

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

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

Roma, 4-8 de junio de 2007

ASUNTOS DE POLÍTICA

Tema 5 del programa

ES TIEMPO DE CUMPLIR – INFORME DE ACTUALIZACIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES DEL PMA DE LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA

*Para información**

S

Distribución: GENERAL
WFP/EB.A/2007/5-B
21 mayo 2007
ORIGINAL: INGLÉS

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

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

NOTA PARA LA JUNTA EJECUTIVA

El presente documento se remite a la Junta Ejecutiva a efectos de información.

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

Directora, PDPH:

Sra. R. Jackson

Tel.: 066513-2562

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



PROYECTO DE DECISIÓN*



La Junta toma nota de la información contenida en el documento titulado “Es tiempo de cumplir – Informe de actualización sobre las actividades del PMA de lucha contra el VIH/SIDA” (WFP/EB.A/2007/5-B).

* Se trata de un proyecto de decisión. Si se desea consultar la decisión final adoptada por la Junta, sírvase remitirse al documento “Decisiones y recomendaciones del período de sesiones anual de 2007 de la Junta Ejecutiva” (WFP/EB.A/2007/15) que se publica al finalizar el período de sesiones.



INTRODUCCIÓN

1. La epidemia de VIH/SIDA no muestra signos de remisión; las medidas que se adopten para hacer frente a esta enfermedad deben adaptarse a su carácter cambiante. En consonancia con el tema de la XVI Conferencia Internacional sobre el SIDA de 2006, ha llegado la hora de cumplir. Como copatrocinador del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el PMA debe desempeñar plenamente su función.
2. En la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre el SIDA de 2006, países de todo el mundo se comprometieron a revisar sus planes nacionales contra el SIDA para “integrar el apoyo en materia de alimentos y nutrición, con el objetivo de que todas las personas tengan en todo momento acceso a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades dietéticas y sus preferencias alimentarias y promover de ese modo una vida activa y sana, en el marco de la acción global de lucha contra el VIH/SIDA”. Este reconocimiento del papel de los alimentos y la nutrición en la epidemia de SIDA supone un importante hito para el PMA y sus asociados.
3. Para contribuir eficazmente a garantizar que todos los que lo necesitan puedan acceder a los servicios de prevención, tratamiento y atención de aquí al año 2010, el PMA debe consolidar los progresos realizados hasta la fecha, aprovechar los nuevos avances realizados en el campo de la investigación y en la programación de las intervenciones y asumir plenamente su papel reconocido en materia de apoyo nutricional y alimentario a las personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA.

TRABAJAR CON EL ONUSIDA

4. Hasta el 30 de junio de 2007, el PMA preside el Comité de Organizaciones Copatrocinadoras, uno de los comités permanentes de la Junta de Coordinación del ONUSIDA, que es el órgano deliberante del ONUSIDA. En su condición de presidente de ese comité, el PMA representa los intereses colectivos de los 10 copatrocinadores y de la Secretaría del ONUSIDA.
5. A lo largo del último año, el PMA ha trabajado con la Secretaría del ONUSIDA en la elaboración del presupuesto y plan de trabajo unificados (PPTU) para 2008–2009, que se elabora cada dos años con el fin de presentar un panorama programático y financiero completo de la respuesta prevista a la epidemia de SIDA por parte de los copatrocinadores y de la Secretaría del ONUSIDA. El PPTU incluye un conjunto de objetivos estratégicos, efectos y actividades previstos, acompañado del presupuesto necesario para alcanzar los objetivos. Contribuye a acercar al mundo al “acceso universal” antes de 2010¹ y a alcanzar el objetivo de desarrollo del Milenio 6 (ODM) antes de 2015². Ayuda a catalizar nuevos fondos en las organizaciones copatrocinadoras y apoya el gasto mundial en la lucha contra el VIH/SIDA. Bajo el liderazgo del PMA y de la Secretaría del ONUSIDA, el PPTU para 2008-2009 es más estratégico, coherente y orientado hacia los resultados. El nuevo marco del PPTU también da mucha más prioridad a la medición del impacto del apoyo del

¹ En la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre el SIDA de 2006, los Estados Miembros de las Naciones Unidas acordaron trabajar hacia el “acceso universal a programas amplios de prevención, tratamiento, atención y apoyo para 2010”.

² ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.



ONUSIDA en el nivel de los países. El PPTU se presentará para su aprobación en la reunión de la Junta de Coordinación del ONUSIDA de junio de 2007.

6. En su condición de presidente del Comité de Organizaciones Copatrocinadoras, el PMA también representa a los copatrocinadores en los preparativos de la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA que se celebrará en México, D.F. del 3 al 8 de agosto de 2008, bajo los auspicios de la Sociedad Internacional del SIDA.
7. El Equipo mundial de tareas para mejorar la coordinación entre las instituciones multilaterales y los donantes internacionales en materia de SIDA, establecido en 2005, elaboró un conjunto de recomendaciones con el fin de simplificar y mejorar la organización de la acción internacional de lucha contra la epidemia. Una de las principales recomendaciones fue la división del trabajo entre los Copatrocinadores y la Secretaría. Al PMA corresponde el papel de organización responsable del apoyo alimentario y nutricional a los programas de atención, apoyo y tratamiento. La Junta Ejecutiva del PMA aprobó las recomendaciones del Equipo mundial de tareas en junio de 2006 (WFP/EB.A/2006/5-D/1).
8. El informe sobre la aplicación de las recomendaciones del Equipo mundial de tareas se presentó en la reunión conjunta de las Juntas Ejecutivas del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el PMA, el 23 de enero de 2006. Según el informe, la asignación de funciones y responsabilidades de dirección a cada uno de los copatrocinadores ha permitido lograr mayor claridad y comprensión mutua, así como generar un entorno más propicio para impulsar las intervenciones nacionales de lucha contra el SIDA. El informe confirma el papel directivo del PMA en materia de alimentos y nutrición en la política y la programación relacionadas con el VIH. Además, el informe subraya la urgente necesidad de que los organismos de las Naciones Unidas trabajen al unísono en el apoyo a los programas nacionales de lucha contra el SIDA encaminados a conseguir el acceso universal a servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo contra el VIH.

DE LA PROMOCIÓN A LA ACCIÓN

9. Tras años de ausencia en los programas de las conferencias internacionales, los alimentos y la nutrición por fin recibieron un firme apoyo en la XVI Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en Toronto en agosto de 2006. En esa conferencia se celebraron numerosos debates técnicos y de programación en los que participaron gobiernos, entidades de la sociedad civil y las Naciones Unidas, y en los que se afirmó que los alimentos y la nutrición debían formar parte del tratamiento y la atención ordinarios y amplios de las personas que vivían con el VIH/SIDA. Con el apoyo decidido del Enviado Especial de las Naciones Unidas para el SIDA en África, Stephen Lewis, y del conocido activista y médico especialista en SIDA, el Dr. Paul Farmer, el PMA recibió el debido reconocimiento por su papel de liderazgo en la incorporación de la alimentación y la nutrición a las estrategias nacionales de lucha contra el SIDA y en los programas de atención, tratamiento y apoyo.
10. El PMA trabaja con muchos gobiernos para conseguir que el apoyo alimentario y nutricional, así como los costos correspondientes, se incluyan en sus planes nacionales sobre el VIH/SIDA. Hasta la fecha, 32 países en los que está presente el PMA han integrado componentes relacionados con el apoyo alimentario y nutricional en sus planes nacionales contra el SIDA. El PMA proseguirá su labor de promoción entre los donantes multilaterales y bilaterales como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial), el Plan de Emergencia del Presidente de los



Estados Unidos para el Alivio del SIDA y el Banco Mundial con el fin de garantizar que todas las personas que viven con el VIH/SIDA, sus familias y las personas afectadas por el VIH/SIDA tengan acceso a suficientes alimentos y apoyo nutricional en el marco de una amplia acción de lucha contra la epidemia.

APOYO A LOS PROGRAMAS NACIONALES CONTRA EL VIH

11. El PMA sigue trabajando en 21 de los 25 países con mayor prevalencia de VIH/SIDA, y mantiene intervenciones contra el VIH/SIDA y la tuberculosis en 51 países. Reciben apoyo alimentario y nutricional del PMA, en el marco de planes de atención y tratamiento de ambas infecciones, aproximadamente 1,2 millones de personas, a saber:
 - 275.000 beneficiarios incluidos en programas contra la tuberculosis;
 - 192.000 beneficiarios incluidos en programas de tratamiento antirretroviral;
 - 98.000 beneficiarios incluidos en programas de prevención de la transmisión materno-infantil, y
 - 694.000 beneficiarios incluidos en programas de atención basados en la comunidad y en el hogar.
12. Los objetivos de la prestación de apoyo alimentario y nutricional en el ámbito de programas de atención y tratamiento son los siguientes: ayudar a facilitar la recuperación nutricional para optimizar los beneficios del tratamiento; aumentar la utilización del tratamiento permitiendo que las personas que padecen inseguridad alimentaria lo soliciten, y alentar la observancia del tratamiento, particularmente durante el período más delicado de administración inicial.
13. El PMA también amplió su apoyo alimentario hasta alcanzar a 1,08 millones de huérfanos y niños que han quedado en situación de vulnerabilidad a causa del VIH/SIDA en 25 países. Un examen de la asistencia prestada por el PMA a estos niños mostró que pueden distinguirse tres categorías de programas vinculadas entre sí: i) redes de protección social: 70% de los países; ii) educación: 20%; y iii) medios de subsistencia sostenibles y capacitación para la vida práctica: 40%³.
14. Por ejemplo, el apoyo prestado en esta última categoría tiene como propósito que los jóvenes adquieran conocimientos sobre agricultura, gestión de pequeñas empresas, prevención del VIH, educación sexual y reproductiva y apoyo psicosocial. Hay numerosas pruebas de que la ayuda alimentaria desempeña un papel positivo en el logro de los objetivos perseguidos.
15. En Camboya, la asistencia a los huérfanos y otros niños vulnerables mejoró la seguridad alimentaria en los hogares y redujo la carga que soportan las comunidades y los cuidadores de esos niños. En la evaluación interna y la encuesta de referencia realizada en septiembre de 2006 se compararon zonas testigo que no recibían ayuda alimentaria con otras zonas en las que sí se había intervenido. La encuesta demostró el considerable impacto del apoyo alimentario, indicando que en los hogares afectados por el SIDA la frecuencia del recurso a préstamos había pasado de 10 a dos veces al año; que las familias que acogían a huérfanos y otros niños vulnerables gastaban un 33% en lugar de un 57% de sus ingresos en alimentos, y que el 90% de los huérfanos y las niñas vulnerables estaban inscritos en la escuela, frente al 75% que se registraba antes.

³ Algunos países tienen programas pertenecientes a más de una categoría.



16. En el marco del Memorando de Entendimiento firmado entre el UNICEF y el PMA, se encargó un estudio para evaluar y documentar las pruebas existentes y las prácticas prometedoras en materia de asistencia a los huérfanos y otros niños vulnerables, VIH, seguridad alimentaria y nutrición. De dicho estudio se desprende que no faltan ni las ideas innovadoras ni las buenas intenciones, pero que raras veces éstas están apoyadas por un análisis objetivo de lo que ha funcionado y que hay, además, distintas carencias de conocimientos y falta de modelos. A fin de dar seguimiento al estudio, se están haciendo planes para constituir un grupo de trabajo interinstitucional liderado por el UNICEF y el PMA y encargado de abordar las cuestiones necesarias, incluida la prestación de material de orientación para la programación destinado a los asociados nacionales.
17. Por otro lado, el PMA presta ayuda a varios millones más de personas afectadas por el VIH/SIDA por medio de diversas actividades de mitigación del impacto de la enfermedad. En el África meridional, epicentro de la epidemia mundial de SIDA, el PMA presta asistencia a 7,2 millones de personas en el marco de una red de protección social. Al no haber programas oficiales de protección social en la región, y con el fin de hacer una contribución más estratégica a la lucha contra la epidemia a nivel regional, el PMA ha adoptado un enfoque de protección social encaminado a prestar asistencia a corto plazo a los hogares expuestos a un riesgo extremo de perder sus medios de subsistencia o de recurrir a estrategias de subsistencia peligrosas. El papel del PMA consiste en proporcionar un apoyo destinado a salvar vidas en los hogares, apoyo que normalmente debería estar cubierto por programas nacionales de protección social, y ayudar y alentar a los gobiernos en el diseño de programas de protección social que ofrezcan un apoyo capaz de asegurar la supervivencia de las poblaciones más amenazadas cuando éstas hayan agotado todos sus mecanismos habituales para hacer frente a las crisis.
18. La vigilancia de comunidades y hogares en el África meridional realizada en septiembre de 2006 reveló mejoras en la capacidad de supervivencia y en la diversidad alimentaria de los hogares beneficiarios. En Zimbabwe, por ejemplo, se observó que, gracias a las intervenciones del PMA, los beneficiarios incluidos en los programas de lucha contra el VIH/SIDA tenían más probabilidades de alimentarse mejor y de tener que recurrir en menor medida a las estrategias de subsistencia.
19. Además de las actividades basadas en la ayuda alimentaria, el PMA está ampliando el alcance de otras intervenciones, como las de prevención del VIH e información sobre el SIDA, que va incorporando a las actividades de alimentos por trabajo y alimentos para la capacitación, los programas de salud materno-infantil y las operaciones de emergencia y, en particular, a las actividades de alimentación escolar. Las oficinas en los países colaboran con los ministerios de educación y de salud para ampliar la prevención del VIH en las escuelas; hasta la fecha, 18 países han integrado la sensibilización y la educación en prevención en sus programas de alimentación escolar, en beneficio de 4,5 millones de niños. El PMA trabaja con otros organismos de las Naciones Unidas como el UNICEF, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), y con organizaciones no gubernamentales como World Vision International para reforzar los programas de prevención del VIH basados en las escuelas, especialmente por medio del “conjunto básico de medidas”, diseñado para mejorar la concienciación de los escolares respecto del VIH, ayudarlos a mantener un buen estado de salud y nutrición y prestarles apoyo psicosocial.
20. En Sierra Leona, el PMA ha entablado relaciones de asociación con el Ministerio de Educación, el UNICEF y World Vision International para crear un programa de prevención del VIH basado en actividades de preparación para la vida práctica destinadas a los niños que participan en las actividades de alimentación escolar del PMA. El programa del PMA



ha actuado como un catalizador que beneficia a los escolares y a toda la comunidad a la que se ha extendido el programa.

21. El PMA ha ampliado considerablemente las actividades de desarrollo de la capacidad; en 2006, 41 países recibieron asistencia técnica para mejorar el componente nutricional del “acceso universal”. Sólo en el África meridional, el número de países que recibieron asistencia en programación pasó de dos en 2005 a abarcar los nueve países en 2006. El PMA también prestó asistencia técnica a los gobiernos mediante programas autónomos conformes al Objetivo Estratégico 5⁴ en países de América Latina, el Caribe y Asia.
22. En la India, se incorporó un componente nutricional en un protocolo de tratamiento para niños seropositivos. La Organización Nacional de Lucha contra el SIDA (NACO) de la India distribuye la mezcla de cereales enriquecidos del PMA en 20 estados a 20.000 niños infectados por el VIH. El PMA asesora a la NACO en la formulación, fabricación y entrega de alimentos y proporciona material informativo y directrices.

CÓMO, CUÁNDO Y DE DÓNDE RETIRARSE

23. Una cuestión que suscita gran preocupación es la necesidad de elaborar estrategias de retirada claras, especialmente allí donde el apoyo alimentario forma parte de programas de atención, tratamiento y apoyo abiertos. Por ejemplo, el tratamiento antirretroviral debe durar toda la vida, pero la ayuda alimentaria y nutricional no puede ni debe ser ilimitada. El primer elemento de una estrategia de retirada es inherente al propio plan terapéutico: después de seis a nueve meses de tratamiento y apoyo alimentario/nutricional, la mayoría de los pacientes se encuentran lo bastante bien como para reanudar sus actividades habituales y proseguir el tratamiento sin ayuda alimentaria. La estrategia de retirada de los programas de atención y tratamiento debe consistir en reforzar los medios de subsistencia reclutando asociados que proporcionen actividades de generación de ingresos, microcrédito, capacitación y otras formas de apoyo a los medios de subsistencia.
24. De forma más general, en todas las intervenciones de lucha contra el VIH/SIDA, incluidas las de mitigación del impacto de la enfermedad y las relacionadas con los huérfanos y otros niños vulnerables, deben adoptarse medidas de sostenibilidad desde la fase inicial de diseño de los programas para garantizar que las actividades prosigan después de terminar la asistencia alimentaria. Ha de hacerse hincapié en la vinculación de las actividades de distribución de alimentos con otras iniciativas de fomento de la seguridad alimentaria y los programas de desarrollo. El PMA debe seguir trabajando con los gobiernos nacionales y por conducto de las estructuras comunitarias existentes y los proyectos de lucha contra el VIH/SIDA para mejorar la forma en que se aborda esta cuestión sobre el terreno.
25. En Côte d'Ivoire, el PMA elaboró una intervención de lucha contra el VIH con una estrategia de retirada en virtud de la cual los hogares vulnerables que aún padecían inseguridad alimentaria cuando se interrumpían las distribuciones generales de alimentos podían inscribirse en actividades de alfabetización, preparación para la vida práctica y alimentos por trabajo.
26. En Uganda, en el marco de los programas de lucha contra el VIH/SIDA, el PMA ha establecido unos criterios para la inclusión y exclusión de la ayuda nutricional basados en el nivel de seguridad alimentaria de los hogares, con arreglo a los cuales se evalúan los

⁴ Objetivo Estratégico 5: fortalecer la capacidad de los países y regiones para establecer y gestionar programas nacionales de ayuda alimentaria y de reducción del hambre (WFP/EB.A/2005/5-A/Rev. 1).



beneficiarios al inicio del programa. Durante el período en el que tienen derecho a recibir asistencia nutricional, se les proporcionan otros insumos para que realicen actividades de generación de ingresos mediante sus propios recursos o a través de relaciones de asociación. En la mayor parte de los casos, se presta apoyo a grupos que trabajan juntos mediante la concesión de microcrédito y la ayuda para la compra de pequeños animales. Este apoyo a los medios de subsistencia ha permitido al programa retirar gradualmente el apoyo alimentario a más del 30% de sus beneficiarios al año, mejorando al mismo tiempo la seguridad alimentaria y la sostenibilidad de los medios de subsistencia de las familias.

27. En Namibia, el PMA trabaja con el Ministerio de Igualdad de Género y Bienestar Infantil en la prestación de atención y apoyo a los huérfanos y otros niños vulnerables. Ambos asociados consideran viable la estrategia en virtud de la cual los hogares que albergan a estos niños podrían dejar de recibir ayuda alimentaria del PMA para pasar a beneficiarse del plan gubernamental de donaciones de efectivo, que proporciona subvenciones a las familias que acogen a huérfanos y otros niños vulnerables. El programa del PMA de ayuda alimentaria a estos niños en Namibia pretende apoyar la iniciativa del Gobierno de incorporar a todos los huérfanos y otros niños vulnerables en un programa nacional de protección social. Hasta la fecha, 5.400 huérfanos y otros niños vulnerables se han transferidos del programa de asistencia del PMA al programa nacional, con el objetivo de alcanzar la cifra de 80.000 niños de aquí a finales de marzo de 2008.

EL VIH/SIDA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

28. Alrededor de las dos terceras partes de la carga mundial de morbilidad por el VIH se encuentran en países afectados por emergencias complejas. Las poblaciones en situaciones de crisis humanitaria a menudo tienen un acceso muy limitado a los servicios de cuidados especializados para las personas seropositivas y pueden tener necesidades específicas al respecto derivadas de la emergencia. Los programas nacionales de lucha contra el VIH/SIDA y las intervenciones de ayuda humanitaria con demasiada frecuencia olvidan las necesidades de las personas que viven con el VIH/SIDA en emergencias. Por lo tanto, hay que actuar con urgencia para que esas necesidades se tengan en cuenta en ambos tipos de asistencia.
29. El PMA forma parte del programa creado en 2006 a nivel de todo el sistema de las Naciones Unidas con objeto de incrementar los servicios de lucha contra el VIH/SIDA a las poblaciones afectadas por problemas humanitarios. Dentro de ese programa, el PMA integra el VIH en sus metodologías de evaluación y cartografía de la vulnerabilidad, revisa los instrumentos de evaluación de las necesidades y realiza varios proyectos encaminados a comprender mejor los complejos vínculos entre el VIH y la seguridad nutricional y alimentaria en situaciones de emergencia, haciendo hincapié en el acceso a la atención y el tratamiento, la situación de los huérfanos y otros niños vulnerables y el riesgo de violencia sexual y de género.
30. El PMA trabaja con la FAO, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el PNUD, el UNFPA, el ONUSIDA y la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH) para revisar las directrices del Comité Permanente entre Organismos sobre las medidas de lucha contra el VIH/SIDA en situaciones de emergencia, a fin de incorporar los conocimientos más recientes en esta esfera y la información recibida de los colegas que trabajan sobre el terreno.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

31. El PMA ha trabajado para mejorar el seguimiento y evaluación de sus intervenciones de lucha contra el VIH/SIDA basadas en la ayuda alimentaria, en especial mediante consultas internas y entre organismos, ensayos sobre el terreno y orientación técnica. Los documentos de proyectos del PMA están ahora estructurados con marcos lógicos en los que se definen los resultados previstos y los indicadores. En el plano mundial, se han elaborado y definidos indicadores aplicables a actividades concretas, y se ha centrado la atención en el impacto nutricional de la ayuda alimentaria en las intervenciones de atención y tratamiento, así como en los efectos de esta ayuda sobre la seguridad alimentaria y la educación en el marco de las actividades de mitigación del impacto de la enfermedad. De acuerdo con los principios de los “tres unos”⁵, no hay indicadores obligatorios de los efectos para todos los proyectos, sino un conjunto de opciones que han de aplicarse según el contexto. Ese conjunto de opciones se está incorporando a los nuevos documentos de orientación sobre la tuberculosis, la prevención de la transmisión maternofilial, la atención y el tratamiento y las escuelas de campo y de vida para agricultores jóvenes, así como a la carpeta de instrumentos de seguimiento y evaluación sobre el VIH/SIDA.
32. En 2006, en 20 informes normalizados de los proyectos se facilitaba información relativa a uno o más indicadores de los efectos, frente a 13 informes en 2005. En nueve informes se rendía cuentas sobre el nivel de observancia en los programas de tratamiento antirretroviral o tratamiento de la tuberculosis; en ocho, sobre las tasas de curación de la tuberculosis o de terminación del tratamiento; en cinco, sobre los indicadores nutricionales; y en muchos, sobre los indicadores de la seguridad alimentaria. La falta de datos de referencia a menudo hace difícil medir debidamente las realizaciones. Aún hay que avanzar en la normalización de las definiciones de los indicadores y en la mejora de los sistemas de acopio y análisis de datos.
33. En Uganda y Georgia, la observancia de los regímenes terapéuticos adoptados en el marco de los programas de tratamiento antirretroviral y tratamiento de la tuberculosis mejoró considerablemente cuando se introdujo la ayuda alimentaria. En Uganda, en diciembre de 2006 el 75% de los pacientes sometidos a tratamiento antirretroviral cumplían con el tratamiento, frente al 55%, 18 meses antes del inicio del proyecto. En Georgia, la tasa de observancia del tratamiento aumentó del 76%, antes del inicio de la asistencia alimentaria, al 88%, después de introducir ese apoyo.
34. A menudo resulta difícil atribuir efectos a un componente concreto de una intervención, como la administración de alimentación suplementaria. Es preciso tener en cuenta los diversos factores distintos de los alimentos y la nutrición -como los medicamentos y la atención sanitaria-, que pueden influir positiva o negativamente en el efecto, aunque hay cada vez más datos de estudios y datos anecdóticos que muestran correlaciones positivas entre el apoyo alimentario y la mejora de los efectos.
35. En el Afganistán, una encuesta efectuada por el PMA, el Ministerio de Salud y la OMS para medir el impacto de la ayuda alimentaria en los pacientes de tuberculosis mostró que

⁵ El principio de los “tres unos” consiste en lo siguiente: un marco de acción concertado de lucha contra el VIH/SIDA que sienta las bases para coordinar las actividades de todos los asociados; una autoridad nacional de coordinación de la lucha contra el SIDA, dotada de un mandato multisectorial de base amplia; y un sistema convenido de vigilancia y evaluación a nivel de país.



para la mayoría de estos pacientes la gratuidad del tratamiento y la ayuda alimentaria eran las principales motivaciones a la hora de acudir al dispensario.

INVESTIGACIONES PRÁCTICAS

36. El PMA participa en varios proyectos de investigación práctica, en colaboración con instituciones universitarias o de investigación, a fin de promover la programación basada en datos científicos y de apoyar las actividades de promoción y movilización de fondos con los donantes y la comunidad internacional en general.
37. En Benin, Burundi, Malí y el Senegal, el PMA, en colaboración con instituciones nacionales y organismos de investigación de Francia y Bélgica, realizó estudios sobre los perfiles alimentarios y nutricionales de los pacientes que seguían tratamientos antirretrovirales con el fin de diseñar conjuntos de intervenciones integradas que les permitieran lograr la seguridad alimentaria y nutricional y la sostenibilidad de sus medios de subsistencia. Se desprende de dicho estudio que los pacientes sometidos a tratamiento antirretroviral están asociados a una mayor vulnerabilidad socioeconómica y que entre el 30% y el 70% de ellos, según el país, padecen hambre. Se realizarán nuevos estudios de impacto para analizar los efectos de las intervenciones integradas destinadas a los pacientes que reciben tratamientos antirretrovirales.
38. En la Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en Toronto en agosto de 2006, investigadores del Centro de Investigaciones sobre Enfermedades Infecciosas de Zambia y de la Universidad de Alabama en Birmingham presentaron las conclusiones de un estudio realizado con el PMA sobre el impacto de la ayuda alimentaria en los pacientes aquejados de inseguridad alimentaria que iniciaban el tratamiento en Zambia. El estudio mostró que los pacientes que recibían alimentos presentaban un aumento de peso significativamente mayor después de 12 meses y seguían mejor el tratamiento que aquellos que no recibían alimentos. El PMA apoya nuevos estudios para contribuir a obtener más datos sobre los vínculos entre ayuda alimentaria y eficacia del tratamiento.

ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN TÉCNICA

39. Habida cuenta de que proporcionar apoyo alimentario y nutricional a los programas de atención, tratamiento y mitigación del impacto es una práctica relativamente reciente, apenas existen orientaciones al respecto. Para colmar esa laguna, el PMA ha difundido documentos de orientación que ayuden al personal de las oficinas en los países a mejorar la programación de sus actividades en materia de VIH. Por otro lado, el PMA ha actualizado ciertas orientaciones ya existentes, ha producido perfiles consolidados de programas y ha comenzado nuevos documentos técnicos, en colaboración con sus asociados, como el Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IIPA), la FAO, el UNICEF, la OMS y el Banco Mundial. Entre ellas cabe citar las siguientes:
 - *Child Vulnerability and AIDS: Case Studies from Southern Africa* [Vulnerabilidad de los niños y SIDA: estudio de casos en el África meridional] (PMA/IIPA, septiembre de 2006);
 - *OVC, HIV, Food Security and Nutrition: a Look at Where We Stand* [Huérfanos y otros niños vulnerables, VIH, seguridad alimentaria y nutrición: examen de la situación] (PMA/UNICEF, enero de 2007);



- *Incorporating Nutrition and Food Assistance into HIV Care and Treatment Programmes* [Incorporación de la ayuda alimentaria y nutricional a los programas de atención y tratamiento del VIH] (OMS/PMA (próxima publicación));
- *Cost Analysis of Food and Nutritional Support for HIV and AIDS Programmes (2006)* [Análisis de costos del apoyo alimentario y nutricional en los programas de lucha contra el VIH/SIDA] (PMA, julio de 2006);
- *Junior Farmer Field and Life School Getting Started Manual* [Manual para la puesta en marcha de escuelas de campo y de vida para jóvenes agricultores] (FAO/PMA, enero de 2007);
- *Getting Started: WFP Support to the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Related Programmes (update)* [Cómo empezar: apoyo del PMA a los programas de prevención de la transmisión maternofilial del VIH y programas conexos (actualización)] (PMA (próxima publicación));
- *Programme Profiles: WFP-Supported ART programmes* [Perfiles de programas: programas de tratamiento antirretroviral apoyados por el PMA] (PMA, marzo de 2006);
- *Programme Profiles: WFP-Supported Home-Based Care (HBC) Programmes* [Perfiles de programas: programas de atención en el hogar apoyados por el PMA] (PMA, mayo de 2006);
- *Programme Profiles: WFP-Supported Programmes for Orphans and other Vulnerable Children (OVC)* [Perfiles de programas: programas para huérfanos y otros niños vulnerables apoyados por el PMA] (PMA, diciembre de 2006); y
- *Intersections of Sexual and Gender-Based Violence and HIV/AIDS: Case Studies in the Democratic Republic of Congo, Liberia, Uganda and Colombia* [Esferas comunes entre la violencia sexual y de género y el VIH/SIDA: estudios de casos en la República Democrática del Congo, Liberia, Uganda y Colombia] (PMA, marzo de 2007).

EL VIH/SIDA Y LA RESPONSABILIDAD SOCIAL DEL PMA COMO INSTITUCIÓN

40. Desde la última actualización, el compromiso del PMA respecto del apoyo de la prevención del VIH entre sus empleados, con independencia de su tipo de contrato, ha dado lugar a que numerosas oficinas en los países emprendan actividades específicas de capacitación sobre el VIH para los empleados encargados del transporte y de los almacenes. Hasta la fecha, 11 oficinas en los países han organizado sesiones de capacitación con fines de sensibilización sobre el tema y de prevención del VIH para los conductores de camiones del PMA y los conductores subcontratados y, en algunos casos, para sus familiares.
41. El dispensario establecido por el PMA y TNT junto a la carretera en Mwanza, en la frontera entre Malawi y Mozambique, sigue funcionando satisfactoriamente y ha sido objeto de una evaluación reciente al cabo de 19 meses de funcionamiento. Con el amplio apoyo del Gobierno de Malawi, algunas empresas de transporte privadas, las comunidades, otros organismos de las Naciones Unidas y los propios transportistas, la Oficina del PMA en Malawi realizó una evaluación nacional para determinar la necesidad de establecer otros dispensarios análogos en otros puntos fronterizos y nudos de carreteras importantes. Se



está elaborando un plan de ampliación y financiación en cuyo ámbito la responsabilidad de esos dispensarios se traspasará gradualmente a la industria del transporte.

42. El PMA, que goza de reconocimiento en las Naciones Unidas por su compromiso con la protección de su personal, siguió aplicando su programa de lucha contra el VIH/SIDA en el lugar de trabajo. En diciembre de 2006, 11.104 funcionarios del PMA, el 93% de su fuerza de trabajo, había participado en el programa; 41 asociados en emergencias en los sectores de la logística y la tecnología de la información y la comunicación habían recibido capacitación de este tipo en Estocolmo y Brindisi. El Despacho Regional de Bangkok (Asia) (ODB) ultimó las actividades de capacitación en países gravemente afectados por el tsunami, como Sri Lanka e Indonesia. Las actividades de capacitación fueron particularmente intensas en el Sudán, donde 1.040 personas participaron en el programa de de lucha contra el VIH/SIDA en el lugar de trabajo.
43. La primera fase del programa ya ha terminado y no está previsto que siga adelante, a pesar de su importancia crítica para la salud y el bienestar del personal. Al concluir la fase inicial, de dos años de duración, los coordinadores regionales en materia de condiciones de trabajo recomendaron firmemente que el programa sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo se incorporara a los procesos generales en los despachos regionales y las oficinas en los países, así como a los procesos de recursos humanos. Sólo así podrá el PMA cumplir su compromiso de mantener una fuerza de trabajo saludable y de conservar su papel de liderazgo dentro de las Naciones Unidas en el apoyo al personal que vive con el VIH, con independencia de su situación contractual, así como a sus colegas y sus familiares.

CONCLUSIONES

44. El PMA ha avanzado considerablemente en la promoción y el suministro de ayuda alimentaria y nutricional a las personas que viven con el VIH, sus familias y las personas afectadas por el VIH/SIDA. Aún queda mucho por hacer para contribuir al logro de los objetivos establecidos por la comunidad internacional para hacer frente a la epidemia de SIDA, especialmente en lo que se refiere a la movilización de recursos. Para conseguirlo, es necesario que los gobiernos nacionales integren plenamente la ayuda alimentaria y nutricional en sus planes nacionales de lucha contra el SIDA y aprovechen los mecanismos y las iniciativas mundiales de financiación existentes. Por su parte, los organismos de las Naciones Unidas, incluido el PMA, deben apoyar a los gobiernos nacionales de acuerdo con la división de tareas establecida por el ONUSIDA y con sus respectivos mandatos. Basándose en la experiencia anterior, el PMA seguirá colaborando con los gobiernos nacionales mediante el suministro directo de la ayuda alimentaria y nutricional necesaria, el fomento de las capacidades y la actividad de promoción.

LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS EN EL DOCUMENTO

ACNUR	(Oficina del) Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
IIPA	Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias
NACO	Organización Nacional de Lucha contra el SIDA (India)
OCAH	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios
ODB	Despacho Regional de Bangkok (Asia)
ODM	Objetivo de desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PDPH	Dependencia de VIH/SIDA
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPTU	Presupuesto y plan de trabajo unificados (ONUSIDA)
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH/SIDA	Virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida