

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

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

Roma, 3-6 de junio de 2013

ASUNTOS DE POLÍTICA

Tema 5 del programa

INFORME DE ACTUALIZACIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES DEL PMA RELACIONADAS CON EL VIH Y EL SIDA

*Para información**

S

Distribución: GENERAL
WFP/EB.A/2013/5-D
6 mayo 2013
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 someterán a debate a menos que los miembros de la Junta lo pidan expresamente antes de la reunión y que la Presidencia dé el visto bueno a la petición, por considerar que es oportuno que la Junta dedique a ello parte de su tiempo.

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

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 los funcionarios del PMA encargados de la coordinación del documento, que se indican a continuación, de ser posible con un margen de tiempo suficiente antes de la reunión de la Junta.

Asesor de Nutrición, OSN*: Sr. M. Bloem Tel.: 066513-2565

Jefa, OSZA**: Sra. L. Kiess Tel.: 066513-2546

Para cualquier información sobre la disponibilidad de los documentos destinados a la Junta Ejecutiva, sírvase dirigirse a la Dependencia de Servicios de Conferencias (tel.: 066513-2645/2558).

* Oficina de Asesoramiento sobre Nutrición

** Servicio de Nutrición y Cuestiones relacionadas con el VIH y el Sida

RESUMEN

A petición de la Junta Ejecutiva, el PMA facilita informes periódicos de actualización sobre la aplicación de su política de lucha contra el VIH. Esta política¹, aprobada en noviembre de 2010, está en consonancia con la estrategia del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) para 2011-2015, “Llegar a cero”², con el mecanismo de división del trabajo de dicho Programa Conjunto y con el Plan Estratégico del PMA para 2008-2013. En el ámbito del ONUSIDA, el PMA es el organismo encargado de velar por que la ayuda alimentaria y el apoyo a la nutrición se integren en los planes y programas estratégicos nacionales destinados a las personas con VIH. Junto con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, el PMA se encarga de coordinar las actividades relacionadas con el VIH en las emergencias humanitarias de modo que las necesidades especiales de las personas que viven con VIH se tengan en cuenta durante las principales intervenciones de asistencia humanitaria.

En consonancia con su política de lucha contra el VIH de 2010, el PMA está reorientando sus programas sobre el VIH para atribuir más importancia al acceso al tratamiento y la obtención de efectos positivos, mediante el apoyo alimentario y nutricional, que a la mitigación de las consecuencias de la infección por el VIH. Dos años después de que iniciara a aplicar su nueva política, y en respuesta a la estrategia del ONUSIDA, el PMA está reorientando sus prioridades conforme a un enfoque de dos vías: por un lado, colaborar con las partes interesadas a nivel nacional, los mecanismos de coordinación nacionales y los programas nacionales de lucha contra las enfermedades a fin de garantizar que el apoyo alimentario y nutricional se incluya en todos los programas y estrategias nacionales de lucha contra el VIH y la tuberculosis, y por el otro, trabajar con los gobiernos para llevar a cabo programas de asistencia alimentaria y nutricional destinados a personas con VIH.

El apoyo del PMA a las personas que viven con el VIH y los enfermos de tuberculosis no se limita a sus programas específicos para estas enfermedades. Algunos programas más generales realizados por el PMA en las zonas en que se registra una alta prevalencia del VIH y la tuberculosis también tienen en cuenta estos problemas y procuran mitigar las consecuencias de ambas enfermedades en las personas, los hogares y las comunidades. Estas actividades incluyen programas de alimentación escolar —que benefician a muchos huérfanos y niños vulnerables y, a menudo, comprenden la preparación para la vida práctica—, redes de seguridad basadas en actividades productivas y distribuciones generales de alimentos.

¹ <http://onewfo.org/ed/docs/2010wfp225092~1.pdf>.

² ONUSIDA, 2011. *Llegar a cero 2011-2015*. Ginebra.

Según un análisis de las deficiencias realizado en 2011, las oficinas en los países estaban logrando importantes avances en la aplicación de la nueva política³; al cabo de poco más de un año desde su aprobación, la mayor parte de los programas del PMA de lucha contra el VIH y la tuberculosis estaban plenamente armonizados con la política. En el informe se destacó que la labor del PMA relacionada con el VIH es eficaz porque el Programa colabora con los gobiernos para integrar la alimentación y la nutrición en las políticas y programas nacionales de lucha contra el VIH, al tiempo que los ayuda a ejecutar estos programas.

El PMA benefició a un total de 2,8 millones de personas seropositivas o infectadas por la tuberculosis y prestó asistencia a los beneficiarios en 33 países⁴. Los programas centrados específicamente en el VIH abarcaron a 1,6 millones de estos beneficiarios —enfermos e integrantes de los hogares—, mientras que alrededor de 1,2 millones de personas recibieron asistencia en el marco de programas que tenían en cuenta el problema del VIH, especialmente los programas de nutrición para fines terapéuticos y los de alimentación escolar. El PMA benefició a 1,4 millones de huérfanos y otros niños vulnerables a través de la alimentación escolar y los programas relacionados específicamente con el VIH; 926.000 pacientes sometidos a tratamiento antirretroviral; a 96.000 usuarias de los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil⁵, y a unos 360.000 enfermos de tuberculosis y miembros de sus hogares. Se facilitó asistencia alimentaria de emergencia a las personas con VIH o la tuberculosis en poblaciones que registraban una alta prevalencia de estas enfermedades en situaciones de emergencia (Afganistán, República Democrática del Congo, Somalia y Sudán del Sur); situaciones de transición y posteriores a las crisis (Côte d'Ivoire y Haití); situaciones de emergencia con refugiados (Rwanda); crisis provocadas por desastres naturales (Kenya y Malawi), y situaciones de derrumbamiento de la economía (Zimbabwe).

PROYECTO DE DECISIÓN*

La Junta toma nota del documento titulado “Informe de actualización sobre las actividades del PMA relacionadas con el VIH y el sida” (WFP/EB.A/2013/5-D).

³ El análisis de las deficiencias se centró en 15 países, que abarcaban el 85% de los beneficiarios que recibían asistencia del PMA en el marco de sus actividades relacionadas con el VIH/sida y la tuberculosis en 2011.

⁴ Según los datos derivados del análisis de los informes normalizados de los proyectos realizado en 2012 por el PMA sobre los programas de lucha contra el VIH y la tuberculosis (publicado en abril de 2013), Dependencia de Nutrición y VIH/Sida del PMA, y la información incluida en el registro de datos sobre los beneficiarios de los proyectos (2002-2012), que puede consultarse en la dirección siguiente: http://wiki.wfp.org/operationalreporting/index.php/SPRdata#Project_beneficiary_data. Las cifras presentadas están redondeadas.

⁵ Se prestó asistencia a mujeres gestantes, madres lactantes y bebés expuestos al VIH a través de programas específicos de prevención de la transmisión maternoinfantil o programas más amplios de nutrición para fines terapéuticos.

* Se trata de un proyecto de decisión. Si se 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.

EL VIH Y LA TUBERCULOSIS EN 2012

1. El sida sigue siendo uno de los grandes problemas de nuestra época. El número de personas con VIH —estimado en 34 millones— es hoy mayor que nunca⁶. La región del África subsahariana es la más afectada, puesto que si bien acoge tan solo al 12% de la población mundial, en ella viven el 69% de las personas con VIH y el 72% de los nuevos casos de infección registrados en 2011⁶. En el África subsahariana, con frecuencia el VIH agrava la inseguridad alimentaria y la malnutrición ya existentes. El círculo vicioso creado por el VIH, la inseguridad alimentaria y la malnutrición está bien documentado: las personas que padecen inseguridad alimentaria a menudo adoptan pautas de conducta arriesgadas con las que corren el riesgo de contraer el VIH, mientras que este virus —cuando la persona no se somete a tratamiento— destruye gradualmente el sistema inmunitario de la persona infectada, lo que provoca pérdida de peso y a menudo agrava la malnutrición. Los niños infectados por el VIH suelen tener dificultades para crecer y corren un alto riesgo de sufrir retraso del crecimiento.
2. Los recientes aumentos del número de personas que viven con el VIH derivan de un mejor acceso al tratamiento, lo que permite a muchas de ellas vivir más tiempo. El tratamiento antirretroviral ha evitado el fallecimiento de un número estimado de 2,5 millones de personas desde 1995⁷. A finales de 2011, 8 millones de personas con VIH tenían acceso al tratamiento antirretroviral y, por primera vez, estaba en tratamiento la mayoría —el 54%— de quienes tenían derecho a recibir esta terapia en países de ingresos bajos y medios. Sin embargo, se estima que otros 7 millones de personas que viven con el VIH necesitan recibir tratamiento antirretroviral pero aún no tienen acceso a él. Si en las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se eleva el umbral de linfocitos CD4 (variedad de leucocitos) a partir del cual debe iniciarse el tratamiento, este número aumentaría significativamente. El acceso al tratamiento del VIH ha mejorado mucho y la tasa de nuevas infecciones/el ritmo de aumento de las nuevas infecciones ha disminuido en un 20% respecto de 2001⁶.
3. Se calcula que en 2011 hubo 8,7 millones de nuevos casos de tuberculosis, el 13% de los cuales también presentaba una coinfección por el VIH, y que 1,4 millones de personas fallecieron a causa de la tuberculosis, entre ellas 430.000 personas con VIH. La tuberculosis es una de las principales causas de mortalidad entre las personas que viven con el VIH y uno de los factores que más fallecimientos causan entre las mujeres. La integración de los servicios de lucha contra el VIH y la tuberculosis ha mejorado: en 2011, el 40% de los pacientes con tuberculosis tenía un resultado documentado de la prueba del VIH, y el número de personas que recibía atención para el VIH y que había realizado un examen de detección de la tuberculosis había aumentado en un 39%, de 2,3 millones en 2010 a 3,2 millones en 2011⁸.
4. A nivel mundial, el VIH es una importante causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva y es uno de los principales factores a los que se debe la mortalidad materna. En 2011, a pesar del fortalecimiento de los protocolos de prevención de la transmisión

⁶ ONUSIDA, 2012. *Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA*. Ginebra. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf.

⁷ ONUSIDA, 2010. *Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA*. Ginebra.

⁸ OMS. *Informe mundial sobre la tuberculosis 2012*. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.

maternofilial (PTMF), que actualmente cubren hasta el 57 % de las mujeres embarazadas de seropositividad reconocida⁹, y del abandono gradual del protocolo de administración de una dosis única de nevirapina, la cobertura total del tratamiento fue menor para las mujeres embarazadas que tenían derecho a recibir tal terapia (48%) que para la población general (54%)⁹.

5. Está disminuyendo el número de las nuevas infecciones por el VIH, incluidas las de los lactantes y las mujeres. Según el informe mundial del ONUSIDA de 2012, en ese año se produjeron 333.000 nuevas infecciones pediátricas, el 24% menos que en 2009, cuando se habían registrado 430.000 casos. Se ha demostrado que la aplicación de las directrices de la OMS de 2010 para la PTMF reduce el riesgo de transmisión del 35% a menos del 5% entre las mujeres lactantes, y del 25% a menos del 2% entre los niños no alimentados al pecho¹⁰. En abril de 2012, la OMS publicó una actualización programática con una tercera opción para la PTMF —la opción B+—, consistente en iniciar el tratamiento antirretroviral para todas las mujeres embarazadas, independientemente de su recuento de linfocitos CD4. Muchos países están tratando de poner en práctica esta opción, a pesar de sus consecuencias financieras.
6. A veces, las actividades realizadas en el marco del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) para eliminar la transmisión de la madre al hijo han tenido el efecto indeseado de reducir el énfasis en la necesidad de ampliar el acceso al tratamiento antirretroviral pediátrico, y no se reconocen suficientemente los factores que obstaculizan la implantación de servicios de tratamiento antirretroviral pediátrico. Sería oportuno abordar conjuntamente la eliminación de la transmisión maternofilial y el aumento del acceso al tratamiento antirretroviral pediátrico. En las regiones con una alta prevalencia del VIH, sería igualmente necesario establecer mayores vínculos con los programas destinados al tratamiento de la malnutrición aguda. En 2010, 3,4 millones de niños y adolescentes menores de 15 años eran seropositivos. En la actualidad reciben tratamiento solo 456.000 de los 2 millones de niños seropositivos que lo necesitan, lo que corresponde al 23%⁹.
7. Según investigaciones recientes, el tratamiento antirretroviral puede prevenir la transmisión de la infección entre las parejas sexuales ya que reduce la carga viral a niveles indetectables. Esto hace que el tratamiento antirretroviral sea una estrategia importante para prevenir nuevas infecciones, así como para salvar la vida de quienes ya están infectados.

⁹ OMS, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y ONUSIDA, 2011. *Informe 2011 sobre la respuesta mundial al VIH/SIDA*. Ginebra. Documento disponible en la dirección siguiente: http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/es/index.html.

¹⁰ OMS. PMTCT Strategic Vision 2010–2015: Preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals. Documento disponible en la dirección siguiente: www.who.int/hiv/pub/mtct/strategic_vision.pdf. [Por “UNGASS” se entiende el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2001 dedicado al VIH/sida.]

IMPACTO DEL NUEVO CONTEXTO DE FINANCIACIÓN SOBRE LA ALIMENTACIÓN Y LA NUTRICIÓN EN LAS INTERVENCIONES DE LUCHA CONTRA EL VIH

8. La difícil situación económica mundial de los últimos años ejerce una presión financiera cada vez mayor en los programas de lucha contra el VIH. La asistencia financiera mundial destinada a combatir el VIH se redujo por primera vez en 2011, que también fue el primer año en que se recibieron más recursos de las fuentes nacionales que de las internacionales. Cada vez más, los donantes están presionando para que la labor relacionada con el VIH se integre en intervenciones de salud más amplias, gracias a las cuales la seropositividad al VIH deje de ser un problema aislado; sin embargo, de este modo se dificulta el seguimiento de la financiación de estas actividades. En 2012 se intensificó el debate acerca del período posterior a 2015. Es probable que las actividades relacionadas con el VIH se vinculen con objetivos de salud más amplios y que el tratamiento del VIH se enmarque en un contexto de cobertura sanitaria universal, dentro del programa posterior a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
9. La principal fuente de financiación de las intervenciones de respuesta al VIH, el Plan de emergencia del Presidente de los Estados Unidos para paliar los efectos del sida (PEPFAR), ha reducido su apoyo en algunos países. El gasto total del PEPFAR para los programas mundiales de lucha contra el VIH —tanto bilaterales como multilaterales— disminuyó 138,6 millones de dólares EE.UU. en 2011 y 102,3 millones en 2012, lo que redujo el gasto anual a 6.400 millones, aproximadamente¹¹. Sin embargo, entre los países donantes los Estados Unidos de América siguieron proporcionando en 2012 alrededor del 60% de todos los fondos destinados a la lucha contra el VIH.
10. En varios países receptores, algunos problemas de rendición de cuentas agravados por la crisis financiera, llevaron a la Junta del FMSTM a pedir que se le concediera tiempo para considerar la posibilidad de introducir reformas. En 2011, el FMSTM canceló la Ronda 11¹², lo que causó una grave contracción de los desembolsos y las nuevas subvenciones. A finales de 2012, el FMSTM anunció un nuevo modelo de financiación que ya no estaba basado en las rondas; por primera vez, se daría una indicación a los países sobre los paquetes de financiación y los niveles de asignación de recursos. El proceso de elaboración de propuestas será más interactivo: se eliminarán los largos retrasos para la firma de las subvenciones y se fortalecerán los mecanismos de rendición de cuentas. Sin embargo, esta reforma afectó gravemente a la capacidad del FMSTM de financiar nuevos programas en 2012. En febrero de 2013, el FMSTM puso en marcha oficialmente el nuevo modelo de financiación y seleccionó a algunos países para que lo pusieran a prueba en 2013.
11. Aunque las perspectivas futuras son inciertas, se prevé que los niveles de financiación de los donantes habituales experimenten un estancamiento o un descenso, y que muchos gobiernos de los países de ingresos bajos y medios sigan haciéndose cargo de una mayor proporción de los costos totales de las intervenciones. Es probable que algunos países como el Brasil, la Federación de Rusia, la India, China y Sudáfrica (los países BRICS)

¹¹ Tiaji Salaam-Blyther. 2012. *The President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR): Funding Issues After a Decade of Implementation, FY2004-FY2013*, Servicio de Investigaciones del Congreso, octubre.

¹² Los distintos desembolsos de subvenciones del FMSTM reciben el nombre de “rondas”.

desempeñen una función más importante en la asistencia internacional relacionada con el VIH/sida a medida que pasan de la condición de receptores a la de donantes⁹.

12. El cambio en el panorama de los donantes que financian la labor relacionada con el VIH significa que el PMA debe centrarse aún más en demostrar la eficacia de sus intervenciones a partir de inversiones relativamente limitadas. En entornos de bajos recursos, el apoyo alimentario y nutricional puede ser un modo rentable de aumentar el éxito del tratamiento y mitigar las consecuencias del VIH y la tuberculosis en los medios de subsistencia; este tipo de apoyo ayuda a reducir la mortalidad temprana durante el tratamiento, favorecer la recuperación nutricional, contribuir a la observancia del tratamiento y mejorar las tasas de retención de pacientes. Estos beneficios se aplican a la terapia antirretroviral, el tratamiento de la tuberculosis y la prevención de nuevas infecciones mediante programas de PTMF y terapias antirretrovirales. Con frecuencia, aún no se atribuye la debida importancia a evitar que los pacientes abandonen el tratamiento; el cumplimiento del tratamiento mantiene las cargas virales bajo control, mejora la calidad de vida, mantiene a los pacientes con vida durante más tiempo y reduce el riesgo de que las personas que reciben tratamiento antirretroviral aumenten su resistencia a los medicamentos, lo que exigiría pasar a regímenes de segunda y tercera línea mucho más caros. Asimismo, mantiene la infecciosidad baja, con lo que se reduce el riesgo de transmisión.
13. En las Declaraciones de compromiso sobre la lucha contra el VIH/SIDA de 2001 y 2006, aprobadas en los períodos extraordinarios de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, se reconoce la importancia de los servicios de alimentación y nutrición. En junio de 2011, la Asamblea General aprobó la resolución 65/277, en la que asume el decidido compromiso de integrar el apoyo en materia de alimentación y nutrición en los programas dirigidos a las personas afectadas por el VIH¹³. En la Declaración política de 2011, al tiempo que se piden resultados mensurables y concretos en un plazo definido, se recalca que dichos resultados se obtendrán solamente por medio de asociaciones sólidas, principalmente con la sociedad civil y los gobiernos nacionales.

EL PMA Y EL ONUSIDA

14. En junio de 2011, en la 27ª reunión de la Junta de Coordinación del ONUSIDA, se ratificó el Marco unificado de presupuesto, resultados y rendición de cuentas para 2012-2015 y se estableció una financiación por un valor total de 485 millones de dólares. Los buenos resultados logrados por el PMA en las actividades de ejecución durante el bienio anterior hicieron que sus asignaciones del Marco unificado de presupuesto, resultados y rendición de cuentas para el bienio de 2012-2013 aumentaran un 15%¹⁴.
15. Al igual que los otros 11 copatrocinadores del ONUSIDA, el PMA comparte la visión del ONUSIDA de lograr, antes de 2015, un nivel cero de nuevas infecciones, un nivel cero de fallecimientos debidos al sida y un nivel cero de discriminación. En virtud del

¹³“Reconocemos que [...] la mala nutrición exagera el impacto del VIH en el sistema inmunológico y reduce su capacidad de respuesta a infecciones y enfermedades oportunistas, y que el tratamiento del VIH, incluido el tratamiento antirretroviral, se debe complementar con una alimentación y una nutrición adecuadas.” Naciones Unidas. Resolución 65/277: Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA (8 de julio de 2011).

¹⁴ De 8,5 millones de dólares para el Presupuesto y plan de trabajo integrado de 2010-2011 a 9,8 millones para el de 2012-2013.

mecanismo de división del trabajo del ONUSIDA, se ha encomendado al PMA coordinar las actividades de los otros copatrocinadores en relación con la alimentación y la nutrición. La función principal del PMA es velar por que la alimentación y la nutrición se integren a escala nacional en conjuntos de actividades de atención, tratamiento y apoyo a las personas con VIH y los pacientes con tuberculosis, de conformidad con la política aprobada por el PMA.

16. En el Marco unificado de presupuesto, resultados y rendición de cuentas para 2012-2015, se insiste aún más en el impacto en los países con objeto de mejorar las intervenciones en materia de VIH a nivel nacional. La política de lucha contra el VIH de 2010 preparó al PMA para este enfoque, ya que hacía hincapié en la necesidad de que el Programa incorporara sus actividades en intervenciones más amplias que estuvieran en manos de los países, al tiempo que cooperaba con sus principales asociados del ONUSIDA en la esfera de la alimentación y la nutrición en relación con las intervenciones de lucha contra el VIH y la tuberculosis.
17. En el Marco unificado de presupuesto, resultados y rendición de cuentas, se determina la asignación de las contribuciones de los copatrocinadores y la Secretaría del ONUSIDA a fin de alcanzar los objetivos establecidos en la estrategia del ONUSIDA para 2011-2015. Dicha estrategia abarca cuatro esferas: i) revolucionar la prevención del VIH; ii) impulsar la próxima fase del tratamiento; iii) promover el respeto de los derechos humanos y la igualdad de género, y iv) apoyar la aplicación de las orientaciones estratégicas. Estas esferas se subdividen en los 10 objetivos estratégicos del ONUSIDA. El PMA contribuye al logro de muchos de esos objetivos, en consonancia con sus ventajas comparativas, y apunta a obtener en algunas de estas esferas resultados cuantificables tanto conjuntos como individuales. En la sección siguiente se resumen algunas actividades del PMA en relación con los objetivos estratégicos del ONUSIDA y el Marco unificado de presupuesto, resultados y rendición de cuentas.

OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA DEL ONUSIDA: GARANTIZAR EL ACCESO UNIVERSAL A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL A LAS PERSONAS CON VIH QUE TIENEN DERECHO A RECIBIR TAL TRATAMIENTO

18. Conforme al mecanismo de división del trabajo del ONUSIDA, la OMS es el organismo principal encargado de las cuestiones relacionadas con la terapia antirretroviral y el tratamiento de la tuberculosis. El PMA trabaja junto con la OMS y otros asociados para asegurar que el apoyo nutricional y alimentario se integre en el tratamiento del VIH y los programas de lucha contra la tuberculosis.
19. La mejora de la eficiencia y la eficacia del tratamiento es un factor fundamental para el éxito a largo plazo de las intervenciones de lucha contra el VIH. La iniciativa "Tratamiento 2.0"¹⁵ tiene por objeto acelerar la ampliación del tratamiento y mejorar los resultados de salud optimizando las indicaciones en cuanto a la toma de los medicamentos, estableciendo lugares de atención y ofreciendo otros instrumentos simplificados de diagnóstico y seguimiento; reduciendo los costos del tratamiento; adaptando los modelos de prestación de servicios mediante la descentralización y la integración, y movilizándolo a las comunidades a fin de promover la accesibilidad, el nivel de aceptación y el éxito de los

¹⁵ ONUSIDA/OMS, 2011. *The Treatment 2.0 Framework for Action: Catalysing the Next Phase of Treatment, Care and Support*. Ginebra.

tratamientos. El PMA colabora con los gobiernos y otros asociados a fin de que el tratamiento vaya acompañado de evaluaciones del estado nutricional, ayuda educativa y asesoramiento sobre nutrición —de modo que se mantenga el peso corporal y el estado general de salud y se mitiguen los efectos secundarios— y también, en los casos necesarios, de alimentos nutritivos para combatir la malnutrición. De vez en cuando, una ración familiar puede complementar este apoyo puesto que ayuda a los hogares a hacer frente a los costos, a menudo elevados, de la atención en la fase inicial del tratamiento y aumenta la probabilidad de que mejoren las tasas de cumplimiento del tratamiento y de retención de pacientes.

20. A fin de maximizar las sinergias y asociaciones, en el Marco unificado de presupuesto, resultados y rendición de cuentas se pide a los copatrocinadores que den prioridad a sus intervenciones y centren sus inversiones en 38 países de gran prioridad, que en conjunto representan el 70% de la carga total de la enfermedad. Actualmente, el PMA presta apoyo a los gobiernos para la ejecución de los programas de lucha contra el VIH y la tuberculosis en 20 de estos países¹⁶.

OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA DEL ONUSIDA: REDUCIR A LA MITAD LAS MUERTES A CAUSA DE LA TUBERCULOSIS ENTRE LAS PERSONAS CON VIH

21. La tuberculosis es una enfermedad crónica y debilitante, que requiere por lo menos seis meses de tratamiento, y mucho más tiempo en el caso de tuberculosis con una farmacorresistencia múltiple o extensa. Dado que suele provocar pérdida de peso, los servicios de alimentación y nutrición prestados a las personas con VIH contribuyen tanto a la observancia del tratamiento como a la recuperación de los pacientes con tuberculosis.
22. El PMA se aseguró de que el apoyo alimentario y nutricional, junto con el tratamiento de observación directa y corta duración para pacientes con tuberculosis, se incluyera en las propuestas de lucha contra la tuberculosis formuladas en la décima ronda del FMSTM por Djibouti, la República Democrática Popular Lao, Swazilandia y el Tayikistán; las propuestas de Djibouti y Swazilandia fueron aprobadas, y el PMA es un subdestinatario de las subvenciones del FMSTM destinadas a la realización de actividades alimentarias y nutricionales en los sectores de la salud de ambos países.
23. Otro aspecto importante de la nueva política del PMA y la estrategia del ONUSIDA consiste en combatir la tuberculosis en los casos en que hay epidemias de VIH y tuberculosis. La prestación de servicios de alimentación y nutrición dirigidos tanto a las personas que viven con el VIH en tratamiento antirretroviral como a los pacientes con tuberculosis puede ayudar a integrar ambos programas. Se están integrando servicios en Ghana, Guinea, Malawi y Sierra Leona, donde la asistencia alimentaria para los pacientes con tuberculosis se está armonizando con el enfoque nacional de prescripción de alimentos que ya está aplicándose en la mayoría de los sitios en donde se llevan a cabo tratamientos antirretrovirales.

¹⁶ Burundi, Camboya, Côte d'Ivoire, Djibouti, Etiopía, Ghana, Haití, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Myanmar, la República Centroafricana, la República Democrática del Congo, la República Unida de Tanzania, Rwanda, Sudán del Sur, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe. El PMA lleva a cabo asimismo programas de lucha contra el VIH y la tuberculosis en el Afganistán, Bolivia (Estado Plurinacional de), Burkina Faso, Congo, Guinea, Guinea-Bissau, Honduras, Liberia, Madagascar, Nepal, Sierra Leone, Somalia y Tayikistán.

OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA DEL ONUSIDA: ELIMINAR LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH Y REDUCIR A LA MITAD LA MORTALIDAD MATERNA DERIVADA DEL SIDA

24. Las mujeres y las niñas representan una prioridad para el PMA, ya que desempeñan una función las mujeres son fundamentales para garantizar la seguridad alimentaria de sus hogares. Las mujeres son las principales encargadas de prestar cuidados y producen, compran y preparan alimentos para el hogar.
25. En un reciente estudio del PMA, que se publicará más adelante en 2013, se confirmó que la inseguridad alimentaria y el hambre suelen citarse como obstáculos al acceso a los servicios de salud y pueden ser una barrera económica que impide a las mujeres recurrir a los servicios de PTMF. El suministro de alimentos a lo largo del proceso de PTMF facilita el acceso de las mujeres a estos servicios favoreciendo los “efectos en cascada” de la propia PTMF, lo que contribuye a eliminar la transmisión de la madre al hijo y a mejorar el cumplimiento del tratamiento y la retención de los pacientes, ya sea en el caso de las mujeres como en el de sus niños expuestos al VIH¹⁷.
26. La forma más eficaz de integrar los programas de PTMF es mediante la prestación de servicios sanitarios y nutricionales maternoinfantiles. Esto permite evitar la transmisión del VIH al tiempo que mejora los resultados en el ámbito de la salud, al hacer posible que tanto las madres como los niños tengan acceso a servicios en las esferas de la vigilancia del crecimiento, la vacunación, el suministro de suplementos de micronutrientes, la evaluación nutricional, la educación y el asesoramiento, así como al suministro de alimentos complementarios. La prestación de servicios amplios, que incluyan la asistencia alimentaria, hace que las mujeres sigan los programas de PTMF y los cumplan. En consonancia con las tendencias mundiales, el PMA ha integrado muchos de sus programas de PTMF en sus programas de nutrición para fines terapéuticos. Sin embargo, esto complica para el PMA el recuento de las beneficiarias de las actividades de PTMF. Los programas de nutrición para fines terapéuticos ya estaban relacionados con la prevención y el tratamiento de la malnutrición aguda moderada, pero se centraban menos en la atención prenatal. Además de los programas de PTMF en Etiopía, Lesotho, la República Democrática del Congo, la República Unida de Tanzania, Swazilandia y Zimbabwe, el PMA proporciona a las mujeres seropositivas y los lactantes expuestos al VIH apoyo alimentario y nutricional a través de programas de nutrición para fines terapéuticos en otros 59 países, de los cuales 27 son países clasificados por el ONUSIDA como “de alto impacto”¹⁸.
27. Por ejemplo, en Etiopía 2.000 mujeres embarazadas y madres lactantes recibieron transferencias de alimentos a cambio de la utilización de servicios de PTMF. La ayuda alimentaria en especie se convirtió en un apoyo en forma de cupones, lo que permitió a los beneficiarios mejorar la canasta de alimentos mediante la inclusión de hortalizas frescas,

¹⁷ Micheal O’Hara, Nils Grede, Saskia de Pee y Martin Bloem. *Economic and Social Factors are some of the most Common Barriers Preventing Women from Accessing Maternal and Newborn Child Health (MNCH) and Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) Services – a Literature Review*. Por publicar.

¹⁸ Burundi, Camboya, el Camerún, Côte d’Ivoire, Djibouti, Etiopía, Ghana, Guatemala, Haití, la India, Indonesia, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Myanmar, Namibia, el Níger, la República Centroafricana, la República Democrática del Congo, la República Unida de Tanzania, Rwanda, el Sudán, Swazilandia, Uganda, Zambia y Zimbabwe.

huevos y leche. En 2012, resultó seronegativo el 97% de los niños de madres que recibían asistencia alimentaria.

OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA DEL ONUSIDA: GARANTIZAR QUE LAS PERSONAS CON VIH Y LOS HOGARES AFECTADOS POR EL VIRUS SE TENGAN EN CUENTA EN TODAS LAS ESTRATEGIAS NACIONALES DE PROTECCIÓN SOCIAL Y TENGAN ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS DE ATENCIÓN Y APOYO

28. En la Declaración política de 2011 sobre el VIH y el SIDA¹⁹ se asume el compromiso de aprovechar el impulso de las intervenciones relativas al VIH para fortalecer los sistemas sanitarios y comunitarios y de integrar las cuestiones relacionadas con el VIH en las iniciativas de salud y desarrollo, especialmente en los programas previstos para aumentar la protección social. De conformidad con su política y con el mecanismo de división del trabajo del ONUSIDA, el PMA colabora con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Banco Mundial y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) con el fin de consolidar la protección social de las personas con VIH y las personas afectadas por el VIH. Según la amplia definición de protección social adoptada por el ONUSIDA, podrían incluirse en esta categoría todos los beneficiarios de los programas del PMA que están específicamente relacionados con el VIH y que tienen en cuenta este problema. Por lo tanto, podrían considerarse beneficiarios de la protección social los 2,8 millones de beneficiarios que actualmente reciben apoyo del PMA²⁰.
29. Las transferencias alimentarias y monetarias y la distribución de cupones, junto con medidas de atención comunitaria, facilitan el acceso a los servicios y el cumplimiento del tratamiento. Dado que la protección social es sin duda alguna un elemento importante para mejorar las intervenciones en materia de VIH, la colaboración entre expertos en esta esfera y en protección social debe intensificarse para asegurar que los sistemas de protección social en pleno desarrollo atiendan a las necesidades de las personas con VIH.
30. El PMA está estudiando la manera de integrar la prestación de servicios de alimentación y nutrición en los programas de atención y tratamiento del sector de la salud a través de los planes de transferencia de efectivo o de cupones que se llevan a cabo a nivel comunitario. Con arreglo a esta modalidad, el sector de la salud determina las condiciones exigidas para beneficiarse del apoyo alimentario destinado a las personas con VIH y, posiblemente, a los miembros de sus respectivos hogares; el apoyo del PMA se presta en forma de transferencias de efectivo o cupones que pueden canjearse por determinados alimentos en una tienda o punto de venta en la comunidad. Esto limita la carga que se impone al sistema de atención de la salud y facilita el acceso de los usuarios a los servicios. En Zimbabwe, en los puntos de distribución de determinadas estructuras sanitarias, los pacientes y los miembros designados de los hogares reciben cupones para obtener alimentos básicos en algunos puntos de venta en Harare, Bulawayo y Gweru. Estos cupones son canjeables en determinados puntos de venta al por menor locales donde los beneficiarios pueden recibir

¹⁹ Naciones Unidas. Resolución 65/277: *Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA*.

²⁰ Las definiciones de protección social pueden consultarse en el siguiente documento: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/JC1992_SocialProtection_en.pdf (disponible solo en inglés).

una mezcla de maíz y soja, legumbres secas y aceite vegetal, así como una contribución de 5 dólares para comprar otros alimentos básicos. Esta solución garantiza el acceso de los beneficiarios a alimentos nutritivos, al tiempo que se recurre a los mercados locales para el suministro de alimentos. De este modo, se reduce la necesidad del sector de la salud de recibir, almacenar y distribuir alimentos y se permite a los beneficiarios recoger sus raciones más cerca de su lugar de residencia y en el momento que consideren oportuno, al tiempo que se protege su privacidad. Se prevé que, en el futuro, cada vez más países adopten este tipo de modelos mixtos.

31. En 2012, varias oficinas en los países invirtieron tiempo y recursos para que el PMA comprendiera mejor cómo fortalecer los medios de subsistencia de las personas con VIH recién recuperadas de la malnutrición. Muchas de las personas con VIH, al ser pobres y padecer inseguridad alimentaria ya antes de contraer el virus, podrán verse nuevamente expuestas al riesgo de caer en la malnutrición una vez que dejen de recibir la ayuda alimentaria, si no logran generar suficientes ingresos para ellas mismas y sus hogares. En Swazilandia, por ejemplo, el PMA está estudiando la manera de vincular a las personas que terminan su programa de prescripción de alimentos con las actividades de fomento de los medios de subsistencia, a fin de ayudarlas a salir de la pobreza y encontrar una fuente sostenible de ingresos. En Swazilandia, el PMA colabora con organizaciones no gubernamentales (ONG) y la Universidad de Swazilandia, junto a la cual ha presentado al PEPFAR una propuesta de investigación relacionada con este tema.
32. El PMA, sobre la base de una asociación renovada con el PEPFAR en Etiopía —con una financiación plurianual de 56 millones de dólares y con el objetivo de prestar asistencia a 89.000 beneficiarios en el primer año—, lleva a cabo intervenciones para abordar el problema de la malnutrición entre las personas con VIH, promover su participación en los tratamientos antirretrovirales y la PTMF, luchar contra la inseguridad alimentaria y realizar actividades de desarrollo económico. Por ejemplo, se invitó a participar en las iniciativas de fortalecimiento económico a 6.600 personas con VIH que habían dejado de recibir asistencia nutricional, con el fin de ayudarlas a reconstruir sus medios de subsistencia. Se llevaron a cabo evaluaciones de los mercados y las cadenas de valor, y los beneficiarios con las aptitudes necesarias formaron un grupo de ahorro local a través del cual recibieron capacitación en gestión financiera, planificación empresarial y otras competencias técnicas. En asociación con un programa nacional destinado a los huérfanos y otros niños vulnerables, se prestó asistencia a 63.000 niños mediante la entrega de cupones para alimentos a fin de que pudieran asistir a la escuela. El programa ha tenido un éxito considerable: el 95% de estos niños se han matriculado en la escuela y su tasa de asistencia es del 98%.
33. El PMA es un subdestinatario de las subvenciones del FMSTM en Swazilandia, donde presta asistencia alimentaria a 52.000 niños que asisten a centros de atención de la primera infancia y se benefician de servicios de desarrollo en centros de atención vecinales. Swazilandia tiene la más alta prevalencia de VIH del mundo y se calcula que 250.000 niños perderán uno o ambos progenitores antes de 2015. No sorprende que el país también tenga unas tasas de retraso del crecimiento elevadas y persistentes. La prestación de asistencia a los niños vulnerables en edad preescolar —entre ellos, muchos huérfanos— puede contribuir significativamente a su desarrollo y ofrecerles la oportunidad de llevar una vida sana y productiva.

OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA DEL ONUSIDA: REDUCIR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH

34. El Banco Mundial y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) son los copatrocinadores del ONUSIDA que coordinan las iniciativas destinadas a reducir la transmisión sexual del VIH. Dado que el tratamiento ampliado está orientado hacia la nutrición y hace hincapié en la función de la prevención, las prioridades de la labor del PMA han cambiado: las estrategias de prevención ya no son el objetivo principal, con excepción de la labor que se realiza en esta esfera en el sector del transporte.
35. Las poblaciones móviles, como los trabajadores del transporte empleados en las operaciones del PMA, son particularmente vulnerables al VIH y a las infecciones de transmisión sexual dado que es más probable que entren en relación con personas que se dedican al comercio sexual y tengan múltiples parejas sexuales; además, habida cuenta de la movilidad inherente a su estilo de vida, tienen un acceso limitado a los servicios de salud.
36. La asociación North Star Alliance, constituida conjuntamente por el PMA y TNT en asociación con otras organizaciones, continuó recibiendo el apoyo financiero del PMA en 2012, así como los fondos de una subvención concedida por el FMSTM a la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo (SADC) con el fin de abordar el problema del VIH en 30 lugares transfronterizos del África meridional en su conjunto. Este apoyo permitió a la North Star Alliance ampliar sus centros de promoción de la salud a lo largo de las carreteras y extender los servicios de salud a decenas de miles de trabajadores sexuales y del sector del transporte en Kenya, Malawi, Namibia, la República Democrática del Congo, la República Unida de Tanzania, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe.
37. Los programas que combaten la inseguridad alimentaria y la pobreza por medio de la alimentación escolar, las actividades de alimentos para la creación de activos o el apoyo a los medios de subsistencia también contribuyen indirectamente a prevenir la transmisión del VIH, por ejemplo, prorrogando el comienzo de la actividad sexual de las niñas en edad escolar y disminuyendo al mínimo el recurso a comportamientos de supervivencia perjudiciales, como las relaciones sexuales a cambio de beneficios personales.

CIFRAS RELATIVAS A LA LUCHA DEL PMA CONTRA EL HIV Y LA TUBERCULOSIS EN 2012

38. En 2012, el PMA prestó asistencia en 33 países a 2,8 millones de personas con VIH, pacientes con tuberculosis y otras personas afectadas por una de estas enfermedades, mediante actividades de rehabilitación nutricional, mitigación de los efectos del sida y establecimiento de redes de seguridad. En el Cuadro 1 se muestra el desglose de los beneficiarios, por enfermedad y objetivo principal programa.

CUADRO 1: NÚMERO DE BENEFICIARIOS, POR CATEGORÍA DE PROGRAMAS RELACIONADOS CON EL VIH Y LA TUBERCULOSIS (2012)*	
TOTAL – 1 565 000	
Objetivo 1: Asegurar la recuperación nutricional y el éxito del tratamiento mediante actividades de rehabilitación nutricional – atención y tratamiento	<u>Programas relacionados específicamente con el VIH</u> Total: 924 000 beneficiarios <ul style="list-style-type: none"> - 818 000 pacientes en tratamiento antirretroviral, usuarias de los servicios de PTMF y miembros de sus hogares - 106 000 pacientes en tratamiento contra la tuberculosis de observación directa y corta duración y miembros de sus hogares
Objetivo 2: Mitigar los efectos del VIH en las personas y los hogares afectados mediante el establecimiento de redes de seguridad sostenibles – mitigación y redes de seguridad	<u>Programas relacionados específicamente con el VIH</u> Total: 641 000 <ul style="list-style-type: none"> - 126 000 pacientes en tratamiento antirretroviral y miembros de sus hogares - 261 000 huérfanos y otros niños vulnerables beneficiarios - 254 000 pacientes con tuberculosis

* Número total de personas con VIH registradas en los programas de tratamiento, pacientes con tuberculosis que reciben apoyo nutricional o alimentario del PMA y miembros de sus hogares, a los que se prestó asistencia en 2012. Fuente: PMA. 2013. Análisis de los informes normalizados de los proyectos: programas de lucha contra el VIH y la tuberculosis. Dependencia de Nutrición y VIH/Sida. Roma.

39. Además, se calcula que el PMA prestó asistencia a 1,2 millones de personas con VIH mediante programas más generales que tenían en cuenta el problema del VIH —como los de alimentación escolar— y programas más amplios de nutrición para fines terapéuticos. Estas cifras son solo estimaciones ya que el PMA no lleva registros —ni debe hacerlo— sobre el estado serológico de los beneficiarios de sus programas más amplios de redes de seguridad; las estimaciones se basan en las tasas de prevalencia del VIH en algunas de las principales zonas de intervención del PMA.
40. En un análisis de las deficiencias que se llevó a cabo en 2011 se documentan los progresos realizados por las oficinas en los países en la aplicación de la política de lucha contra el VIH de 2010²¹. Según el informe, la mayoría de los programas están bien alineados, o se están alineando rápidamente, con los dos principales objetivos programáticos de la política: la atención y el tratamiento por un lado, y la mitigación de los efectos del VIH y las redes de seguridad, por el otro. En ese informe se elogia la atención que el PMA presta al fortalecimiento de las capacidades de las entidades nacionales de contraparte para mejorar la sostenibilidad, al tiempo que se observa que algunos programas también establecen vínculos útiles con las actividades generadoras de ingresos. Es posible que la transición haya sido más lenta en los países en que el PMA encontró barreras importantes para incorporar la asistencia nutricional en los tratamientos. La unión con el ONUSIDA, el fortalecimiento de la base empírica y el reconocimiento mundial de la importancia que la alimentación y la nutrición tienen para las personas con VIH fueron decisivos para acelerar la transición hacia las actividades de atención y tratamiento.
41. Dado que actualmente la prestación de asistencia alimentaria en los programas del PMA de lucha contra el VIH y la tuberculosis se limita a períodos específicos y, por lo general, está vinculada a estrictos criterios de admisión y de alta, a menudo de índole

²¹ Servicio de Diseño de Programas de la Dependencia de Nutrición y VIH/Sida del PMA. 2012. *WFP HIV & TB Policy Implementation: 2011 Gap Analysis for Programme Strengthening*. Roma.

antropométrica, el número total de los beneficiarios de estos programas está disminuyendo, según lo previsto.

42. Debido a las dificultades para recabar financiación en el contexto actual, algunas oficinas en los países, como las de Camboya, la República Unida de Tanzania y Zambia, han interrumpido del todo la labor centrada específicamente en el VIH o han pasado a realizar actividades de fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos de ejecutar programas de alimentación y nutrición en consonancia con las políticas nacionales. En Zimbabwe sigue llevándose a cabo el programa de lucha contra el VIH más importante del PMA, a pesar de que, por limitaciones financieras, el número de sus beneficiarios se redujo de 581.000 en 2011 a 408.000 en 2012. También en Haití, Malawi y Mozambique se ha registrado una disminución del número de beneficiarios que, en cambio, aumentó en 2012 en Côte d'Ivoire, Lesotho y Madagascar. En varias oficinas en los países —en particular las de Benin, Côte d'Ivoire, Djibouti, Liberia y Swazilandia—la alimentación y la nutrición se han integrado con éxito en las propuestas del FMSTM, asegurándose así la financiación de los programas futuros.

REVITALIZACIÓN DE LAS ASOCIACIONES Y FORTALECIMIENTO DE LA BASE EMPÍRICA

43. En julio de 2012, en la XIX Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en Washington, D.C., el PMA puso de relieve la necesidad de integrar la alimentación y la nutrición en los programas de lucha contra el VIH y patrocinó un grupo conjunto sobre la alimentación, la nutrición y el VIH con Partners in Health y la Facultad de Medicina de Harvard. La Oficina del PMA en Etiopía presentó dos documentos de investigación conexos.
44. El PMA aprovechó el hecho de que en la conferencia estuvieran presentes numerosos expertos técnicos y asociados para organizar una mesa redonda de un día, en la que participaron cerca de 40 profesionales de las Naciones Unidas, el mundo académico y la sociedad civil. Uno de los resultados de la mesa redonda fue la creación de un Equipo de tareas interinstitucional sobre el VIH y la nutrición. Este equipo, dirigido por el PMA, tiene como objetivo mejorar la colaboración entre los investigadores, los responsables de formular políticas y los encargados de ejecutar los programas en la esfera del VIH y la nutrición. Se han organizado teleconferencias trimestrales de seguimiento y se han establecido tres subgrupos de trabajo dedicados respectivamente a la movilización de recursos y la promoción, la investigación y los programas.
45. El PMA, que copreside también el Equipo de tareas interinstitucional sobre el VIH en contextos humanitarios, tomó parte en los debates de otros equipos, por ejemplo el que se encarga de la PTMF y la protección social.
46. El PMA redobló sus esfuerzos por fortalecer la base de datos empíricos. En una época en que muchos donantes tienen que enfrentarse con problemas de financiación, los datos relativos a la eficacia de las intervenciones en función de los costos son fundamentales para garantizar que las inversiones efectuadas den buenos resultados. Por ejemplo, se prevé que la asociación de investigación a largo plazo que el PMA estableció con la Universidad de California, en San Francisco, dé lugar a la publicación de cuatro artículos elaborados conjuntamente durante el período 2012-2014.

47. En 2012, el PMA inició un proyecto de investigación destinado a mejorar la comprensión de las preferencias alimentarias de los adultos malnutridos que viven con el VIH en distintos contextos culturales. El objetivo es determinar los productos, las texturas y los sabores que estas personas prefieren en las primeras etapas del tratamiento, en Asia y África. De este modo se propiciará el desarrollo de nuevos productos, más adecuados para tratar la malnutrición entre los adultos con VIH sometidos a terapia antirretroviral o a tratamiento contra la tuberculosis. A este respecto se ha empezado a investigar en colaboración con la Universidad de Wageningen y la Cruz Roja tailandesa y en el marco del Proyecto sobre la mantequilla de maní en Malawi, con el apoyo de algunas entidades del sector privado.
48. En 2012, una asociación tripartita de larga data entre el Centro de investigaciones sobre el sida de la Cruz Roja tailandesa, el Albion Street Center de Australia y el PMA propició la fundación del Centro de colaboración de Asia y el Pacífico sobre la nutrición en relación con el VIH. En este centro se impartirá capacitación en materia de VIH y nutrición a los profesionales de la salud en la región de Asia y el Pacífico; se prestará apoyo a la investigación; se realizarán actividades de sensibilización dirigidas a los responsables de la formulación de políticas sobre la necesidad de integrar la alimentación y la nutrición en las intervenciones relativas al VIH, y se ayudará a determinadas oficinas del PMA en los países y gobiernos en sus esfuerzos por integrar la alimentación y la nutrición en las propuestas dirigidas al FMSTM. En el primer trimestre de 2012 se realizó una primera sesión de capacitación con más de 20 participantes de cuatro países, y en enero de 2013 se llevó a cabo la segunda.

PERSPECTIVAS PARA 2013

49. El año 2013 tendrá una importancia fundamental para el PMA ya que concluirá su labor de reorganización estructural encaminada a lograr que el Programa sea plenamente apto para su finalidad y aumente su eficacia y eficiencia y, además, finalizará el nuevo Plan Estratégico para 2014-2017.
50. En consonancia con las tendencias mundiales de dejar de tratar la seropositividad al VIH como un problema aislado, es probable que aumente la convergencia entre la labor del PMA relacionada con el VIH y la tuberculosis y sus programas de nutrición, ya que ambos se ejecutan por conducto del sector sanitario, en el que el Ministerio de Salud actúa como el interlocutor principal. Esta evolución ya resulta evidente en el caso de las beneficiarias de las actividades de PTMF, que se incluyen cada vez más en los programas generales de nutrición para fines terapéuticos del PMA. Será fundamental velar por que esta integración no implique una reducción de los servicios adaptados a las necesidades de las mujeres embarazadas y lactantes seropositivas, sobre todo durante el período prenatal. Se prevé que esta convergencia mejore la integración del VIH y la tuberculosis en el nuevo Plan estratégico del ONUSIDA y lleve a que estas enfermedades se aborden en el marco del sector de la salud y no se traten por separado en otra esfera programática.
51. En las actividades del PMA de lucha contra el VIH y la tuberculosis siempre se ha prestado considerable atención a la asistencia alimentaria, no como un fin en sí mismo, sino más bien para propiciar resultados más amplios en la esfera de la salud (tasas de recuperación nutricional, retención de pacientes y éxito del tratamiento). Las actividades del PMA relacionadas con el VIH y la tuberculosis se han concebido y ejecutado mediante procesos gubernamentales estándar, de manera más rápida y coherente de lo que se hizo con la labor realizada en otras esferas programáticas.

52. Por lo tanto, se prevé que el PMA se centre cada vez más en ayudar a los gobiernos a llevar a cabo programas de alimentación y nutrición en el marco del sector de la salud, vinculándolos a iniciativas basadas en la comunidad. A fin de asegurar que la carga adicional de trabajo no altere la capacidad del sistema de atención de salud para prestar servicios de salud, será fundamental encontrar un vínculo entre este sistema y el sistema alimentario que resulte más adecuado que el simple suministro de alimentos a los centros de salud. En varios programas del PMA esos vínculos ya se están desarrollando mediante el uso de cupones o modalidades de distribución combinadas. Algunas oficinas del PMA en los países están abriendo nuevos caminos al conectar a las personas con VIH que se han recuperado de la malnutrición a las redes de seguridad relacionadas con las actividades de fomento de los medios de subsistencia, con miras a consolidar las mejoras de salud. Estas actividades tienen por objeto crear un círculo virtuoso en el que las personas con VIH en buena salud vuelvan a ser productivas, lo que les permitiría lograr la seguridad alimentaria y nutricional para sí mismas y sus hogares y repercutiría positivamente en las tasas de retención de pacientes y éxito del tratamiento.
53. Frente a la disminución de los recursos internacionales, el PMA tendrá que desempeñar una función fundamental para facilitar el acceso de los gobiernos a fondos que, utilizados de manera estratégica, impulsen la integración de la alimentación y la nutrición en los sistemas de salud, sin sobrecargar los programas existentes. Por ejemplo, se pueden adoptar tecnologías innovadoras en las iniciativas de salud nacionales, como el uso de cupones mediante telefonía móvil para la entrega de alimentos. Se pueden establecer vínculos con el trabajo comunitario y las inversiones en actividades conexas concebidas para lograr resultados mensurables.

LISTA DE LAS SIGLAS UTILIZADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO

FMSTM	Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PEPFAR	Plan de emergencia del Presidente de los Estados Unidos para paliar los efectos del SIDA
PTMF	Prevención de la transmisión maternofilial
SADC	Comunidad de África Meridional para el Desarrollo
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia