

برنامج  
الأغذية  
العالمي



Programme  
Alimentaire  
Mondial

World  
Food  
Programme

Programa  
Mundial  
de Alimentos

**Primer período de sesiones ordinario  
de la Junta Ejecutiva**

**Roma, 5-7 de febrero de 2003**

## **ASUNTOS DE POLÍTICA**

### **Tema 4 del programa**

***Para aprobación***

**S**

Distribución: GENERAL

**WFP/EB.1/2003/4-B**

7 enero 2003

ORIGINAL: INGLÉS

## **PROGRAMACIÓN EN LA ERA DEL SIDA: LA RESPUESTA DEL PMA EN LA LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA**

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

# Nota para la Junta Ejecutiva

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

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

Directora, Dirección de Estrategias y Políticas (SP):                      Sra. D. Spearman                      tel.: 066513-2600

Asesora Superior de Políticas, Servicio de Políticas (SPP):                      Sra. R. Jackson                      tel.: 066513-2562

Para cualquier información sobre el envío de documentos para la Junta Ejecutiva, diríjase a la Supervisora de la Dependencia de Servicios de Reuniones y Distribución (tel.: 066513-2328).



# Resumen

Para los hogares pobres, el VIH/SIDA representa un golpe más, a menudo tremendo e irreversible, que puede influir seriamente en su capacidad para ganarse el sustento y mantener una seguridad alimentaria. Cuando las familias empobrecidas intentan hacer frente a la morbilidad y la mortalidad ocasionadas por el VIH/SIDA, se van haciendo más pobres tras consumir sus escasos bienes, a veces hasta un punto crítico que amenaza con desintegrar la unidad familiar. Ante la considerable reducción de sus ingresos, el menor número de personas disponibles para trabajar y la necesidad ineludible de alimentos y medicinas, los miembros de la familia se pueden ver obligados a adoptar comportamientos de alto riesgo (como el comercio sexual a cambio de alimentos) tan sólo para sobrevivir. Mejorar la seguridad alimentaria de una familia es una manera de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH. La seguridad alimentaria se puede considerar, así, como una forma más de prevenir la difusión del SIDA y de reducir su repercusión.

Los pobres que están afectados por el VIH/SIDA necesitan tratamiento y alimentos. Sin embargo, apenas se ha estudiado cómo integrar los alimentos, y más concretamente la ayuda alimentaria, en los programas destinados a mitigar la repercusión del VIH/SIDA en la seguridad alimentaria de los hogares pobres. El PMA está trabajando con asociados de los países afectados por el VIH con el fin de definir las intervenciones más apropiadas y efectivas para satisfacer las necesidades de los hogares afectados por el VIH/SIDA y llevarlas a cabo. El presente documento de política recoge lo que se sabe hasta ahora acerca de la relación entre el VIH/SIDA y la seguridad alimentaria, y describe las consideraciones prácticas definidas hasta el momento que son necesarias para una ejecución satisfactoria de los proyectos.

En el presente documento se examina la relación entre seguridad alimentaria y VIH/SIDA y se define quiénes son los grupos vulnerables específicos. Se señalan además esferas de programación concretas en las que el PMA puede desempeñar una función importante con su apoyo a la seguridad alimentaria de las familias y las comunidades afectadas por el SIDA. Es importante observar que todas las actividades se formularán con arreglo a las políticas vigentes. En el documento se destacan algunas esferas de programación fundamentales en las que se requiere un acento y un enfoque diferentes a fin de responder a las nuevas necesidades de las familias e individuos aquejados de inseguridad alimentaria y muy afectados por la pandemia del SIDA.

La estrategia del PMA deberá centrarse siempre en la inseguridad alimentaria producida por el VIH/SIDA, y no en la propia enfermedad. En las zonas que presenten una elevada inseguridad alimentaria y una alta prevalencia del VIH, la asistencia alimentaria del PMA puede actuar como red de seguridad para las familias afectadas antes de que caigan en la indigencia y sean, entonces, aún más vulnerables al riesgo de infección. El SIDA es una emergencia a largo plazo que se debe abordar teniendo presentes las necesidades inmediatas de los más vulnerables y, al mismo tiempo, con un enfoque de recuperación a largo plazo.

Cuando se complementa con otros insumos, la asistencia alimentaria en todas las categorías de programación del PMA puede:

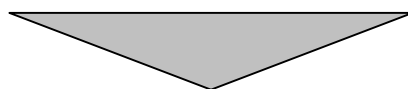
- crear oportunidades para establecer medios de sustento menos arriesgados y reforzar la capacidad de los hogares y de las comunidades para responder a las repercusiones que



puede tener el VIH/SIDA en la seguridad alimentaria mediante iniciativas tales como alimentos para la capacitación y alimentos para la creación de activos;

- mejorar y mantener el capital humano mediante programas de nutrición, alimentos para la capacitación y alimentación escolar;
- reducir la vulnerabilidad de las familias a la inseguridad alimentaria y la malnutrición mediante iniciativas para crear redes de seguridad, tales como proyectos de atención domiciliaria y programas de salud materno-infantil, así como iniciativas orientadas a los hogares encabezados por niños; y
- a través de asociados, servir de conducto para la difusión de mensajes de prevención y de información sobre el VIH/SIDA.

## Proyecto de decisión\*



La Junta aprueba la política relativa al VIH/SIDA propuesta en el documento WFP/EB.1/2003/4-B. Las recomendaciones adoptadas son las siguientes:

- a) El PMA incorporará las consideraciones relativas al VIH/SIDA en todas sus categorías de programación: programas en los países, OPSR y OU. La inseguridad alimentaria generada por el VIH/SIDA se puede abordar directamente por medio de programas del PMA, y las actividades de éste pueden servir de plataforma para otros tipos de programas relacionados con el VIH/SIDA, como los de educación para la prevención.
- b) El PMA trabajará junto con asociados locales e internacionales, ONG, gobiernos y organismos de las Naciones Unidas para velar por que los alimentos se incorporen a las actividades sobre el SIDA, cuando proceda. A este respecto, el PMA colaborará más especialmente con los copatrocinadores del ONUSIDA y la Secretaría del ONUSIDA.
- c) El PMA adaptará las herramientas de programación, como las evaluaciones de las necesidades, los análisis de la vulnerabilidad, el diseño de las raciones y otras actividades relacionadas con la nutrición, a medida que aparezcan información y resultados de investigaciones que reflejen la nueva realidad presentada por el VIH/SIDA.
- d) Cuando el VIH/SIDA amenace la seguridad alimentaria e influya en la mortalidad de una forma similar a otros desastres, el PMA lo considerará como base para una OPSR, de acuerdo con la actual política del PMA relativa a las OPSR.

De conformidad con la decisión 2002/EB.A/4, pide que la Secretaría introduzca los cambios oportunos en el “Marco unificado de políticas del PMA: Un instrumento de gobierno” (WFP/EB.A/2002/5-A/1).

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



*“Hace unas semanas, estando en Malawi, me encontré con un grupo de mujeres infectadas por el VIH. Como hago siempre que me encuentro con personas con SIDA y otros grupos comunitarios, les pregunté cuál era su máxima prioridad. Su respuesta fue clara y unánime: alimentos y no cuidados, ni medicamentos para el tratamiento, ni deshonra.”*

*Peter Piot*

*Nairobi, Kenya — 3 de abril de 2001*

## INTRODUCCIÓN

1. El SIDA está causando una catástrofe humanitaria en gran parte del mundo en desarrollo. Constituye un reto para los paradigmas humanitarios tradicionales y en muchos países ha producido ya una grave crisis en el desarrollo. En los dos próximos decenios, la pandemia del SIDA reducirá la esperanza de vida en 51 países, un fenómeno demográfico sin precedentes en los tiempos modernos. En algunos países (como Malawi, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe) la esperanza de vida de su población ha descendido a menos de 40 años. En el sudeste de Asia, la esperanza de vida en países como Tailandia, Camboya y Myanmar ha disminuido entre dos y cinco años<sup>1</sup>. La esperanza de vida en Haití, que antes se situaba en 59 años, está ahora en 51, debido al VIH/SIDA<sup>2</sup>.
2. Muchos países del África subsahariana han declarado ya el VIH/SIDA como desastre nacional de proporciones épicas y, según se afirma en la Declaración de Abuja<sup>3</sup>, los jefes de Estado de la Organización de la Unidad Africana (OUA) consideran el SIDA como un estado de emergencia en el continente. El Secretario General de las Naciones Unidas ha dado prioridad absoluta a la crisis del VIH/SIDA. Como continuación del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, y de conformidad con el objetivo de desarrollo del Milenio (ODM) de detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA para el año 2015, el PMA está incluyendo consideraciones relativas al VIH/SIDA en todas sus categorías de programación, según proceda.
3. Para los hogares pobres, el VIH/SIDA representa un golpe más, a menudo tremendo e irreversible, que puede influir seriamente en su capacidad para ganarse el sustento y mantener una seguridad alimentaria. Cuando las familias empobrecidas intentan hacer frente a la morbilidad y la mortalidad ocasionadas por el VIH/SIDA, se van haciendo más pobres tras consumir sus escasos bienes, a veces hasta un punto crítico que amenaza con desintegrar la unidad familiar. Ante la considerable reducción de sus ingresos, el menor número de personas disponibles para trabajar y la necesidad ineludible de alimentos y medicinas, los miembros de la familia se pueden ver obligados a adoptar comportamientos de alto riesgo (como el comercio sexual a cambio de alimentos) tan sólo para sobrevivir. Mejorar la seguridad alimentaria de una familia es una manera de reducir su vulnerabilidad

<sup>1</sup> Stanecki, K.A. 2002, *The AIDS Pandemic in the 21<sup>st</sup> Century*, Washington, D.C.: USAID.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> “Declaración de Abuja sobre el VIH/SIDA, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas conexas”, Cumbre de Abuja para aprobar el Consenso de 2000 del Foro de Desarrollo Africano sobre la lucha contra el VIH/SIDA, Abuja, Nigeria, 26–27 de abril de 2001.



a la infección por el VIH. La seguridad alimentaria se puede considerar, así, como una forma más de prevenir la difusión del SIDA y de reducir su repercusión.

4. Los pobres que están afectados por el VIH/SIDA necesitan tratamiento y alimentos. Sin embargo, apenas se ha estudiado cómo integrar los alimentos, y más concretamente la ayuda alimentaria, en los programas destinados a mitigar la repercusión del VIH/SIDA en la seguridad alimentaria de los hogares pobres. El PMA está trabajando con asociados de los países afectados por el VIH con el fin de definir las intervenciones más apropiadas y efectivas para satisfacer las necesidades de los hogares afectados por el VIH/SIDA y llevarlas a cabo. El presente documento de política recoge lo que se sabe hasta ahora acerca de la relación entre el VIH/SIDA y la seguridad alimentaria, y describe las consideraciones prácticas definidas hasta el momento que son necesarias para una ejecución satisfactoria de los proyectos.
5. La programación de la ayuda alimentaria en la era del SIDA exige una nueva manera de pensar y a menudo, aunque no siempre, un enfoque diferente. El VIH y el SIDA constituyen un nuevo tipo de crisis para la que no hay una respuesta a corto plazo ni una solución sencilla. Los retos a los que se enfrentan los hogares afectados por el VIH/SIDA para obtener suficientes alimentos y nutrición se parecen, en determinados aspectos, a los que plantean otras crisis, y en muchos otros son muy diferentes. El principal factor diferenciador es la pérdida parcial o la desaparición de la fuerza de trabajo adulta en el hogar. Este hecho suele tener enormes repercusiones en la seguridad alimentaria y nutricional, y la irreversibilidad de la muerte de un adulto (frente a la reversibilidad de otras crisis, por ejemplo, la venta de bienes que se pueden volver a comprar) significa que la recuperación familiar es lenta e incierta. Tal como muestran las investigaciones, con frecuencia las familias que han perdido a uno de los cabezas de familia nunca se recuperan completamente en lo que se refiere a la producción agraria y a los ingresos en efectivo<sup>4</sup>. El PMA pretende adquirir una comprensión más profunda de la repercusión del VIH/SIDA en las comunidades y las familias, y está modificando su programación a fin de que refleje las nuevas condiciones creadas por el VIH/SIDA y la crisis que puede producir en la seguridad alimentaria de una familia.
6. En el presente documento se examina la relación entre seguridad alimentaria y VIH/SIDA y se define quiénes son los grupos vulnerables específicos. Se señalan además esferas de programación concretas en las que el PMA puede desempeñar una función importante con su apoyo a la seguridad alimentaria de las familias y las comunidades afectadas por el SIDA. Es importante observar que todas las actividades se formularán con arreglo a las políticas vigentes. En el documento se destacan algunas esferas de programación fundamentales en las que se requiere un acento y un enfoque diferentes a fin de responder a las nuevas necesidades de las familias e individuos aquejados de inseguridad alimentaria y muy afectados por la pandemia del SIDA.

## **PUESTA AL DÍA SOBRE EL VIH/SIDA PARA LA JUNTA EJECUTIVA**

7. El PMA ha puesto al día periódicamente a la Junta acerca de su planteamiento y de sus actividades en relación con el VIH/SIDA.

---

<sup>4</sup> Yamano, S., & T.S. Jayne, 2002, *Measuring the Impacts of Prime-age Adult Death on Rural Households in Kenya*. (Investigación apoyada por la misión de USAID en Kenya dentro del proyecto de vigilancia y análisis de políticas agrarias de Tegemeo, Acuerdo cooperativo 11 de seguridad alimentaria [PCE-A-00-00044-00] entre USAID/Oficina de Programas Globales (*Global Bureau*), Oficina de Agricultura y Seguridad Alimentaria, y el Departamento de Economía Agraria de la *Michigan State University*.)



- En mayo de 2000, la Junta Ejecutiva dio luz verde al PMA para responder a la pandemia del VIH/SIDA empleando ayuda alimentaria para respaldar los esfuerzos de prevención, las actividades de mitigación de los efectos y la atención y el apoyo a los infectados y afectados por el VIH/SIDA.
  - En abril de 2001, el ONUSIDA y el PMA hicieron una presentación conjunta a la Junta Ejecutiva del PMA acerca de la situación del SIDA a escala mundial y del planteamiento del PMA al respecto. Durante la sesión, se puso además a disposición de los miembros de la Junta la publicación conjunta del Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IIPA) y el PMA titulada “VIH/SIDA, seguridad alimentaria y seguridad nutricional: repercusiones y medidas”.
  - En octubre de 2001, el PMA presentó el documento “El PMA, la seguridad alimentaria y el VIH/SIDA”, una nota informativa.
  - En octubre de 2002, el PMA presentó otra nota informativa, “Actualización del papel del PMA en la lucha contra el VIH/SIDA”.
  - En febrero de 2003, el PMA presenta a la Junta Ejecutiva, para su aprobación, su documento de política “Programación en la era del SIDA: respuesta del PMA al VIH/SIDA”.
8. Asimismo, en junio de 2001, el PMA envió a todas sus oficinas en los países unas orientaciones sobre el VIH/SIDA y sus consecuencias para la programación y el personal. En 2002, incluyó un apartado sobre programas relativos al VIH/SIDA en su Manual de Diseño de los Programas.

## EL VIH/SIDA COMO CAUSA DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA

9. Los hogares que son pobres y están afectados por el VIH/SIDA se ven obligados a recurrir a una serie de mecanismos de respuesta negativos, que quizá mejoren el problema inmediato, pero pueden acabar debilitando el estado nutricional de los niños a largo plazo y la capacidad de la familia para mantener la seguridad alimentaria. La enfermedad crónica y, finalmente, el fallecimiento de adultos productivos pueden:
- llevar a los hogares a deshacerse de los bienes familiares y gastar los ahorros, a la vez que ganan menos;
  - inducir a los hogares a sacar a los niños del colegio, sobre todo a las niñas;
  - aumentar la malnutrición infantil; y
  - causar una disminución de la producción y la productividad agrarias.
10. Contrariamente a lo que sucede con otros problemas que amenazan la seguridad alimentaria, el VIH:
- produce SIDA, que no tiene cura;
  - provoca que las personas con VIH/SIDA (y sus familias) se vean estigmatizadas;
  - pone en peligro importantes redes más o menos institucionalizadas de tipo social y económico; y
  - afecta a los miembros más productivos de la sociedad (15–49 años), dejando a su suerte a ancianos y jóvenes.



11. Los resultados de la pandemia del SIDA en la seguridad alimentaria son numerosos:
- Los niños carecen total o parcialmente de conocimientos agrícolas teóricos y prácticos debido a la muerte de la generación anterior.
  - Cada vez son más los niños que pasan a integrar hogares extendidos, situación que ejerce presión sobre la capacidad de un hogar ya sometida a un gran esfuerzo y que, en algunos casos, desborda dicha capacidad, de modo que los niños son expulsados de la casa y quedan en la calle.
  - Algunos miembros de la familia tienen que dejar actividades productivas o generadoras de ingresos a fin de cuidar a sus parientes enfermos.
  - Se producen cultivos que requieren menos mano de obra y que son menos nutritivos, como raíces y tubérculos, debido a la falta de personas aptas para trabajar.
  - Las repercusiones negativas en el hogar pueden ser permanentes; la conciencia de que la muerte prematura es segura puede desincentivar la acumulación de bienes, viéndose amenazada la propia supervivencia de la unidad familiar.
  - Las redes de protección social, que tradicionalmente ofrecen alguna ayuda a los más vulnerables, se ven sometidas a una presión que supera sus límites.

## EL VIH/SIDA COMO CONSECUENCIA DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA

12. La inseguridad alimentaria aumenta la vulnerabilidad a la infección por VIH/SIDA de las maneras siguientes:
- La gente adopta estrategias de supervivencia de alto riesgo que incrementan sus posibilidades de contraer o propagar el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, dado que dichas estrategias pueden ser el único medio de alimentar a la familia en situaciones extremas de inseguridad alimentaria, como períodos de escasez, sequía, recesión económica o guerra.
  - Durante esos períodos de inseguridad alimentaria, los miembros varones de la familia emigran en busca de trabajo y se separan de su esposa y de su familia durante largos períodos de tiempo, lo cual aumenta las posibilidades de que mantengan múltiples relaciones sexuales ocasionales.
  - El hecho de que las familias suelen dividirse al huir de la inseguridad también puede contribuir fácilmente a la difusión del VIH.

## EL “CÍRCULO VICIOSO” DE LA MALNUTRICIÓN Y EL VIH/SIDA

13. Según la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO), en los hogares afectados por el VIH/SIDA, el consumo de alimentos de *todos* los miembros de la familia que sobreviven con frecuencia disminuye, lo que lleva a la malnutrición. Ésta y el VIH forman un tándem mortal, que amenaza la seguridad nutricional de los individuos seropositivos y de sus familias de los siguientes modos<sup>5</sup>:

<sup>5</sup> Comité Administrativo de Coordinación de las Naciones Unidas, Subcomité de Nutrición, *Nutrition and HIV/AIDS*, Nutrition Policy Paper 20, octubre de 2001.





- Las personas que tienen VIH y las que tienen SIDA requieren un mayor aporte de energía y proteínas que las personas no infectadas por VIH, además de los micronutrientes necesarios.
- La infección por VIH incrementa el riesgo de malnutrición en el individuo a causa de infecciones oportunistas.
- La malnutrición agrava los efectos del VIH y el SIDA, (p. ej. la tuberculosis, la neumonía y la diarrea) produciendo un mayor deterioro del estado nutricional.
- Simultáneamente, es más difícil que los hogares tengan acceso a suficientes alimentos como consecuencia de la prolongada enfermedad de sus adultos productivos, lo cual pone en peligro el estado nutricional de toda la familia.

## PENSANDO EN LOS MÁS VULNERABLES

### Las mujeres

14. Sean esposas, viudas, mujeres gestantes o madres lactantes, o incluso chicas no casadas todavía, la pandemia del VIH/SIDA afecta a las mujeres de forma desproporcionada. También el VIH plantea consideraciones de género específicas. Por una combinación de razones biológicas y socioculturales, las mujeres tienen hasta cinco veces más probabilidades que los hombres de resultar infectadas por el VIH<sup>6,7</sup>. En el África subsahariana, el 58% de los infectados por VIH son mujeres, que representan el 70% de todas las infectadas a escala mundial<sup>8</sup>.
15. La pandemia también ha elevado espectacularmente la ya enorme carga económica y social que soportan las mujeres como cuidadoras, sostén de la familia y suministradoras de alimentos. Las limitaciones de tiempo y dinero las obligan a tomar decisiones dolorosamente difíciles cuando se enfrentan al VIH/SIDA, muchas de las cuales afectan directa y negativamente a la seguridad alimentaria de su familia y a la salud y el bienestar de sus hijos.
16. En muchos países, la tradición impone que las mujeres y niñas asuman la responsabilidad de cuidar de los familiares enfermos y de los niños más pequeños. Y cuando uno o los dos progenitores mueren a causa del VIH/SIDA, es posible que las hijas mayores se vean obligadas a abandonar la escuela para cuidar de los más pequeños. En algunas zonas muy afectadas, incluso abuelas ancianas e hijos mayores, niñas por lo general, deben asumir las funciones del cabeza de familia. La escasa consideración social de las mujeres y las niñas en muchas sociedades significa que tienen más probabilidades de que los chicos mayores y los hombres abusen de ellas y las exploten, con lo que aumentan enormemente sus posibilidades de resultar infectadas por el VIH.
17. La desigualdad entre hombres y mujeres, las grandes responsabilidades que soportan estas últimas y el gran riesgo que tienen de resultar infectadas son factores que, en su conjunto, pueden tener efectos devastadores a corto y largo plazo en la seguridad

<sup>6</sup> Gregson, S. et al., 2002, *Sexual Mixing Patterns and Sex-Differentials in Teenage Exposure to HIV Infection in Rural Zimbabwe*, *The Lancet*, 359, 1896–1903.

<sup>7</sup> Glynn, J. R. et al., 2001, *Why Do Young Women Have a Much Higher Prevalence of HIV than Young Men? A Study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia*. *AIDS*, 15, (Suppl. 4) S51–S60.

<sup>8</sup> Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA 2002, “Estadísticas y características regionales del VIH/SIDA, diciembre de 2002”, ONUSIDA/OMS.



alimentaria y la nutrición del hogar. Al ocuparse de los miembros de la familia que están crónicamente enfermos, las mujeres dedican menos tiempo a la producción agraria y al cuidado de los niños, lo que reduce la cantidad de alimentos que consume la familia y llega a influir negativamente en el estado nutricional de los hijos. El predominio de las infecciones por VIH en las mujeres significa que en las próximas décadas habrá muchos más hombres que mujeres en los países muy afectados, una situación de consecuencias desconocidas pero preocupantes, sobre todo para la seguridad alimentaria de los hogares.

### **Huérfanos y niños afectados por el VIH/SIDA**

18. Una parte del mundo en desarrollo está siendo testigo de la desaparición de una generación entera de padres; y éstos dejan tras de sí jovencitos carentes de lazos culturales, sociales y familiares, lo que incluye las técnicas agrarias básicas y los conocimientos prácticos para la vida que normalmente se transmiten de generación en generación. Los niños son sacados de la escuela a un ritmo alarmante para cuidar de padres enfermos y ayudar a obtener suficientes alimentos para el hogar. Esta situación se hace especialmente patente en el África meridional, epicentro de la pandemia mundial del SIDA, donde a los efectos del VIH/SIDA se suma la actual crisis alimentaria.
19. Más de 14 millones de niños menores de 15 años de todo el mundo han perdido a uno o ambos progenitores como consecuencia del SIDA. Esta cifra representa el 12% de todos los niños de África, el 6,5% de Asia y el 5% de América Latina y el Caribe. Se supone que la cifra ascenderá hasta los 25 millones en 2010. Cada vez son más los niños que viven con padres enfermos y moribundos o en hogares que han acogido huérfanos. Los huérfanos suelen ser los primeros en experimentar las privaciones derivadas de la pobreza y la inseguridad alimentaria y, con frecuencia, son objeto de exclusión, abuso, discriminación y estigmatización social<sup>9</sup>. Cuando los niños pierden a sus padres, tradicionalmente la familia extensa los acoge y se ocupa de sus necesidades. Sin embargo, la proliferación de huérfanos está sometiendo a gran presión la capacidad de respuesta de las familias y las comunidades. A veces los huérfanos al cuidado de familias extensas ser objeto de malos tratos o desatención, además de presentar una menor tasa de escolarización y mayores tasas de malnutrición y depresión.
20. Los niños que viven en la calle o en hogares encabezados por niños están muy expuestos a la inseguridad alimentaria y se encuentran entre los más vulnerables del mundo. Los niños de la calle, niñas sobre todo, son objeto de explotación y abuso por parte de hombres adultos y de otros niños de la calle varones. A causa de la desesperación, a veces se ven obligadas a ofrecer servicios sexuales a cambio de una comida o simplemente para cubrir sus necesidades diarias básicas. Algunos hermanos que han perdido a sus padres optan por permanecer juntos antes que enfrentarse al trauma añadido de la separación. Dichos hogares encabezados por niños viven al límite de la supervivencia, luchando día a día por encontrar suficientes alimentos, ropa y cobijo.

### **Refugiados y personas desplazadas en el interior del país**

21. Las situaciones de emergencia humanitaria y política pueden convertirse en epicentros de transmisión del VIH, al agrupar una mezcla letal de población desplazada, violaciones, tropas de ocupación, mujeres en circunstancias desesperadas, suministros de sangre poco seguros, abuso de drogas y prácticas sexuales poco seguras. Los campamentos de refugiados y desplazados internos son un terreno especialmente fértil para la difusión del

---

<sup>9</sup> ONUSIDA/UNICEF, 2002, *Children on the Brink 2002: A Joint Report on Orphan Estimates and Program Strategies*, Washington, D.C.: TvT Associates /The Synergy Project (USAID).



VIH; las personas que viven allí han perdido sus medios de subsistencia —y a veces a sus familias— y, por definición, se han desligado de su modo de vida tradicional. La compleja naturaleza psicosocial de los campamentos ha creado una “cultura de campamento”, caracterizada por la pobreza, la superpoblación, la pérdida de valores culturales, la violencia y el abuso sexual, y el desempleo, que fomenta las relaciones sexuales ocasionales que alimentan la propagación del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual.

22. El SIDA no conoce fronteras, de modo que las comunidades que rodean dichos campamentos no son inmunes al riesgo de infección. La interacción entre ambas poblaciones puede hacer que la infección por VIH se propague como la pólvora y crear puntos de especial actividad del SIDA dentro de un país.
23. Los conflictos, sin embargo, pueden retrasar a veces la propagación de la epidemia. Por ejemplo, en Angola y en la República Democrática del Congo, el VIH/SIDA se ha difundido a un ritmo más lento. Sin embargo, una vez calmado el conflicto, como en Angola, el ONUSIDA calcula que es probable que aumente la escala de la epidemia, al regresar la gente a sus hogares y normalizarse los viajes entre distintas partes del país. Las poblaciones que se exponen a un mayor riesgo en estas circunstancias son las poblaciones desplazadas y los combatientes desmovilizados.

## ADAPTACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DEL PMA EN LA ERA DEL VIH/SIDA

24. De ser una grave amenaza para la salud pública, la pandemia del VIH/SIDA ha pasado a constituir una crisis compleja y de grandes proporciones, que obliga a los organismos de ayuda humanitaria y de desarrollo a adaptar sus programas a las nuevas circunstancias de un mundo con VIH/SIDA. Ante la crisis alimentaria del África meridional, por primera vez se sabe que el SIDA está contribuyendo de forma importante a que una situación ya de por sí mala —malas cosechas generalizadas debido a la irregularidad de las precipitaciones y a unas políticas gubernamentales inadecuadas— empeore todavía más. Aunque quizá nunca sea posible medir hasta qué punto ha agravado el SIDA los efectos de la crisis alimentaria, o viceversa, se sabe que los dos forman una combinación mortífera. Además, la devastación causada por el VIH/SIDA dificultará gravemente la recuperación de la región.
25. Aunque el VIH/SIDA requiere una respuesta de “urgencia”, dicha respuesta debe basarse en un enfoque a largo plazo. El SIDA no es como otra crisis cualquiera. Por lo tanto, el PMA deberá estudiar detenidamente cómo dar cabida a su complejidad dentro de las actuales categorías de programación. En el trabajo del PMA, no se puede subestimar la dinámica del VIH/SIDA, a la vez causa y consecuencia de la inseguridad alimentaria.
26. Las intervenciones del PMA deben centrarse en los grupos de población cuya seguridad alimentaria haya resultado amenazada por la pandemia, en particular niños vulnerables, huérfanos y mujeres. En primer lugar la atención debe centrarse en amortiguar la crisis generada por el VIH/SIDA. En las operaciones de urgencia, el PMA trabajará junto con asociados a fin de integrar las preocupaciones relativas al VIH en el Plan de Acción Común Humanitaria del proceso de llamamientos unificados. Asimismo, en coordinación con la ayuda de sus asociados, el PMA programará las actividades de desarrollo y recuperación para lograr una seguridad alimentaria a más largo plazo.
27. En la programación del PMA con respecto al VIH/SIDA se deberán aplicar los siguientes principios:
  - **El punto de partida de las intervenciones del PMA será siempre la nutrición y la seguridad alimentaria.** Las intervenciones del PMA se dirigirán a beneficiarios



específicos basándose en su situación relativa a la seguridad alimentaria y no a su situación con respecto al VIH.

- En la medida de lo posible, **el PMA tendrá en cuenta el VIH/SIDA en todas sus categorías de programación y en todas las evaluaciones de las necesidades.**
- La respuesta del PMA al VIH/SIDA en países concretos **dependerá de la estrategia nacional y se ajustará siempre al marco de actuación del gobierno en cuestión.**
- A fin de reducir todo lo posible la estigmatización y la discriminación debilitadoras que con frecuencia van asociadas al VIH/SIDA, **el PMA apoyará a organizaciones no gubernamentales (ONG) de carácter local y a organizaciones comunitarias,** incluidas asociaciones de personas con VIH/SIDA. El PMA usará la ayuda alimentaria para **complementar y potenciar las actividades de prevención, mitigación y atención en curso de los asociados del gobierno, de las Naciones Unidas y de las ONG** dirigidas a los individuos infectados y afectados por el VIH y a sus familias.
- **La asistencia alimentaria del PMA hará especial hincapié en las mujeres y los niños vulnerables, en particular los huérfanos,** y respaldará una respuesta nacional e internacional más amplia al VIH/SIDA a fin de que los alimentos formen parte de un conjunto más amplio de medidas proporcionado a los hogares y las comunidades afectados por el VIH.

## ORIENTACIÓN DE LA AYUDA A GRUPOS ESPECÍFICOS

28. La capacidad de análisis y cartografía de la vulnerabilidad (VAM) del PMA ha sido citada por otros asociados de Naciones Unidas (como el PNUD y el ONUSIDA) como excepcional y decisiva para comprender mejor la dinámica del SIDA y para poder definir mejor quiénes son los grupos beneficiarios. Dentro del marco analítico estándar del VAM para evaluar la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad, la presencia de VIH/SIDA se considera una amenaza para la seguridad alimentaria de los hogares.
29. Las evaluaciones de la vulnerabilidad de Kenya y Uganda han incorporado ya datos sobre el VIH/SIDA en el análisis, mientras que en todas las evaluaciones de las necesidades urgentes realizadas en la región de África meridional (Lesotho, Malawi, Mozambique, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe) se ha estudiado detenidamente la prevalencia del VIH/SIDA para conocer las zonas más castigadas. En esas evaluaciones se están empleando indicadores sustitutos para reconocer los hogares expuestos a la inseguridad alimentaria afectados por el VIH. Entre dichos indicadores figuran: el número de niños de un hogar, los fallecimientos recientes y la morbilidad excesiva, y la edad del cabeza de familia. El PMA está trabajando en estrecha colaboración con la Secretaría del ONUSIDA, la FAO, el PNUD, el UNICEF y con otros asociados a fin de establecer unos indicadores y métodos estándar para incorporar el VIH/SIDA a las evaluaciones sobre seguridad alimentaria y vulnerabilidad. Esto ayudará al PMA y a sus asociados a garantizar que se tenga en cuenta la relación entre VIH/SIDA y seguridad alimentaria tanto en la selección como en la formulación de los proyectos.
30. La selección de familias afectadas por el VIH para ofrecerles ayuda es compleja y necesita ser bien entendida no sólo para que tenga éxito, sin también para evitar consecuencias no pretendidas. En primer lugar, debido a la estigmatización que conlleva el VIH/SIDA, la selección de individuos seropositivos para que reciban ayuda puede tener consecuencias negativas para ellos y sus familias. En segundo lugar, debido a que en casi todos los países pobres faltan medios de detección y sistemas de vigilancia fiables, es imposible saber con seguridad quién está infectado por el VIH. En tercer lugar, aunque



existan servicios de asesoramiento y pruebas de detección voluntarios, muchas personas temen conocer su situación con respecto al VIH y prefieren no hacerse pruebas.

31. Por todas las razones anteriores, el PMA dirige sus intervenciones de asistencia relacionadas con el VIH/SIDA basándose en indicadores de la inseguridad alimentaria y *no* en la situación de una persona con respecto al VIH. El PMA centrará la atención en las zonas geográficas expuestas a la inseguridad alimentaria y que están especialmente afectadas por la pandemia y, dentro de dichas zonas, en los hogares cuya seguridad alimentaria está amenazada por la pandemia. El PMA apoyará a organizaciones comunitarias bien asentadas en sus actividades sobre VIH/SIDA a fin de evitar las consecuencias negativas asociadas a la estigmatización por el VIH<sup>10</sup>.

## POSIBILIDADES DE PROGRAMAS DIRIGIDOS AL VIH/SIDA

32. En los siguientes apartados se señalan los elementos que se han de tener en cuenta para formular correctamente los proyectos dirigidos a las familias y las comunidades afectadas por el VIH/SIDA. Estas posibilidades programáticas deberán servir de apoyo a las principales agencias y organizaciones asociadas en la respuesta general al VIH/SIDA y se deberán contemplar en todas las categorías de programación, así como en situaciones que incluyan campamentos de refugiados y de PDI cuando proceda y sea factible. Puesto que las circunstancias de los campamentos representan retos especiales para programar actividades relativas al VIH —condiciones de seguridad precarias, falta de servicios e imposiciones de la “cultura de campamento”—, el PMA está trabajando junto con el ACNUR para ver cuál sería la mejor manera de incrementar las actividades relativas al VIH/SIDA para los PDI y los refugiados que viven en campamentos.

### Aumento y mantenimiento del capital humano

33. La educación básica universal es esencial para detener la propagación del VIH/SIDA. Proporcionando asistencia alimentaria a huérfanos y niños vulnerables, a las familias extensas y de acogida y, en algunos casos, a las instituciones que se ocupan de los huérfanos, el PMA puede contribuir notablemente a facilitar el acceso de estos niños a la educación, a aumentar su seguridad alimentaria y a prevenir la difusión del VIH. El PMA está celebrando consultas con el UNICEF sobre cómo podrían ambos organismos abordar juntos el tema.
34. Hay algunos principios de programación, que se pueden generalizar, sobre los que prácticamente todos los responsables de la toma de decisiones, los responsables de la ejecución y los beneficiarios parecen estar de acuerdo<sup>11</sup>.
- Las intervenciones encaminadas a mejorar la situación de los huérfanos no deben excluir a los niños cuyos padres siguen vivos pero enfermos.
  - Llegar a los niños vulnerables antes de que queden huérfanos, por ejemplo, por medio de alimentación escolar, puede ayudar a que sigan escolarizados y alejados de un camino perjudicial.

<sup>10</sup> Colección de mejores prácticas de ONUSIDA, 2000, *Research into the Participation of People Living with HIV/AIDS (PLHA) in Community-Based Organizations*, Ginebra, ONUSIDA.

<sup>11</sup> “Los alimentos y la educación: la función del PMA para mejorar la educación de los huérfanos y los niños vulnerables en el África subsahariana”, Dirección de Estrategias y Políticas del PMA, septiembre de 2002.



- La asistencia alimentaria se debe prestar a todo un hogar y no sólo a los huérfanos acogidos en el mismo. Esto impedirá que las raciones de alimentos destinadas a una persona sean compartidas por toda la familia. Tal ayuda material para las familias extensas y de acogida puede aligerar el peso colectivo de cuidar a los huérfanos y hacer que haya más familias dispuestas a acogerlos.
35. En las situaciones en las que no existe alternativa, puede que un huérfano termine en manos de un orfanato u otra institución. Se trata de una solución transitoria y hay que hacer todo lo posible por que el niño vuelva a incorporarse a una estructura familiar dentro de su propia comunidad.

### ⇒ **Programas de alimentación escolar alternativos**

36. El PMA realizó misiones en Côte d'Ivoire y Zambia para averiguar cómo mejorar las oportunidades de los huérfanos y otros niños vulnerables. En dichas misiones se observaron, como posibilidades, las raciones para llevar a casa y los alimentos para la capacitación. Junto con los gobiernos nacionales y con ONG, el PMA debiera apoyar además otras respuestas innovadoras al creciente problema de los huérfanos, como son las escuelas comunitarias, las tecnologías innovadoras de aprendizaje (por ejemplo, grupos de escucha de radio) y los cursos de aprendizaje y formación profesional. A los que asisten a escuelas comunitarias y a grupos de escucha se les pueden proporcionar alimentos del mismo modo, y con el mismo objetivo, que en los programas de alimentación escolar. El apoyo a intervenciones de este tipo puede garantizar que el máximo número de huérfanos y niños vulnerables que padecen inseguridad alimentaria reciban algún tipo de educación y que los niños mayores se hagan pronto autosuficientes.
37. Atendiendo a las necesidades de los enfermos crónicos en el contexto familiar (por ejemplo, por medio de programas de atención domiciliaria), el PMA puede ayudar a los niños de la familia a seguir escolarizados. Por ejemplo, por medio de un programa integral de atención y apoyo en Zambia, el PMA proporciona alimentos a hijos de personas con VIH/SIDA matriculados en centros escolares. Debido a que estos niños proceden de hogares pobres y expuestos a la inseguridad alimentaria, puede que los alimentos del PMA que reciben en el colegio sean lo único que comen en todo el día. En muchos casos, se puede evitar a estos niños la estigmatización que va a menudo asociada al VIH/SIDA trabajando con grupos comunitarios locales consolidados y con experiencia.
38. Cuanto más dinámicas sean las asociaciones que se establezcan, más eficaz será el papel del PMA en mejorar el acceso de los niños vulnerables a la educación. El PMA debe hallar maneras de complementar el trabajo actual y de crear una sinergia entre los representantes del gobierno, las ONG, los donantes y las entidades locales que ya intervengan en la programación y el apoyo a huérfanos y niños vulnerables.
39. Los programas de alimentación escolar ofrecen una excelente oportunidad para que los asociados introduzcan actividades de prevención del VIH/SIDA. En Sierra Leona, el PMA está trabajando con todos los miembros del Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA para que se puedan realizar actividades de prevención y concienciación en las escuelas primarias que reciben ayuda del PMA. Los programas de alimentación escolar debieran servir de plataforma para respaldar las campañas de prevención y concienciación organizadas por asociados adecuados, del mismo modo que la educación sobre nutrición y la desparasitación se incorporan a muchos programas de alimentación escolar actuales.



## Diversificación de los medios de subsistencia a fin de aumentar la seguridad alimentaria

40. La capacitación para impulsar la diversificación de los medios de subsistencia, incluida la formación en agricultura y ganadería, debería ser un elemento básico de las actividades del PMA en relación con el VIH/SIDA. Dicha capacitación debería centrarse primordialmente en oficios con buenas salidas comerciales que no favorezcan una mayor emigración y para ello debería tomar en consideración la posible necesidad de cuidar durante el día de familiares enfermos. Los huérfanos de más edad, los hogares encabezados por niños y los miembros de familias numerosas son candidatos óptimos para una formación dirigida a la diversificación de los medios de subsistencia.
41. El PMA ha definido ya varias actividades de formación aptas para recibir apoyo. Por ejemplo:
- En **Rwanda**, los programas de capacitación hacen hincapié en las actividades de generación de ingresos y en la formación profesional, como son la elaboración y venta de alimentos, el comercio minorista y de pequeña escala, la forja de metales y la carpintería. Durante la puesta en marcha de actividades generadoras de ingresos, el PMA en Rwanda proporciona asistencia alimentaria a personas con VIH/SIDA a fin de impedir que utilicen los microcréditos para cubrir sus necesidades de consumo diario en lugar de invertirlos.
  - En **Uganda**, los huérfanos y los niños de la calle se benefician de programas de alimentos para la capacitación dirigidos a promover la formación profesional, los cursos de aprendizaje, la alfabetización y la enseñanza de aritmética básica.
42. El PMA no debería apoyar las actividades de formación de capacidades sin haber efectuado antes un análisis de las posibilidades de generación de ingresos de dichas capacidades. Lo mejor es realizar este tipo de análisis junto con asociados locales.
43. Debido a que los hogares afectados por el VIH se ven limitados por la falta de personas que trabajen, a causa de la enfermedad y del fallecimiento de adultos productivos, puede que, en casi todas las situaciones, las actividades en régimen de alimentos por trabajo no sean las más apropiadas para diversificar los medios de subsistencia a fin de reforzar la seguridad alimentaria del hogar.

## Reducción de la vulnerabilidad de las familias

### ⇒ Consecución de una buena nutrición

44. Las personas seropositivas tienen unas necesidades de nutrición y dieta especiales<sup>12</sup>. Para que se mantengan saludables y sigan siendo productivas, es esencial que dispongan de una buena nutrición. Por otra parte, para que los tratamientos con fármacos (por ejemplo, antirretrovíricos) sean eficaces, una buena nutrición es imprescindible. En zonas expuestas a la inseguridad alimentaria y con una elevada prevalencia del VIH/SIDA, se han de tener en cuenta dichas necesidades especiales en los programas de asistencia alimentaria con el fin de:
- ayudar a las personas con VIH a adaptarse a las grandes necesidades energéticas, proteínicas y de micronutrientes que conlleva el hacer frente al virus y luchar contra las infecciones oportunistas;

<sup>12</sup> “HIV/AIDS: A Guide For Nutrition, Care and Support”. *Food and Nutrition Technical Assistance Project, Academy for Educational Development*, Washington, D.C., 2001.



- desacelerar el avance del SIDA y el número de fallecimientos sobrevenidos por enfermedades oportunistas;
  - mantener el potencial de producción y de prestación de cuidados entre los adultos infectados y afectados y ayudar a impedir la desintegración de los mecanismos comunitarios de atención y apoyo a personas con VIH/SIDA, huérfanos, hogares encabezados por niños y mujeres, etc.; y
  - ayudar a procurar alimentos de mayor poder nutritivo (en particular los que aportan proteínas y micronutrientes), que quizá no se cultiven en la zona debido a la escasez de mano de obra.
45. Es de especial importancia que las cestas de alimentos para poblaciones que tengan una elevada prevalencia del VIH sean equilibradas desde el punto de vista nutricional y aporten suficientes proteínas, grasas y micronutrientes, independientemente de que se trate de una operación de urgencia (OU), una operación prolongada de socorro y recuperación (OPSR) o una actividad de desarrollo. Puesto que, en la mayoría de los casos, el PMA desconoce quién es seropositivo y quién no, en las zonas de elevada prevalencia del VIH, es fundamental incluir legumbres, grasas y alimentos enriquecidos en todas las cestas de alimentos de cualquier intervención con asistencia alimentaria.
46. Las vitaminas y los minerales desempeñan un papel esencial en fortalecer el sistema inmunitario y ayudar al organismo a combatir la infección. Un mayor aporte de micronutrientes en las primeras fases de una enfermedad puede influir positivamente en su avance, protegiendo así al organismo contra una mayor morbilidad y mortalidad. En poblaciones con una gran prevalencia del VIH o en las actividades que ayudan a las personas que conocen su estado serológico, el PMA debería hacer un especial esfuerzo por que los alimentos básicos se enriquezcan con múltiples vitaminas y minerales o por proporcionar alimentos compuestos enriquecidos. Por ejemplo, en la OU que se lleva a cabo en África meridional, el maíz se está enriqueciendo con vitaminas y minerales en las actividades de molienda locales. También se está investigando la mezcla de alimentos básicos con concentrado de soya como forma de incrementar su contenido proteínico. El enriquecimiento y la mezcla de un alimento básico asegurarán que haya un aporte suficiente de micronutrientes, con independencia de que la persona conozca o no su estado serológico.
47. Los efectos de la nutrición en las personas seropositivas es un área relativamente nueva de investigación y aún quedan preguntas por responder. El PMA sigue atentamente los resultados de las investigaciones y programas en esta esfera y adaptará su programación con arreglo a los cambios que se produzcan en las actuales ideas sobre la relación entre la nutrición y el VIH/SIDA.
48. Una nutrición suficiente no sólo depende de que se tengan suficientes alimentos para comer. El PMA tendría que entablar asociaciones que permitan combinar la asistencia alimentaria con la educación y el asesoramiento sobre nutrición, a fin de fomentar el consumo de alimentos óptimos, el tratamiento de la pérdida de apetito relacionada con el SIDA y otros estados que afectan a los hábitos alimentarios, e intervenciones relativas al agua, la higiene y la seguridad alimentaria para prevenir la diarrea. El PMA está trabajando con diversos asociados en estas esferas a escala tanto local como internacional.

### ⇒ **Atención domiciliaria**

49. Casi todos los programas de atención domiciliaria se organizan en torno a una red de voluntarios locales supervisados por enfermeros o por trabajadores sanitarios capacitados. Los equipos de atención domiciliaria visitan en su casa a los enfermos crónicos registrados





prestándoles servicios gratuitos, como son cuidados físicos, asesoramiento y apoyo emocional, apoyo pastoral, asistencia social para los más necesitados, raciones suplementarias de alimentos para el paciente (y a veces para la familia), información sobre prevención del VIH/SIDA para los familiares y asistencia a los supervivientes. Algunos programas de atención domiciliaria han surgido de la cooperación entre centros de salud, hospitales o clínicas y voluntarios locales, y muchos de éstos tienen conexiones eclesióásticas.

50. Para muchas familias pobres, los alimentos son un componente fundamental de los servicios de atención domiciliaria. Una alimentación suficiente y nutritiva es esencial para prolongar la vida de los progenitores y permitirles contar con algunas preciosas semanas, meses o incluso años adicionales para ser productivos, trabajar y dedicar tiempo a su familia. La alimentación es esencial para que los miembros de la familia, sobre todo los niños, mantengan un estado nutricional adecuado cuando el cabeza de familia es un enfermo crónico. Para este fin, cuando resulta conveniente, el PMA proporciona, a individuos y familias infectados y afectados por el VIH/SIDA, apoyo dietético que puede consistir en alimentos compuestos enriquecidos o en cereales enriquecidos combinados con una cesta de alimentos equilibrada para una nutrición óptima.
51. En el mercado están apareciendo muchos nuevos productos alimentarios complementarios que, se asegura, están especialmente formulados para personas con VIH/SIDA. Sin embargo, aún no se sabe suficiente sobre sus efectos nutricionales ni sobre su relación costo-eficacia en comparación con otros productos, como los alimentos compuestos. Para ayudar al PMA a tomar decisiones informadas sobre nuevos productos alimentarios, la Universidad de las Naciones Unidas ha reunido a un grupo consultivo técnico, para examinar aspectos de seguridad alimentaria, nutrición, almacenamiento, manipulación y finalidad de los productos alimentarios propuestos. Basándose en la información facilitada por estos expertos externos, el PMA podrá decidir si aceptar donaciones o adquirir alimentos especializados una vez examinados los productos por el grupo consultivo técnico.
52. Los voluntarios desempeñan un importante papel en las comunidades muy afectadas por la pandemia al prestar servicios primordiales y apoyo psicosocial a los enfermos crónicos y sus familias. Por proceder de las propias comunidades a las que dedican sus servicios, los voluntarios tienen más facilidad para reconocer quién necesita ayuda desesperadamente; por otro lado, en muchos casos ellos mismos están expuestos a la inseguridad alimentaria. El PMA podría proporcionar raciones de alimentos a los voluntarios para ayudar a contrarrestar su necesidad de buscar alimentos en otras partes y dejarles tiempo para prestar servicios a sus comunidades. Sin embargo, el PMA debe asegurarse de que esa ayuda no cree una dependencia, lo que socavaría el espíritu propio del voluntariado.
53. Es esencial elegir cuidadosamente los objetivos y trabajar en estrecha colaboración con las organizaciones comunitarias y las ONG locales para garantizar el éxito de las actividades en este ámbito. Es preciso trabajar en colaboración con asociados, entre ellos las ONG locales, para unir la atención domiciliaria a otros tipos de programas, por ejemplo, los programas de alimentos para la educación dirigidos a huérfanos y a otros niños vulnerables, y los de alimentos para la formación profesional de los jóvenes con el fin de mejorar su potencial de generación de ingresos.
54. Es probable que los asociados potenciales del PMA en este ámbito difieran de los ya conocidos por el PMA. Igualmente, es posible que las organizaciones que trabajan en la esfera del VIH/SIDA no estén familiarizadas con el cometido del PMA. Al haber numerosas organizaciones internacionales y locales dedicadas a diferentes aspectos de la



prevención del VIH y del cuidado de los afectados por el SIDA, es importante establecer unos criterios que ayuden al PMA a elegir ONG colaboradoras<sup>13</sup>.

55. Los colaboradores que pueden ser elegidos en relación específicamente con el VIH/SIDA deberán:
- estar reconocidos por el Gobierno; y
  - tener proyectos que se ajusten al plan estratégico nacional para combatir el VIH/SIDA y que estén de acuerdo con las prioridades nacionales.
56. Otros criterios de selección de los asociados podrían ser:
- la existencia de un sistema consolidado para remitir desde hospitales, iglesias, etc.;
  - un nivel aceptable de formación de su personal de atención domiciliaria; y
  - una política de no discriminación de las personas con VIH/SIDA.

### ⇒ **Transmisión materno-filial**

57. Reducir el riesgo de transmisión del VIH de madres a hijos es un componente importante de cualquier estrategia nacional sobre el VIH/SIDA. Sin embargo, el papel de la asistencia alimentaria para prevenir la transmisión materno-filial, sobre todo en lo que se refiere al uso de preparados para lactantes, es un tema controvertido en el que ha habido mucho debate.
58. El PMA está siguiendo el debate sobre el papel de la asistencia alimentaria en ayudar a prevenir la transmisión materno-filial y se mantendrá muy atento a los nuevos resultados de las investigaciones que vayan apareciendo. Actualmente sigue, a este respecto, las recomendaciones de actuación formuladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las actuales conclusiones y recomendaciones están recogidas en el documento de la OMS “Nuevos datos sobre la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y sus implicaciones normativas”. En todas las actividades conexas, el PMA sigue los actuales consejos y orientaciones de la OMS y el UNICEF. Según dichas orientaciones, para las madres que no conocen su estado serológico, la opción más segura es la de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses.
59. Las pruebas de detección y el asesoramiento voluntarios a través de clínicas de atención prenatal son decisivos para detectar mujeres infectadas por el VIH que corren el riesgo de transmitir el virus a sus futuros hijos. Sin embargo, al menos un estudio ha demostrado que, aunque una mayoría de las mujeres embarazadas que asisten a las clínicas está de acuerdo en que se le haga la prueba del VIH, casi todas están demasiado asustadas para volver a por los resultados. A algunas oficinas del PMA en los países se les ha pedido que suministren raciones de alimentos a las embarazadas como incentivo para que se hagan la prueba y reciban asesoramiento. Teniendo en cuenta la falta generalizada de servicios médicos y sociales de asesoramiento y seguimiento disponibles para los individuos que dan positivo en el VIH, las oficinas en los países deberían evitar programar asistencia alimentaria de este modo hasta que se sepa bien cuál es el mejor uso de las raciones de alimentos en tales situaciones, y se llegue a un consenso interinstitucional adecuado.

---

<sup>13</sup> Para más información sobre el PMA y las ONG colaboradoras, véase “Colaboración entre el PMA y las ONG: un marco de asociación”, documento de política aprobado por la Junta Ejecutiva en mayo de 2001 (WFP/EB.A/2001/4-B).



### Asistencia alimentaria del PMA a instituciones

60. En casi todos los contextos, el PMA no suministra alimentos a instituciones, por ejemplo hospitales. La alimentación en instituciones por lo general se ha evitado por dos razones: (i) la imposibilidad de dirigirse únicamente a los más vulnerables, y (ii) la falta de una conexión clara entre alimentar a los enfermos hospitalizados y mejorar la seguridad alimentaria de los hogares.
61. Aunque estas consideraciones siguen siendo válidas, el VIH/SIDA está modificando las condiciones en las que trabaja el PMA. Para seguir siendo de utilidad y tener capacidad de respuesta ante una realidad cambiante, quizá el PMA deba reconsiderar su postura acerca de la alimentación en instituciones. Las oficinas en países que observen la necesidad de una asistencia de este tipo, y dispongan de suficientes recursos para ella, deberán tener presentes las dificultades inherentes y actuar con cautela cuando programen en marcos institucionales. Las experiencias vividas tanto en Camboya como en Rwanda muestran que dirigirse específicamente a hogares pobres que tienen a uno de sus miembros hospitalizado durante un período determinado (por ejemplo, como en los programas de lucha contra la tuberculosis) es la forma más eficaz de entregar asistencia alimentaria en un marco hospitalario. En estos ejemplos, se proporciona a los familiares raciones de alimentos que ellos suministran después al paciente hospitalizado.
62. En el caso de los orfanatos, es sumamente importante reconocer que los huérfanos están mejor dentro de una estructura familiar y que los orfanatos son el último recurso —e idealmente uno transitorio— para los que no tienen absolutamente ninguna otra posibilidad. Al programar asistencia alimentaria para los orfanatos, es preferible apoyar a los que ofrecen oportunidades educativas adecuadas a la edad, ya sea *in situ* o de forma concertada con servicios educativos de la comunidad.

### Facilitar que se respeten los tratamientos

63. La prevención y el tratamiento de la tuberculosis activa son esenciales para los individuos que tienen VIH/SIDA, ya que la tuberculosis es la principal causa de fallecimientos relacionados con el SIDA. La prevención y el tratamiento de la tuberculosis mejoran la calidad de vida y prolongan esta última, aparte de beneficiar a las familias y las comunidades de las personas con VIH/SIDA.
64. La infección por VIH acelera el paso de la infección por tuberculosis a tuberculosis activa; las personas con ambas infecciones tienen 30 veces más probabilidades de generar tuberculosis activa. Asimismo, algunos estudios recientes han puesto de manifiesto que la infección por tuberculosis puede acelerar el paso de la infección por VIH a SIDA<sup>14</sup>. Durante períodos en los que la seguridad alimentaria de los hogares se ve sometida a una gran presión en zonas de elevada prevalencia del VIH, la incidencia de la tuberculosis puede aumentar exponencialmente. Por ejemplo, durante los seis primeros meses de la actual situación de emergencia alimentaria en Malawi, el número de casos de tuberculosis se duplicó, según el Asesor del Programa que tiene el ONUSIDA allí.
65. El objetivo de los programas de lucha contra la tuberculosis es curar a los infectados y prevenir nuevas infecciones. Estos resultados sólo se pueden conseguir sometiendo a los enfermos de tuberculosis<sup>15</sup> estrictamente al régimen de tratamiento breve bajo observación

<sup>14</sup> Maher, D., K. Floyd, & M. Raviglione, 2002, *A Strategic Framework to Decrease the Burden of TB/VIH*, (*Stop TB and VIH/SIDA*), (WHO/CDS/TB/2002.296), Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

<sup>15</sup> El régimen DOTS consta de cinco componentes clave: compromiso político; detección de casos pasivos y diagnóstico examinando frotis de esputo bajo el microscopio; tratamiento estandarizado de corta duración con



directa (DOTS) que requiere un tratamiento periódico y estrechamente vigilado. Un tratamiento que se interrumpa o se termine anticipadamente hace que los pacientes sean más propensos a sufrir recaídas de la enfermedad y favorece la propagación de cepas resistentes a los fármacos.

66. Una razón fundamental que se cita con frecuencia para que los pobres no puedan completar su tratamiento es la necesidad de seguir trabajando y de ganarse la vida para alimentar a sus familias. Dentro de su asistencia a programas relacionados con el VIH/SIDA, el PMA debería aumentar la programación dirigida a individuos que padecen inseguridad alimentaria infectados por tuberculosis cuando sea posible vincularla a programas sólidos de DOTS. El PMA está trabajando en estrecha cooperación con la OMS y con el Banco Mundial en la definición de nuevos programas viables para la tuberculosis en los que la asistencia alimentaria a hogares expuestos a la inseguridad alimentaria facilite un mayor respeto de los tratamientos.
67. El PMA ayuda actualmente a varios programas nacionales de control de la tuberculosis con alimentos. En Uganda, la parroquia católica del Santo Rosario de Gulu suministra raciones de alimentos del PMA a individuos hospitalizados por tuberculosis y enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA. En Camboya, el Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis recibe raciones del PMA para sus pacientes. Las raciones compensan al paciente por las horas de trabajo perdidas a causa de la hospitalización o de la asistencia a la clínica. En algunos casos, el alimento compensa el costo del transporte al centro de salud y otros gastos indirectos realizados por los pacientes externos. El programa camboyano es uno de los que más éxito tienen del mundo, y ha llegado a superar la tasa de curación que se había marcado como objetivo. Las raciones de alimentos que el PMA le suministra se consideran como una buena práctica cuya reproducción se podría contemplar en otros países.

### Actividades de prevención

68. La cooperación con asociados en materia de educación y prevención debe formar parte, en la medida de lo posible, de todas las actividades programáticas de desarrollo, recuperación y urgencia del PMA. Aunque éste no dispone de conocimientos especializados ni de experiencia para llevar a cabo por sí mismo actividades de prevención, sí debe trabajar junto con otras organizaciones capaces de apoyar actividades de educación y de prevención acordes con las estrategias nacionales sobre el VIH/SIDA y apropiadas para el contexto de cada país.
69. Algunas actividades de prevención podrían consistir en:
- usar los lugares de distribución de alimentos, por ejemplo en campamentos o durante distribuciones de urgencia, para que los asociados puedan hacer una labor de concienciación sobre el VIH y el SIDA;
  - vincular a los asociados a las redes comunitarias establecidas para repartir ayuda alimentaria (por ejemplo, usando las asociaciones de padres y profesores, los comités de administración de alimentos de los campamentos y las asociaciones de agricultores para transmitir mensajes adecuados de prevención del VIH y el SIDA);
  - velar por que el personal contratado por el PMA (por ejemplo, conductores de camiones de largo recorrido contratados para transportar artículos alimentarios y no

---

observación directa de la terapia; suministro ininterrumpido garantizado de fármacos de calidad; y registro/notificación estándar, con una evaluación sistemática de los resultados del tratamiento.



alimentarios del PMA) reciba información acerca de la reducción de riesgos y la prevención;

- capacitar a los trabajadores sanitarios locales en métodos óptimos de lactancia para las beneficiarias del PMA; y
- formar a los jóvenes educadores a fin de que faciliten información sobre la reducción de riesgos y la prevención de enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA y sobre el asesoramiento y las pruebas de detección con carácter voluntario.

## ASOCIACIONES PARA AFRONTAR EL VIH/SIDA

70. Las intervenciones efectivas se basan en la respuesta de una comunidad y dependen mucho de la participación de las autoridades sanitarias locales, de los representantes de la comunidad y de las personas con VIH/SIDA. Una mayor participación de estas últimas en todos los aspectos de la programación conexas puede ser un factor poderoso e influyente para lograr unas intervenciones eficaces de prevención, mitigación de los efectos y atención. Puesto que los miembros de la comunidad, incluidos los que tienen VIH/SIDA, conocen los problemas y saben qué personas tienen más necesidad de asistencia, deberían intervenir todo lo posible en el diseño y la puesta en práctica de todas las actividades del PMA relacionadas con el VIH/SIDA. Cuanto más se comprometen las comunidades en la lucha contra los efectos del SIDA, menos probable es que los individuos afectados sufran estigmatización, rechazo, deshonra y discriminación<sup>16</sup>.
71. La asociación con los ministerios gubernamentales competentes, los donantes, las ONG y otros organismos de las Naciones Unidas tiene igualmente una importancia primordial a la hora de diseñar y poner en práctica actividades eficaces contra el VIH/SIDA. En muchos de los países más afectados, el PMA está trabajando con los copatrocinadores del ONUSIDA, en especial la OMS, el UNICEF y el PNUD, a fin de incorporar la asistencia alimentaria a los programas de apoyo a familias e individuos afectados por el VIH/SIDA.
72. A continuación se exponen algunos ejemplos de colaboraciones clave mantenidas durante el último año.

### Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)

73. El PMA trabaja en estrecha colaboración con los copatrocinadores del ONUSIDA en países donde las actividades relativas al VIH/SIDA se integran en programas en los países, OU y OPSR. En muchos países, el PMA es participante activo del Grupo Temático Ampliado del ONUSIDA sobre el VIH/SIDA. Asimismo, los equipos del ONUSIDA en los países y, sobre todo, los asesores del programa del ONUSIDA en los países, proporcionan al PMA apoyo técnico sobre la formulación de proyectos y sobre el desarrollo de asociaciones a escala nacional. Los equipos en los países ayudan asimismo al PMA a abogar por que la seguridad alimentaria ocupe un lugar prioritario en las estrategias nacionales sobre el SIDA. Éstos son algunos ejemplos de cómo trabaja el PMA con el ONUSIDA:
- En **Uganda**, la asesora del programa del ONUSIDA en el país y su personal facilitaron la realización de una iniciativa conjunta PMA/OMS para mejorar la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA y sus familias por medio de una mejor nutrición y de

<sup>16</sup> Brown, L., L. Trujillo & K. Macintyre, 2001, *Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned?* Washington, D.C., Population Council.



atención domiciliaria dentro de las comunidades. El proyecto está en consonancia con la política del Gobierno de Uganda sobre el VIH/SIDA y con las prioridades sobre erradicación de la pobreza del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF).

- En **China**, la oficina del ONUSIDA en el país trabajó con el PMA para desarrollar mensajes clave de información, educación y comunicación que llegaron a unos 200.000 agricultores en zonas en las que el PMA desarrolla actividades. La campaña de información, coordinada con el Ministerio de Agricultura, iba encaminada a dar a conocer a las familias del medio rural los datos básicos sobre el VIH/SIDA.
- En **Madagascar**, el asesor del programa del ONUSIDA está trabajando junto con el PMA para desarrollar materiales de información, educación y comunicación y herramientas de prevención con el fin de incorporarlos en los programas de estudios, especialmente en el contexto de la iniciativa de alimentación escolar del PMA. Los materiales de información, educación y comunicación se están utilizando en zonas rurales del sur de Madagascar, donde el PMA tiene una gran presencia.
- En **Camboya**, el asesor del programa del ONUSIDA ha proporcionado asesoramiento técnico al PMA sobre cómo conseguir la integración del VIH/SIDA en la programación y la planificación. La oficina del PMA en Camboya es miembro activo del Grupo Temático de las Naciones Unidas y del Grupo de Trabajo Técnico sobre el VIH/SIDA. En vista de la función de apoyo que tiene el ONUSIDA dentro del sistema de las Naciones Unidas y para el Gobierno, la oficina del PMA en Camboya intensificará la relación con el ONUSIDA en Camboya y aprovechará más la competencia técnica de este último. La oficina del ONUSIDA en Phnom Penh ha impartido cursos de formación al personal del PMA.
- En **Burkina Faso**, el asesor del programa del ONUSIDA ayudó al PMA en la preparación y el diseño de una actividad piloto para hogares afectados por el SIDA, dirigido en particular a huérfanos y otros niños vulnerables. El representante del ONUSIDA ayudó también al PMA a localizar las instituciones de ejecución. La actividad va encaminada a mejorar el estado nutricional de los huérfanos y niños vulnerables y a aumentar la participación de hogares afectados por el SIDA en actividades de formación organizadas por asociaciones locales y organizaciones comunitarias. En una iniciativa conexas del PMA llevada a cabo en colaboración con la OMS, la Secretaría del ONUSIDA participará en el seguimiento y el análisis de las repercusiones de la asistencia alimentaria del PMA prestada a enfermos de tuberculosis que están recibiendo tratamiento.
- El PMA presidirá una reunión del Grupo Consultivo Interorganismos del ONUSIDA en febrero de 2003. Aprovechará la oportunidad para insistir en la necesidad primordial de abordar el VIH/SIDA desde una perspectiva de seguridad alimentaria y nutrición.

### Organización Mundial de la Salud (OMS)

74. En octubre de 2001, el PMA y la OMS firmaron un acuerdo de programación conjunta en el marco de la iniciativa italiana para el VIH/SIDA. Desde entonces, las dos organizaciones han realizado actividades en determinados países de África oriental y meridional. Algunos ejemplos de esta colaboración son:

- En **Uganda**, los dos organismos trabajan juntos en Kitgum, Pader, Gulu, Hoima y Kampala. La asociación ha supuesto tanto el suministro de ayuda alimentaria a



personas con VIH/SIDA y a sus familiares como asesoramiento y educación en materia de nutrición.

- Incidiendo especialmente en las necesidades de las mujeres, los jóvenes y los huérfanos de determinados distritos expuestos a la inseguridad alimentaria, en la **República Unida de Tanzania** el PMA y la OMS han aunado sus recursos técnicos y operativos para mejorar los mecanismos de respuesta de las personas con VIH/SIDA y de los hogares afectados por el SIDA. El programa centra la atención en la formación profesional y en las actividades generadoras de ingresos apoyadas con lotes de alimentos para familias. Gracias a la excelente colaboración entre ambos organismos, la Cooperación italiana aumentó su contribución a iniciativas del PMA específicas para el SIDA en 2001.
- En **Mozambique**, el PMA y la OMS trabajan en estrecha colaboración desde 2001 en la provincia de Sofala, donde los alimentos del PMA se han incorporado al actual programa de atención domiciliaria. Dichos alimentos complementan los servicios existentes de atención domiciliaria para personas con VIH/SIDA y sus familias. También se están proporcionando alimentos del PMA a cuidadores voluntarios y a huérfanos y otros niños vulnerables a través de los sistemas de enseñanza extraacadémica, las guarderías infantiles y la formación profesional en las provincias de Maputo, Manica, Sofala y Tete.

### Organizaciones de las Naciones Unidas con sede en Roma

75. El PMA y las organizaciones con sede en Roma han abogado conjuntamente a favor de la nutrición y la seguridad alimentaria en relación con el VIH/SIDA en varios foros de las Naciones Unidas e internacionales. De dichas colaboraciones, describimos a continuación dos de las más importantes en 2002:

- A lo largo de 2002, el PMA ha trabajado en estrecha colaboración con la **FAO** como miembros del Grupo de referencia del Comité Permanente entre Organismos (IASC) sobre la infección por el VIH/SIDA en emergencias complejas. El Grupo de referencia está confeccionando una lista de comprobación de actividades prioritarias para usar sobre el terreno y está preparando unas directrices operacionales. Los conocimientos especializados del PMA en operaciones humanitarias, unidos a los conocimientos técnicos de la FAO en materia de seguridad alimentaria, han convertido a estas dos organizaciones con sede en Roma en una fuerza impulsora para que los temas de seguridad alimentaria y nutrición sean tomados en consideración en la respuesta a la pandemia del VIH/SIDA en situaciones de emergencia.
- En la XIV Conferencia Internacional del SIDA, celebrada en Barcelona, España, **la FAO y el FIDA** se unieron al PMA y a la **OMS** en la organización de una reunión por conexión vía satélite. Ésta, denominada "Los desafíos del VIH/SIDA para la seguridad alimentaria y la nutrición", sirvió de foro a académicos, ONG y a otros para examinar un planteamiento integral encaminado a hacer frente al VIH/SIDA desde la perspectiva de la sostenibilidad de los medios de subsistencia y de la seguridad alimentaria y nutricional.

### Asociados locales

76. Las asociaciones con ONG, gobiernos y otros representantes de la sociedad civil que intervienen en la lucha contra el VIH/SIDA han sido clave para que el PMA aplicara su estrategia de hacer llegar una asistencia alimentaria muy necesaria a los hogares afectados por el SIDA. El PMA desea brindar su apoyo a los agentes locales en todas las actividades



relacionadas con el VIH/SIDA, al entender que los alimentos constituyen un elemento primordial de una ayuda efectiva a las familias afectadas por el VIH/SIDA.

77. El PMA trabaja junto a diferentes agentes locales, por ejemplo, el Ejército de Salvación y la *Catholic Development Commission* en Malawi, el Ministerio de Administraciones Locales y Asuntos Sociales en Rwanda, la Asociación de personas con VIH/SIDA en Eritrea, y la *Associazione Volontari per il Servizio Internazionale* y *World Vision* en Uganda, por citar sólo algunas.

### **El Fondo Mundial para el VIH/SIDA y la Salud**

78. En 2001, el PMA mostró su satisfacción por la creación del Fondo Mundial para el VIH/SIDA y la Salud. No obstante, las expectativas relativas al nivel de donaciones al Fondo aún no se han alcanzado. Aunque el PMA y las Naciones Unidas, en general, no pueden presentar propuestas directamente al Fondo, siempre que sea posible, las oficinas del PMA en los países deberían trabajar en estrecho contacto con los mecanismos de coordinación nacionales a fin de que los temas de seguridad alimentaria y nutrición se incluyan en las propuestas nacionales al Fondo. En la actualidad, la alimentación y la nutrición no se mencionan expresamente en las directrices para el empleo del Fondo. El PMA está dispuesto a colaborar con la FAO y otros asociados a fin de que las actividades de alimentación y nutrición reúnan las condiciones necesarias para recibir recursos del Fondo Mundial.

### **VIH/SIDA EN EL LUGAR DE TRABAJO**

79. Contando con un importante apoyo expresado por el Secretario General de las Naciones Unidas y reforzado por el ONUSIDA, todo el sistema de las Naciones Unidas está volcado en promover un entorno laboral de compasión y comprensión. Se ha instado a todos los organismos de las Naciones Unidas a que lleven a cabo una campaña informativa sistemática con el fin de proporcionar información sobre la prevención del SIDA al personal de las Naciones Unidas y a sus familias. Como empleador responsable, el PMA está comprometido en la protección de todo su personal, incluidos los trabajadores contratados, por ejemplo, los conductores de camiones de largo recorrido que transportan artículos alimentarios y no alimentarios del PMA. El personal del PMA puede servir de modelo en sus comunidades por su disposición a hablar sobre la prevención del VIH/SIDA, de una manera precisa y fiable, y a demostrar compasión hacia los que ya se encuentran afectados.
80. El PMA está trabajando en distintos sentidos para responder a este llamamiento, entre otras cosas, incluyendo información sobre el VIH/SIDA al brindar formación especializada a su personal sobre temas de seguridad, respuesta ante emergencias y apoyo psicológico. Se está exhortando a las oficinas en los países a que impartan formación en materia de concienciación y prevención del VIH/SIDA a todo el personal del PMA, internacional y nacional, profesional y de apoyo, así como a sus familias. El Departamento de Recursos Humanos del PMA ha desarrollado y difundido dos módulos de formación en concienciación y prevención sobre el VIH/SIDA para usar sobre el terreno, y algunas oficinas nacionales han realizado sesiones de concienciación y prevención.
81. El PMA está organizando una actividad de formación para toda la región de África meridional sobre la prevención de la explotación y el abuso sexual, para todas aquellas personas que forman parte de las intervenciones humanitarias en la región. Se trata de una iniciativa de colaboración entre organismos realizada conjuntamente por el PMA, el





UNICEF y *Save the Children*/Reino Unido. El curso se diseñará para cinco grupos destinatarios diferentes: gestores y responsables de la toma de decisiones, responsables de la ejecución (supervisores de la ayuda alimentaria, jefes de almacén, etc.), líderes comunitarios (los responsables de la selección de beneficiarios), transportistas (conductores de camiones), y propietarios/directores de empresas de transporte comerciales.

82. Dentro de los componentes de prevención, estas sesiones incorporarán aspectos relacionados con el VIH/SIDA. Sin embargo, debido a las altas tasas de prevalencia en toda la región y a la incidencia sobre la población beneficiaria, el PMA va a incluir una sesión adicional de medio día dedicada específicamente al VIH/SIDA. El primer día y medio tendrá por tema la prevención de la explotación y el abuso sexual, incluyendo aspectos relacionados con el VIH/SIDA, y el último medio día se dedicará exclusivamente al VIH/SIDA.

## RESUMEN

83. El VIH/SIDA amenaza la seguridad alimentaria y la seguridad nutricional de una manera notablemente diferente de la de otras crisis. Para los afectados, sus efectos pueden ser tan devastadores como la guerra, la sequía u otras catástrofes "tradicionales". En las comunidades expuestas a la inseguridad alimentaria afectadas por el VIH/SIDA, el PMA debe tener en cuenta el SIDA al formular sus proyectos y adaptar su programación a medida que se vaya disponiendo de nueva información sobre la relación entre la seguridad alimentaria, la nutrición y el VIH/SIDA. La estrategia del PMA deberá centrarse siempre en la inseguridad alimentaria producida por el VIH/SIDA, y no en la propia enfermedad. En las zonas que presenten una elevada inseguridad alimentaria y una alta prevalencia del VIH, la asistencia alimentaria del PMA puede actuar como red de seguridad para las familias afectadas antes de que caigan en la indigencia y sean, entonces, aún más vulnerables al riesgo de infección. El SIDA es una emergencia a largo plazo que se debe abordar teniendo presentes las necesidades inmediatas de los más vulnerables y, al mismo tiempo, con un enfoque de recuperación a largo plazo.
84. Cuando se complementa con otros insumos, la asistencia alimentaria en todas las categorías de programación del PMA puede:
- crear oportunidades para establecer medios de sustento menos arriesgados y reforzar la capacidad de los hogares y de las comunidades para responder a las repercusiones que puede tener el VIH/SIDA en la seguridad alimentaria mediante iniciativas tales como alimentos para la capacitación y alimentos para la creación de activos;
  - mejorar y mantener el capital humano mediante programas de nutrición, alimentos para la capacitación, alimentación escolar, y programas de lucha contra la tuberculosis;
  - reducir la vulnerabilidad de las familias a la inseguridad alimentaria y la malnutrición mediante iniciativas para crear redes de seguridad, tales como proyectos de atención domiciliaria y programas de salud materno-infantil, así como iniciativas orientadas a los hogares encabezados por niños; y
  - a través de asociados, servir de conducto para la difusión de mensajes de prevención y de información sobre el VIH/SIDA.



## RECOMENDACIONES

- a) El PMA incorporará las consideraciones relativas al VIH/SIDA en todas sus categorías de programación: programas en los países, OPSR y OU. La inseguridad alimentaria generada por el VIH/SIDA se puede abordar directamente por medio de programas del PMA, y las actividades de éste pueden servir de plataforma para otros tipos de programas relacionados con el VIH/SIDA, como los de educación para la prevención.
- b) El PMA trabajará junto con asociados locales e internacionales, ONG, gobiernos y organismos de las Naciones Unidas para velar por que los alimentos se incorporen a las actividades sobre el SIDA, cuando proceda. A este respecto, el PMA colaborará más especialmente con los copatrocinadores del ONUSIDA y la Secretaría del ONUSIDA.
- c) El PMA adaptará las herramientas de programación, como las evaluaciones de las necesidades, los análisis de la vulnerabilidad, el diseño de las raciones y otras actividades relacionadas con la nutrición, a medida que aparezcan información y resultados de investigaciones que reflejen la nueva realidad presentada por el VIH/SIDA.
- d) Cuando el VIH/SIDA amenace la seguridad alimentaria e influya en la mortalidad de una forma similar a otros desastres, el PMA lo considerará como base para una OPSR, de acuerdo con la actual política del PMA relativa a las OPSR.

