

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

Segundo período de sesiones ordinario
de la Junta Ejecutiva

Roma, 8-11 de noviembre de 2010

PROYECTOS QUE REQUIEREN LA APROBACIÓN DE LA JUNTA EJECUTIVA

Tema 9 del programa

Para aprobación

S

Distribución: GENERAL
WFP/EB.2/2010/9-A/1
27 septiembre 2010
ORIGINAL: INGLÉS

PROYECTOS DE DESARROLLO – TAYIKISTÁN 200173

Apoyo a los enfermos de tuberculosis y a sus familias

Número de beneficiarios	136.000
Duración del proyecto	36 meses (1º de enero 2011 – 31 de diciembre de 2013)
Volumen de los alimentos proporcionados por el PMA	12.483 toneladas
Costo (dólares EE.UU.)	
Costo de los alimentos para el PMA	4.225.209
Costo total para el PMA	7.018.153

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

NOTA PARA LA JUNTA EJECUTIVA

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

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

Director Regional, ODC*: Sr. D. Belgasmi Tel.: 066513-3561

Oficial de Enlace, ODC: Sra. M. Jaring Tel.: 066513-2342

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 El Cairo (Oriente Medio, Asia Central y Europa Oriental)

RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad endémica en Tayikistán que amenaza la seguridad alimentaria y los medios de subsistencia de los enfermos y sus familias. Es un hecho admitido que se trata de una enfermedad de la pobreza y está relacionada con la emigración laboral, la cual, por las remesas enviadas a los hogares pobres, genera unos ingresos equivalentes a la mitad del producto interno bruto. El apoyo del PMA constituye una red eficaz de protección social para los enfermos y para las familias que se ven privadas de su principal sostén económico. Puesto que la asistencia del PMA está supeditada a que se siga el tratamiento, los alimentos son un incentivo para que los pacientes completen el mismo y eviten el riesgo de desarrollar cepas de la enfermedad resistentes a los fármacos.

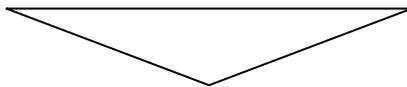
Los principales asociados cooperantes del PMA en la asistencia relacionada con la tuberculosis son el Centro Nacional de Tuberculosis, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y el proyecto “Health Opportunities for People Everywhere”. El presente proyecto de desarrollo se basa en los logros de una alianza gracias a la cual, desde 2007, han aumentado las tasas de curación, se han reducido las tasas de defunción y de abandono, se ha frenado el aumento de la tuberculosis multirresistente y se ha reducido la inseguridad alimentaria en los hogares afectados.

El proyecto contribuirá a los objetivos del Programa nacional de lucha contra la tuberculosis 2010-2015 y está en consonancia con el borrador de la Estrategia nacional de salud para 2010-2020 y con la estrategia denominada “Alto a la tuberculosis” de la Organización Mundial de la Salud. Está en consonancia asimismo con la Estrategia nacional de desarrollo para 2007-2015 y con el Documento de estrategia de lucha contra la pobreza 2010-2012. El proyecto aborda los Objetivos Estratégicos 4 y 5¹ y contribuye a los Objetivos de Desarrollo del Milenio 1 y 6²; también apoya el cuarto pilar del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2010-2015 a fin de lograr que las personas vulnerables tengan mayor acceso a servicios básicos de calidad.

¹ Objetivo Estratégico 4: Reducir el hambre crónica y la desnutrición; Objetivo Estratégico 5: Fortalecer la capacidad de los países para reducir el hambre, especialmente mediante estrategias de traspaso de responsabilidades y compras locales.

² Objetivo de Desarrollo del Milenio 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre; Objetivo de Desarrollo del Milenio 6: Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades.

PROYECTO DE DECISIÓN*



La Junta aprueba el proyecto de desarrollo Tayikistán 200173 “Apoyo a los enfermos de tuberculosis y a sus familias” (WFP/EB.2/2010/9-A/1) propuesto, a condición de que se disponga de recursos.

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

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

1. Tayikistán es un país sin litoral, de bajos ingresos y con déficit de alimentos que tiene una población de 7,3 millones de habitantes. El producto interno bruto (PIB) per cápita es de 1.753 dólares EE.UU., el más bajo de la región de Asia central y Europa oriental³. Sólo el 7% de la superficie es cultivable. Al independizarse en 1992 de la antigua Unión Soviética, la guerra civil de cinco años causó daños generalizados en las infraestructuras y la pérdida estimada de unas 50.000 vidas humanas.
2. Tayikistán se enfrenta a unas circunstancias difíciles derivadas de sus condiciones geográficas, su historia, su debilidad institucional y la crisis económica mundial. El crecimiento económico se situó en el 8% de media anual entre 2000 y 2008, pero se redujo al 3,4% en 2009, debido a las malas condiciones meteorológicas, a la escasez de energía durante el invierno anterior y a las crisis alimentaria y financiera mundiales⁴. De los 182 países clasificados con arreglo al índice de desarrollo humano en 2009, Tayikistán ocupa el lugar 127³.
3. Tayikistán sigue siendo el país más pobre de la Comunidad de Estados Independientes (CEI) y se encuentra entre los más frágiles de las antiguas repúblicas soviéticas. Los indicadores sociales han mejorado en los últimos años, pero su nivel sigue siendo bajo a resultas de los deficientes servicios públicos, de la continua escasez de energía y de los bajos ingresos por habitante. Es el único país de Asia central que probablemente no llegue a alcanzar la mayoría de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)⁵.
4. Las remesas enviadas por los 1,5 millones de emigrantes laborales, principalmente desde Rusia, constituyen uno de los sectores más importantes de la economía: representaron el 50% del PIB en 2008 y sirvieron de red de protección social a muchas familias. En 2008, la cantidad media de remesas enviadas por persona fue de 251 dólares, frente a los 114 dólares de Europa central y oriental y la CEI⁶. Debido a la reciente desaceleración económica, los ingresos en concepto de remesas en 2009 fueron de 1.700 millones de dólares, lo cual representa una disminución del 33% con respecto a la cifra récord de 2.700 millones de dólares, alcanzada en 2008⁷.
5. La tasa de pobreza ha experimentado una disminución constante en la última década, pero sigue siendo elevada. Según el último estudio sobre la pobreza del Banco Mundial, efectuado en 2007, el 41% de la población vivía por debajo del umbral de la pobreza de 41 dólares al mes, y el 17% se encontraba por debajo de la línea de pobreza extrema, establecida en 26 dólares al mes. Sin embargo, se trata de una mejora considerable con respecto al número de personas que vivían por debajo del umbral de la pobreza en 2003 (64%) y 1999 (83%)⁷.
6. La sanidad pública en Tayikistán se ha ido deteriorando desde 1990, momento en que estaba relativamente bien financiada, con un 6% del PIB; pero desde 1995 la financiación ha estado por debajo del 2% del PIB; en 2009, en concreto, representó el 1,9% del PIB. A finales de 2004, el gasto anual per cápita en atención de salud era inferior a 2 dólares –

³ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2009. *Informe sobre Desarrollo Humano*, actualización estadística 2008-2009. Disponible en la dirección: <http://hdr.PNUD.org/es/estadisticas>

⁴ The Economist Intelligence Unit (2010). *Tajikistan Country Report*, Londres.

⁵ PNUD. 2009. *Accelerating MDG Attainment*, Nueva York. Es probable que para 2015 no se logren más que los ODM 1 y 2.

⁶ Banco Mundial. 2007. *Encuesta sobre niveles de vida en Tayikistán*, Washington D.C.

⁷ Fondo Monetario Internacional y Banco Nacional de Tayikistán, seguimiento mensual de las remesas.

6,5% del presupuesto nacional, mientras que en 2010 se sitúa en el 6%. El país tiene el menor número de profesionales de la medicina por habitante, y éstos son también los peor pagados de la CEI⁸.

7. La incidencia de la tuberculosis en Tayikistán es de 231 por cada 1.000 habitantes, la más alta en la región dependiente de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹, y la enfermedad ocasiona grandes pérdidas económicas, al igual que en otras partes de Asia Central. Las tasas de enfermedad y mortalidad relacionadas con la tuberculosis son especialmente elevadas en las zonas rurales del país aquejadas de inseguridad alimentaria. Los enfermos de tuberculosis suelen ser emigrantes de sexo masculino y pertenecientes a familias pobres con inseguridad alimentaria que emigran a Rusia o a Kazajistán para trabajar; suelen vivir en condiciones precarias y son a menudo el único sostén económico del hogar. Los que reciben un diagnóstico positivo de tuberculosis dejan sus puestos de trabajo y regresan a su hogar o son deportados por el país de acogida. Esto provoca un triple impacto en los hogares: i) la pérdida de la principal fuente de ingresos; ii) el aumento de los gastos sanitarios, y iii) el riesgo de propagación de la enfermedad a los miembros de la familia.
8. La tuberculosis resistente a múltiples medicamentos (multirresistente) y la tuberculosis extremadamente resistente constituyen un reto importante para el control de la enfermedad. Cuando los pacientes interrumpen su tratamiento porque pierden motivación o porque regresan a un país de acogida para trabajar, desarrollan la cepa resistente a los fármacos y la cura se hace mucho más difícil. La tasa de mortalidad de la tuberculosis multirresistente es del 80%, frente al 5% de la tuberculosis ordinaria cuando es tratada. El tratamiento dura por lo menos 18 meses en lugar de seis, y el costo médico es considerablemente mayor: un ciclo completo de tratamiento para un enfermo de tuberculosis ordinaria cuesta entre 10 y 15 dólares, mientras que el de la tuberculosis multirresistente cuesta 4.000 dólares¹⁰.
9. De los 27 países que presentan las mayores tasas de tuberculosis multirresistente, 14 son antiguas repúblicas soviéticas, entre las cuales Tayikistán ocupa el quinto puesto, con una tasa de tuberculosis multirresistente del 23% (entre todos los casos de tuberculosis). En su primer estudio de Tayikistán, la OMS halló una tasa de tuberculosis multirresistente del 17,4% entre los nuevos casos de tuberculosis y del 67,2% entre los enfermos de tuberculosis previamente tratados en la ciudad de Dushanbe y el distrito de Rudaki. La última cifra mencionada es una tercera parte más alta que el 41% de 2006, y es la tasa más alta jamás registrada entre los pacientes de tuberculosis tratados previamente en cualquier zona subnacional del mundo¹¹.

Pobreza y seguridad alimentaria y nutricional

10. Aproximadamente el 74% de la población vive en zonas rurales y el 26% en las ciudades; el 75% de la población pobre y el 72% de la extremadamente pobre viven en las zonas rurales y son vulnerables a las condiciones climáticas adversas y a las crisis de los precios⁶. A pesar de la cosecha de cereales sin precedentes obtenida en 2009 gracias a la

⁸ OMS/PNUD. 2009. *Review of Tuberculosis Control in Tajikistan*, Ginebra.

⁹ OMS (2007). *Tajikistan TB profile*, Ginebra. Disponible en la dirección: http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/TB/PDF_Files/tjk.pdf.

La Oficina Regional para Europa de la OMS abarca Europa occidental y oriental, la CEI, los Balcanes, el Cáucaso, Israel y Turquía.

¹⁰ OMS/PNUD. 2009. *Review of Tuberculosis Control in Tajikistan*, Copenhague.

¹¹ Todas las estadísticas proceden de la OMS (2009). *Global Tuberculosis Control: a Short Update to the 2009 Report*, Ginebra.

bonanza de las lluvias y a las reformas del sector agrícola, el país depende de las importaciones de alimentos para satisfacer el 40%¹² de sus necesidades. El seguimiento de los mercados por parte del PMA muestra que los precios de los alimentos son superiores a los de 2007, es decir, antes de que se desatara la crisis de los precios alimentarios; los precios del pan y del aceite de cocinar se duplicaron en 2008 y siguen siendo elevados. Tayikistán depende de la ayuda internacional para sostener su abastecimiento de alimentos.

11. Dos terceras partes de la población rural dependen del mercado para satisfacer sus necesidades alimentarias. Las poblaciones aquejadas de inseguridad alimentaria dedican el 70% de sus ingresos a los alimentos; las familias más pobres se endeudan de forma habitual para comprarlos y su régimen alimentario es deficiente en vegetales, proteínas y micronutrientes¹³.
12. En 2008, según una evaluación conjunta de la seguridad alimentaria y la nutrición realizada por el PMA, por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y por el Gobierno de Tayikistán, la seguridad alimentaria afectaba a 1,7 millones de personas en las zonas rurales¹⁴, de las cuales 540.000 sufrían inseguridad alimentaria grave; alrededor de 1,16 millones de personas sufrían inseguridad alimentaria moderada, esto es, el 23% de los hogares rurales. En las ciudades, se detectó que la inseguridad alimentaria afectaba a 500.000 personas, de las cuales el 15% sufría inseguridad alimentaria grave y el 22% inseguridad alimentaria moderada.
13. Según los resultados del seguimiento de la seguridad alimentaria de abril de 2010, la inseguridad alimentaria afecta a un millón de personas en las zonas rurales de Tayikistán —35% de la población rural¹⁵—. Si se comparan estos datos de seguimiento con la información procedente del seguimiento tras la distribución en el proyecto del PMA de lucha contra la tuberculosis, los hogares aquejados por la inseguridad alimentaria y los afectados por la tuberculosis comparten las mismas características: bajos ingresos, pocos activos en forma de ganado o tierra y gran vulnerabilidad a las condiciones adversas. Las regiones de Khatlon y Sughd, que son las que presentan las mayores densidades de población y número de enfermos de tuberculosis, son también las zonas más pobres y con mayor inseguridad alimentaria del país.
14. La incidencia de la tuberculosis en algunos distritos de la región de Khatlon es de dos a tres veces más elevada que la media nacional; las tasas de mortalidad son de dos a cinco veces mayores. En 2008, el 25% de los nuevos casos de tuberculosis se registró en esta región¹⁶. Los enfermos con tuberculosis se encuentran entre los de menores ingresos del país: no poseen activos como ganado o tierra y viven principalmente en zonas expuestas a catástrofes y expuestas a la inseguridad alimentaria¹⁷.

¹² FAO: Evaluación de las cosechas y de la seguridad alimentaria de la FAO, octubre de 2009, pág. 26. Disponible en la dirección: <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ena/wfp220375.pdf>.

¹³ “Sistema de seguimiento de la seguridad alimentaria en Tayikistán”, documento interno del PMA.

¹⁴ PMA/FAO/UNICEF/Gobierno de Tayikistán (2008). Evaluación conjunta de la seguridad alimentaria, los medios de subsistencia, la agricultura y la nutrición en emergencias, abril-mayo de 2008, Roma.

¹⁵ PMA, FAO, UNICEF, Gobierno de Tayikistán. 2010. *A Joint Emergency Food Security, Livelihoods, Agriculture and Nutrition Assessment, April 2010*. Roma.

¹⁶ OMS (2009). Programa nacional de protección de la población contra la tuberculosis, Dushanbe.

¹⁷ Seguimiento tras la distribución de las actividades del PMA relativas a la tuberculosis, 2008-2010.

15. El estado nutricional de los niños menores de 5 años no ha mejorado desde la última encuesta de ámbito nacional, realizada en 2005. Se estima que la malnutrición aguda global se sitúa entre el 5% y el 7%, y la malnutrición crónica entre el 27% y el 39%¹⁸. Las causas principales de la malnutrición son la falta de dinero para comprar alimentos, la escasa diversidad del régimen alimentario, los hábitos de alimentación inadecuados y la falta de agua salubre y de higiene. Tayikistán tiene una de las mayores tasas de mortalidad infantil de la CEI, con 46 niños fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos⁶, el doble de la media de la CEI.

Políticas y programas gubernamentales

16. El Programa nacional de lucha contra la tuberculosis (2003-2010), que se basaba en el tratamiento breve de quimioterapia bajo observación directa (DOTS) y contaba con el apoyo del Gobierno y de asociados internacionales, ha dado paso al Programa nacional de control de la tuberculosis para 2010-2015, que sirve de marco para la realización de actividades de lucha contra esta enfermedad basadas en la estrategia “Alto a la tuberculosis” de la OMS. El programa fue formulado conjuntamente por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), por la OMS y por el Ministerio de Salud, con la ayuda financiera del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial).
17. Algunos de los retos a los que se debe hacer frente en el marco del Programa nacional de control de la tuberculosis para 2010-2015 son el control de la coinfección de tuberculosis/VIH, la gestión de la tuberculosis multirresistente y la lucha contra la tuberculosis en las cárceles. Los objetivos son: i) garantizar el acceso de todos los enfermos de tuberculosis a un diagnóstico fiable, un tratamiento efectivo y la recuperación, así como ii) impedir la propagación de la infección y de la enfermedad.
18. Dado que los trabajadores migrantes son especialmente propensos a contraer tuberculosis, el programa hace hincapié en la formulación y la aplicación de medidas para lograr un mayor acceso a servicios relacionados con la tuberculosis tanto en Tayikistán como en los países de acogida, en relación con medidas destinadas a mejorar las condiciones socioeconómicas de los enfermos y reducir la carga que supone la enfermedad para los grupos de población vulnerables.

LECCIONES APRENDIDAS DE LA COOPERACIÓN ANTERIOR

19. El PMA comenzó a trabajar en Tayikistán en 1993, después del estallido de la guerra civil, para atender las necesidades de las personas desplazadas por la violencia, y desde entonces ha suministrado asistencia alimentaria a 5 millones de beneficiarios. Empezó a prestar apoyo a los enfermos de tuberculosis y a sus familias en 2003, abriendo dos centros específicos con capacidad para atender a 1.000 beneficiarios; en 2007 eran ya 11 centros, con capacidad para atender a 8.300 beneficiarios.
20. Reconociendo la experiencia del PMA en el apoyo a actividades de lucha contra la tuberculosis y su amplia red de distribución rural, el Comité Nacional de Coordinación para la Prevención y la Lucha contra el VIH/Sida, la Tuberculosis y la Malaria, perteneciente al Ministerio de Salud, pidió al Fondo Mundial que prestara apoyo financiero

¹⁸ PMA/FAO/UNICEF/Gobierno de Tayikistán (2008). Evaluación conjunta de la seguridad alimentaria, los medios de subsistencia, la agricultura y la nutrición en emergencias, abril-mayo de 2008, Roma; PMA/OMS (2009). “Tajikistan Food Security and Nutrition Monitoring System”, UNICEF (2009). *Estado Mundial de la Infancia 2009*, Nueva York.

al PMA. Desde 2007, el Fondo Mundial ha asignado a éste 1,2 millones de dólares a través del PNUD, que le han permitido extender la asistencia alimentaria a los enfermos de tuberculosis a la totalidad de los 64 distritos del país. En 2010, el PMA proporciona asistencia alimentaria a una media de 20.000 pacientes y familiares al mes dentro de la operación prolongada de socorro y recuperación (OPSR) 106030.

21. Varios informes avalan la valía de los incentivos para que los enfermos de tuberculosis sigan el tratamiento. El suministro de alimentos es particularmente importante, ya que esta enfermedad está relacionada con la pobreza y la malnutrición: una persona malnutrida y con un sistema inmunitario debilitado está predispuesta a desarrollar tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, y la tuberculosis, a su vez, causa malnutrición¹⁹. Los incentivos para aumentar el cumplimiento del DOTS se han incrementado notablemente desde la época de las repúblicas soviéticas, con sus altas tasas de tuberculosis multirresistente y su sistema de atención sanitaria impersonal y estrictamente reglamentado.
22. Según los datos reunidos a través del Centro Nacional de Tuberculosis en 2007, que se difundieron en 2009, en los enfermos de tuberculosis que recibían asistencia alimentaria del PMA el éxito del tratamiento era del 89%, frente al 77,6% en los que no la recibían; el 14,5% de los pacientes sin apoyo alimentario no completó el tratamiento, mientras que entre quienes recibían un incentivo de alimentos, la tasa de abandono era sólo del 2,8%.
23. El principal asociado cooperante del PMA desde el año 2003, el proyecto “Health Opportunities for People Everywhere Project” (Proyecto HOPE), llevó a cabo un estudio de casos en marzo de 2005 en dos distritos, en el cual se constató que “... un programa de incentivos en forma de suplementos alimenticios puede aumentar sustancialmente las tasas de terminación del tratamiento y la cura de la tuberculosis entre los enfermos pobres y vulnerables”²⁰. La tasa de curación registrada en los dos distritos era un 25% mayor en los pacientes que recibían raciones de alimentos; la tasa de terminación del tratamiento era un 40% mayor.
24. En una evaluación de la asociación temprana entre el PMA y el Proyecto HOPE, la OMS constató que “... los resultados fueron muy positivos, planteando la cuestión de si, en el futuro, convendría suministrar asistencia alimentaria a todos los enfermos de tuberculosis empobrecidos y a sus familias”²⁰. En su evaluación de 2009, la OMS observó que “la asistencia alimentaria temporal es un factor importante para el seguimiento del tratamiento, el apoyo de la familia y los resultados positivos, y debería formar parte de la atención relativa a la tuberculosis”²¹.

ESTRATEGIA DEL PROYECTO

25. En virtud del proyecto de desarrollo 200173, el PMA prestará apoyo a todos los enfermos de tuberculosis inscritos en el programa DOTS en la totalidad de los 64 distritos del país: 136.000 beneficiarios recibirán apoyo alimentario durante tres años, una media de 25.000 beneficiarios al mes; se prevé que el 40% de los beneficiarios se encuentren en la región de Khatlon, que es la que tiene la mayor densidad de población, algunos de los peores indicadores de seguridad alimentaria y tasas de tuberculosis entre las más elevadas.

¹⁹ Cegielski, J.P. y McMurray, D.N. 2004. “The relationship between malnutrition and tuberculosis: evidence from studies in humans and experimental animals”, *The I.J. of Tuberculosis and Lung Disease* 8(3): 286–298.

²⁰ Proyecto HOPE. 2005. *Using Incentives to Improve Tuberculosis Treatment Results: Lessons from Tajikistan*. Disponible en la dirección: http://www.coregroup.org/storage/documents/Workingpapers/Proj_Hope_Tajikistan_TB_case_study.pdf

²¹ OMS/PNUD *Review of Tuberculosis Control in the Republic of Tajikistan*, 2009.

Con el proyecto de desarrollo 200173 se pretende frenar la alarmante progresión de la tuberculosis multirresistente. Sus resultados previstos son: i) lograr mayores tasas de terminación y éxito del tratamiento antituberculoso, y ii) crear una red efectiva de protección social para las familias de los pacientes durante el tratamiento.

26. Los resultados del proyecto en forma de productos son: i) una ración de alimentos de seis meses para 45.200 enfermos de tuberculosis, y ii) una ración de alimentos de seis meses para 91.600 familiares²².

CUADRO 1: NÚMERO DE BENEFICIARIOS			
Beneficiarios	Hombres	Mujeres	Total
Enfermos de tuberculosis	29 000	16 200	45 200
Familiares	39 000	51 600	90 600
TOTAL	68 000	67 800	135 800

27. El programa relativo a la tuberculosis se llevará a cabo en coordinación con el Centro Nacional de Tuberculosis, con el Fondo Mundial y con el Proyecto HOPE. En virtud de su acuerdo con el Fondo Mundial, el PMA suministra alimentos durante seis meses a todos los pacientes de tuberculosis inscritos en el DOTS. En los primeros dos meses, cuando están internados en una clínica u hospital, reciben comidas calientes. Al dárselos el alta para que completen el tratamiento desde casa, reciben una ración para otros cuatro meses, hasta el final del tratamiento; sus familias reciben apoyo del PMA durante el mismo período a modo de red de protección social, para compensar la pérdida de ingresos. Sin embargo, si un paciente se retira del tratamiento, la asistencia a su familia se interrumpe, una condición encaminada a aumentar la motivación del paciente para completar el tratamiento.
28. La experiencia hasta la fecha del apoyo alimentario del PMA en relación con la tuberculosis demuestra que la actual canasta de alimentos, formada por harina de trigo enriquecida, aceite vegetal enriquecido, legumbres secas y sal, es aceptada por los beneficiarios.

²² El PMA prestará apoyo, en promedio, a dos familiares por cada enfermo de tuberculosis.

CUADRO 2: RACIONES DE ALIMENTOS (gramos por persona al día)								
Número de días de alimentación al año	Harina de trigo	Legumbres secas	Aceite vegetal	Sal	Total	Kilocalorías/día	Porcentaje de kilocalorías de origen proteínico	Porcentaje de kilocalorías de origen lipídico
180	400	40	15	5	460	1 669	13,1	11,6

29. Las necesidades totales de alimentos ascienden a 12.483 toneladas, según se muestra en el Cuadro 3.

CUADRO 3: NECESIDADES TOTALES DE ALIMENTOS (toneladas)					
Beneficiarios	Harina de trigo	Legumbres secas	Aceite vegetal	Sal	Total
Enfermos de tuberculosis	3 700	362	136	45	4 243
Familiares	7 150	724	273	93	8 240
TOTAL	10 850	1 086	409	138	12 483

30. Los asociados que contribuyen al Programa nacional de control de la tuberculosis y al sector de la salud son el Fondo Mundial, la OMS, el PNUD, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Proyecto HOPE, Cáritas, la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y el *Kreditanstalt für Wiederaufbau* (Instituto Alemán de Crédito para la Reconstrucción). Prestan asistencia financiera, política y técnica y aportan medicamentos y suministros médicos; también participan en la promoción, la reconstrucción de infraestructuras sanitarias, la movilización social y la investigación.
31. En la ejecución, la gestión y la evaluación del programa de lucha contra la tuberculosis se integrará la política del PMA en materia de género²³, centrandó la atención en el papel de las mujeres cabeza de familia receptoras de raciones familiares. El hecho de que el 36% de los enfermos de tuberculosis sean mujeres crea graves tensiones en los hogares, en especial cuando están internadas. El PMA prevé asociarse con el PNUD en un proyecto de generación de ingresos para ayudar a las mujeres que se han recuperado de la tuberculosis a tener acceso a un proyecto de microfinanciación para crear pequeñas empresas.

²³ WFP/EB.1/2009/5-A/Rev.1

32. En colaboración con el Proyecto HOPE, el PMA explorará la viabilidad de un proyecto piloto de entrega de efectivo/cupones y llevará a cabo un análisis de los mercados en ciudades y en zonas rurales. Tras el estudio realizado en 2008 sobre las ventajas comparativas de las transferencias de efectivo²⁴, el PMA está celebrando consultas con el Fondo Mundial, con el Gobierno, con los donantes, con bancos y con organizaciones no gubernamentales que han llevado a cabo transferencias dinerarias en Tayikistán. Si se constata que los programas de transferencias de efectivo y de entrega de cupones son convenientes, el PMA examinará la posibilidad de introducir un proyecto piloto en la materia para ayudar a los enfermos de tuberculosis y a sus familias, por medio de una revisión presupuestaria del proyecto de desarrollo 200173.
33. El PMA y sus asociados desarrollarán actividades de promoción para concienciar sobre la necesidad de reducir la incidencia de la tuberculosis en Tayikistán y del papel de un apoyo alimentario y dinerario en su tratamiento. Como principal defensor de estas formas de apoyo, el PMA concienciará a sus asociados, especialmente el Ministerio de Salud, sobre la necesidad de sostener la entrega de alimentos y de dinero en efectivo o de cupones a los enfermos de tuberculosis y sus familias, complementando su apoyo de forma que el Gobierno vaya asumiendo paulatinamente responsabilidades en el tratamiento de la tuberculosis. Las autoridades locales, por mandato presidencial, deben intensificar su participación en el tratamiento de la tuberculosis y prepararse para el traspaso de responsabilidades. El presente documento servirá de base para las consultas entre el PMA, el Gobierno y los asociados con respecto a un futuro traspaso. En vista de la vulnerabilidad de los enfermos de tuberculosis y sus familias, será necesario mantener los incentivos mediante un futuro programa de protección social para garantizar el éxito del Programa de control de la tuberculosis.

GESTIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

34. El PMA adquirirá alimentos localmente, en particular sal yodada, que es fácil de conseguir. La mayoría de los otros componentes de la canasta de alimentos se importarán de otros países de la región, principalmente de la Federación de Rusia y de Kazajistán. Los alimentos llegan a Tayikistán por ferrocarril a través de Uzbekistán a Dushanbe, a Kurgan-Tyube en el sur y a Khujand en el norte. El PMA mantiene una capacidad suficiente de almacenamiento en estos lugares, así como un almacén con una capacidad de 100 toneladas en la ciudad oriental de Khorog, en la oblast (provincia) autónoma de Gorno-Badajshán, la zona de intervención más remota e inaccesible.
35. El PMA será responsable de la entrega de alimentos desde sus almacenes regionales a los hospitales y centros de tuberculosos; el Centro Nacional de Tuberculosis y el Proyecto HOPE se encargarán del almacenamiento, la manipulación y la distribución de los alimentos en sus zonas respectivas. Las distribuciones tendrán lugar cada dos meses, tres veces en cada período de tratamiento. El Centro Nacional de Tuberculosis sufragará los costos del personal médico y del suministro de alimentos complementarios para las comidas cocinadas de los pacientes internados en hospitales de todo el país. El PMA realizará un seguimiento y presentará informes con regularidad y, junto con el Centro Nacional de Tuberculosis, se ocupará de capacitar al personal encargado del seguimiento de los alimentos.

²⁴ PMA (2008). *Assessment of the Feasibility of Cash/Voucher Options*. Disponible en la dirección: <http://home.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ena/wfp196791.pdf>

36. El Centro Nacional de Tuberculosis, que se ocupa de registrar a los enfermos de tuberculosis y de administrar sus tratamientos DOTS, incluyendo, en ocasiones, los primeros dos meses de atención hospitalaria, administrará las listas de los pacientes inscritos en el DOTS y supervisará la distribución de alimentos a los pacientes internos, los externos y los familiares. Todos los pacientes inscritos reciben tratamiento gratuito.
37. El Proyecto HOPE, asociado cooperante del PMA en 11 distritos, gestionará las listas de pacientes con tuberculosis inscritos en el DOTS en estos distritos, además de proporcionar capacitación y supervisar al personal médico en clínicas de tuberculosis en el seguimiento de la medicación y la atención sanitaria. El Proyecto HOPE y el Centro Nacional de Tuberculosis vigilarán el cumplimiento del tratamiento y los resultados en sus distritos. El PMA y el Centro Nacional de Tuberculosis harán el seguimiento de la distribución de alimentos.
38. Se prevé que el Fondo Mundial, donante principal del Centro Nacional de Tuberculosis, del Proyecto HOPE y del PMA, proporcione a este último la financiación necesaria para todos los enfermos de tuberculosis a través del PNUD, lo cual representa una tercera parte de las necesidades. Para obtener recursos con los que apoyar a los familiares, el PMA contará con donantes que previamente hayan financiado su labor en Tayikistán y con donantes de países con economías emergentes que tengan un interés estratégico en Asia central.
39. En 2013, el PMA llevará a cabo una autoevaluación de sus actividades relativas a la tuberculosis en Tayikistán. En caso de que para entonces se haya introducido un componente de transferencias de efectivo/cupones para alimentos, la evaluación incluirá un examen de las ventajas comparativas de estas formas de asistencia con respecto a las transferencias de alimentos.

ANEXO I

DESGLOSE DE LOS COSTOS DEL PROYECTO			
Productos alimenticios¹	Cantidad (toneladas)	Valor (dólares)	Valor (dólares)
Cereales	10 850	3 202 766	
Legumbres secas	1 086	449 043	
Aceite y grasas	409	560 718	
Sal	138	12 682	
Total de alimentos	12 483	4 225 209	4 225 209
Transporte externo			167 353
Transporte terrestre, almacenamiento y manipulación			1 560 875
Otros costos operacionales directos			80 870
Costos de apoyo directo			524 715
Total de costos directos para el PMA			6 559 021
Costos de apoyo indirecto (7,0%) ²			459 131
COSTO TOTAL PARA EL PMA			7 018 153

¹ Se trata de una canasta de alimentos teórica utilizada a efectos de presupuestación y aprobación, cuyo contenido puede variar.

² La tasa de los costos de apoyo indirecto puede ser modificada por la Junta en el transcurso del proyecto.

ANEXO II: MARCO LÓGICO		
Resultados	Indicadores de las realizaciones	Supuestos y riesgos
<p>Efecto previsto en el UNDAF: pilar 4, efecto 3: Mayor acceso de las personas más vulnerables a servicios sanitarios de calidad, y mejora de los hábitos de salud para mejorar ésta y reducir las enfermedades transmisibles.</p>	<p>Indicador de los efectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Porcentaje de casos de tuberculosis detectados y curados <p>Valor de referencia: 40,5% Objetivo: 86,0%</p> <p>Indicador de los productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de enfermos de tuberculosis que han recibido incentivos. 	<p>Supuestos:</p> <p>Hay una cooperación y aportación continuas del Ministerio de Salud y del Comité para Situaciones de Emergencia a escala nacional.</p> <p>El Gobierno presta un apoyo financiero continuo al sector de la salud.</p> <p>Riesgos:</p> <p>No se producen crisis inesperadas que agraven los ya precarios y frágiles indicadores de salud.</p> <p>No se registra un grave deterioro de los indicadores socioeconómicos a resultas de crisis financieras externas.</p>
Objetivo Estratégico 4: Reducir el hambre crónica y la desnutrición		
<p>Efecto 4.1 Consumo suficiente de alimentos durante el período objeto de asistencia en los hogares seleccionados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puntuación relativa al consumo de alimentos de los hogares. 	<p>Se satisfacen las necesidades de financiación del proyecto.</p> <p>Existen unas condiciones de seguridad suficientes para llegar a los beneficiarios seleccionados.</p>
<p>Efecto 4.2 Mayor éxito del tratamiento de la tuberculosis en los casos seleccionados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tasa de éxito del tratamiento de la tuberculosis: ➤ porcentaje de enfermos de tuberculosis inscritos en el DOTS en un año dado que han completado con éxito el tratamiento. 	<p>Existe un apoyo continuo al sector de la salud.</p>
<p>Efecto 4.3 Reducción de la tasa de abandono en los enfermos de tuberculosis sometidos al DOTS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tasa de abandono del tratamiento de la tuberculosis. 	

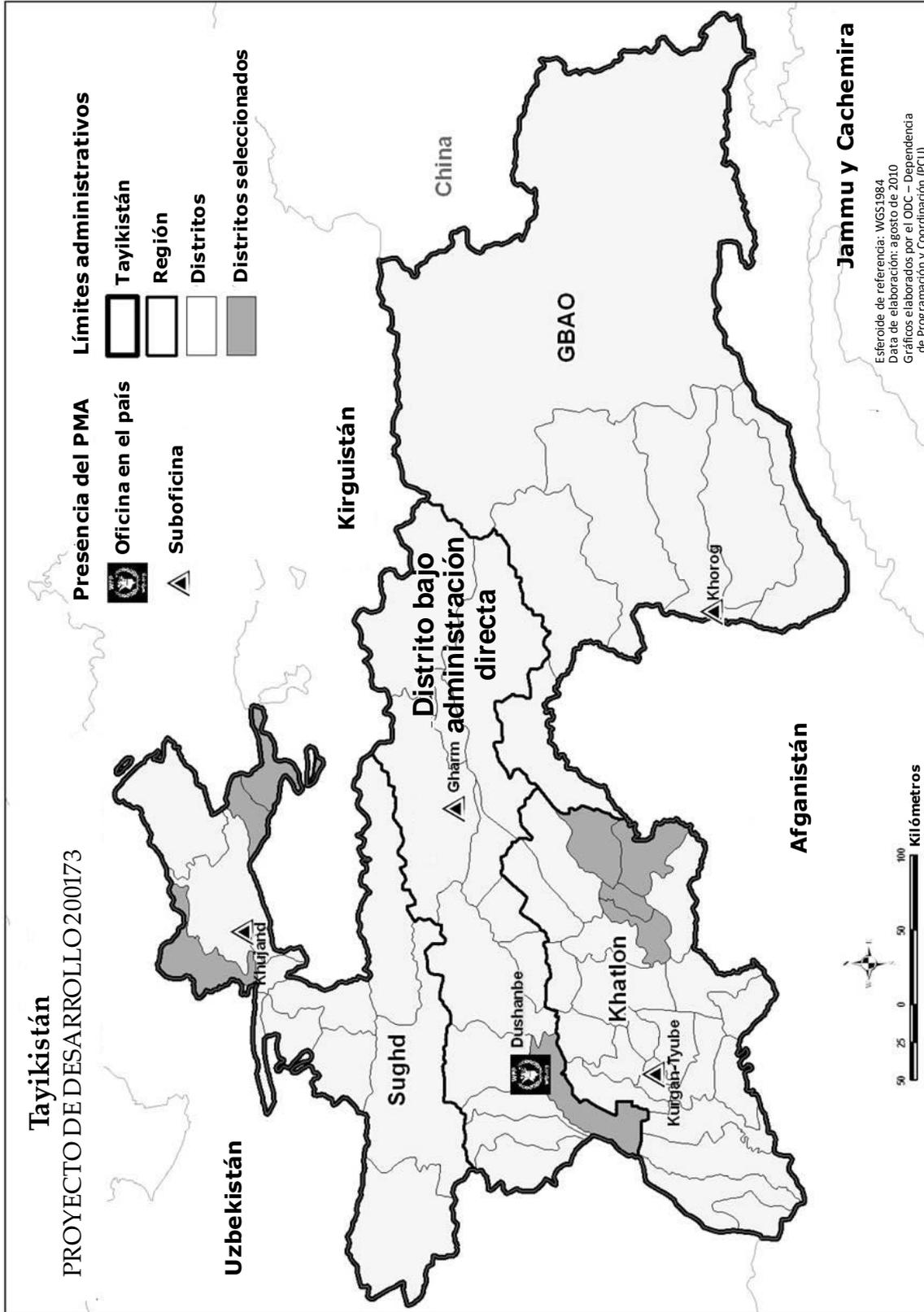


ANEXO II: MARCO LÓGICO		
Resultados	Indicadores de las realizaciones	Supuestos y riesgos
<p>Producto 4.1 Distribución de alimentos y de artículos no alimentarios a mujeres, hombres, niñas y niños, en cantidad y calidad suficientes y en condiciones seguras.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de mujeres, hombres, niñas y niños que han recibido alimentos, incluidos alimentos enriquecidos, alimentos complementarios y productos nutricionales especiales, así como artículos no alimentarios, por tipo y como porcentaje del número previsto. <p>Objetivo: 100% de las distribuciones previstas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Volumen de los alimentos distribuidos, por tipo y como porcentaje del volumen previsto, desglosados por cantidad, calidad y puntualidad en la entrega. <p>Objetivo: 100% del volumen previsto.</p>	<p>Se satisfacen las necesidades de financiación del proyecto. Es posible acceder a los beneficiarios. Se dispone de asociados técnicos. Sobrevienen catástrofes naturales y condiciones meteorológicas extremas. El Gobierno sigue confiriendo una gran prioridad presupuestaria al sector de la salud.</p>
<p>Objetivo Estratégico 5: Fortalecer la capacidad de los países para reducir el hambre, especialmente mediante estrategias de traspaso de responsabilidades y compras locales</p>		
<p>Efecto 5.1 Progresos logrados hacia soluciones de lucha contra el hambre de titularidad nacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reunión anual con el Gobierno y los principales asociados para la formulación de una estrategia de traspaso de responsabilidades. <p>Objetivo: realización de una consulta anual.</p>	<p>Se dispone de recursos suficientes (financiación y personal) para llevar a cabo las actividades. Hay interés y las partes interesadas participan.</p>
<p>Producto 5.1 Posibilidad de aplicar las estrategias de traspaso de responsabilidades acordadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de miembros del personal gubernamental que recibe capacitación sobre creación de redes de protección social en los programas de lucha contra la tuberculosis. <p>Objetivo: capacitación de cinco funcionarios al año.</p>	<p>Los funcionarios ministeriales y los asociados se mantienen en su cargo o puesto. Se satisfacen las necesidades de financiación de los proyectos. Se dispone de presupuesto del Gobierno para la ejecución y el seguimiento de los programas. Se dispone de asociados técnicos. El Gobierno sigue confiriendo una gran prioridad presupuestaria al sector social.</p>
<p>Producto 5.2 Aumento de las capacidades del país para formular, gestionar y poner en práctica herramientas, políticas y programas que permitan</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aumento del personal gubernamental capacitado en seguimiento de los alimentos empleados en la lucha contra la tuberculosis. 	



ANEXO II: MARCO LÓGICO		
Resultados	Indicadores de las realizaciones	Supuestos y riesgos
predecir y reducir el hambre.		
<p>Producto 5.3 Compra de alimentos a escala local.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aumento de las compras locales del PMA, y buena relación costo-eficacia de las mismas. <p>Objetivo: Realización de una evaluación del mercado para finales de 2011.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alimentos adquiridos localmente, en % del total adquirido. <p>Objetivo: 5%</p>	<p>Se dispone de pocos recursos para las compras locales.</p> <p>Las condiciones del mercado no permiten efectuar compras locales.</p>

ANEXO III



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

LISTA DE LAS SIGLAS UTILIZADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO

CEI	Comunidad de Estados Independientes
DOTS	tratamiento breve bajo observación directa (para la tuberculosis)
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPSR	operación prolongada de socorro y recuperación
PIB	producto interno bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia