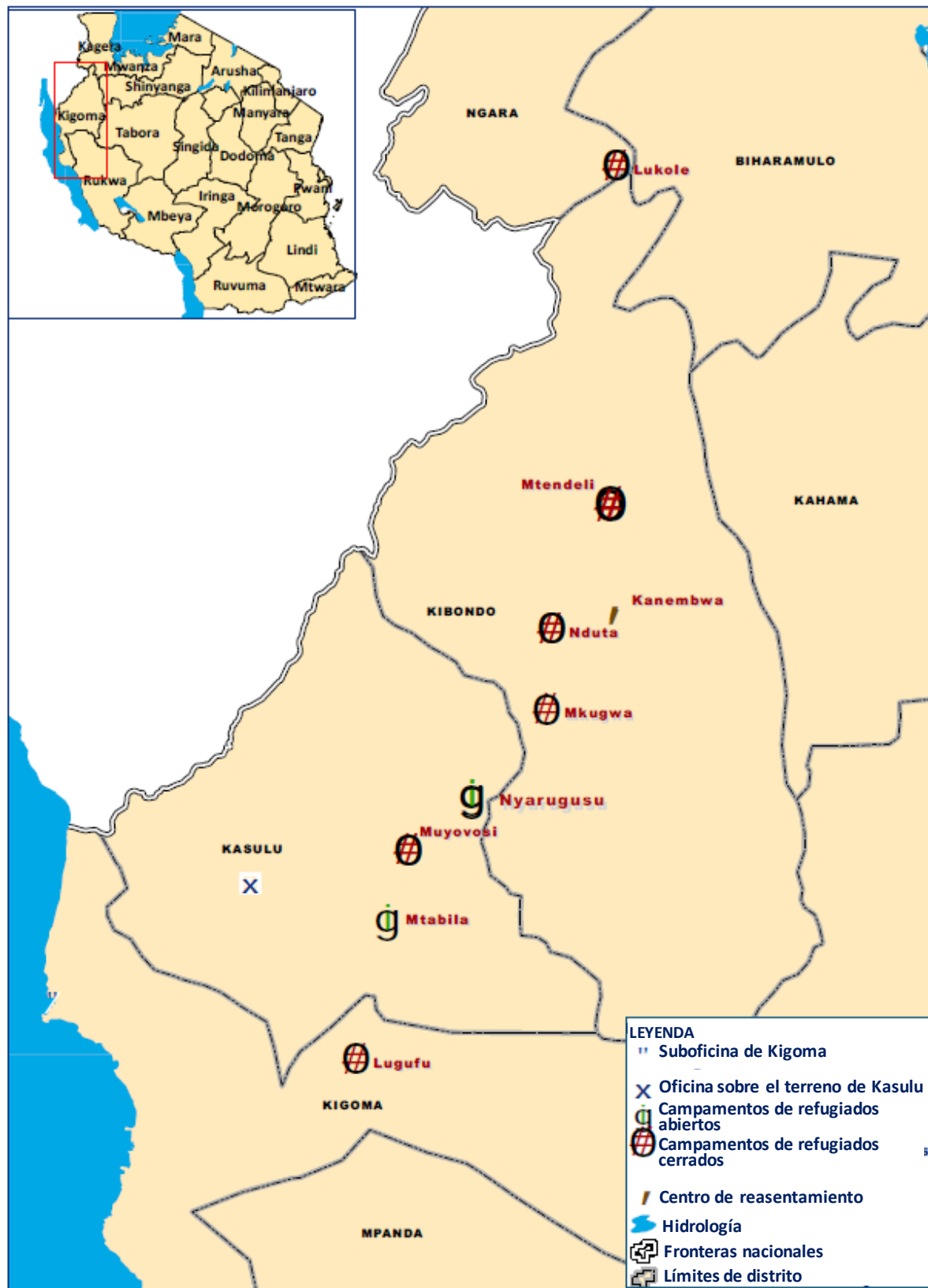
ANEXO II: MARCO LÓGICO		
Resultados	Indicadores de las realizaciones	Riesgos y supuestos
Objetivo Estratégico 3: Reconstruir las comunidades y restablecer los medios de subsistencia después de un conflicto o una catástrofe o en situaciones de transición		
Efecto 3.1 Consumo suficiente de alimentos durante el período de prestación de la asistencia a los refugiados.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puntuación relativa al consumo de alimentos de los hogares Meta: 90% >35	Se sigue disponiendo de artículos y servicios no alimentarios para reducir la necesidad de cambiar alimentos por artículos y servicios no alimentarios.
Efecto 3.2 Reducción del retraso del crecimiento entre los niños refugiados menores de 2 años.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalencia del retraso del crecimiento entre los niños menores de 2 años beneficiarios, en función de la relación estatura para la edad Meta: 10% de reducción al año	Los organismos hacen frente a otras causas agravantes de la malnutrición, como el paludismo y los parásitos intestinales. Se dispone de servicios de salud, agua, saneamiento y servicios sociales.
Producto 3.1 Distribución de productos alimenticios, en cantidad y de calidad suficientes y en condiciones de seguridad, a los beneficiarios de la actividad de distribución general de alimentos. Producto 3.2 Distribución de Supercereal Plus y Supercereal, en cantidad y de calidad suficientes, a los beneficiarios seleccionados.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de refugiados por grupo de edad y sexo que reciben alimentos en el marco de las distribuciones generales de alimentos, como porcentaje del número previsto Meta: 100% (véase el Cuadro 2) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Volumen de alimentos distribuidos como porcentaje del volumen previsto, por tipo de alimento Meta: 100%; 2012: 22.000 toneladas; 2013: 17.000 toneladas; 2014: 8.500 toneladas <ul style="list-style-type: none"> ➤ Número efectivo de beneficiarios del programa de alimentación general para niños menores de 2 años, por edad y sexo Metas: véase el Cuadro 2 <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cantidades efectivas de Supercereal Plus y Supercereal distribuidas como porcentajes de las distribuciones previstas Meta: 100% (véase el Cuadro 4)	Se dispone de Supercereal Plus en la cantidad necesaria: se trata de un nuevo producto, para el cual se está verificando la capacidad de producción.

ANEXO II: MARCO LÓGICO

Resultados	Indicadores de las realizaciones	Riesgos y supuestos
<p>Efecto 3.3 Mejora del estado nutricional de los niños menores de 5 años y las mujeres gestantes y lactantes entre los refugiados y las comunidades de acogida beneficiarias.</p> <p>Efecto 3.4 Mejora de la observancia del tratamiento antirretroviral por parte de los pacientes, entre los refugiados y la población de acogida.</p> <p>Efecto 3.5 Mejora de la recuperación nutricional de los pacientes sometidos a tratamiento antirretroviral entre los refugiados y la población de acogida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalencia del bajo peso al nacer entre los recién nacidos de las madres gestantes beneficiarias Meta: <20% tiene <2,5 kilogramos ➤ Porcentaje de mujeres que reciben apoyo sometidas al menos a cuatro controles prenatales durante la gestación Meta: 90% ➤ Porcentaje de mujeres lactantes que reciben apoyo sometidas a un control después del parto Meta: 90% ➤ Prevalencia de la anemia por carencia de hierro entre los niños menores de 5 años y las mujeres gestantes y lactantes beneficiarios Meta: <30%; mujeres gestantes <110 g/l; niños menores de 5 años <110g/l; mujeres lactantes <120 g/l ➤ Tasa de observancia del tratamiento antirretroviral Meta: >95% ➤ Tasa de recuperación nutricional en el tratamiento antirretroviral Meta: >75% 	<p>Los organismos hacen frente a otras causas agravantes de la malnutrición, como el paludismo y los parásitos intestinales.</p> <p>Se dispone de servicios de salud, agua, saneamiento y servicios sociales.</p>
<p>Producto 3.1 Suministro de suplementos alimenticios enriquecidos a los niños y las mujeres gestantes y lactantes seleccionados, en el marco de la actividad de alimentación suplementaria selectiva destinada a los refugiados y las comunidades de acogida beneficiarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de mujeres y niños malnutridos, por sexo y edad, que reciben alimentación suplementaria selectiva Meta: véase el Cuadro 2 ➤ Cantidades efectivas de Supercereal Plus y Supercereal distribuidas, como porcentaje de las distribuciones previstas Meta: 100% ➤ Volumen de alimentos distribuidos, por tipo y como porcentaje del volumen previsto Meta: véase el Cuadro 4 	<p>Los centros de alimentación suplementaria disponen de personal médico, equipo, suplementos y servicios adecuados.</p> <p>Los hospitales y las instalaciones sanitarias disponen de personal médico, equipos, medicamentos y servicios adecuados.</p> <p>El suministro de alimentos funciona sin problemas.</p> <p>Las personas con VIH afectadas por la inseguridad alimentaria están dispuestas a participar.</p> <p>Los asociados pueden proporcionar medicamentos antirretrovirales y servicios médicos para las personas con VIH.</p>

ANEXO III

CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS EN LA REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA



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

LISTA DE LAS SIGLAS UTILIZADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO

ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
APC	alimentos para la capacitación
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
ONG	organización no gubernamental
OPSR	operación prolongada de socorro y recuperación
OUA	Organización de la Unidad Africana
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia