

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

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

Roma, 12-16 de junio de 2006

PROYECTOS DE PROGRAMAS EN LOS PAÍSES

Tema 8 del programa

Para examen

S

Distribución: GENERAL

WFP/EB.A/2006/8/6/Rev.1

16 junio 2006

ORIGINAL: INGLÉS

PROYECTO DE PROGRAMA EN EL PAÍS – REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA 10437.0 (2007-2010)

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

RESUMEN

En los últimos dos decenios, la República Unida de Tanzania ha registrado un desarrollo socioeconómico notable. Basándose en sus logros, y a través de su Estrategia nacional de crecimiento y reducción de la pobreza¹, el país se ha comprometido a conseguir los objetivos de desarrollo del Milenio para 2015, aunque para ello habrá que realizar considerables esfuerzos. A pesar de su riqueza en recursos, la República Unida de Tanzania es uno de los países más pobres del África subsahariana, y ocupa el puesto 164 de 177 países². Está clasificado como un país menos adelantados, de bajos ingresos y con déficit de alimentos, y tiene una población estimada en 36,9 millones de personas, el 51,1% de las cuales son mujeres³. Se calcula que el 36% de la población vive por debajo del umbral de pobreza de las necesidades básicas y el 20% vive con menos de 1 dólar EE.UU. al día.

Esta intervención es el segundo programa del PMA en Tanzania. Se basa en los logros del actual programa en el país para 2002-2006 y se atiene a las recomendaciones de evaluaciones anteriores y los resultados preliminares de una evaluación exhaustiva de la seguridad alimentaria y la vulnerabilidad. El diseño de esta intervención se ha basado en las orientaciones del comité de dirección del programa en el país, presidido por el Director del Departamento de Gestión de Desastres, que depende de la Oficina del Primer Ministro, y se ha efectuado en colaboración con los demás miembros del equipo de las Naciones Unidas de apoyo a los países.

Este programa en el país contribuirá a los objetivos de desarrollo del Milenio encaminados a erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad de género, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA. Se ha diseñado en el marco de la Estrategia de crecimiento y reducción de la pobreza de Tanzania, responde al Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo y está en sintonía con el Plan Estratégico del PMA para 2006-2009. El programa en el país consta de cuatro componentes: i) apoyo a la enseñanza primaria; ii) apoyo a los hogares afectados por el VIH/SIDA; iii) suministro de alimentos para la creación de activos; y iv) suministro de alimentos suplementarios a niños, madres lactantes y mujeres embarazadas vulnerables.

El programa prestará asistencia a un total de 874.000 beneficiarios a lo largo de cuatro años. Las necesidades alimentarias ascienden a un total de 69.732 toneladas, por un costo de los alimentos de 21,2 millones de dólares y un costo total de 40 millones de dólares.

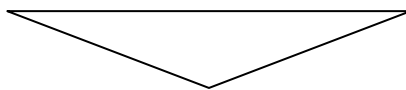
¹ República Unida de Tanzania. *National Strategy for Growth and Reduction of Poverty, 2007-2010*.

² Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2005. *Informe sobre Desarrollo Humano*.

³ República Unida de Tanzania. 2002. *Population and Housing Census Results*.



DECISIÓN



La Junta ratificó el proyecto de programa en el país — República Unida de Tanzania 10437.0 (2007-2010) (WFP/EB.A/2006/8/6/Rev.1), para el cual se requerían 69.732 toneladas de productos alimenticios, por un costo total de 32,2 millones de dólares EE.UU. correspondientes al total de los costos operacionales directos básicos. Autorizó a la Secretaría a proceder a la formulación de un programa en el país en el que se tuvieran en cuenta las observaciones de los miembros de la Junta.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

1. En los últimos dos decenios, la República Unida de Tanzania ha registrado un desarrollo socioeconómico notable. Basándose en sus logros, el país se ha comprometido a conseguir los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) para 2015, aunque para ello hace falta todavía realizar considerables esfuerzos. Pese a su riqueza en recursos, Tanzania es uno de los países más pobres del África subsahariana, y ocupa el puesto 164 de una lista de 177 países de todo el mundo. Está clasificado como un país menos adelantados, de bajos ingresos y con déficit de alimentos y cuenta con una población estimada en 36,9 millones de personas, el 51,1% de las cuales son mujeres. Se calcula que el 36% de la población vive por debajo de la línea de pobreza de las necesidades básicas y el 20% vive con menos de 1 dólar EE.UU. al día⁴. El producto interno bruto (PIB) per cápita era de 287 dólares en 2003 y la alimentación representaba el 65% de los gastos de consumo de los hogares en 2002⁵. La pobreza es mayor en los hogares encabezados por personas económicamente inactivas, analfabetas o con un gran número de personas a su cargo⁶.
2. Por más que la agricultura sea el pilar de la economía, la pobreza es extremadamente elevada en las zonas rurales, donde vive el 77% de la población pobre; la pobreza es mayor entre los hogares que viven de la agricultura de subsistencia⁷. El sistema agrícola de Tanzania depende del agua llovediza y es altamente susceptible a las perturbaciones climáticas, en especial en las zonas semiáridas y áridas del centro y norte del país, donde la inseguridad alimentaria crónica y transitoria cercena la capacidad de los hogares de satisfacer sus necesidades alimentarias en todo momento. Esta situación se ve agravada por la degradación generalizada del medio ambiente, causada en especial por la tala de árboles y las prácticas agrícolas deficientes, que aceleran la erosión del suelo.
3. Los programas de reforma económica de los años 90 no han reducido las desigualdades existentes. Por el contrario, los indicadores de pobreza por ingresos, capacidad humana, supervivencia y nutrición muestran un crecimiento de las disparidades entre los ámbitos rural y urbano y desproporciones en la situación de la pobreza entre regiones y distritos, así como en su interior. Las tendencias son parecidas en el caso de las distribuciones de población, recursos naturales e infraestructura, como el transporte, las escuelas y los centros de salud; por ejemplo, en las regiones de Dar-es-Salaam, Kilimanjaro y Mbeya más del 70% de los hogares utiliza fuentes de agua mejoradas, mientras que en las regiones de Coast, Tabora y Kagera este porcentaje es inferior al 40%, y en la región de Lindi se sitúa en el 20%, el más bajo de todo el país. Dar-es-Salaam, Kilimanjaro y Mbeya registran también la menor distancia media de la escuela secundaria, que oscila entre 2,5 y 8,7 kilómetros, mientras que en las regiones de Shinyanga y Rukwa esta distancia supera los 20 kilómetros; también en este caso, Lindi es la región con el peor promedio, ya que supera los 25 kilómetros. Las estadísticas del PMA indican que las niñas representan solamente el 32%⁸ de los alumnos escolarizados en las escuelas primarias de las zonas pastorales.

⁴ PNUD. 2005. *Informe sobre Desarrollo Humano*.

⁵ República Unida de Tanzania. 2002. *Household Budget Survey Report*.

⁶ Ibid.

⁷ República Unida de Tanzania. 2002. *Population and Housing Census Results*.

⁸ PMA 2004. *Analysis of enrolment data from schools targeted by the WFP-supported school feeding programme*.



4. Tanzania normalmente es autosuficiente en su producción de cultivos básicos (maíz) y otros productos distintos de los cereales, pero la precaria infraestructura de las zonas rurales, los elevados costos de transporte y el funcionamiento deficiente de los mercados limitan la distribución interna de alimentos de las zonas excedentarias a las deficitarias. Una parte importante de los excedentes se concentra en las regiones de tierras altas del sur y no llega a las zonas con déficit de alimentos de Tanzania; la mayor parte de estos excedentes es objeto de comercio con los países vecinos con déficit de alimentos. El Gobierno adquiere cantidades excedentes de maíz de distritos remotos como comprador de último recurso, aunque los insuficientes recursos asignados a la reserva estratégica de cereales han limitado esta capacidad y su impacto. A nivel de los hogares, la deficiente manipulación, almacenamiento y elaboración de los alimentos a menudo ocasiona pérdidas poscosecha, que se calcula que ascienden al 40% de la producción⁹, lo que deteriora todavía más la situación de la seguridad alimentaria.
5. El centro y norte de Tanzania (en especial las regiones de Dodoma, Singida, Arusha, Manyara, Shinyanga, Mwanza y Tabora) han sufrido reiteradamente las consecuencias de la sequía en el último decenio, lo que ha afectado a la capacidad de los hogares pobres de hacer frente a la inseguridad alimentaria crónica y transitoria. Muchos hogares vulnerables han perdido sus activos productivos en la última sucesión de malas cosechas. El descenso de la producción de alimentos básicos per cápita, las sequías, las cuantiosas pérdidas poscosecha, la falta de actividades generadoras de ingresos y la prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) son algunas de las causas de la inseguridad alimentaria y del aumento de la vulnerabilidad a las perturbaciones económicas y climáticas.
6. Los hogares encabezados por mujeres se cuentan entre los más vulnerables, pues sus estrategias de supervivencia son ya limitadas en condiciones normales. Las mujeres sufren un exceso de trabajo en la medida en que se ocupan de cuidar de los hijos, cocinar, plantar, cosechar, recolectar madera y otras obligaciones. En los períodos de inseguridad alimentaria, las mujeres están obligadas a adoptar mecanismos de supervivencia extremos para que a sus familias no les falten alimentos.
7. En los últimos tres decenios, pese a los esfuerzos de varios agentes, la tasa de malnutrición crónica (retraso del crecimiento) entre los niños ha sido muy elevada en Tanzania, en especial en las zonas central y meridional; la última encuesta arroja una tasa de prevalencia nacional del 38%¹⁰ (puntuación Z de < -2). Más de la mitad de las regiones registra tasas de malnutrición crónica de medias a altas, que llegan a alcanzar el 53%. A nivel nacional, el 22% de los niños tiene un peso bajo para la talla (insuficiencia ponderal; puntuación Z de -2), y el 4% padece insuficiencia ponderal grave (puntuación Z de -3)¹¹. La tasa nacional de insuficiencia ponderal de los recién nacidos se sitúa en el 16%¹². La prevalencia de la anemia entre las mujeres se cifra en un preocupante 43%¹³. La carencia

⁹ Centro para la Cooperación en Investigaciones Agrícolas en el África Austral (SACCAR)/Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ). 1994. *Strengthening Postgraduate Training in Agriculture Regional Programme in Land and Water Management*. Actas de un taller especializado, Programa regional de maestría en ciencias patrocinado por SACCAR/GTZ sobre ordenación de tierras y recursos hídricos, Morogoro (Tanzania), 12 a 15 de septiembre de 1994. 67 págs.

¹⁰ Oficina Nacional de Estadística. *Demographic and Health Survey (DHS) 2004*.

¹¹ Ibid.

¹² Tanzania Food and Nutrition Centre (TFNC). *Nutrition Situation in Tanzania*.

¹³ DHS 2004. El indicador se refiere a todas las mujeres, no solamente a las embarazadas y las madres lactantes, ya que la encuesta no hacía distinción.



de vitamina A (< 20 mg/dl) afectaba al 24% de los niños menores de 5 años¹⁴ en 1997; la prevalencia del bocio era del 7% en 2003¹⁵.

8. Los factores socioculturales y las prácticas de cuidado son las principales causas de la malnutrición en Tanzania. La tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad es del 41%; la duración media de la lactancia materna exclusiva es de 2 meses¹⁶. Los alimentos suplementarios a menudo se introducen de manera incorrecta, con lo que se expone tempranamente a los niños a la malnutrición, que aumenta por la insuficiente disponibilidad y calidad de los alimentos en general. Los hábitos culturales y los limitados conocimientos son las principales causas de la falta de diversidad del régimen de alimentación. El alimento básico es una papilla voluminosa a base de carbohidratos con una densidad energética muy baja. La mayoría de los hogares no puede permitirse fácilmente proteínas animales. Las hortalizas representan una parte marginal de la mayoría de los regímenes de alimentación y, por añadidura, generalmente se cocinan durante tanto tiempo que pierden sus micronutrientes. Otras causas de la malnutrición son los pocos cuidados que se dispensan a los niños como consecuencia del exceso de trabajo de las madres, la malnutrición materna y la alta prevalencia del paludismo, los parásitos intestinales y la diarrea¹⁷.
9. La tasa de prevalencia nacional del VIH entre personas de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años es del 7%, con un porcentaje máximo superior al 10% en Mbeya, Iringa y Dar-es-Salaam y un porcentaje mínimo del 2% en Manyara y Kigoma¹⁸. La prevalencia nacional es mayor entre las mujeres (8%) que entre los hombres (6%)¹⁹. En 2003, se calculaba que había 1,8 millones de personas que vivían con el VIH/SIDA y el número de huérfanos creció de 810.000 en 2001 a 2 millones en 2003²⁰. El VIH/SIDA ha agravado el estado de salud de los tanzanos, reduciendo la esperanza de vida a 46 años²¹. En 1999, el Gobierno declaró el VIH/SIDA un desastre nacional y desde entonces vienen realizándose esfuerzos por mitigar su impacto. La tuberculosis es otro problema importante para la salud pública de Tanzania, que figura entre los 22 países con mayor incidencia de tuberculosis y ocupa el sexto puesto en África, con 472 casos por cada 100.000 personas²². La asociación entre la tuberculosis y la infección por el VIH es una de las amenazas más graves para la salud pública, la sociedad y la economía de los países en desarrollo. Aproximadamente el 50% de los tanzanos seropositivos padece tuberculosis.

¹⁴ TFNC. 2004. 1997. *Micronutrient Survey*.

¹⁵ TFNC. 2004. *National IDD Control Programme Survey, 2003-2004*. Informe n° 2002. Dar-es-Salaam.

¹⁶ DHS 2004.

¹⁷ Research on Poverty Alleviation (REPOA). Sin fechar. *Trends and Determinants of Malnutrition in Tanzania*. Documento presentado por W. Lindeboo y Klama Blandina al décimo taller anual de investigación de REPOA.

¹⁸ Tanzania Commission for AIDS (TACAIDS), Oficina Nacional de Estadística y Opinion Research Corporation (ORC) Macro. 2005. *Tanzania HIV/AIDS Indicator Survey 2003-2004*. Calverton, Maryland (EE.UU.).

¹⁹ Ibid.

²⁰ República Unida de Tanzania. 2003. *National Guide on Nutrition Care and Support for People living with HIV/AIDS*. Ministerio de Salud. Diciembre; Mhamba, R. y Ndyetabula, J. 2004. *Rapid Analysis and Action Planning for Scaled Up Responses to Support Orphans and Vulnerable Children (MVC/OVC)*. Realizado por cuenta del Departamento de Bienestar Social del Ministerio de Trabajo, Fomento de la Juventud y Deporte. ONUSIDA, UNICEF, USAID y PMA. Agosto.

²¹ PNUD. 2005. *Informe sobre Desarrollo Humano*.

²² PNUD. 2005. *Informe sobre Desarrollo Humano*.



10. El marco estratégico del Gobierno para combatir el VIH/SIDA se centra en la prevención, los cuidados, el apoyo y la mitigación de las repercusiones socioeconómicas. Los enfermos de SIDA de todo el país obtienen medicamentos antirretrovirales, pero el acceso a estos medicamentos por sí solo no prolonga la vida de estos enfermos. Para que estos programas obtengan buenos resultados, en especial en las zonas en situación de inseguridad alimentaria, es fundamental garantizar la ingestión de alimentos suficientes y adecuados.
11. Desde los años 90, se intenta mejorar el acceso a la enseñanza. Desde principios de 1990 hasta 2004, la tasa de escolarización creció de menos del 50% al 90,5%, las tasas de terminación de la enseñanza primaria aumentaron del 7% al 27%²³ y las tasas de deserción escolar disminuyeron del 3,8% al 3,4%²⁴.
12. Sin embargo, en las zonas afectadas por la inseguridad alimentaria crónica los indicadores educacionales generales ponen de relieve un retraso considerable con respecto a los promedios nacionales. Estas zonas se caracterizan por una baja asistencia, altas tasas de deserción escolar y unas bajas tasas de transición entre la enseñanza primaria y la secundaria. La inseguridad alimentaria crónica repercute de manera clara en el acceso a la enseñanza, en especial entre los hogares más vulnerables y menesterosos aquejados de inseguridad alimentaria. Durante la temporada de carestía, los niños a menudo deben abandonar la escuela para procurar alimentos. Las niñas suelen ser las más afectadas, pues se les obliga a dejar la escuela para cuidar de sus hermanos mientras los padres buscan alimentos.
13. Son muchos los niños en edad escolar de las zonas pastorales propensas a la sequía que no van jamás a la escuela, y muchos son los que desertan antes de aprender los rudimentos de la lectura y la escritura y adquirir aptitudes para el cálculo numérico. Por ejemplo, el lustro 2000-2004, las tasas de terminación de la enseñanza primaria fueron del 56%, 67%, 73% 68% y 75% en el distrito de Monduli y del 53%, 56%, 51%, 56% y 61% en el distrito de Kiteto, mientras que la media nacional era del 77%. En 2004, las tasas de transición a la enseñanza secundaria eran del 18% y el 21% en los distritos de Kiteto y Kondoa, mientras que la media nacional era del 36%. Existen diferencias regionales y de género en las tasas netas de escolarización, que en general son bajas en los distritos pastorales y propensos a la sequía²⁵. En 2004, el 71% de los niños en edad escolar de Monduli estaban matriculados en la escuela, el 71,1% en Ngorongoro; el 72% en Simanjiro; el 66% en Dodoma; el 76% en Kiteto; y el 85% en la región rural de Singida.
14. El Gobierno está aplicando la segunda fase de su estrategia de lucha contra la pobreza por medio de la Estrategia nacional de crecimiento y reducción de la pobreza. La Estrategia conjunta de asistencia para Tanzania del Gobierno y los asociados para el desarrollo ofrece una vía para que el equipo de gestión de las Naciones Unidas en Tanzania apoye las estrategias gubernamentales y las políticas de la Estrategia nacional y para que garantice la coherencia de la nueva fase del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF) con las prioridades del Gobierno²⁶. El interés se centra en la programación conjunta para asegurar el máximo impacto en la lucha contra la pobreza y la inseguridad alimentaria.

²³ *Basic Education Statistics in Tanzania 1995 to 2005.*

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Ministerio de Educación y Cultura. 2004. *Basic Statistics in Education. Regional Data.* Dar-es-Salaam.

²⁶ La matriz del UNDAF para 2007-2010 se estaba preparando en el momento en que se redactaba este documento. Sus resultados preliminares se esbozan en el párrafo 25.



15. Los esfuerzos del Gobierno por combatir la pobreza y la inseguridad alimentaria se han concentrado en la reforma del sector agropecuario, que constituye el principal sector de la economía y representa el 45% del PIB y en torno al 60% de los ingresos de exportación. El Programa de desarrollo del sector agropecuario aborda retos tales como la baja productividad de la tierra, la mano de obra y los insumos, el potencial desaprovechado en materia de riego, el limitado acceso a los servicios financieros, la precaria infraestructura rural, las plagas agrícolas y las enfermedades del ganado, y las elevadas pérdidas poscosecha²⁷.
16. Para contrarrestar la escasez recurrente de alimentos en las zonas propensas a la sequía, el Gobierno mantiene una reserva estratégica de cereales para ofrecer fundamentalmente redes de seguridad mediante la estabilización de los precios y la distribución general de alimentos subvencionados. Sin embargo, las limitaciones presupuestarias han impedido que esta reserva alcance su capacidad anual de 150.000 toneladas y en el último decenio las existencias de la reserva no han llegado a las 100.000 toneladas, salvo en muy pocos años en que alcanzaron las 130.000 toneladas.
17. Este programa en el país (PP) contribuirá a los ODM encaminados a erradicar la pobreza extrema y el hambre (ODM 1), lograr la enseñanza primaria universal (ODM 2), promover la igualdad entre los géneros (ODM 3), reducir la mortalidad infantil (ODM 4), mejorar la salud materna (ODM 5) y combatir el VIH/SIDA (ODM 6).

LECCIONES APRENDIDAS DE LA COOPERACIÓN ANTERIOR

18. El PMA presta asistencia a Tanzania desde 1963, mediante programas de desarrollo y socorro a los refugiados y las víctimas de sequías e inundaciones. La actual cartera de actividades del PMA consiste en la operación prolongada de socorro y recuperación (OPSR) 10062.2, que ayuda aproximadamente a 400.000 refugiados en las regiones occidentales de Tanzania, y el PP 10065.0, que finaliza en diciembre de 2006 y asiste a 730.000 beneficiarios.
19. El programa para 2002-2006 se componían originariamente de tres actividades: alimentación escolar, alimentos para la creación de activos y una actividad suplementaria relacionada con el VIH/SIDA. En aplicación de las recomendaciones dimanantes del examen de mitad de período del PP, realizado entre octubre y noviembre de 2004, la Junta Ejecutiva aprobó una revisión presupuestaria en 2005 que ampliaba de manera considerable la actividad ligada al VIH/SIDA, transformándola en una actividad básica en respuesta a las prioridades del Gobierno.
20. En el marco del actual PP, se han servido comidas a más de 190.000 niños en 330 escuelas de las zonas aquejadas de inseguridad alimentaria de Dodoma, Singida, Arusha y Manyara. El programa de alimentación escolar ha dado resultados impresionantes, toda vez que la tasa media de escolarización absoluta ha crecido entre 2001 y 2005 en un 40% en el caso de los niños y un 36% en el de las niñas. La tasa media de escolarización absoluta de niños y niñas en los internados asistidos se ha duplicado con creces durante el mismo período. Las tasas medias de asistencia escolar, que de ordinario no llegaban al 40% antes del programa, ascendieron al 81% en 2004 y al 80% en 2005. La ejecución del programa también ha llevado a la mejora de la infraestructura escolar gracias a la construcción de aulas, despachos para los maestros, internados e instalaciones de abastecimiento de agua y saneamiento en las escuelas en situación más precaria. Los

²⁷ “Programa de desarrollo del sector agropecuario”, 2004.



alimentos suministrados a más de 12.000 hogares afectados por la inseguridad alimentaria y el VIH/SIDA han permitido a las personas que viven con esta enfermedad participar en los programas de cuidados y tratamiento, y a los huérfanos y niños vulnerables seguir yendo a la escuela. Los informes internos de las contrapartes indican que el número de personas que vive con el VIH/SIDA y que asiste a los programas de apoyo social y atención de salud ha aumentado en un 40% desde 2003. Las actividades de alimentos por trabajo han beneficiado a 9.000 hogares, permitiéndoles crear y conservar activos que refuerzan sus medios de subsistencia, aumentar su acceso al agua potable con fines domésticos y ganaderos, diversificar su producción agrícola e incrementar la tierra de labranza disponible mediante obras de riego. La construcción de canales de riego en el mismo distrito de la zona de Mwangwe, por ejemplo, incrementó la tierra agrícola de 40 acres en 2003 a más de 1.800 acres en 2005.

21. Se han realizado esfuerzos por fomentar la identificación del Gobierno con el PP. De conformidad con las recomendaciones dimanantes del examen de mitad de período, se estableció un comité nacional de dirección, presidido por la Oficina del Primer Ministro, en el que estaban representados todos los ministerios encargados de coordinar la ejecución del programa. El comité ha implantado una estructura de rendición de cuentas.
22. Se ha intensificado el seguimiento y la evaluación (SyE) conforme a la recomendación del examen de mitad de período. La suboficina de Dodoma cuenta con personal suplementario y se ha abierto una suboficina en Arusha, en el norte de Tanzania, para mejorar la coordinación de las actividades del programa. Se han revisado los instrumentos de SyE y se han mejorado las bases de datos sobre información relativa a la alimentación escolar y el VIH/SIDA.
23. En el próximo PP se hará hincapié en el SyE de la actividad de alimentos para la creación de activos. La amplia variedad de actividades que se realizarán en el marco de este componente plantea un reto específico a los responsables del SyE, en la medida en que dificultará la unificación de los instrumentos y formatos. La oficina en el país hará todo lo posible por diseñar instrumentos y métodos de SyE adecuados para este componente.
24. En respuesta al cambiante contexto de Tanzania, los criterios de selección han sido modificados en función de las recomendaciones del examen de mitad de período. Aunque la disponibilidad de alimentos siga siendo un factor importante, se incluyen otros criterios de seguridad alimentaria y vulnerabilidad para seleccionar a los hogares que precisan asistencia alimentaria. La Dependencia de Análisis y Cartografía de la Vulnerabilidad (VAM) ha definido factores de vulnerabilidad con los cuales establecer el orden de prioridad de las actividades y las zonas. La orientación de la ayuda en el marco del programa para 2007-2010 se servirá de las conclusiones de la evaluación exhaustiva de la seguridad alimentaria y la vulnerabilidad llevada a cabo por la Dependencia de VAM en enero de 2006. A nivel comunitario, la selección y distribución a cargo de las comunidades será el instrumento elegido para la orientación de la ayuda, tanto más cuanto que fomentará la participación de las comunidades en todas las fases de la ejecución.
25. En julio de 2005, la oficina en el país evaluó las 330 escuelas abarcadas por la actividad de alimentación escolar por medio de visitas. La evaluación determinó que se debía mejorar la capacidad de almacenamiento de alimentos, la documentación y la adhesión de las escuelas a las cantidades fijadas para las raciones. Se formularon recomendaciones encaminadas a mejorar la actividad de la alimentación escolar, entre las que se incluían la realización de evaluaciones parecidas como mínimo una vez al año, la formación de funcionarios de distrito y maestros y el suministro de materiales para aumentar la capacidad de almacenamiento de las escuelas. Estas recomendaciones se han tenido en cuenta al formular el componente de alimentación escolar del PP.



26. El examen interno de la eficacia en función de los costos del programa revela un valor alfa²⁸ de 1,085, lo que significa que el costo de la ración adquirida y distribuida por el PMA y sus donantes es un 8% inferior al precio de mercado.
27. Esta intervención será el segundo programa del PMA en Tanzania. Aprovechará los logros del programa en curso para responder mejor a las prioridades del Gobierno enunciadas en el UNDAF. El éxito del programa dependerá del mantenimiento y fortalecimiento de las asociaciones. La oficina en el país respaldará el proceso del UNDAF, aprovechando al máximo, cuando surjan, las oportunidades de programación conjunta.
28. Otros retos para la oficina en el país incluyen el fortalecimiento del sistema de SyE a fin de que las decisiones relativas al PP estén mejor informadas; el aumento de la capacidad de los asociados en la ejecución; y la formulación de una estrategia de movilización de recursos para apoyar parte del componente de enseñanza mediante fuentes de financiación no tradicionales.

ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA DEL PROGRAMA EN EL PAÍS

29. Este PP contribuye a los ODM 1 a 6; ha sido diseñado en el marco de la Estrategia de Tanzania para el crecimiento y la reducción de la pobreza y responde al UNDAF. Sobre la base de los logros del actual programa para 2002-2006 y en sintonía con el Plan Estratégico del PMA (2006-2009), constará de cuatro componentes básicos: i) apoyo a la enseñanza primaria (Objetivo estratégico 4); ii) apoyo a los hogares afectados por el VIH/SIDA (Objetivo estratégico 3); iii) alimentos para la creación de activos (Objetivo estratégico 2); y iv) alimentación suplementaria para niños, mujeres embarazadas y madres lactantes vulnerables (Objetivo estratégico 3).
30. La Estrategia de Tanzania para 2007-2010 se aplicará de conformidad con la primera estrategia de reducción de la pobreza de 2000 y se centrará en tres categorías principales de actividad: i) crecimiento económico y mitigación de la pobreza por ingresos; ii) mejora de la calidad de vida y del bienestar social; y iii) gestión de los asuntos públicos y rendición de cuentas. Los cuatro componentes del programa contribuirán a las dos primeras categorías de actividad, dado que se centrarán en los siguientes objetivos del Gobierno: mejora de la disponibilidad de alimentos y del acceso a ellos a nivel de los hogares en las zonas urbanas y rurales; acceso garantizado en igualdad de condiciones a la enseñanza primaria y secundaria para niños y niñas; y mejora de los medios de supervivencia, la salud y el bienestar de todos los niños y mujeres y de los grupos vulnerables. Los objetivos gubernamentales en materia de nutrición consisten en reducir la prevalencia del retraso del crecimiento entre los niños menores de 5 años y la prevalencia de la emaciación.
31. Este PP tiene por finalidad contribuir a los siguientes resultados del UNDAF:
 - aumento de la disponibilidad de alimentos y del acceso a ellos por parte de las poblaciones más vulnerables, con inclusión de las personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA y las personas que les atienden;
 - implantación de mecanismos eficaces (incluida la protección social) para superar los obstáculos institucionales y socioculturales a fin de promover y proteger los derechos de los pobres y los más vulnerables;

²⁸ El valor alfa es la relación entre el precio en el mercado local y el costo que supone para el PMA y sus donantes la distribución de los productos desde una fuente externa hasta la localidad.



- aumento del acceso en igualdad de condiciones a la enseñanza escolar y no escolar;
 - mejora del acceso de las comunidades al agua salubre, no contaminada y al saneamiento ambiental en las zonas rurales;
 - aumento del acceso en igualdad de condiciones a intervenciones amplias de salud reproductiva y del niño;
 - mejora del acceso a servicios integrales de prevención, cuidado, tratamiento y mitigación del impacto del VIH/SIDA y otras enfermedades importantes.
32. Los cuatro componentes se han diseñado para ayudar a grupos vulnerables en etapas críticas de sus vidas. La ayuda alimentaria fomentará el desarrollo al reducir la exposición de los grupos vulnerables a las perturbaciones socioeconómicas y ambientales y a la inseguridad alimentaria. De conformidad con la política de habilitación para el desarrollo del PMA, las cuatro intervenciones de este programa tienen por objeto: i) crear las condiciones para que los niños pequeños y las mujeres gestantes y madres lactantes satisfagan sus necesidades sanitarias relacionadas con la nutrición; ii) crear las condiciones para que los hogares pobres inviertan en capital humano mediante la educación y la capacitación; iii) posibilitar la adquisición y conservación de activos por parte de las familias pobres; y iv) mitigar las consecuencias de las catástrofes naturales en zonas vulnerables a crisis recurrente.
33. Habida cuenta de la elevada incidencia de la malnutrición en Tanzania y del importante papel del PMA y los asociados para el desarrollo en el ámbito de la nutrición, en especial del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la oficina en el país se ha comprometido a respaldar al Gobierno en la consecución de los objetivos relativos a la nutrición de la Estrategia nacional de crecimiento y reducción de la pobreza.
34. De conformidad con la política reciente sobre nutrición, la oficina del PMA en Tanzania considera la nutrición desde una perspectiva global; las intervenciones alimentarias son pertinentes, pero los esfuerzos en materia de promoción, fomento de capacidad y aumento del impacto sobre la nutrición de otros componentes del programa son igualmente importantes.
35. En colaboración con el UNICEF y el Banco Mundial, la oficina en el país impulsó la creación de un grupo de trabajo nacional sobre nutrición, presidido por el Centro para la alimentación y la nutrición de Tanzania (Tanzania Food and Nutrition Centre), encargado de diseñar y aplicar el primer Plan estratégico sobre nutrición del país y el sistema nacional de vigilancia de la nutrición.
36. Utilizando el análisis de la vulnerabilidad, las regiones que serán objeto de la intervención se han elegido en función de la situación de la seguridad alimentaria, la incidencia de la pobreza y el VIH/SIDA, la prevalencia de la malnutrición, otros indicadores de salud, las tasas de escolarización y la frecuencia de las catástrofes naturales, sobre todo las sequías. En aplicación de las recomendaciones dimanantes de la evaluación exhaustiva de la seguridad alimentaria y la vulnerabilidad, el PP se ejecutará en las regiones de Dodoma, Manyara, Singida, Arusha, Kilimanjaro, Tabora, Mwanza, Shinyanga e Iringa.
37. Un sólido sistema de SyE será la espina dorsal del nuevo programa; combinado con un examen de mitad de período y las evaluaciones anuales de cada uno de los componentes, el SyE permitirá que el proceso de adopción de decisiones se base en informaciones más precisas, promoverá un enfoque basado en el aprendizaje y aumentará la flexibilidad de la programación. Otras cuestiones intersectoriales del programa incluyen la participación activa del Gobierno, la protección del medio ambiente, la participación de las



comunidades, la igualdad de género y el pleno ejercicio de los derechos de la mujer, y el fomento de capacidad.

38. Las comunidades constituirán el centro del proceso de desarrollo y participarán en todas las etapas, en especial en el diseño, la ejecución, el SyE y la selección de los beneficiarios. En cumplimiento de los compromisos ampliados del PMA relativos a la mujer, se hará todo lo posible por que en todas las fases de cada componente las mujeres obtengan el máximo beneficio de las actividades, participen plenamente en ellas y realicen todo su potencial.
39. La relación entre el PMA y el UNICEF en Tanzania se está reforzando. Sobre la base de las orientaciones incluidas en el Memorando de Entendimiento PMA/UNICEF y sus matrices en materia de nutrición, educación y VIH/SIDA, se ha impulsado la colaboración en el ámbito de la nutrición y el VIH/SIDA y se están estudiando posibilidades para la programación conjunta en la esfera de la educación, en espera de que ambos organismos preparen el plan de acción del PP.
40. El contexto en que actúan los donantes en Tanzania evoluciona hacia el apoyo presupuestario directo o la financiación colectiva en el marco de la estrategia de asistencia conjunta para Tanzania. El sistema de las Naciones Unidas tendrá que dar respuesta a esta novedad. La oficina del PMA en Tanzania ha propuesto al Gobierno que las intervenciones del PP se incluyan en los planes presupuestarios generales de los distritos seleccionados. De esta manera, el PP sería considerado como apoyo presupuestario directo, lo que allanaría el camino para la posterior estrategia de retirada.
41. A continuación figuran los resultados previstos del PP:
 - aumento de la escolarización y la asistencia escolar, reducción de las tasas de deserción escolar y de las disparidades entre niños y niñas en las escuelas asistidas por el PMA (Objetivo estratégico 4);
 - mejora de la capacidad de concentración y aprendizaje de niños y niñas en los externados e internados que reciben asistencia (Objetivo estratégico 4);
 - aumento del número de enfermos que sigue el tratamiento antirretroviral y contra la tuberculosis y aumento del número de mujeres que participa en los programas de prevención de la transmisión maternofilial (Objetivo estratégico 3);
 - aumento del acceso a la educación de los huérfanos y otros niños pertenecientes a hogares vulnerables afectados por el VIH/SIDA (Objetivo estratégico 4);
 - mejora del estado de salud y de nutrición de las mujeres y los niños que participan en los programas de prevención de la transmisión maternofilial (Objetivo estratégico 3);
 - mejora de la capacidad de subsistencia de los hogares vulnerables en situación de inseguridad alimentaria afectados por el VIH/SIDA;
 - incremento de la producción agrícola, reducción de las pérdidas poscosecha, aumento del acceso de los hogares al agua y reducción del costo del transporte de los productos agrícolas de las explotaciones a los mercados (Objetivo estratégico 2); y
 - reducción de la prevalencia de la insuficiencia ponderal de los recién nacidos (2,5 kilogramos) y de la insuficiencia ponderal en general, y mejora de las prácticas de alimentación infantil y de cuidado entre los niños vulnerables, las mujeres embarazadas y las madres lactantes (Objetivo estratégico 3).



Componente básico 1 – Apoyo a la educación primaria en los distritos propensos a la sequía y pastorales

42. Los niños en edad escolar de las regiones de Dodoma, Singida, Arusha y Manyara recibirán alimentos como incentivo para que sus padres los envíen a la escuela, estabilizar la asistencia y reducir el absentismo. El PMA suministrará una ración individual diaria consistente en una bebida a primera hora de la mañana a base de un alimento compuesto, como la mezcla de maíz y soya (MMS), y una comida cocinada a base de cereales, leguminosas y aceite vegetal. Las demás actividades tendrán por objeto mejorar la infraestructura escolar (almacenamiento, abastecimiento de agua, letrinas y cocinas económicas) y capacitar a los maestros y a los miembros de los comités escolares sobre medio ambiente, saneamiento, ordenación de aguas, administración de los alimentos y preparación de informes. En el marco de este componente se prestará asistencia a un total de 282.000 beneficiarios.
43. El componente será ejecutado bajo la responsabilidad general de la Oficina del Primer Ministro por conducto del comité de dirección del programa. El Ministerio de Educación y Formación Profesional nombrará a un coordinador del proyecto a jornada completa para apoyar al comité de dirección y a los distritos durante la ejecución. El PMA y el UNICEF estudiarán posibles modalidades de colaboración en actividades relacionadas con la alimentación escolar, en especial aquéllas comprendidas en el conjunto básico de intervenciones del PMA/UNICEF.
44. A raíz del impacto positivo de la actividad en curso de alimentación escolar, el Gobierno reconoce que la alimentación escolar constituye un apoyo importante a la educación. Como parte de la estrategia de retirada progresiva, el Gobierno tendrá que asignar recursos y alimentos en apoyo de las actividades de alimentación escolar. Sin embargo, puesto que este componente lleva funcionando solamente cinco años, la oficina en el país no considerará la posibilidad de una estrategia de retirada gradual antes del siguiente ciclo del PP, a fin de dar tiempo suficiente para lograr un impacto significativo y duradero en la población beneficiaria de la alimentación escolar.

Componente básico 2 – Apoyo integrado a los hogares en situación de inseguridad alimentaria afectados por el VIH/SIDA

45. Gracias al apoyo a los esfuerzos nacionales por mitigar los efectos del VIH/SIDA y velar por la supervivencia de las personas que viven con el VIH/SIDA, este componente permitirá suministrar ayuda alimentaria a 40.000 beneficiarios: receptores de atención domiciliaria, huérfanos y otros niños en hogares vulnerables, huérfanos que asisten a centros de formación profesional en régimen de internado, enfermos que siguen un tratamiento antirretroviral y contra la tuberculosis y mujeres inscritas en los programas de prevención de la transmisión maternofilial. Los beneficiarios recibirán una ración de maíz, leguminosas, aceite vegetal y una mezcla de maíz y soya. Se suministrarán trimestralmente raciones familiares para llevar a casa a los huérfanos al cuidado de hogares y a enfermos que reciben atención domiciliaria. Los pacientes en tratamiento antirretroviral, contra la tuberculosis o inscritos en los programas de prevención de la transmisión maternofilial recibirán mensualmente una ración familiar para llevar a casa a fin de garantizar el seguimiento del tratamiento. Los beneficiarios en tratamiento antirretroviral y contra la tuberculosis recibirán alimentos durante seis meses; los beneficiarios inscritos en los programas de prevención de la transmisión maternofilial recibirán alimentos desde la fecha de inscripción en el programa hasta que se cumplan 18 meses del parto. Los huérfanos que asistan a centros de formación profesional en régimen de internado recibirán dos comidas cocinadas por día —desayuno y almuerzo— durante dos años.



46. Los huérfanos y niños vulnerables que asistan a cursos de formación profesional recibirán capacitación en carpintería, corte y confección, albañilería, confección de batik, administración de empresas y aptitudes para la vida.
47. El componente permitirá apoyar e intensificar las actividades de las ONG locales: formación profesional, servicios de apoyo social, realización de pruebas, servicios de atención de salud y apoyo socioeconómico, entre otras actividades. Será ejecutado en colaboración entre el PMA, los consejos locales, los centros de salud y las ONG bajo la supervisión directa del Ministerio de Salud, su Departamento de Bienestar Social y la Oficina del Primer Ministro. El Ministerio de Salud y Bienestar Social nombrará a un coordinador del proyecto a jornada completa para que preste apoyo durante la ejecución. El componente será ejecutado en coordinación con el UNICEF y la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismos que apoyan los programas de prevención de la transmisión maternofilial.
48. La selección geográfica se basará en los siguientes criterios: 1) zonas en situación de inseguridad alimentaria; y 2) zonas en situación de seguridad alimentaria con una alta prevalencia del VIH/SIDA. El PMA realizará esta actividad en las regiones de Arusha, Manyara, Kilimanjaro, Dodoma, Tanga e Iringa. Los asociados cooperantes, en colaboración con la administración y las comunidades locales, seleccionarán a los beneficiarios a través de un enfoque de participación comunitaria.
49. En el marco de la programación conjunta de las Naciones Unidas, el grupo sobre el VIH/SIDA del UNDAF ha elaborado un plan de trabajo cuatrienal para Zanzíbar en el que el PMA participará con ayuda alimentaria. Otras posibilidades de programación conjunta incluyen trabajar con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) para suministrar ayuda alimentaria a las personas infectadas por el VIH/SIDA y a sus familias en Dar-es-Salaam.
50. La estrategia de retirada de este componente se estudiará con el Gobierno más adelante, cuando aumente la capacidad del Gobierno para combatir esta epidemia.

Componente básico 3 – Apoyo a la seguridad alimentaria y a la mitigación de los efectos de las catástrofes en zonas propensas a la sequía y agobiadas por la pobreza

51. Para mitigar los efectos de las perturbaciones naturales y socioeconómicas y mejorar los mecanismos de subsistencia de los hogares vulnerables, este componente incluye actividades encaminadas a mejorar la gestión de las prácticas agrícolas y posteriores a la cosecha, incrementar la productividad agrícola mediante un mayor acceso a las tierras de regadío y recuperadas, y diversificar los recursos para la producción agrícola de los campesinos pobres a fin de reducir su dependencia de un único cultivo. Este componente tiene también por finalidad aumentar el acceso a los suministros de agua para fines domésticos y para la ganadería, mejorar la capacidad de gestionar los recursos naturales y aumentar el acceso a los mercados mediante la rehabilitación/construcción de caminos rurales. Otro objetivo del componente será reducir la vulnerabilidad de las comunidades a las catástrofes naturales, en especial a la sequía, mediante la creación de activos. Será ejecutado en zonas propensas a la sequía de las regiones de Dodoma, Kilimanjaro, Singida, Shinyanga, Arusha, Tabora, Manyara y Mwanza.
52. Este componente tendrá aproximadamente 440.000 beneficiarios, el 50% de los cuales serán mujeres. Como mínimo el 60% de los miembros de los comités de los proyectos serán mujeres.



53. Los beneficiarios recibirán raciones de alimentos para incentivar su participación en las actividades de creación de activos durante el período de escasez, cuando el acceso a los alimentos es precario y los precios de los productos son elevados. La ayuda alimentaria alentará también a los beneficiarios a participar en los módulos de capacitación. Se suministrarán raciones familiares para llevar a casa de maíz, leguminosas y aceite vegetal, en función del número de días laborales trabajados por cada beneficiario y el carácter de las actividades realizadas.
54. Este componente será ejecutado bajo la responsabilidad general de la Oficina del Primer Ministro por conducto del comité de dirección del PP. El Ministerio de Agricultura y Seguridad Alimentaria nombrará a un coordinador del proyecto a jornada completa para que apoye al comité de dirección y a los distritos durante la ejecución. La estrategia de retirada correspondiente a este componente se estudiará con el Gobierno por conducto del comité de dirección en la fase pertinente del PP. Los asociados cooperantes —la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y las ONG locales, entre otros— contribuirán a las actividades de riego relacionadas con las comunidades.
55. La formulación de este componente estuvo precedida por extensas consultas y revisiones con el Gobierno, los donantes, las ONG y los asociados de las Naciones Unidas. El PMA es uno de los miembros del comité de dirección establecido por el Gobierno para el Programa de Desarrollo Participativo del Riego, promovido por el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA). En la ejecución de este componente participarán todos los asociados, con inclusión del Comité técnico interinstitucional de las Naciones Unidas para forjar vínculos con otros programas de seguridad alimentaria, como se describe en el UNDAF.
56. La orientación de la ayuda a los beneficiarios y la selección de las actividades se llevará a cabo mediante el mecanismo de selección y distribución a cargo de las comunidades, lo que permitirá a éstas diseñar los proyectos y participar en cada una de sus etapas. Los asociados en la ejecución sobre el terreno facilitarán este proceso. La oficina en el país incrementará la capacidad de las comunidades para aplicar y gestionar los instrumentos de SyE a fin de contribuir a aumentar la participación de las comunidades y fortalecer el sistema de SyE del componente.

Componente básico 4 – Alimentación suplementaria selectiva para grupos vulnerables

57. Este componente forma parte de un conjunto de intervenciones en materia de nutrición encaminado a apoyar al Gobierno y a otros asociados para el desarrollo en la reducción de la malnutrición en Tanzania. El PMA suministrará alimentos suplementarios a los niños que padezcan malnutrición moderada (o sea, con una insuficiencia ponderal entre una puntuación Z de -2 y una puntuación de Z de -3) y a mujeres embarazadas y madres lactantes. La intervención abarcará las zonas aquejadas de inseguridad alimentaria de Dodoma y Singida. La finalidad del componente es prevenir el deterioro del estado nutricional de los niños, reducir la prevalencia de la insuficiencia ponderal de los recién nacidos y la insuficiencia ponderal en general en las zonas seleccionadas y aumentar los conocimientos de los progenitores, en especial de las madres, en cuanto a las prácticas de cuidado y alimentación infantiles.
58. En los centros de salud, se suministrarán mensualmente raciones para llevar a casa a 72.000 niños que padecen malnutrición moderada y a 40.000 mujeres embarazadas y madres lactantes, como parte de los servicios regulares de salud materno-infantil. El número total de beneficiarios a lo largo del PP será de 112.000. Las mujeres embarazadas y madres



lactantes comenzarán a recibir la ayuda alimentaria seis meses antes del parto y dejarán de recibirla seis meses después del mismo. Los niños que padecen malnutrición moderada serán vigilados y asistidos hasta que transcurra un mes desde la fecha en que alcanzan el peso ideal. El componente incluirá la comunicación para el cambio de comportamiento, la alimentación de demostración y la enseñanza para madres sobre prácticas de cuidado y alimentación. La participación de los beneficiarios en la aplicación y gestión del componente será decisiva para el éxito, pues cambiará el comportamiento y los hábitos. Se pondrán a prueba diferentes enfoques de la participación comunitaria. La colaboración con el UNICEF en el ámbito de la alimentación suplementaria aprovechará la experiencia de éste en la comunicación para el cambio de comportamiento, orientación psicológica y los conjuntos de actividades comunitarias sobre nutrición.

59. La ración de MMS aportará el 30% de la necesidad diaria de las mujeres embarazadas y madres lactantes, suponiendo que el 70% restante se obtendrá a través del régimen de alimentación ordinario de los hogares y que aproximadamente el 50% de la ración para llevar a casa será compartido con otros miembros del hogar. Aportará el 40% de la necesidad diaria de los niños, suponiendo que el 60% restante se obtendrá a través del régimen de alimentación ordinario de los hogares y que aproximadamente el 50% de la ración para llevar a casa será compartida con otros miembros del hogar.
60. Este componente se ejecutará bajo la responsabilidad general de la Oficina del Primer Ministro por conducto del comité de dirección del PP. El Ministerio de Salud y Bienestar Social nombrará a un coordinador del proyecto a jornada completa para que respalde al comité de dirección y a los distritos durante la ejecución.

Estrategias de ejecución

61. Un comité de dirección central del PP se encargará de la coordinación estratégica del programa. Este comité estará integrado por funcionarios gubernamentales superiores y se reunirá una vez al año para analizar los asuntos de política y examinar los informes sobre la ejecución. Un comité técnico integrado por los coordinadores de cada uno de los ministerios competentes se reunirá semestralmente para examinar la ejecución del programa. La Oficina del Primer Ministro será el centro de enlace en lo que respecta a la coordinación y la ejecución cotidianas del programa.
62. El PMA asumirá el 100% del transporte terrestre, almacenamiento y manipulación (TTAM) durante todo el programa. A su llegada al puerto de Dar-es-Salaam, los productos alimenticios serán transportados por carretera a los puntos de entrega de Arusha y Dodoma y a las escuelas de los distritos o aldeas; los costos del transporte y la entrega serán sufragados con cargo al presupuesto TTAM.
63. Desde 1994, la oficina del PMA en Tanzania viene adquiriendo en el lugar maíz en grano, harina de maíz, frijoles y sal para sus propios proyectos y para países vecinos tales como la República Democrática del Congo, Rwanda y Burundi. La experiencia de los últimos cinco años demuestra que la oficina del PMA en Tanzania tiene la capacidad de adquirir cuando menos 40.000 toneladas de productos por año, en función de la disponibilidad y de si se aportan puntualmente las contribuciones en efectivo. La oficina en el país tiene previsto adquirir aproximadamente el 70% de estas necesidades del programa a nivel local. Por otro lado, la oficina ha trabajado mayoritariamente con grandes comerciantes contrastados, si bien está estrechando relaciones con medianos y pequeños comerciantes. Para reducir los costos de transporte, se procurará efectuara las compras más cerca de los beneficiarios.



64. Será importante disponer puntualmente de los recursos destinados al programa; en el pasado, las dificultades para prever la entrega de recursos alimentarios y no alimentarios afectó a la ejecución del PP y a los acuerdos de cofinanciación con los donantes. La ejecución eficaz del programa depende también de si la contraparte gubernamental dispone o no de una sólida estructura a nivel central y local.
65. Una catástrofe natural importante podría alterar la ejecución del PP dado que desbordaría la capacidad administrativa y logística del PMA y sus asociados.

GESTIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

66. El diseño del PP se basó en consultas internas y externas. A mediados de septiembre de 2005, el comité nacional de dirección, presidido por el Director del Departamento de Gestión de Desastres, adscrito a la Oficina del Primer Ministro, se reunió con la administración superior del PMA y funcionarios de los ministerios competentes para estudiar la elaboración de un nuevo programa del PMA en Tanzania. El comité decidió establecer grupos de trabajo para diseñar los cuatro componentes del programa.
67. Se emprendieron cuatro misiones de apreciación, integradas por funcionarios gubernamentales, funcionarios del PMA, funcionarios de organismos de las Naciones Unidas y consultores. Se celebraron reuniones a nivel nacional, de distrito y de aldea para evaluar cada uno de los componentes y formular recomendaciones en relación con el nuevo PP. Las consultas con los beneficiarios y los asociados en la ejecución permitieron comprender mejor el impacto del programa en el país. Las conclusiones de las misiones de apreciación se presentaron en las sesiones de información celebradas con representantes de la oficina en el país, los organismos de las Naciones Unidas en el proceso del UNDAF y los ministerios gubernamentales.
68. Los componentes del PP se han basado en las recomendaciones dimanantes del examen de mitad de período, los informes de las misiones de apreciación, una evaluación interna del PP y los resultados preliminares de la evaluación exhaustiva de la seguridad alimentaria y la vulnerabilidad. En un taller de la oficina en el país celebrado en diciembre de 2005 se decidieron las principales características de cada componente. Los proyectos finales de los componentes del PP se examinaron y aprobaron en una reunión del comité de dirección en enero de 2006.
69. En consonancia con la directiva de política aprobada por la Junta en 2002 sobre el SyE basado en los resultados, la oficina del PMA en Tanzania mejorará y armonizará los sistemas, formatos e instrumentos de SyE existentes.
70. La oficina en el país, en consulta con sus asociados y el Despacho Regional, ha diseñado marcos lógicos adecuados para cada uno de los componentes del programa. Los marcos lógicos se utilizarán para definir acuerdos institucionales, implantar sistemas de SyE, rediseñar los formatos existentes para la recopilación de datos y preparar planes de SyE anuales para las actividades de seguimiento, recopilación de datos, análisis y comunicación. La oficina en el país hará hincapié en la mejora/creación de bases de datos para el almacenamiento y el análisis de los datos del SyE, conseguirá el apoyo de la sede y el Despacho Regional para mejorar los sistemas de SyE existentes en relación con los componentes del programa y adoptará los instrumentos de SyE institucionales a medida que vayan diseñándose en el marco del proyecto de enfoque común de seguimiento y evaluación.

71. Se intensificarán los vínculos con la administración local en materia de sistemas y mecanismos de SyE y rendición de cuentas. Para evitar duplicaciones de esfuerzos y recursos, la oficina en el país se servirá de los sistemas existentes de rendición de cuentas del Gobierno y los asociados para reunir indicadores de la ejecución del PP.
72. A fin de llevar a cabo un seguimiento de las realizaciones del PP, se reunirá suficiente información de referencia, que se cotejará en diferentes etapas de la ejecución del programa. Las conclusiones de los estudios de SyE servirán para aplicar medidas correctivas encaminadas a lograr los efectos perseguidos. La oficina en el país invitará a sus asociados a realizar conjuntamente evaluaciones periódicas de la eficacia y la eficiencia de la ayuda alimentaria suministrada a los beneficiarios, así como de los indicadores de los productos y los efectos.
73. En el marco del SyE de cada componente, se llevarán a cabo visitas periódicas de seguimiento que permitirán recabar la percepción de los beneficiarios sobre la ayuda alimentaria, mediante hojas de información normalizadas. Para complementar estas actividades, las suboficinas de Dodoma y Arusha coordinarán los resúmenes de las conclusiones y las medidas propuestas.

ANEXO I-A: DESGLOSE DE LOS BENEFICIARIOS POR COMPONENTE Y REPARTICIÓN DE LOS ALIMENTOS				
Componente del programa en el país	Cantidad total de productos (toneladas)	Distribución por componente (%)¹	Número de beneficiarios hombres/mujeres/total (período del programa)	% de mujeres beneficiarias (período del programa)
Componente 1 – Apoyo a la educación primaria en los distritos propensos a la sequía y pastorales	30 030	43	Hombres: 148 000 Mujeres: 134 000 Total: 282 000	47,5
Componente 2 – Apoyo integrado a los hogares en situación de inseguridad alimentaria afectados por el VIH/SIDA	18 414	26	Hombres: 19 600 Mujeres: 20 400 Total: 40 000	51
Componente 3 – Apoyo a la seguridad alimentaria y a la mitigación de los efectos de las catástrofes en zonas propensas a la sequía y agobiadas por la pobreza	12 936	19	Hombres: 215 600 Mujeres: 224 400 Total: 440 000	51
Componente 4 – Alimentación suplementaria selectiva para grupos vulnerables	8 352	12	Hombres: 36 000 Mujeres: 76 000 Total: 112 000	67,8
Total del programa en el país	69 732	100	Hombres: 419 200 Mujeres: 454 800 Total: 874 000	52,0

¹ Productos repartidos a cada componente como porcentaje del total de productos.



ANEXO I-B: TIPO DE PRODUCTO Y TAMAÑO DE LA RACIÓN			
Componente del programa en el país	Tipo de producto alimenticio (nombre)	Tamaño de la ración individual (gramos por persona al día)	Valor nutritivo (kilocalorías, % de kilocalorías proteicas) (ración general)
Componente 1 – Apoyo a la educación primaria en los distritos propensos a la sequía y pastorales	Maíz, leguminosas, aceite vegetal, MMS	Maíz 120	718
		Leguminosas 30	14,37
		Aceite vegetal 5	
		MMS 40	
Componente 2 – Apoyo integrado a los hogares en situación de inseguridad alimentaria afectados por el VIH/SIDA	Maíz, leguminosas, aceite vegetal, MMS	Huérfanos y niños vulnerables	1 742
		Maíz 300	12,7
		Leguminosas 50	
		Aceite vegetal 20	
		MMS 80	
		Personas en tratamiento antirretroviral, contra la tuberculosis y de prevención de la transmisión maternofilial	2 518
		Maíz 450	12,7
		Leguminosas 60	
		Aceite vegetal 25	
		MMS 120	
Componente 3 – Apoyo a la seguridad alimentaria y a la mitigación de los efectos de las catástrofes en zonas propensas a la sequía y agobiadas por la pobreza	Maíz, leguminosas, aceite vegetal	Maíz 200	962
		Leguminosas 30	11,06
		Aceite vegetal 15	
Componente 4 – Alimentación suplementaria selectiva para grupos vulnerables	MMS	Mujeres: MMS 400	1 520
		Niños: MMS 300	18
			1 140
			18%



**ANEXO II: MATRIZ DE LOS RESULTADOS Y LA ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS DEL PROYECTO DE PROGRAMA EN EL PAÍS –
REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA 10437.0 (2007-2010)**

Cadena de resultados (marco lógico)	Indicadores de las realizaciones	Riesgos, supuestos	Recursos necesarios
<p>Efectos del UNDAF:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ aumento de la disponibilidad de alimentos y del acceso a ellos por parte de la población más vulnerable, con inclusión de las personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA y las personas que les atienden, mediante el componente de alimentos para la creación de activos ➤ implantación de mecanismos eficaces, incluida la protección social, para superar los obstáculos institucionales y socioculturales a fin de promover y proteger los derechos de las personas pobres y más vulnerables, a través del componente relativo al VIH/SIDA ➤ aumento del acceso en igualdad de condiciones a una enseñanza escolar y no escolar de calidad, por medio del componente relativo a la alimentación escolar ➤ mejora del acceso de las comunidades al agua salubre, no contaminada y al saneamiento ambiental en las zonas rurales, mediante el componente de alimentos para la creación de activos ➤ aumento del acceso en igualdad de condiciones a servicios amplios de salud reproductiva y del niño, mediante el componente de alimentación suplementaria ➤ mejora del acceso a servicios amplios de prevención, cuidado, tratamiento y mitigación del impacto del VIH/SIDA y otras enfermedades importantes 	<p>Indicadores de los resultados del UNDAF</p> <p>Se añadirán una vez terminada la matriz de los resultados del UNDAF en mayo de 2006</p>		

**ANEXO II: MATRIZ DE LOS RESULTADOS Y LA ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS DEL PROYECTO DE PROGRAMA EN EL PAÍS –
REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA 10437.0 (2007-2010)**

Cadena de resultados (marco lógico)	Indicadores de las realizaciones	Riesgos, supuestos	Recursos necesarios
<p>Efectos del PP del PMA:</p> <p>Componente 1: Alimentos para la educación</p> <p>1. Aumento de la escolarización y la asistencia, reducción de las tasas de deserción escolar y reducción de las diferencias entre niños y niñas (Objetivo estratégico 4 del PMA)</p> <p>2. Mejora de la capacidad de concentración y aprendizaje de niños y niñas en las escuelas asistidas (Objetivo estratégico 4 del PMA)</p>	<p>Indicadores de los efectos del proyecto de desarrollo/PP del PMA (se lograrán en los grupos beneficiarios antes de 2010)</p> <p>1.1 Aumento de la escolarización de niños y niñas del 90% al 95%</p> <p>1.2 Aumento de las tasas de asistencia de niños y niñas del 80% al 85%</p> <p>1.3 Reducción de la tasa de deserción escolar de niños y niñas del 3,4% al 1%</p> <p>1.4 Estabilización de la proporción de niñas por niño en 1:1</p> <p>2.1 Aumento de la tasa de aprobación de los exámenes de 4º curso del 80% al 95%</p> <p>2.2 Aumento de la tasa de aprobación de los exámenes finales de 7º curso del 26% al 60%.</p>	<p>El Gobierno de Tanzania se ha comprometido a alcanzar los objetivos de la educación primaria universal y la educación para todos mediante el diseño y la defensa de las políticas de apoyo adecuadas.</p> <p>El Gobierno y el sector privado aportan recursos suplementarios</p>	<p>Contribución prevista del Gobierno:</p> <p>2 716 011 dólares</p> <p>Costo para el PMA:</p> <p>16 851 551 dólares</p> <p>Costo total del componente:</p> <p>19 562 264 dólares</p>
<p>Componente 2: VIH/SIDA</p> <p>3. Mejora del seguimiento por parte de los enfermos del tratamiento antirretroviral y contra la tuberculosis, y por parte de las mujeres de los programas de prevención de la transmisión maternofilial (Objetivo estratégico 3)</p> <p>4. Mejora del acceso a la educación de los huérfanos y otros niños de hogares vulnerables afectados por el VIH/SIDA (Objetivo estratégico 4)</p>	<p>Indicadores de los efectos¹</p> <p>3.1 Aumento del 20% respecto del nivel actual de la proporción de enfermos en tratamiento antirretroviral y contra la tuberculosis con, como mínimo, una tasa de seguimiento del 95%</p> <p>3.2 Aumento del 50% respecto del nivel actual de la proporción de madres que regresan con sus niños al cabo de 18 meses para hacerse la prueba del VIH</p>	<p>El Gobierno de Tanzania se ha comprometido a hacer frente a la epidemia del VIH/SIDA</p> <p>Los asociados del PMA están en condiciones de prestar servicios complementarios de atención sanitaria y apoyo</p>	<p>Contribución prevista del Gobierno:</p> <p>465 136 dólares</p> <p>Costo para el PMA:</p> <p>10 579 100 dólares</p> <p>Costo total del componente:</p> <p>11 040 048 dólares</p>

¹ Los datos de referencia de este componente se recopilarán durante el primer trimestre de 2007.



**ANEXO II: MATRIZ DE LOS RESULTADOS Y LA ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS DEL PROYECTO DE PROGRAMA EN EL PAÍS –
REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA 10437.0 (2007-2010)**

Cadena de resultados (marco lógico)	Indicadores de las realizaciones	Riesgos, supuestos	Recursos necesarios
<p>5. Mejora del estado de salud y nutricional de las madres y los niños que participan en los programas de prevención de la transmisión maternofilial (Objetivo estratégico 3)</p> <p>6. Mejora de la capacidad de supervivencia de los hogares vulnerables en situación de inseguridad alimentaria afectados por el VIH/SIDA</p>	<p>4.1 Proporción² de huérfanos en edad escolar matriculados en las escuelas del 100%</p> <p>5.1 Aumento respecto del nivel actual de la proporción de niños nacidos de madres seropositivas que dan VIH negativo en la prueba realizada al cabo de 18 meses</p> <p>5.2 Descenso de la proporción de recién nacidos con insuficiencia ponderal (< 2,5 kg) del 16% al 10%</p> <p>5.3 Descenso del 5% respecto del nivel actual de la proporción de madres que participan en los programas de prevención de la transmisión maternofilial con un índice de masa corporal inferior al 18,5 transcurridos de 6 a 8 meses del parto</p> <p>5.4 Aumento del 20% respecto del nivel actual de la proporción de pacientes que ganan un 10% de peso corporal transcurridos de 6 a 12 meses del inicio de la terapia antirretroviral</p> <p>6.1 Aumento del 10% anual del porcentaje de personas/hogares que pueden prescindir de la ayuda alimentaria y que son autosuficientes³</p> <p>6.2 Graduación de 1.400 huérfanos y otros niños vulnerables de los programas de formación profesional</p>		

² Proporción (%) = número de niños en edad escolar matriculados en la escuela/número de niños en edad escolar. La población de referencia son todos los niños en edad escolar que reciben asistencia del PMA.

³ Según determinen las evaluaciones anuales de los asociados cooperantes de las estrategias de subsistencia y el grado en que todos los beneficiarios reúnen las condiciones exigidas para recibir ayuda.



**ANEXO II: MATRIZ DE LOS RESULTADOS Y LA ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS DEL PROYECTO DE PROGRAMA EN EL PAÍS –
REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA 10437.0 (2007-2010)**

Cadena de resultados (marco lógico)	Indicadores de las realizaciones	Riesgos, supuestos	Recursos necesarios
	6.3 Aumento del 25% respecto del nivel actual de la proporción de personas que viven con el VIH/SIDA que se adhieren a los grupos de apoyo de los asociados		
<p>Componente 3: Alimentos para la creación de activos</p> <p>7. Aumento del rendimiento de las cosechas, reducción de las pérdidas poscosecha, aumento del acceso de los hogares al agua y reducción del costo del transporte agrícola de las explotaciones a los mercados (Objetivo estratégico 2 del PMA)</p>	<p>Indicadores de los efectos</p> <p>7.1 Aumento del 33% del rendimiento de las cosechas de los agricultores beneficiarios</p> <p>7.2 Reducción del 40% al 20% de las pérdidas poscosecha</p> <p>7.3 Aumento del 20% al 50% de la proporción de hogares con acceso a suficiente agua para fines domésticos y ganaderos</p> <p>7.4 Reducción del 50% del costo del transporte agrícola</p>	<p>Administración y manipulación adecuadas de los alimentos por parte de los agricultores beneficiarios</p> <p>Fomento de un sistema de comercialización eficaz</p>	<p>Contribución prevista del Gobierno:</p> <p>2 010 756 dólares</p> <p>Costo para el PMA:</p> <p>7 691 506 dólares</p> <p>Costo total del componente:</p> <p>9 698 682 dólares</p>
<p>Componente 4: Nutrición</p> <p>8. Reducción de la prevalencia de la insuficiencia ponderal de los recién nacidos (< 2,5 kg) y de la insuficiencia ponderal (puntuación Z de < -2 de la media de referencia del peso para la edad) y fomento de prácticas de cuidado y alimentación infantil adecuadas entre las mujeres embarazadas y las madres lactantes vulnerables y los niños vulnerables.</p>	<p>Indicadores de los efectos</p> <p>8.1 Reducción del 16% al 8% de la tasa de insuficiencia ponderal de los recién nacidos (< 2,5 kilogramos)</p> <p>8.2 Reducción del 28% al 8% de la insuficiencia ponderal (puntuación Z de < -2)</p> <p>8.3 Aumento del 41% al 60% de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses</p> <p>8.4 Aumento del 30% al 50% de la alimentación suplementaria entre los niños amamantados durante los 6 primeros meses</p>	<p>Las mujeres embarazadas y las madres lactantes asisten a las sesiones de salud maternoinfantil con regularidad y reciben apoyo social</p> <p>La intervención recibe el apoyo de los equipos de gestión de salud de los distritos</p>	<p>Contribución prevista del Gobierno: 152 848 dólares</p> <p>Costo para el PMA: 4 922 735 dólares</p> <p>Costo total del componente:</p> <p>5 075 581 dólares</p>



**ANEXO II: MATRIZ DE LOS RESULTADOS Y LA ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS DEL PROYECTO DE PROGRAMA EN EL PAÍS –
REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA 10437.0 (2007-2010)**

Cadena de resultados (marco lógico)	Indicadores de las realizaciones	Riesgos, supuestos	Recursos necesarios
<p>Productos del PP:</p> <p>Componente 1</p> <p>1.1 Suministro de una bebida a primera hora de la mañana y un almuerzo a mediodía durante 195 días lectivos/año a los alumnos externos y durante 270 días lectivos/año a los alumnos internos</p> <p>1.2 Suministro de insumos y recursos básicos y complementarios a las escuelas</p>	<p>Indicadores de los productos</p> <p>1.1.1 Suministro de comidas escolares a 282 779 niños en edad escolar, desglosados por sexo</p> <p>1.1.2 Número medio de días en que se suministra un refrigerio y un almuerzo</p> <p>1.1.3 Distribución de 30 030 toneladas de alimentos (7 506 toneladas anuales)</p> <p>1.2.1 Proporción de escuelas con los insumos y recursos necesarios (objetivos entre paréntesis): instalaciones de abastecimiento de agua (165 escuelas), relación alumno-aula (45), relación alumno-letrina (40)</p> <p>1.2.2 Capacitación de 660 personas del sector de la educación escolar en alimentación escolar como mínimo una vez cada dos años</p> <p>1.2.3 Capacitación de 20 personas a nivel de distrito en gestión de la alimentación escolar como mínimo una vez cada dos años</p>	<p>El Gobierno de Tanzania sigue ejecutando programas de salud escolar pertinentes a nivel nacional, que incluyen un componente de tratamiento antihelmíntico</p> <p>Se dispone de fondos suficientes para la capacitación, el seguimiento, la creación de capacidad y los insumos</p> <p>Las comunidades y las escuelas se comprometen a cumplir sus obligaciones</p>	



**ANEXO II: MATRIZ DE LOS RESULTADOS Y LA ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS DEL PROYECTO DE PROGRAMA EN EL PAÍS –
REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA 10437.0 (2007-2010)**

Cadena de resultados (marco lógico)	Indicadores de las realizaciones	Riesgos, supuestos	Recursos necesarios
<p>Componente 2</p> <p>1.3 Suministro de raciones familiares para llevar a casa y/o comidas en el lugar a enfermos en tratamiento antirretroviral y contra la tuberculosis, mujeres embarazadas y madres lactantes y huérfanos vulnerables</p> <p>1.4 Formación de voluntarios de las comunidades en prevención, cuidado y apoyo en relación con el VIH/SIDA</p> <p>1.5 Tratamiento de profilaxis para los lactantes en programas de prevención de la transmisión maternofilial en las primeras 72 horas de vida</p> <p>1.6 Regreso de los niños inscritos en programas de prevención de la transmisión maternofilial para realizarse la prueba al cabo de 18 meses desde su nacimiento</p>	<p>1.3.1 Suministro de raciones de alimentos familiares a 40 482 beneficiarios</p> <p>1.3.2 Aumento del 10% anual de la proporción de personas que vive con el VIH/SIDA que ingresa en los grupos de apoyo de los asociados</p> <p>1.3.3 Distribución de 18 414 toneladas de alimentos (4 603 toneladas anuales)</p> <p>1.3.4 Capacitación y participación de 60 voluntarios de las comunidades en las actividades de cuidado y apoyo comunitarias</p> <p>1.5.1 Profilaxis en el plazo de 72 horas desde su nacimiento a 734 lactantes</p> <p>1.6.1 Porcentaje de niños que vuelven a hacerse la prueba al cabo de 18 meses de su nacimiento</p>	<p>Existencia de asociados competentes</p> <p>Existencia de un sistema de consulta eficaz y que no estigmatice destinado a las mujeres, huérfanos y personas que viven con el VIH/SIDA vulnerables</p>	
<p>Componente 3</p> <p>1.7 Aumento de la superficie de la tierra de riego</p> <p>1.8 Fomento de las buenas prácticas poscosecha</p> <p>1.9 Reconstrucción o construcción de terrazas en contorno</p> <p>1.10 Construcción o rehabilitación de la infraestructura de caminos de acceso</p> <p>1.11 Construcción o rehabilitación de las instalaciones/sistemas de abastecimiento de agua</p> <p>1.12 Distribución de las raciones de alimentos familiares a los participantes</p>	<p>1.7.1 Aumento del 30% de la superficie de riego</p> <p>1.8.1 Capacitación de 1 500 agricultores en gestión poscosecha</p> <p>1.8.2 Construcción de 100 instalaciones de almacenamiento mejoradas</p> <p>1.9.1 Construcción y/o rehabilitación de 2 000 terrazas de contorno</p> <p>1.10.1 Construcción o reconstrucción de 300 km de caminos de acceso a los mercados</p> <p>1.11.1 Construcción/rehabilitación de 400 km de red de distribución de agua</p>	<p>Los asociados cooperantes son capaces de garantizar y suministrar artículos no alimentarios</p> <p>Los agricultores gozan de acceso a los servicios de extensión</p>	



**ANEXO II: MATRIZ DE LOS RESULTADOS Y LA ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS DEL PROYECTO DE PROGRAMA EN EL PAÍS –
REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA 10437.0 (2007-2010)**

Cadena de resultados (marco lógico)	Indicadores de las realizaciones	Riesgos, supuestos	Recursos necesarios
	1.11.2 Construcción de 20 depósitos de almacenamiento de agua 1.12.1 Suministro de raciones de alimentos familiares a 110 000 personas cada año 1.12.2 Distribución de 12 936 toneladas de alimentos (3 234 toneladas anuales)		
Componente 4 1.13 Capacitación de las mujeres embarazadas y las madres lactantes en prácticas adecuadas de cuidado y alimentación infantiles 1.14 Suministro de raciones de alimentos suplementarios para llevar a casa a las mujeres embarazadas y madres lactantes 1.15 Suministro de alimentos suplementarios a todos los niños con una puntuación Z de < -2 de la media de referencia del peso/edad	1.13.1 Capacitación o apoyo social en buenas prácticas de cuidado y alimentación infantiles para 40 000 mujeres embarazadas y madres lactantes 1.14.1 Suministro de raciones para llevar a casa a 112 000 beneficiarios (40 000 mujeres y 72 000 niños malnutridos) 1.15.1 Distribución de 8 352 toneladas de alimentos para los beneficiarios (2 088 toneladas anuales)	El personal de salud está motivado y dispone de tiempo para impartir sesiones de apoyo social adecuadas durante la asistencia a los centros de salud maternoinfantil	



ANEXO III

PRESUPUESTO RESUMIDO PARA EL PROGRAMA EN EL PAÍS – REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA 10437.0 (2007-2010) COMPONENTES BÁSICOS (dólares)					
	Componente 1	Componente 2	Componente 3	Componente 4	Total
Productos alimenticios (toneladas)	30 030	18 414	12 936	8 352	69 732
Productos alimenticios (valor en dólares EE.UU.)	9 041 340	5 631 264	4 038 672	2 505 600	21 216 876
Transporte externo	1 558 565	955 692	671 382	433 471	3 619 110
TTAM (total)	2 290 968	1 568 094	1 240 309	777 616	5 876 987
TTAM (costo por tonelada)	76 29	85 16	95 88	93 11	84 28
OCOD	612 000	376 000	278 000	262 000	1 528 000
Total de los costos operaciones directos	13 502 873	8 531 050	6 228 363	3 978 687	32 240 973
CAD ¹	2 246 240	1 355 960	959 960	622 000	5 184 160
CAI ²	1 102 438	692 091	503 183	322 048	2 619 759
Costo total para el PMA	16 851 551	10 579 100	7 691 506	4 922 735	40 044 892
Contribución del Gobierno	2 716 011	465 136	2 010 756	152 848	5 344 751

¹ La cantidad de CAD es una cifra indicativa que se presenta a la Junta Ejecutiva para información. La asignación anual de CAD para un programa en el país se revisa y se fija anualmente, tras una evaluación de las necesidades de CAD y la disponibilidad de recursos.

² La Junta Ejecutiva puede modificar la tasa de CAI durante el período de ejecución del programa en el país.

Programa en el país – República Unida de Tanzania 10437.0 (2007-2010)



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

APC	Alimentos para la capacitación
APT	Alimentos por trabajo
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FIDA	Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
MMS	Mezcla de maíz y soya
ODK	Despacho Regional para África Oriental y Central (Kampala)
ODM	Objetivos de desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA
OPSR	Operación prolongada de socorro y recuperación
PIB	Producto interno bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PP	Programa en el país
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SyE	Seguimiento y evaluación
TIAM	Transporte interno, almacenamiento y manipulación
TTAM	Transporte terrestre, almacenamiento y manipulación
UNDAF	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VAM	Análisis y cartografía de la vulnerabilidad
VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida