



Distribución: general

Fecha: 20 de enero de 2017

Original: inglés

Tema 6 del programa

WFP/EB.1/2017/6-B

Informes de evaluación

Para examen

Los documentos de la Junta Ejecutiva pueden consultarse en el sitio web del PMA (<http://executiveboard.wfp.org>).

Informe resumido de la evaluación de la respuesta del PMA a la crisis del virus del Ébola en Guinea, Liberia y Sierra Leona

Resumen

La epidemia de ébola de 2014-2015 fue tres veces mayor que todas las anteriores, lo que indujo a la Organización Mundial de la Salud a declararla una “situación de emergencia sanitaria de alcance internacional”. Al 31 de diciembre de 2015, habían contraído el virus 28.600 personas y más de 11.300 habían fallecido.

Además de su impacto en la salud de la población, los efectos generales de la epidemia fueron devastadores e incluyeron enormes daños económicos y sociales. La respuesta movilizó a una combinación extraordinaria de numerosas partes interesadas, tales como organismos regionales, gobiernos nacionales, agentes humanitarios internacionales y nacionales, el sector privado, el ejército e instituciones de investigación y del mundo académico.

En la presente evaluación de la intervención emprendida por el PMA a raíz de la epidemia de la enfermedad causada por el virus del Ébola se examinaron tres esferas principales: asociaciones y coordinación; aprendizaje, adaptación e innovación, y realizaciones y resultados de las tres operaciones de emergencia de respuesta inmediata realizadas en esos países, una operación de emergencia regional que abarcó Guinea, Liberia y Sierra Leona, y tres operaciones especiales regionales ejecutadas en 2014 y 2015.

El enfoque de doble vía adoptado por el PMA ante la crisis comprendía dos componentes: i) asistencia alimentaria de emergencia para proporcionar un apoyo alimentario y nutricional, junto con intervenciones en el sector de la salud, y mitigar el impacto de la emergencia sanitaria, y ii) prestación de servicios comunes para el transporte del personal y los bienes de los asociados, y apoyo infraestructural a los asociados del sector de la salud.

El equipo de evaluación llegó a la conclusión de que la intervención del PMA había sido muy idónea y pertinente. Apenas se declaró la emergencia de nivel 3, se amplió la intervención con el fin de hacer frente con rapidez a la evolución de las necesidades. El PMA contribuyó de forma significativa a la coordinación de las intervenciones a nivel nacional y local, y la asistencia alimentaria resultó decisiva para el éxito de las necesarias medidas de aislamiento y contención. La plataforma de servicios comunes

Coordinadoras del documento:

Sra. A. Cook
Directora de Evaluación
Tel.: 066513-2030

Sra. M. Sende
Oficial de Evaluación
Tel.: 066513-2539

fue indispensable para satisfacer las necesidades de todas las partes interesadas y para aumentar al máximo la eficiencia y reducir al mínimo los costos en beneficio de las organizaciones asociadas.

La crisis exigió al PMA un cambio de mentalidad, ya que se trataba de pasar de una intervención centrada en la lucha contra la inseguridad alimentaria como punto de partida a otra centrada en la salud. Se realizó una labor de gestión de riesgos sólida, y los sistemas y herramientas utilizados en la intervención resultaron casi siempre adecuados, aunque a veces hubo que adaptarlos al carácter sanitario de la emergencia. Entre las deficiencias y los aspectos que habría que mejorar cabe mencionar los problemas relacionados con la dotación de personal, el seguimiento de los artículos no alimentarios y la respectiva integración de los sistemas de gestión de recursos y de seguimiento.

La evaluación permitió constatar que la transición después de la operación de emergencia había sido demasiado larga, considerando el impacto económico de la epidemia, que habría merecido el fortalecimiento de las actividades centradas específicamente en la seguridad alimentaria. El hecho de no haber aplicado la política del PMA en materia de género hizo que las cuestiones de género se desatendieran durante largos períodos.

El equipo de evaluación formuló cinco recomendaciones sobre los aspectos siguientes: i) mejorar los resultados mediante el fortalecimiento de las políticas, las directrices y los sistemas internos relativos a la preparación para la pronta intervención y respuesta en casos de emergencia, los recursos humanos y el seguimiento; ii) adoptar un enfoque global y de colaboración para el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de las partes interesadas nacionales a las crisis sanitarias; iii) sostener la participación del PMA en las iniciativas de gestión de la cadena de suministro a escala mundial, y iv) reforzar la rendición de cuentas ante los beneficiarios.

Proyecto de decisión*

La Junta toma nota del documento titulado “Informe resumido de la evaluación de la respuesta del PMA a la crisis del virus del Ébola en Guinea, Liberia y Sierra Leona” (WFP/EB.1/2017/6-B) y de la respuesta de la dirección contenida en el documento WFP/EB.1/2017/6-B/Add.1, y alienta a que se adopten nuevas medidas en respuesta a las recomendaciones formuladas, teniendo en cuenta las consideraciones planteadas por sus miembros durante los debates.

* Se trata de un proyecto de decisión. Si desea consultar la decisión final adoptada por la Junta, sírvase remitirse al documento relativo a las decisiones y recomendaciones que se publica al finalizar el período de sesiones.

Introducción

1. La intervención de emergencia de nivel 3 no convencional realizada por el PMA a raíz de la crisis de la enfermedad por el virus del Ébola en África occidental durante 2014 y 2015 fue única y compleja¹. El 8 de agosto de 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la epidemia una emergencia de salud pública de alcance internacional²; el 13 de agosto, el PMA anunció la puesta en marcha de una intervención de emergencia de nivel 3³. Al mes de diciembre de 2015, la OMS había registrado 28.616 casos, incluidos 11.310 fallecimientos, en Guinea, Liberia y Sierra Leona, los tres países más afectados por la epidemia de ébola⁴.
2. El retraso en la puesta en marcha de la intervención, las deficiencias y los trastornos de los sistemas sanitarios, la falta de personal capacitado y de equipo, y un largo historial de conflictos y de inestabilidad política hicieron difícil contener el brote de ébola. En agosto de 2014, los presidentes de los países afectados adoptaron medidas destinadas a contener y erradicar el virus⁵, entre las cuales las siguientes: orden de cuarentena para los “casos de contacto” (personas que han entrado en contacto directo con un paciente infectado por el virus del Ébola) y para algunas comunidades; cierre y control de las fronteras, e imposición de restricciones al movimiento de bienes y servicios. El 19 de septiembre se estableció la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ébola (UNMEER), que permitió crear una plataforma operacional común dirigida por las Naciones Unidas para luchar contra la epidemia y complementar la hoja de ruta de la OMS para la respuesta al virus del Ébola⁶.
3. Se crearon comités de coordinación nacional y se formularon planes de intervención y estrategias de recuperación en el marco de un proceso en tres fases: fase 1, detener la transmisión de la enfermedad por el virus del Ébola a nivel nacional y regional; fase 2, prevenir la propagación de la epidemia fortaleciendo las medidas de preparación e intervención, y fase 3, impulsar la estabilización y la recuperación socioeconómicas. El PMA respondió a esta emergencia compleja y en rápida evolución proporcionando asistencia alimentaria a los hogares y comunidades afectados, y servicios comunes al sistema de las Naciones Unidas. En la Figura 1 se resumen los principales acontecimientos, las intervenciones del PMA y los niveles de financiación relacionados con la crisis.

¹ La epidemia por el virus del Ébola fue la más extensa, prolongada, fatal y compleja en casi cuatro décadas de la historia conocida de la enfermedad.

² OMS. Informe sobre la situación. 10 de junio de 2016.

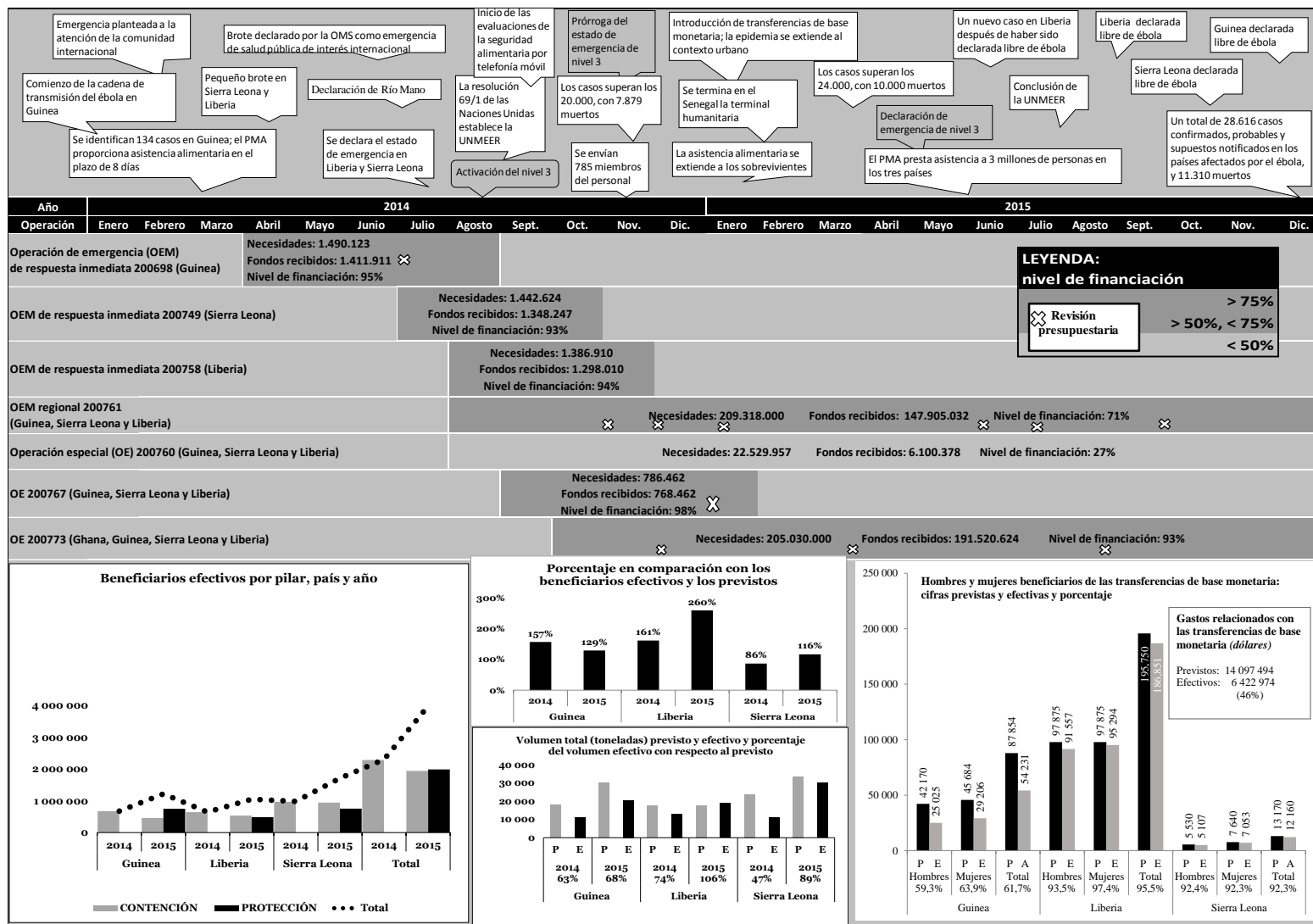
³ Memorando de decisión del PMA. 13 de agosto de 2014.

⁴ OMS: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208883/1/ebolaitrep_10Jun2016_eng.pdf?ua=1.

⁵ Declaración conjunta de los Jefes de Estado y de Gobierno de la Unión del Río Mano para la Erradicación del Ébola en África occidental.

⁶ OMS. 2014. *Hoja de ruta para la respuesta al virus del Ébola*.

Figura 1: Acontecimientos importantes y logros del PMA durante el período considerado



Fuentes: mandato de la evaluación; informe normalizado de los proyectos, 2014-2015; actualizaciones sobre la situación de los recursos del PMA desde enero de 2016.

Características de la evaluación

4. En el marco de la evaluación, llevada a cabo entre marzo y septiembre de 2016, se examinó la intervención realizada por el PMA en los países afectados por el virus del Ébola entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2015, centrándose en tres esferas de interés: asociaciones y coordinación; aprendizaje, adaptación e innovación, y realizaciones y resultados. Dentro de estas esferas se examinaron los aspectos siguientes: pertinencia, coherencia e idoneidad; cobertura; coordinación e interconexión; eficacia, y eficiencia. Aunque la evaluación tenía el doble objetivo de estudiar la rendición de cuentas y el aprendizaje, se hizo más hincapié en el aprendizaje institucional y en aprovechar la oportunidad para valorar las estrategias, los sistemas, las herramientas, los procedimientos y las actividades del PMA para responder a las demandas extraordinarias de una crisis compleja en materia de salud pública.
5. El enfoque metodológico principal de la evaluación fue el de la “cosecha de resultados” (también llamada “cosecha de alcances”)⁷, respaldada por métodos mixtos que incluían: i) reuniones informativas con 58 miembros del personal del PMA en la Sede, el despacho regional de Dakar y las oficinas en los países; ii) examen de la bibliografía; iii) tres encuestas en línea dedicadas respectivamente a los recursos humanos y el bienestar del personal, las partes interesadas externas⁸ y la logística, y el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios comunes; iv) cuestionarios previos a las entrevistas; v) 320 entrevistas con partes interesadas internas y externas; vi) visitas a los tres países afectados por el virus del Ébola, además de Ghana y el Senegal, para encontrar a 130 miembros del personal; vii) 22 debates en grupos de discusión con aproximadamente 600 beneficiarios; viii) reuniones informativas y talleres en las oficinas en los países; ix) ocho ejercicios para el establecimiento de marcos cronológicos; x) talleres para los asociados; xi) visitas a una unidad de tratamiento del ébola y a dos bases logísticas avanzadas en Liberia y Sierra Leona, y xii) un taller de aprendizaje para las partes interesadas, en septiembre de 2016 en la Sede.
6. Entre las dificultades experimentadas durante la evaluación, cabe mencionar la participación limitada de las partes interesadas, especialmente entre los informantes externos. Ello hizo que el equipo de evaluación tuviera que emplear métodos mixtos más tradicionales junto con la cosecha de resultados.

Cartera de proyectos del PMA

7. Ante la epidemia de ébola el PMA realizó una intervención de dos componentes: i) uno de asistencia alimentaria con el que se prestó apoyo alimentario y nutricional, junto a las actividades de carácter sanitario para mitigar el impacto de la emergencia sanitaria en la seguridad alimentaria, mediante tres operaciones de emergencia de respuesta inmediata (OEM de respuesta inmediata) y una OEM regional, y ii) otro de apoyo a los servicios comunes mediante tres operaciones especiales (OE) regionales, que permitieron el movimiento de personal y material de los asociados y prestaron apoyo infraestructural a los asociados del sector de la salud. La evaluación abarcó las siete operaciones que contribuyeron al logro del Objetivo Estratégico 1. Como se indica en la Figura 1, el importe total necesario para financiar la cartera de proyectos del PMA giró en torno a los 442 millones de dólares EE.UU., de los cuales al mes de diciembre de 2015 se había recibido el 79 %⁹. Por primera vez en una crisis, los recursos asignados a las OE superaron las asignaciones destinadas a la asistencia alimentaria de emergencia (el 52 % frente al 48 %).
8. La intervención del PMA comenzó con tres OEM de respuesta inmediata en los tres países para reducir los contactos interpersonales directos y estabilizar las comunidades campesinas, hacer frente a los brotes de la enfermedad en el medio urbano en Freetown (Sierra Leona) y Monrovia (Liberia), contener los aumentos de los precios de los alimentos causados por el cierre del

⁷ La cosecha de resultados permite a los evaluadores determinar, formular, verificar e interpretar los resultados, en colaboración con los informantes internos.

⁸ Oficiales del Gobierno, las Naciones Unidas y las organizaciones no gubernamentales (ONG) asociadas, y los donantes.

⁹ La financiación total de la OEM y las tres OEM de respuesta inmediata ascendió a 213.637.657 dólares y la de las tres OE fue de 228.346.419 dólares. Informes normalizados de los proyectos, 2014-2015.

comercio transfronterizo y de los mercados, y mantener un nivel aceptable de nutrición en las zonas afectadas.

9. En agosto de 2014, la epidemia de ébola se transformó en una crisis en gran escala. Ante la solicitud de apoyo formulada por la OMS para ayudar a los gobiernos de los países afectados por el virus del Ébola, el PMA puso en marcha la OEM regional 200761. Para atender a los pacientes de las unidades de tratamiento del ébola, los casos de contacto y las comunidades donde se registraba una transmisión intensa y generalizada de la enfermedad por el virus del Ébola, la OEM brindó asistencia alimentaria y nutricional para ayudar a cuidar a las personas infectadas y contener la propagación del virus.
10. En octubre de 2014, el PMA prestó apoyo logístico mediante la OE regional 200773, en asociación con la UNMEER y sustituyendo a dos pequeñas OE regionales con una plataforma de servicios comunes en gran escala para fortalecer la capacidad de transporte aéreo, las telecomunicaciones de emergencia y el apoyo logístico que se necesitaba con urgencia. Después de la intervención inicial, el apoyo alimentario y el apoyo logístico fueron armonizándose gradualmente para dar lugar a tres componentes diferentes (Figura 1): i) cuidado de los pacientes infectados por el virus del Ébola y de los supervivientes; ii) contención de los hogares en cuarentena y las comunidades con tasas elevadas de transmisión, y iii) protección¹⁰ para preparar a las comunidades para volver a una vida normal.
11. Como se indica en el Cuadro 1, para la asistencia alimentaria se seleccionaron tres tipos de beneficiarios: los pacientes, los hogares y las comunidades. Las raciones previstas para estos grupos estaban en consonancia con las directrices estándar sobre nutrición para las personas afectadas por el virus del Ébola del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el PMA y la OMS¹¹.

| CUADRO 1: CATEGORÍAS DE BENEFICIARIOS DE LA ASISTENCIA ALIMENTARIA DEL PMA | |
|---|---|
| Pilar | Categoría |
| Cuidado | Pacientes a cargo de las unidades de tratamiento del ébola – comidas cocinadas |
| | Casos de contacto |
| | Pacientes a cargo de las unidades de tratamiento del ébola |
| | Familias a cargo de las unidades de tratamiento del ébola |
| | Pacientes a cargo de las comunidades |
| | Familias a cargo de las comunidades |
| | Cupones para alimentos frescos – pacientes Cupones para alimentos frescos – familias |
| Efectivo para comprar alimentos frescos – supervivientes | |
| Contención | Centros de acogida comunitarios |
| | Zonas de transmisión generalizada e intensa (comunidades y personas en aislamiento o en cuarentena) |
| | Intervenciones de emergencia/Socorro – centros de detección |
| Protección | Supervivientes considerados exentos de la enfermedad |
| | Supervivientes en las unidades de tratamiento del ébola |
| | Supervivientes en las unidades de tratamiento del ébola – adultos |
| | Supervivientes en las unidades de tratamiento del ébola – niños |
| | Transición – alimentos |
| | Transición– transferencias de base monetaria |
| | Huérfanos |
| | Niños en fase de transición |

Fuentes: documentos de los proyectos relativos a las OEM y revisiones presupuestarias de 2014-2015.

¹⁰ O transición: véase el cambio conceptual en la revisión presupuestaria del 4 de mayo de 2015.

¹¹ PMA/OMS/UNICEF. 2014. *Interim Guideline Nutritional Care in Adults and Children infected with EVD in Treatment Centres*.

Constataciones derivadas de la evaluación

Asociaciones y coordinación

12. Según el personal gubernamental encuestado en los países afectados por la epidemia de ébola, la intervención del PMA estaba en consonancia y coordinada con las prioridades nacionales y se integraba en las estructuras nacionales, al principio a través de los centros de operaciones del Plan de acción estratégica de la OMS para la crisis del ébola, y después a través de las estructuras nacionales especiales dirigidas por los ministerios de la salud. Con arreglo a fuentes gubernamentales de los países afectados, la intervención del PMA había contribuido considerablemente a la coordinación de la ayuda a nivel nacional y local, y la asistencia alimentaria había resultado decisiva para asegurar el éxito de las necesarias medidas de aislamiento y contención aplicadas. La configuración de la OEM y de las OE por el despacho regional permitió garantizar la coordinación de la acción y su armonización con las cambiantes prioridades gubernamentales y con las hojas de ruta de la UNMEER y la OMS. Sin embargo, una mayor participación directa del PMA a escala nacional podría haber posibilitado una respuesta gubernamental más eficaz, por ejemplo favoreciendo el establecimiento de modalidades de planificación más eficientes.
13. Además de la asistencia alimentaria, la dirección y la coordinación del despacho regional fueron determinantes para definir la arquitectura global de las intervenciones y facilitar la realización de una intervención regional coordinada por las Naciones Unidas y los organismos asociados. Ello contribuyó a aumentar las oportunidades de sinergia entre las entidades de las Naciones Unidas y se tradujo en una mayor eficacia de los programas a nivel estratégico y operacional. El PMA contribuyó significativamente a la realización de la iniciativa “Unidos en la acción” de las Naciones Unidas al armonizar sus actividades con las prioridades nacionales, reduciendo los costos de transacción y definiendo nuevos procedimientos operativos estándar que pudieran utilizarse en futuras emergencias¹². El acuerdo conjunto PMA/OMS relativo al apoyo de la intervención allanó el camino para futuras intervenciones de emergencia y para la prestación de un apoyo interinstitucional ante epidemias y crisis sanitarias¹³, asegurando así que se potenciaran las ventajas comparativas y las capacidades de cada organismo.
14. Habida cuenta de que las prioridades estaban fijadas fundamentalmente por los gobiernos y la OMS, los asociados del PMA consideraron que la intervención de este último era coherente y se ajustaba a las propias prioridades de ellos, y que permitía generar sinergias a nivel operacional. En el establecimiento de las asociaciones el PMA demostró flexibilidad, respeto de la diversidad y agilidad, participando en asociaciones nuevas y no habituales en la esfera de la salud, en particular con agentes de salud (pilar relativo a los cuidados), con algunos de los organismos que habían proporcionado asistencia alimentaria en el pasado (pilar relativo a la contención), con antiguos asociados presentes en los países afectados por la epidemia de ébola (pilar relativo a la protección), y con nuevos asociados privados, como los proveedores de servicios de apoyo logístico y de comunicación. Sin embargo, salvo pocas excepciones —en especial la logística en Liberia— el fortalecimiento de las capacidades de los asociados tenía objetivos limitados y no se centraba en las expectativas o las necesidades más amplias de los asociados.
15. Aprovechando estas asociaciones, el PMA elaboró una estrategia eficaz de ampliación de sus operaciones, cuyo marco articulado en los pilares relativos a los cuidados, la contención y la protección resultó fundamental para el éxito de su acción. Cuando la transmisión de la enfermedad se estabilizó y los países en cuestión se declararon ya exentos de la misma, la estrategia de reducción gradual de la asistencia comenzada en 2015 permitió alinear los programas en curso en los países afectados por el virus del Ébola con las estrategias gubernamentales de recuperación. Sin embargo, el equipo de evaluación constató que el período de transición de 12 meses, a raíz de la decisión de prorrogar la OEM, era demasiado largo, en particular para el pilar relativo a la protección.

¹² Como el uso del equipo de protección personal apropiado.

¹³ WFP/WHO. 2015. WFP/WHO Cooperation in Response to EVD. Lessons Learned.

Aprendizaje, adaptación e innovación

16. La crisis de la enfermedad por el virus del Ébola exigió un cambio de mentalidad en el seno del PMA, ya que este debía pasar de su punto de partida habitual, centrado en la lucha contra la inseguridad alimentaria, a otro enfoque de intervención centrado en la salud. Los sistemas, directrices, protocolos y procedimientos internos del PMA resultaron en su mayor parte adecuados, pertinentes y flexibles. Sin embargo, a veces tuvieron que hacerse revisiones importantes¹⁴ para adaptarlos a un contexto en el que el personal del PMA no estaba seguro de cuál era la mejor modalidad para responder a la crisis. Además, las oficinas en los países que habían comenzado a ocuparse de los problemas de desarrollo no estaban preparadas para una acción de emergencia de tal magnitud. A través de un proceso de revisión, adaptación e integración, el PMA adaptó su intervención aprovechando las enseñanzas extraídas tanto de su experiencia anterior como de la experiencia que iba adquiriendo a medida que evolucionaba la crisis. Sin embargo, no todos los sistemas de intervención del PMA fueron aplicados en forma coherente (véase el párrafo 22).
17. La intervención y las actividades del PMA se ajustaron en general a sus políticas, con excepción de la política en materia de género, que no se aplicó porque la falta de datos desglosados por sexo y edad había impedido la realización de un análisis de género; el PMA podría haber solicitado más explícitamente este tipo de datos a los asociados y los gobiernos. Dejando de lado el hecho de que no había un marco normativo para intervenir ante situaciones de emergencia en la esfera de la salud, el marco normativo existente del PMA resultó en general pertinente para abordar las necesidades y perseguir los objetivos operacionales de la intervención. Las operaciones estaban en consonancia con las normas de las Naciones Unidas y los principios humanitarios. La selección amplia del PMA aseguró que la asistencia alimentaria se prestara sin discriminación. Los beneficiarios no señalaron ningún caso de exclusión ni abuso, y la mayoría de ellos informó de que habían sido tratados con respeto y dignidad durante el registro y las distribuciones. Se adoptaron medidas eficaces con el fin de prevenir y mitigar los riesgos operacionales para los beneficiarios, el personal y los asociados.
18. Las herramientas habituales del PMA, algo adaptadas, resultaron idóneas y permitieron ajustar la intervención. Hubo, sin embargo, retrasos en el establecimiento de los mecanismos de retroalimentación comunitarios y es difícil determinar si estos resultaron realmente eficaces. Aunque las herramientas de valoración previa y seguimiento por telefonía móvil se usaron con éxito, en la recopilación de datos se observaron algunos problemas: acceso desigual de la población a los teléfonos móviles y a su empleo; imposibilidad de adaptar los sistemas móviles de análisis y cartografía de la vulnerabilidad el empleo de las puntuaciones relativas al consumo de alimentos, y riesgo de que los mecanismos de retroalimentación comunitarios dieran lugar a alguna forma de discriminación de ciertos grupos vulnerables.
19. Aunque se llevó a cabo una labor de seguimiento importante por lo que se refiere al diseño y la adaptación estratégicos de las herramientas de comunicación de la información, el sistema de recopilación de datos utilizado por las oficinas en los países y los sistemas de presentación de informes empleados durante la OEM regional no permitieron realizar análisis regionales oportunos. Como los sistemas de datos relativos a los beneficiarios, las distribuciones de alimentos, las finanzas, las transferencias de base monetaria y los desembolsos se gestionaban por separado, resultó difícil al equipo de evaluación cuantificar la asistencia recibida por las diferentes categorías de beneficiarios. También la OE regional careció de un sistema global y estructurado para el seguimiento en tiempo real del volumen de los artículos no alimentarios y de la demanda de servicios logísticos por parte de la comunidad de asistencia humanitaria.
20. No obstante, las partes interesadas¹⁵ expresaron satisfacción por la coordinación entre el despacho regional y las oficinas en los países y entre los distintos ámbitos funcionales, que en general fue eficaz y alivió la carga de trabajo de las oficinas en los países. Entre las

¹⁴ Por ejemplo, las directrices para la distribución de alimentos se revisaron con el fin de incorporar medidas destinadas a reducir las aglomeraciones y los tiempos de espera, rotar al personal para reducir el riesgo de infecciones y proporcionar material de protección, higiene, saneamiento y equipo médico.

¹⁵ Incluidas muchas partes interesadas del PMA presentes en los despachos regionales y en las oficinas en los países.

modificaciones introducidas en la Sede en la estructura jerárquica cabe señalar la designación del Director Regional de África Occidental como Director de las intervenciones coordinadas a nivel central¹⁶. En las oficinas en los países y el despacho regional se estableció una estructura de emergencia —la célula Ébola— para gestionar la evolución de la intervención de emergencia y los riesgos relacionados con el despliegue y la gestión de un personal numeroso en este difícil contexto. Aunque la gestión operacional logró descentralizarse satisfactoriamente en el despacho regional y en las oficinas en los países, hubo un poco de confusión a causa de la falta de claridad en la delimitación de los niveles nacional y regional de la célula Ébola.

21. Hubo pocos datos que atestiguaran la realización de actividades de preparación e intervención en casos de emergencia sanitaria ante una pandemia en los países afectados por la epidemia de Ébola. El despacho regional reconoció sin tardanza que no estaba preparado para intervenir en casos de emergencia y que no disponía de ningún plan para imprevistos, y para remediar esta situación se activaron los sistemas del PMA. Como consecuencia de ello, se elaboró en la Sede un modelo para estimar el impacto de la enfermedad en la inseguridad alimentaria de los países afectados y prever la evolución de la situación sobre la base de las proyecciones sobre la transmisión¹⁷. Sin embargo, en el marco de la evaluación no se constató la existencia de disposiciones financieras que concernieran directamente a la adopción de medidas relativas a la preparación para la pronta intervención y respuesta en casos de emergencia.
22. Algunas deficiencias en materia de preparación e intervención se registraron también en las esferas del despliegue, la salud y el bienestar del personal. A todo el personal desplegado en los países afectados por la epidemia de ébola había que aplicar sistemáticamente una serie de medidas sanitarias: examen psicológico antes del despliegue, verificación de la aptitud física¹⁸, controles periódicos de la salud y examen de control de fin de misión. En un contexto de múltiples intervenciones de nivel 3¹⁹, fue difícil para el PMA desplegar a personal dotado de las cualificaciones y capacidades requeridas para una intervención de emergencia, sobre todo en el caso de la respuesta a la epidemia de ébola, que suscitaba mucho temor entre el personal. Aunque el recurso a contratos y asignaciones de corta duración para el personal y los asociados para emergencias permitió contar con las competencias especializadas necesarias, en algunos ámbitos funcionales creó dificultades relacionadas con el traspaso de responsabilidades y la estabilidad. La frecuente rotación del personal dio lugar asimismo a una constante necesidad de capacitación y a la pérdida de competencias técnicas, conocimientos institucionales e impulso.
23. La activación del nivel 3 del PMA se decidió en el momento oportuno, aunque la incidencia de la enfermedad por el virus del Ébola habría justificado ya cuatro semanas antes la declaración del estado de crisis por parte de la OMS²⁰. La gestión de riesgos del PMA fue excepcional. Entre los factores de éxito cabe señalar el envío de un Oficial de Vigilancia de la Aplicación de las Normas, la preparación de un registro de riesgos de nivel 3 y la adopción de medidas de mitigación²¹, si bien el análisis de los riesgos a nivel de las oficinas en los países tuvo lugar después de lo deseado. Tras la intervención ante la epidemia de ébola y la realización de actividades en esferas nuevas como el bienestar del personal, la gestión de la cadena del frío y la construcción de siete unidades de tratamiento del ébola —esferas que suponían riesgos importantes para la reputación del Programa—, la declaración de 2016 sobre el nivel de riesgo aceptado por el PMA ha evolucionado considerablemente respecto de la declaración de 2012. Dado que esta intervención estaba centrada principalmente en la salud y no en la alimentación y tenía un componente

¹⁶ Memorando de decisión del PMA del 13 de agosto de 2014.

¹⁷ El modelo permitió poner de relieve tres esferas en las que se acusarían los efectos de la epidemia de ébola: el tejido social, los mercados y los medios de subsistencia.

¹⁸ El Programa de fortalecimiento de la capacidad de preparación para la pronta intervención y de respuesta en casos de emergencia (PREP) comprende un examen médico y psicológico antes de todo despliegue en una intervención de emergencia de nivel 3.

¹⁹ En la Filipinas, la República Árabe Siria, la República Centroafricana y Sudán del Sur.

²⁰ Según la OMS, hasta el 27 de julio de 2014, el número de los casos registrados había llegado a 1.323, incluidos 729 fallecimientos.

²¹ Matriz de riesgos regionales relacionados con la crisis provocada por la epidemia de ébola, establecida por el Despacho Regional para África Occidental, 1 de septiembre de 2014.

logístico importante, el PMA se vio obligado a adoptar un enfoque flexible y a alejarse a veces de sus operaciones de asistencia alimentaria de emergencia, ya muy bien rodadas.

24. Algunos arreglos estructurales e institucionales innovadores utilizados en el curso de la intervención tienen muchas posibilidades de reproducción o institucionalización en futuras emergencias. Se podrían señalar, por ejemplo, el acuerdo entre el PMA y la OMS, la labor de evaluación y seguimiento por telefonía móvil en gran escala, la cadena de suministro y la red creadas para hacer frente a la pandemia, y la plataforma de servicios comunes.

Realizaciones y resultados

25. La respuesta de dos componentes del PMA fue muy idónea y pertinente y la intervención de nivel 3 fue ampliándose de manera eficiente frente a la rápida evolución de las necesidades. La plataforma de servicios comunes resultó indispensable para satisfacer las necesidades de todas las partes interesadas.
26. La intervención del PMA se caracterizó por los aspectos siguientes: empleo de nuevas modalidades de distribución de alimentos en especie e introducción de las transferencias de base monetaria en zonas de contaminación de alto riesgo; amplio uso de préstamos y mecanismos institucionales de financiación; establecimiento de una cadena de suministro consolidada para las compras y las entregas, y establecimiento de una infraestructura especializada en colaboración con otros agentes de salud.
27. Para la asistencia alimentaria correspondiente al pilar relativos a los cuidados (destinado primordialmente a los pacientes) y al pilar relativo a la contención (destinado primordialmente a las comunidades afectadas), las poblaciones afectadas se identificaron por conducto de los servicios públicos de salud y los asociados del sector de la salud; los beneficiarios del pilar relativo a la protección (destinado a los hogares afectados de inseguridad alimentaria) fueron identificados por asociados cooperantes del PMA. Este último mantuvo cierta flexibilidad en la selección de los beneficiarios y la selección geográfica para permitir a los equipos responder adecuadamente en el curso de toda la intervención. Los beneficiarios del pilar relativo a los cuidados representaban el 1 % del número total de beneficiarios, frente al 67 % para el pilar relativo a la de la contención comprendía el 67 % y el pilar de la protección, el 32 %²². Desafortunadamente, no se disponía de cifras de planificación sobre los beneficiarios previstos por pilar, ya que al principio de la intervención solo se disponía de los datos totales. Como consecuencia, el equipo de evaluación no pudo presentar una visión general del número efectivo de beneficiarios con respecto al número previsto por pilar.

CUADRO 2: NÚMERO DE BENEFICIARIOS, VOLUMEN DE ALIMENTOS E IMPORTE DE LAS TRANSFERENCIAS DE EFECTIVO PREVISTOS Y EFECTIVOS, 2014-2015*

| Operación (todos los países combinados) | Beneficiarios | | | Productos (toneladas) | | | Transferencias de base monetaria (millones de dólares) | | |
|--|--------------------|--------------------|-----|--------------------------|----------------------|---------|--|---------------------|-------|
| | Número previsto | Número efectivo | % | Cantidad prevista | Cantidad efectiva | % | Importe previsto | Importe efectivo | % |
| OEM de respuesta inmediata por país | 84 800 | 221 200 | 261 | 3 471 | 4 378 | 12 6 | n. a. | n. a. | n. a. |
| OEM regional 200761 | 4 793 348 | 5 062 610 | 106 | 140 983 | 105 178 | 75 | 14,1 | 6,4 | 46 |
| Incluidos los beneficiarios de las transferencias de base monetaria | 297 314 | 253 314 | 85 | | | | | | |

Fuente: PMA; informes normalizados de los proyectos, 2014-2015.

* Los números efectivos de los beneficiarios no incluyen las superposiciones. Si se incluyen las superposiciones, el número efectivo de los beneficiarios de la OEM regional 200761 es de 6.294.272.

²² Revisiones presupuestarias de la OEM en 2014-2015.

28. La asistencia alimentaria del PMA dio comienzo en abril de 2014 mediante las OEM de respuesta inmediata para cada país, llegando a 221.000 beneficiarios de lo que retrospectivamente podrían considerarse como los pilares relativos a los cuidados y la contención. Para diciembre de 2015, mediante la OEM regional el PMA había prestado asistencia a más de 5 millones de beneficiarios de los tres pilares, de los cuales el 53 % eran mujeres y niñas; el número total previsto era de 4,8 millones. Para hacer frente a la rápida evolución de las tasas de transmisión de la enfermedad por el virus del Ébola y a las necesidades de asistencia humanitaria, el PMA llevó a cabo seis revisiones presupuestarias en 2014 y 2015. Ello atestigua tanto su voluntad de adaptarse a las condiciones vigentes en los países afectados como la dificultad de hacer pronósticos conforme a su calendario operacional habitual. Los beneficiarios de la OEM regional recibieron el 75 % de los productos previstos, lo que indica una reducción de las raciones debido a las interrupciones de la cadena de suministro de algunos productos. Las transferencias de base monetaria, utilizadas desde 2015, alcanzaron el 85 % de los beneficiarios previstos.
29. Los pilares relativos a los cuidados y la contención de la intervención alimentaria fueron idóneos desde el principio. La asistencia alimentaria del PMA contribuyó directamente a mitigar el riesgo de propagación de la enfermedad por el virus del Ébola: el PMA proporcionó raciones alimentarias a los casos de contacto registrados, principalmente mediante entrega a domicilio durante su período de aislamiento de 21 días. Durante el período de escasez, el pilar relativo a la protección, que se potenció con rapidez, hacía hincapié en la seguridad alimentaria de las comunidades y personas afectadas, adaptando las actividades a las prioridades gubernamentales que estaban dirigidas a ampliar el acceso a los servicios básicos y eran muy semejantes a las actividades habituales de las oficinas en los países. Sin embargo, la fase de reducción gradual de la asistencia de la OEM fue demasiado larga, y habría sido más acertado establecer una operación prolongada de socorro y recuperación regional para asegurar la transición de esta OEM regional a los programas en los países.
30. La gama de actividades asociadas al pilar relativo a la protección tenía la posibilidad de incorporar un enfoque más centrado en la seguridad alimentaria y los medios de subsistencia, ya que las oficinas del PMA en los países realizaban algunas de esas actividades a través de sus programas en los países. En el marco lógico de la OEM regional se daba cuenta de los indicadores relativos al Objetivo Estratégico 1, tales como la puntuación relativa al consumo de alimentos, las puntuaciones relativas a la diversidad de la dieta y los índices relativos a las estrategias de supervivencia. Ahora bien, estos indicadores no se examinaron en la evaluación porque se los consideró inadecuados para medir las realizaciones del PMA en una intervención sanitaria donde la seguridad alimentaria no representaba el punto de partida de su acción²³. Como se indica en el informe normalizado de 2015 relativo a la OEM regional 200761, "...es importante analizar los resultados [...] dentro del contexto de la asistencia prestada ya que la asistencia alimentaria del PMA se destinaba primordialmente a las comunidades en las que se registraban niveles elevados de transmisión del ébola [...] no necesariamente a las comunidades con mayor inseguridad alimentaria".
31. Para satisfacer las apremiantes necesidades logísticas de los gobiernos anfitriones y de la comunidad de asistencia humanitaria, el PMA estableció grandes instalaciones de recepción y almacenamiento a lo largo de la cadena de suministro, desde los puntos de origen internacionales hasta los numerosos lugares de tratamiento del ébola. Con el apoyo del módulo de acción agrupada de logística y del Depósito de Respuesta Humanitaria de las Naciones Unidas, el PMA construyó zonas de agrupación de la carga, siete unidades logísticas principales, ocho bases logísticas avanzadas, numerosos depósitos auxiliares y unidades de tratamiento del ébola, y rehabilitó varias unidades en dispensarios y centros médicos. Aunque el módulo de acción agrupada de telecomunicaciones de emergencia no se había activado oficialmente, la UNMEER encomendó al PMA, en su calidad de organismo coordinador del módulo mundial de acción agrupada en esta esfera, la tarea de responder a las necesidades de comunicación como si el módulo estuviese activado.

²³ Los datos provienen de las entrevistas a informantes clave realizadas durante la misión introductoria de marzo de 2016, y del informe titulado *EAC Emergency Response Challenges, Lessons Learned and Best Practices in Monitoring*, realizado en octubre de 2015 por la dependencia de seguimiento y evaluación del despacho regional.

32. El PMA estableció también vuelos de larga distancia para fletamentos de carga junto con los servicios de carga y de transporte de pasajeros del Servicio Aéreo Humanitario de las Naciones Unidas (UNHAS) para aumentar sus capacidades de intervención y las de sus asociados. El UNHAS registró más de 5.000 vuelos, transportó 32.000 pasajeros y más de 200 toneladas de equipo médico, y llevó a cabo 68 evacuaciones por razones médicas. Una encuesta sobre el nivel de satisfacción de los usuarios demostró que los servicios del PMA tuvieron gran aceptación entre las partes interesadas, habiendo el UNHAS registrado el nivel de satisfacción más elevado, seguido de los servicios de transporte aéreo y por carretera, las instalaciones de almacenamiento y los servicios de información sobre la logística.
33. La plataforma de servicios comunes fue usada ampliamente por toda la comunidad de asistencia humanitaria para lograr resultados, aumentos de eficiencia y ahorros de costos: 77 organizaciones se valieron de esta plataforma gratuita. Según el equipo de evaluación, ello se tradujo para los asociados del PMA en una serie de ventajas en términos financieros y de eficiencia.
34. Las proporciones de los componentes del presupuesto de la OEM regional están en consonancia con las registradas para todas las OEM del PMA (18 %). La relación entre los costos de apoyo directo (CAD) y los costos operacionales directos (COD), de 20,30 dólares por 100 dólares, indica un grado de eficacia global en función de los costos superior a la media. La relación entre los CAD por un lado y las capacidades netas y los servicios de desarrollo prestados por el otro, de 20,46 dólares por 100 dólares, representa un muy buen resultado. Los CAD de la OE regional representan el 17 % de los COD, lo que no es excesivo dada la complejidad de la operación.
35. Teniendo en cuenta las enseñanzas adquiridas a partir de la intervención del PMA, este último, la OMS y algunas empresas privadas colaboran actualmente en el marco de la Iniciativa relativa a la cadena de suministro en caso de pandemia para seguir fortaleciendo las capacidades mundiales de prestación de servicios eficaces y eficientes durante emergencias de salud pública. En el contexto del Depósito de Respuesta Humanitaria de las Naciones Unidas, se han emprendido también otras iniciativas para aumentar la utilidad de las reservas para fines humanitarios.

Evaluación general

Pertinencia, coherencia e idoneidad

36. La intervención del PMA ante la crisis de la enfermedad por el virus del Ébola fue muy pertinente e idónea tanto por lo que se refiere a la asistencia alimentaria como a los servicios comunes necesarios en esta emergencia sin precedentes. Todas las operaciones se llevaron a cabo dentro de los marcos de las políticas vigentes del PMA para la acción de emergencia, pero la pertinencia de dichas políticas como factor de activación de las intervenciones no ha sido suficientemente comprobada. La imposibilidad de aplicar la política en materia de género indica que las cuestiones de género no se tuvieron en cuenta; durante largos períodos el PMA omitió integrar la perspectiva de género en sus intervenciones en los países afectados por la epidemia de ébola.
37. En general, las herramientas convencionales del PMA fueron idóneas para adaptar la intervención, reducir los costos y maximizar la eficacia. El uso de la telefonía móvil, decisiva en este contexto, presentó algunas limitaciones.

Cobertura

38. En general, la intervención del PMA se llevó a cabo de forma oportuna y eficaz, evitando duplicaciones y subsanando déficits críticos, como por ejemplo los registrados en la esfera de la asistencia alimentaria y los servicios comunes. Las poblaciones afectadas se seleccionaron y atendieron adecuadamente, teniendo en cuenta en gran medida las prioridades nacionales. Las actividades contribuyeron eficazmente a satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos y las comunidades, y ayudaron a los gobiernos a reactivar servicios diezmados por la crisis. Aunque la intervención global fue coherente en cuanto a su enfoque de selección de beneficiarios y al tipo de actividades, el equipo de evaluación estima que, dado el impacto económico de la enfermedad por el virus del Ébola, tendría que haberse estudiado la posibilidad de realizar más actividades en pro de la seguridad alimentaria, en el marco de la labor relacionada con los otros Objetivos Estratégicos.

Coordinación e interconexión

39. Las actividades de la intervención se ampliaron de forma oportuna y eficiente gracias a una estrategia de ampliación coordinada y concertada que permitió aprovechar las múltiples asociaciones para obtener efectos sobre el terreno. El enfoque estratégico del despacho regional fue fundamental para garantizar la coordinación, a pesar de la evolución de las hojas de ruta establecidas para organizar la respuesta por los países afectados por el virus del Ébola, la UNMEER y la OMS. Los pilares relativos a los cuidados, la contención y la protección conformaron un marco estratégico que resultó crucial para orientar la reducción gradual de la asistencia y garantizó la interconexión entre los programas en los países y las estrategias gubernamentales de recuperación.
40. Las emergencias complejas raramente son semejantes y con frecuencia requieren enfoques diferentes, pero no por esto la intervención del PMA deja de ser instructiva. Internamente, el Programa logró activar todos los componentes necesarios para actuar con eficiencia a fin de alcanzar los objetivos: prestación de una asistencia alimentaria; establecimiento de una cadena de suministro para el transporte de grandes cantidades de alimentos y artículos no alimentarios; recurso a los servicios del UNHAS; establecimiento de una Red de Depósitos de Respuesta Humanitaria de las Naciones Unidas bien ubicados, y establecimiento de una dirección de ingeniería dinámica. La experiencia adquirida por el PMA puede reproducirse. Externamente, sin embargo, la colaboración con numerosas entidades diferentes es más inestable; para reproducir la experiencia se requerirán esfuerzos sostenidos por parte de los organismos de las Naciones Unidas a fin de extraer enseñanzas y actuar al unísono. A este respecto, el mandato confiado al módulo mundial de acción agrupada de logística resultó sumamente idóneo y debe continuar.

Eficacia

41. En lo referente a las asociaciones, el acuerdo entre el PMA y la OMS contribuyó a la eficacia de los programas dado que permitió aprovechar las ventajas comparativas y las capacidades respectivas de ambos organismos. En cuanto a los resultados operacionales, el PMA logró subsanar un déficit de capacidad logística en nombre de la OMS y de la comunidad de asistencia humanitaria. Aunque el análisis de los riesgos se inició un poco tarde en las oficinas del PMA en los países, posteriormente se siguió trabajando para hacer frente, evaluar y gestionar los riesgos mediante una planificación eficaz tanto de la arquitectura como de los programas, gracias a una intensa cooperación con los asociados.

Eficiencia

42. En general, la gestión de los recursos humanos y financieros del PMA fue satisfactoria y contribuyó a llevar a cabo una intervención oportuna, eficaz y eficiente. Las operaciones se ejecutaron teniendo en la debida cuenta los costos y se aplicaron todos los mecanismos de control del PMA.
43. Gracias a la plataforma de servicios comunes del PMA, aumentó la eficiencia en función de los costos del sistema de las Naciones Unidas en el marco de la sinergia generada y de una multiplicación de las oportunidades, reduciendo los costos de transacción, aumentando la eficiencia y los ahorros mediante unas prácticas armonizadas y unos servicios de apoyo operacional integrados. Aunque el PMA logró movilizar a los asociados para asegurar la asistencia alimentaria y creó nuevas asociaciones con terceros proveedores de servicios para realizar las transferencias de base monetaria, sus sistemas de información sobre la gestión de los recursos y de seguimiento de los resultados no estaban suficientemente integrados para poder ofrecer una visión general en tiempo real de sus servicios de asistencia alimentaria y de apoyo logístico.

Recomendaciones

| | Justificación | Recomendación | Dependencia responsable y calendario |
|------------------------------------|---|---|--|
| Mejora de las realizaciones | | | |
| 1a | La labor de dirección y coordinación del despacho regional fue decisiva para la arquitectura global de la intervención y la prestación de servicios comunes eficientes. En consonancia con la fase de transición en curso en el PMA, que pasará de la función de ejecutor a la de habilitador, es probable que una sólida cadena de suministro sea un factor determinante importante. | En colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas, la Cruz Roja, organizaciones no gubernamentales (ONG) internacionales y nacionales y agentes nacionales de las esferas de la salud y la gestión de desastres, el PMA debería documentar y comunicar sus mejores prácticas en cuanto a: <ul style="list-style-type: none"> i) la prestación de servicios comunes que maximice el aumento de la eficiencia en apoyo de una capacidad de intervención eficaz a escala mundial, y ii) el modo en que el modelo/las enseñanzas derivadas de su intervención frente a la epidemia de ébola podrían aplicarse/adaptarse en futuras situaciones de emergencia (sanitaria). | Dirección de Preparación para la Pronta Intervención en Emergencias y de Apoyo a las Intervenciones en Caso de Crisis (OSE) Inmediatamente |
| 1b | En su calidad de organismo principal del módulo de logística dentro del sistema de las Naciones Unidas, el PMA debe mantener su ventaja comparativa y movilizar a los otros organismos de las Naciones Unidas y a las ONG para hacer frente a los futuros brotes, evitando el tener que crear precipitadamente una estructura de coordinación externa. | El PMA debería participar en el establecimiento en curso de una red mundial de cadenas de suministro para fines de preparación para la pronta intervención y respuesta en caso de pandemia. | Dirección de la Cadena de Suministro (OSC) Para mediados de 2017 |
| 1c | Evitar la pérdida de enseñanzas fundamentales extraídas por el PMA en materia de preparación para la pronta intervención y respuesta en casos de emergencia y para mitigar los efectos de la frecuente rotación de los recursos humanos. | En consonancia con el antiguo PREP, el PMA debería aprovechar las enseñanzas de carácter operacional derivadas de su intervención ante la enfermedad por el virus del Ébola para poder aportar un apoyo más eficaz a las intervenciones de emergencia (sanitaria), e integrar en sus herramientas de preparación para la pronta intervención y respuesta en casos de emergencia las enseñanzas generadas gracias a los procedimientos, protocolos y sistemas que dieron buenos resultados. | Dirección de Políticas y Programas (OSZ) y Dirección de Innovación y Gestión del Cambio (INC) Para mediados de 2017 |
| 1d | Colmar los déficits en materia de dotación de personal y ampliar tanto el número como la capacidad del personal disponible para ser desplegado en intervenciones de emergencia en función de las necesidades (despliegue inmediato, ampliación de la intervención y reducción gradual del personal). | En consonancia con su estrategia en materia de personal para 2014-2017 y con la estrategia en materia de bienestar para 2015-2019, el PMA debería invertir más en preparación para la pronta intervención y respuesta en casos de emergencia y en las capacidades técnicas de su personal (de categoría mediana/inferior), elaborando una estrategia sostenible a largo plazo para responder eficazmente a las necesidades de despliegue inmediato y reducción | Oficina de la Directora Ejecutiva, Dirección de Recursos Humanos (HRM), Dirección de Bienestar del Personal (RMW) y OSC, en coordinación con la OSE. Para finales de 2017 |

| | Justificación | Recomendación | Dependencia responsable y calendario |
|-----------------------------|--|--|--|
| | | gradual del personal en las emergencias prolongadas (después de la primera oleada). Debería indicar qué piensa hacer en cuanto a: cubrir un número crítico de puestos de categoría superior; garantizar una representación equitativa en todos los ámbitos funcionales y a todos los niveles; velar por que el personal desplegado sea físicamente apto y esté psicológicamente preparado y por que se beneficie de medidas adecuadas de prevención de enfermedades/lesiones en caso de despliegue de emergencia; institucionalizar un traspaso de responsabilidades estructurado, e incorporar un sistema global de movilización del personal tanto nacional como internacional que permita atraer, conservar y tomar prestado en el momento oportuno el talento necesario. | |
| Asociaciones | | | |
| 2 | El PMA debe adoptar una perspectiva global de desarrollo de las capacidades para fomentar la resiliencia y la sostenibilidad de las organizaciones asociadas, en colaboración con las partes interesadas nacionales. | En colaboración con los asociados clave pertinentes de las Naciones Unidas, el PMA debería determinar las posibilidades de apoyo estratégico a escala regional y nacional para el fortalecimiento institucional de las partes interesadas nacionales responsables de las intervenciones de emergencia, y considerar tales actividades en el marco de los respectivos planes estratégicos para los países (PEP) que se están elaborando en la región. | Oficinas en los países y despacho regional, en coordinación con la OSE y la OSZ. Calendario condicionado a la implantación de los PEP en la región. |
| Cadena de suministro | | | |
| 3a | En el futuro, evitar déficits en el seguimiento y la gestión de los artículos no alimentarios destinados a la comunidad de asistencia humanitaria en sus iniciativas relativas a los servicios comunes. | <p>i) El PMA debería elaborar un sistema sólido y flexible de gestión de la información relativa a los artículos no alimentarios que permita su adecuado seguimiento y gestión desde el punto de recepción por el propio Programa (directamente para él o para sus asociados) hasta el punto de entrega al destinatario previsto no perteneciente al PMA. El primer paso sería el siguiente:</p> <p>ii) El PMA debería llevar a cabo un estudio de viabilidad que defina el objetivo del seguimiento y la gestión, el campo de aplicación del sistema y la inversión necesaria, e indicar un calendario realista para la elaboración e implantación de una solución sistémica.</p> | OSC Para finales de 2017 |

| | Justificación | Recomendación | Dependencia responsable y calendario |
|--|---|--|--|
| 3b | Integrar las fases iniciales y finales de la cadena de suministro para la adquisición de artículos no alimentarios. | El PMA debería simplificar sus procedimientos de adquisición de artículos no alimentarios (los destinados ya sea al PMA o a terceros), velando por que en las directrices existentes se defina claramente el proceso de modo que se revisen, actualicen y comuniquen a los funcionarios y asociados pertinentes las directrices relativas a las expediciones internacionales (por vía aérea o marítima). | OSC Para finales de 2017 |
| Sistemas del PMA de información sobre la gestión de los recursos y de seguimiento de los resultados | | | |
| 4 | Los actuales sistemas de recopilación y análisis de datos de las oficinas en los países no permiten realizar análisis regionales en el momento oportuno. | Con objeto de integrar, consolidar y armonizar los conjuntos de datos a nivel de despachos regionales y oficinas en los países, el PMA debería emprender un examen de sus sistemas y prácticas de recopilación de datos y gestión de la información, centrándose especialmente en el acopio y análisis de datos desglosados por sexo y edad. | Subdirección de Gestión de las Realizaciones y Presentación de Informes (RMPP) con el despacho regional y las oficinas en los países. En un plazo de 12 meses |
| Enfoque centrado en los beneficiarios | | | |
| 5a | Las opiniones de las mujeres deben tenerse en cuenta tanto cuanto las de los hombres. Ello puede lograrse mediante el uso de las técnicas de evaluación, seguimiento y retroalimentación. | En consonancia con su política en materia de género, el PMA debería adaptar sus directrices sobre rendición de cuentas con respecto a los beneficiarios de las intervenciones sanitarias, velando por la aplicación de las normas mínimas sobre igualdad de género y empoderamiento de las mujeres en todas las intervenciones y emergencias, incluso mediante el análisis de los datos desglosados por sexo y edad. | OSZ con el apoyo de la Oficina de Género (GEN) En un plazo de 4-6 meses |
| 5b | Para cumplir su responsabilidad de rendición de cuentas ante las poblaciones afectadas, hay que establecer, desde el principio y en conjunción con los asociados cooperantes, mecanismos de denuncia y retroinformación aplicables a la asistencia alimentaria en especie y las transferencias de base monetaria. | El PMA debe revisar su orientación sobre el establecimiento y la gestión de los mecanismos de denuncias y retroalimentación, aclarando quiénes son los responsables y los que deben rendir cuentas de su ejecución dentro del PMA y a nivel de las oficinas en los países; velando porque la orientación sea adecuada y aplicable a todos los contextos, sobre todo en las situaciones de emergencia en la esfera de la salud, y reforzando la conciencia entre el personal del PMA y los asociados, mediante acuerdos sobre el terreno. | OSZ En un plazo de 4-6 meses |

Lista de las siglas utilizadas en el presente documento

| | |
|-----|---------------------------|
| CAD | costo de apoyo directo |
| COD | costo operacional directo |

| | |
|--------|--|
| GEN | Oficina de Género |
| HRM | Dirección de Recursos Humanos |
| INC | Dirección de Innovación y Gestión del Cambio |
| OE | operación especial |
| OED | Oficina de la Directora Ejecutiva |
| OEM | operación de emergencia |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | organización no gubernamental |
| OSC | Dirección de la Cadena de Suministro |
| OSE | Dirección de Preparación para la Pronta Intervención en Emergencias y de Apoyo a las Intervenciones en Caso de Crisis |
| OSZ | Dirección de Políticas y Programas |
| PEP | plan estratégico para los países |
| PREP | Programa de fortalecimiento de la capacidad de preparación para la pronta intervención y de respuesta en casos de emergencia |
| RMPP | Subdirección de Gestión de las Realizaciones y Presentación de Informes |
| RMW | Dirección de Bienestar del Personal |
| UNHAS | Servicio Aéreo Humanitario de las Naciones Unidas |
| UNHRD | Depósitos de Respuesta Humanitaria de las Naciones Unidas |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| UNMEER | Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ébola |