

**POLÍTICA DEL PMA
DE LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA**



CONSULTA OFICIOSA

1º de julio de 2010

Programa Mundial de Alimentos
Roma, Italia

RESUMEN

En diciembre de 2008, vivían con el VIH unos 33,4 millones de personas, incluidos los 2,7 millones de personas infectadas en 2008. La epidemia no está bajo control: por cada dos personas que comienzan el tratamiento antirretroviral cinco nuevas personas contraen la infección. La epidemia difiere entre las distintas regiones y países del mundo, así como de una provincia a otra, y las intervenciones actualmente en curso corren el riesgo de resultar ya inadecuadas. También se ha producido una grave convergencia de las epidemias de VIH y tuberculosis.

Las personas infectadas por el VIH presentan un elevado riesgo de pérdida de peso y emaciación, que a menudo se suma a la malnutrición preexistente. La enfermedad afecta a la capacidad de ingerir y digerir los alimentos, y el organismo necesita más calorías que antes de la infección para que el sistema inmunológico pueda combatir el SIDA. Aunque estén sometidas a tratamiento, las personas con VIH sufren a menudo pérdida de peso, que favorece la progresión de la enfermedad y la mortandad. En los países de bajos ingresos, el VIH contribuye a la inseguridad alimentaria y la malnutrición y deteriora los medios de subsistencia, ya que las personas que tienen VIH pierden la capacidad de trabajar, lo que agrava la inseguridad alimentaria. Por último, es frecuente que esas personas queden excluidas de las redes de protección social informales, debido al estigma que lleva asociado la enfermedad.

Los avances en el tratamiento antirretroviral han permitido a muchas personas llevar una vida relativamente saludable y han reducido notablemente tanto la mortandad relacionada con el VIH como la morbilidad, pero, en 2010, menos de la mitad de las personas con VIH tienen acceso al tratamiento. Como copatrocinador del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), el PMA ha ayudado a las personas con VIH a tratar los problemas relacionados con la nutrición y la seguridad alimentaria. La política publicada en 2003 por el PMA en materia de VIH/sida convirtió al Programa en un asociado reconocido en la lucha contra el sida, con intervenciones adaptadas a cada contexto epidemiológico y social. Desde 2006 el PMA es responsable del apoyo nutricional y/o alimentario en el marco del sistema de reparto de tareas del ONUSIDA, y presta una ayuda fundamental para la aceptación del tratamiento, su cumplimiento y el éxito del mismo, así como para la recuperación desde el punto de vista nutricional.

En 2009, el ONUSIDA confirmó que, gracias a la experiencia adquirida, el PMA se sitúa en buen lugar para aportar contribuciones significativas en tres esferas prioritarias de su Marco de resultados: i) velar por que las personas con VIH se sometan a tratamiento; ii) impedir que esas personas mueran de tuberculosis, y iii) mejorar la protección social en pro de las personas afectadas por el VIH. En el Plan Estratégico para 2008–2013, se confía al PMA la tarea de ayudar a los gobiernos a definir y poner en práctica intervenciones basadas en datos fácticos y modalidades de ejecución innovadoras.

La política del PMA de lucha contra el VIH/sida guía sus intervenciones en el marco de la acción de respuesta de las Naciones Unidas, y persigue el doble objetivo de que las personas aquejadas de inseguridad alimentaria sometidas a tratamiento antirretroviral en países de bajos ingresos reciban apoyo nutricional y de que las personas afectadas por el VIH o la tuberculosis no tengan que recurrir a mecanismos de supervivencia negativos para hacer frente a los crecientes gastos y a la reducción de los ingresos familiares. El PMA se esforzará por: i) asegurar la recuperación nutricional y el éxito del tratamiento mediante la prestación de apoyo nutricional y/o alimentario, y ii) mitigar los efectos del VIH/sida contribuyendo a establecer redes de protección social sostenibles.

OBJETIVOS DE LA POLÍTICA

1. El PMA atenderá sus obligaciones dentro del Marco de resultados del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) de dos maneras:
 - asegurar la recuperación nutricional y el éxito del tratamiento mediante la prestación de apoyo nutricional y/o alimentario; y
 - mitigar los efectos del VIH/sida en los individuos y los hogares contribuyendo a establecer redes de protección social sostenibles.

INTRODUCCIÓN

2. La presente política describe la finalidad y los objetivos de los programas del PMA de lucha contra el VIH/sida, los métodos de realización y las herramientas de medición de los resultados obtenidos. Su fin es orientar las actividades de los programas realizados por el PMA para combatir el VIH/sida. Se inspira en la visión de un mundo en el que el apoyo nutricional se integre en los programas de tratamiento de modo que las personas aquejadas de inseguridad alimentaria sometidas a tratamiento antirretroviral en los países de bajos ingresos reciban un apoyo nutricional adecuado.
3. La intervención de emergencia realizada ante la sequía sufrida por el África meridional en 2002 fue la primera ocasión en que el PMA y sus asociados reconocieron las necesidades especiales de las personas que vivían con el VIH^{1,2}, así como el impacto social que éste tenía. A resultas de ese reconocimiento, la primera política formulada por el PMA en materia de lucha contra el VIH/sida, en 2003, se centró en la protección y el restablecimiento de la seguridad alimentaria y en la mitigación del impacto del sida.
4. Desde 2003 ha aumentado la cobertura del tratamiento en los países de bajos ingresos, y han aparecido nuevos datos que demuestran la importancia del apoyo nutricional y alimentario en el éxito del tratamiento. El PMA se convirtió en copatrocinador del ONUSIDA en 2003³.

¹ Las mayores necesidades de energía y, por tanto, de proteínas y lípidos de las personas con VIH documentadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2001 se introdujeron en los cálculos sobre las necesidades nutricionales de la población en situaciones de emergencia (normas del proyecto Esfera).

² Las raciones estándar se incrementaron a 2.200 kilocalorías, añadiendo una mezcla de maíz y soja en la raciones de socorro para facilitar el tratamiento de los enfermos crónicos.

³ El ONUSIDA coordina las intervenciones de lucha contra el sida de 10 organizaciones de las Naciones Unidas: la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Fondo de las

5. El ONUSIDA coordina el apoyo a los gobiernos y a la sociedad civil en la prevención de nuevos casos de infección por VIH, proporciona tratamiento a las personas que lo han contraído y aplica medidas para la mitigación del impacto de la epidemia. Es un ejemplo inmejorable de la iniciativa “Unidos en la acción” de las Naciones Unidas. Desde 2006, en virtud del sistema de reparto de tareas acordado en el contexto del ONUSIDA, cada organismo se responsabiliza de la esfera en la que presenta una ventaja comparativa. El PMA se ocupa del apoyo nutricional y alimentario: ha recibido fondos del presupuesto del ONUSIDA⁴ y debe rendir cuentas a sus asociados y a la Junta del ONUSIDA.
6. Habida cuenta de los cambios expuestos, la presente política sustituye a la de 2003⁵. Se basa en el Plan Estratégico del PMA para 2008–2013, en los compromisos del PMA con el ONUSIDA, en datos recientes y en lo aprendido gracias al examen de su trabajo.
7. Una característica importante de la política del PMA de lucha contra el VIH/sida es el hecho de que incorpora igualmente la lucha contra la tuberculosis, ante la dramática convergencia de las epidemias de ambas enfermedades⁶. La tuberculosis es la principal infección oportunista que aparece cuando se deteriora el sistema inmunitario de las personas con VIH. La tuberculosis es latente en una tercera parte de la población mundial, y a menudo se activa cuando el sistema inmunológico se debilita, por ejemplo a causa de una infección por VIH o de la malnutrición.

SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA

8. Desde el anterior documento de política sobre el VIH/sida de 2003 se han producido notables cambios en esta esfera. En diciembre de 2008, tenían VIH unos 33,4 millones de personas, entre ellos 2,7 millones de personas infectadas ese año⁷. El acceso al tratamiento del VIH se ha extendido, y el ritmo de nuevas infecciones es un 30% menor que en 1996. Sin embargo, pese a los avances, la cobertura mundial sigue siendo limitada: en 2008 sólo tenía acceso a tratamiento el 42% de las personas que lo necesitaban.
9. Estos avances no han revertido la trayectoria de la epidemia: por cada dos personas que comienzan el tratamiento, se infectan otras cinco. El VIH es actualmente la principal enfermedad infecciosa mortal del mundo y la causa principal de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. En los países que presentan una prevalencia elevada, la mayoría de las personas infectadas por el VIH tienen entre 15 y 49 años de edad, es decir, el grupo de edad económicamente más productivo. Los países donde hay numerosas personas con VIH

Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el PMA, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, la OMS y el Banco Mundial. El PMA se convirtió en copatrocinador del ONUSIDA en 2003.

⁴ Como copatrocinador del ONUSIDA, el PMA recibió del presupuesto de este último 8,5 millones de dólares EE.UU. para el bienio 2010–2011, lo que representa un incremento del 21% con respecto a la dotación para el bienio 2008–2009.

⁵ WFP/EB.1/2003/4-B.

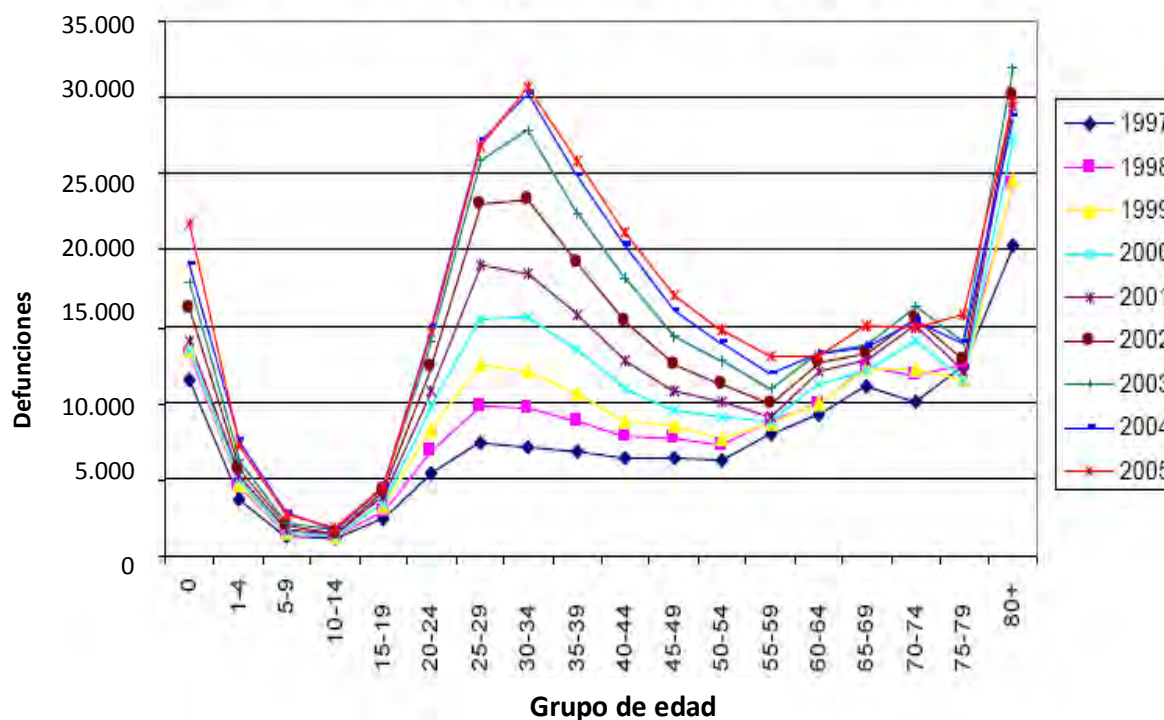
⁶ Véanse, sobre la relación tuberculosis/sida, los documentos de la OMS WHO/HTM/TB/2009.414 y WHO/HTM/HIV/09.01, en la dirección: <http://www.who.int/tb/publications/2009/en/index.html>.

⁷ ONUSIDA (2009): *Situación de la epidemia de sida 2009*, Ginebra, disponible en: <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp>

registran a menudo unos altos niveles de inseguridad alimentaria y malnutrición, lo cual genera una espiral descendente de efectos que se refuerzan mutuamente.

10. El VIH tiene consecuencias dramáticas para comunidades enteras, especialmente allá donde la malnutrición y la inseguridad alimentaria son frecuentes. De los 2.000 millones de personas que sufren deficiencias de micronutrientes, gran parte se encuentra en países con una alta prevalencia de VIH y tuberculosis y niveles de malnutrición elevados. Ambas enfermedades empeoran la situación de malnutrición e inseguridad alimentaria, e inciden de manera especialmente negativa en los niños, en forma de emaciación y retraso del crecimiento.
11. Los efectos de la epidemia son especialmente acusados en el África meridional, donde se encuentran los nueve países con mayor prevalencia del VIH. La esperanza de vida disminuyó de 62 años en 1994 a 50 años en 2009 y se prevé que para 2011 descienda aún más; Swazilandia registró la caída más acusada, de 60 años en 1994 a 34 años en 2009, lo que en la práctica aniquiló décadas de desarrollo. La mortalidad relacionada con el VIH reduce la esperanza de vida y tiene repercusiones sociales y económicas de gran alcance. En la Figura 1 se muestra, como ejemplo, la evolución de las pautas de mortalidad, utilizando el ejemplo de Sudáfrica⁸. La mayor mortalidad entre las mujeres se sitúa entre los 25 y los 39 años de edad; entre los hombres, la máxima mortalidad aparece más tarde. El Gobierno sudafricano ha comparado estas estadísticas de mortalidad con las producidas por una guerra.

Figura 1: Mortalidad femenina por grupos de edad en Sudáfrica, 1997–2005



⁸ Banco de Desarrollo de África del Sur (2008): “Roadmap process” (Proceso relativo a la hoja de ruta).

12. El impacto social de tal mortalidad prematura a gran escala unida a las frecuentes sequías, la escasa capacidad gubernamental y la limitada capacidad de adaptación de las comunidades equivale a una catástrofe humanitaria. Los hechos observados a raíz de la reciente crisis económica y financiera demuestran la baja capacidad de adaptación de las personas con VIH ante los choques externos⁹.
13. Ninguna región del mundo ha escapado al VIH. En muchos países asiáticos, éste muestra una elevada prevalencia entre las poblaciones de alto riesgo, como los usuarios de drogas por vía intravenosa, los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres y los profesionales del sexo. En Bangladesh, la India y Papua Nueva Guinea, la transmisión heterosexual también es importante¹⁰. En la mayoría de los países de América Latina, el VIH se concentra en la población de alto riesgo, pero la escalada de la tasa de infección entre las mujeres y niñas demuestra que se está haciendo más generalizada. En el Caribe, la prevalencia es considerablemente más elevada, y el VIH a menudo se propaga por transmisión heterosexual, por prácticas homosexuales entre hombres y a través de profesionales del sexo.
14. En la epidemia de VIH influyen factores culturales, políticos y económicos. El porcentaje de transmisión heterosexual va en aumento, y en los nuevos patrones epidemiológicos surgidos en Asia meridional y África subsahariana, los adultos de mayor edad que mantienen relaciones estables constituyen una proporción cada vez mayor de la población infectada¹¹.

LECCIONES APRENDIDAS: LOGROS Y RETOS

15. El PMA lleva siete años diseñando, poniendo en práctica y evaluando programas de lucha contra el VIH y la tuberculosis. En esta sección se examinan las lecciones aprendidas en materia de programación, así como los retos encontrados.

Los programas basados en datos empíricos dan resultados

16. El PMA ha trabajado junto con sus asociados en investigaciones dirigidas a construir una base de hechos constatados. Por ejemplo, el primer documento de orientaciones prácticas, titulado “Food Assistance Programming in the Context of HIV” (Programación de la asistencia alimentaria en el marco del VIH), se elaboró junto con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a través del Proyecto de Asistencia Técnica Alimentaria y Nutricional (FANTA, del inglés “Food and Nutrition Technical Assistance”)¹².
17. Con el fin de mejorar la eficacia de las intervenciones de lucha contra el VIH/sida, el PMA elaboró una guía de seguimiento y evaluación para los programas de este tipo que

⁹ ONUSIDA/Banco Mundial (2009): *Global Economic Crisis and HIV Prevention and Treatment Programmes. Vulnerabilities and Impact*, Ginebra, disponible en:

http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2009/20090706_FinancialCrisis.asp.

¹⁰ PNUD (2007): *HIV-Related Stigma and Discrimination in Asia: A Review of Human Development Consequences*, Programa del PNUD sobre el VIH y el desarrollo para la región de Asia-Pacífico, Colombo.

¹¹ ONUSIDA. (2009): *Situación de la epidemia de sida 2009*, Ginebra, disponible en: <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp>

¹² FANTA y PMA (2007): *Food Assistance Programming in the Context of HIV*, Washington, DC.

prevén asistencia alimentaria (“Monitoring and Evaluation Guide for Food-Assisted HIV Programming”)¹³, basada en el marco de resultados y en el compendio de indicadores del Plan Estratégico para 2008–2013, y que comprende indicaciones valiosas sobre encuestas de referencia y de seguimiento, indicadores, metas y recopilación de datos. El PMA elaboró asimismo la guía titulada “Getting Started – Tuberculosis” (Primeros pasos contra la tuberculosis) para ayudar en el diseño y la ejecución de programas.

18. Al elaborar el presente documento, el PMA trabajó con universidades para examinar los datos empíricos sobre las interrelaciones existentes entre nutrición y VIH, nutrición y tuberculosis e inseguridad alimentaria y VIH. Los datos más recientes se resumieron en tres documentos de consulta. Aunque sigue habiendo lagunas importantes, nuestro conocimiento actual es suficiente para producir intervenciones bien diseñadas. El PMA mantendrá el diálogo entablado y actualizará sus programas en consecuencia.
19. El PMA reconoce la importancia de las estrategias de traspaso de responsabilidades. El VIH es una enfermedad crónica incurable, pero las intervenciones de alimentación y nutrición del PMA, que tratan la fase aguda de la etapa clínica del VIH y las crisis de ingresos conexas, son limitadas. El PMA y los gobiernos deben trabajar en el desarrollo de estrategias de traspaso de responsabilidades.
20. El PMA, por consiguiente, trabajará junto con sus asociados para crear nexos entre sus intervenciones y las actividades de subsistencia a fin de que pueda pasarse del apoyo del Programa a otras actividades sin señalar a las personas que viven con el VIH, aumentando así el estigma que acompaña esta infección, teniendo presente que las estrategias de traspaso de responsabilidades deben concebirse en un contexto de pobreza generalizada.
21. El hecho de no desarrollar estrategias de traspaso de responsabilidades puede dar lugar a que los pacientes en tratamiento antirretroviral entren y salgan repetidas veces de los programas de apoyo nutricional del PMA, ya que los indicadores biomédicos mejorarán mientras estas personas reciban apoyo pero se deteriorarán cuando se les dé el alta. Si bien la terapia antirretroviral impide que se agrave la emaciación inducida por el sida, es posible que deban abordarse otros problemas nutricionales a más largo plazo, por ejemplo diseñando dietas que permitan a las personas que viven con el VIH controlar los síntomas y hacer frente al riesgo más elevado de desarrollar problemas cardiovasculares, cáncer o diabetes. Ayudar a los beneficiarios a recuperar su salud, su productividad y su seguridad alimentaria es la única manera de impedir que queden atrapados en un círculo vicioso.

Los criterios de selección de beneficiarios adoptados en los programas de lucha contra el VIH/sida difieren de los que se utilizan en muchos otros programas del PMA

22. El PMA reconoce la importancia de dirigir la ayuda a las poblaciones vulnerables y de hacer una labor de seguimiento y evaluación (SyE) continua. En consonancia con los principios de los “Tres unos” en los que se basa el sistema de SyE a nivel de los países y para mejorar la comprensión de las necesidades de nutrición y alimentación, el PMA ha de seguir colaborando con los gobiernos y las autoridades nacionales que trabajan en el área del sida a fin de diseñar sistemas sólidos de SyE.

¹³ PMA (2009): borrador de “Monitoring and Evaluation Guide for Food Assisted HIV Programming” (Guía de seguimiento y evaluación para los programas de lucha contra el sida basados en la asistencia alimentaria), Roma.

23. La selección de los beneficiarios en los programas de lucha contra el VIH y la tuberculosis difiere de los mecanismos tradicionales de selección de los beneficiarios del PMA. El apoyo nutricional y alimentario en el contexto del tratamiento se centra en el estado nutricional de una persona, y no del hogar. Esta reorientación de la ayuda, que deja de basarse en criterios geográficos, se explica por el hecho de que las personas que viven con el VIH son remitidas a menudo al PMA desde el sector sanitario teniendo en cuenta criterios como el índice de masa corporal (IMC).
24. La asistencia alimentaria temporal puede prevenir la adopción de comportamientos de supervivencia negativos irreversibles en los hogares, y no sólo mitigar las consecuencias del VIH. El PMA debe analizar en mayor medida la vulnerabilidad inducida por el VIH a nivel individual y familiar; cada vez incorpora más indicadores sustitutivos relacionados con el VIH/sida en las evaluaciones de la vulnerabilidad y busca formas de utilizar información de los programas para acumular datos sobre los beneficios de la asistencia alimentaria y nutricional en los programas de terapia antirretroviral y de lucha contra la tuberculosis. Se han aprobado nuevos indicadores para medir los resultados de las intervenciones de ayuda alimentaria en el sector de la salud; los efectos y el impacto a largo plazo se describen en el Anexo I.

Se necesitan asociaciones amplias para que el PMA pueda cumplir sus promesas

25. El PMA reconoce la importancia de las asociaciones a la hora de atender las necesidades de las personas que viven con el VIH. En consonancia con los principios de los “Tres unos”, sus principales asociados son los gobiernos y las autoridades nacionales que trabajan en la esfera del sida. Las intervenciones del PMA van dirigidas a complementar los programas gestionados por dichas autoridades, a menudo en cooperación con organizaciones no gubernamentales (ONG). El objetivo del PMA es que los agentes nacionales diseñen y pongan en práctica sus propios programas de lucha contra el sida. Por lo tanto, seguirá apoyando a los gobiernos para que en los programas de atención y tratamiento de las personas con VIH se integren componentes de alimentos y nutrición. En contextos de bajos ingresos y falta de capacidad, tal vez sea necesario que el PMA participe en el diseño de los programas, pero su papel generalmente se centrará en la promoción y el fomento de las capacidades.
26. El PMA ha aprovechado sus relaciones de asociación con el UNICEF para fortalecer la protección social y responder a las necesidades de los niños afectados por el VIH/sida; y ha trabajado junto con la OMS para mejorar los protocolos de nutrición de las personas afectadas por el VIH, además de desarrollar nuevos protocolos para los enfermos de tuberculosis. El PMA seguirá desarrollando asociaciones de este tipo.
27. Otros asociados son el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) y el Plan de emergencia del Presidente de los Estados Unidos para paliar los efectos del sida (PEPFAR), en los que se reconoce que el apoyo nutricional y alimentario forma parte integrante del tratamiento. Muchos programas del PMA de lucha contra el VIH pueden financiarse con estas fuentes, pero a las oficinas en los países les resulta difícil trabajar con el PEPFAR o con los mecanismos de coordinación nacionales de administración de las subvenciones del FMSTM. El PMA debe dotar a sus oficinas de los medios necesarios para tener acceso a estos recursos y asegurar que los gobiernos comprendan los beneficios de la asistencia técnica que ofrece.

28. El PMA seguirá fomentando las asociaciones con las redes de personas que viven con el VIH, organizaciones de base comunitaria, ONG y organizaciones de la sociedad civil. No puede ser eficaz sin el conocimiento y la experiencia de las ONG, que defienden los derechos de las personas que viven con el VIH y de los enfermos de tuberculosis y están mejor situadas para llegar a población de alto riesgo; su apoyo es fundamental en la ejecución de los programas y el establecimiento de sistemas de SyE pertinentes. Junto con asociados locales, el PMA insistirá en la reducción de la estigmatización y dará a conocer los servicios disponibles y el derecho de acceso.
29. Los problemas que acarrea el VIH y el sida son demasiado grandes como para enfrentarse a ellos sin ayuda. Algunos de los objetivos del PMA son compartidos por el sector privado, que puede aportar experiencia y recursos para encontrar soluciones en favor de las personas que viven con el VIH. El PMA seguirá trabajando con empresas y organizaciones importantes relacionadas con los alimentos, como la Alianza mundial para mejorar la nutrición y FANTA. Junto con el PMA y las universidades, el sector privado puede abrir el camino a la elaboración de productos nutritivos que satisfagan las necesidades de las personas sometidas a tratamiento contra el VIH y la tuberculosis.

¿QUÉ LUGAR OCUPA EL PMA EN LA INTERVENCIÓN DEL ONUSIDA?

30. El ONUSIDA coordina el apoyo de las Naciones Unidas para ayudar a los gobiernos y la sociedad civil a prevenir nuevas infecciones por VIH, proporcionar tratamiento y cuidados a las personas que lo han contraído y mitigar así el impacto de la epidemia. Dentro del reparto de tareas del ONUSIDA, cada organismo se responsabiliza de la esfera en la que presenta una ventaja comparativa. El PMA se ocupa del apoyo nutricional y alimentario; ha recibido cuantiosos fondos del presupuesto del ONUSIDA¹⁴ para que pueda contribuir a la acción mundial contra el VIH/sida, y debe rendir cuentas a sus asociados y a la Junta del ONUSIDA.
31. El ONUSIDA reconoce la importancia de la asistencia alimentaria y de la nutrición como partes integrantes del tratamiento, tal como estipula el Marco de resultados para 2009 a 2011, que define las prioridades para amplificar las intervenciones de lucha contra el VIH, contribuir al logro de los objetivos de desarrollo y orientar a los copatrocinadores a la hora de invertir recursos para contribuir a la respuesta conjunta. El Marco de resultados del ONUSIDA confiere al PMA la responsabilidad de ayudar a los gobiernos a poner en práctica intervenciones de ayuda alimentaria y nutrición en pro de las personas que viven con el VIH y los pacientes con tuberculosis, así como de crear redes de protección social.
32. El Marco de resultados del ONUSIDA se basa en el objetivo asegurar un acceso universal en 10 esferas prioritarias, con idea de aprovechar las ventajas comparativas de los distintos organismos, apoyar las prioridades nacionales y obtener unos resultados óptimos¹⁵. El UNICEF, por ejemplo, se centrará en los niños afectados por el VIH/sida y en la prevención de la transmisión maternoinfantil; otros copatrocinadores trabajarán en las esferas en las que presenten ventajas comparativas.

¹⁴ Como copatrocinador del ONUSIDA, el PMA recibió del presupuesto de este último 8,5 millones de dólares EE.UU. para el bienio 2010–2011, lo que representa un incremento del 21% con respecto a la dotación para el bienio 2008–2009.

¹⁵ ONUSIDA (2009): *Acción conjunta para obtener resultados: Marco de resultados del ONUSIDA del 2009 al 2011*, Ginebra.

33. El PMA realizará actividades en tres de las 10 prioridades del Marco de resultados del ONUSIDA:

- Asegurarse de que las personas con VIH reciban tratamiento.

El PMA hará una labor de promoción ante los gobiernos para asegurar que en los programas de tratamiento se integre un componente de apoyo nutricional y/o alimentario con el fin de que todas las personas sometidas a terapia antirretroviral en un país de bajos ingresos reciban una asistencia nutricional o alimentaria adecuada. Se requerirán evaluaciones, educación y asesoramiento en materia de nutrición para todos los pacientes en tratamiento antirretroviral, mientras que los alimentos deberán proporcionarse estrictamente en función de las necesidades, que generalmente se determinarán con arreglo a indicadores antropométricos. En los casos en que los gobiernos carezcan de capacidades en este sentido, el PMA colaborará con sus asociados para brindar apoyo al respecto.

- Impedir que las personas con VIH mueran de tuberculosis.

El PMA contribuirá a la prestación integrada efectiva de servicios de lucha contra el VIH y la tuberculosis, entre ellos apoyo nutricional y/o alimentario a las personas infectadas por la tuberculosis.

- Mejorar la protección social para las personas afectadas por el VIH.

El PMA promoverá las redes de protección social para las personas afectadas por el VIH, incluidas las personas aquejadas por el hambre, la mala nutrición y la inseguridad alimentaria, así como los niños que se hayan quedado huérfanos y otros niños vulnerables¹⁶. Cuando los gobiernos carezcan de capacidades en este sentido, el PMA podrá ayudarles en el establecimiento de redes de protección social. El PMA hará una labor de promoción ante los gobiernos para que en los sistemas de protección social existentes se incluya a las personas que viven con el VIH.

34. El PMA colaborará con la ACNUR para conferir prioridad a las intervenciones de ayuda alimentaria y nutricional en relación con el VIH/sida en contextos de crisis humanitaria y alimentaria. Las personas que viven con el VIH son desproporcionadamente vulnerables a las consecuencias de las crisis, por lo que el PMA debe dar prioridad a sus necesidades, con respecto a las de otros grupos vulnerables, a fin de aumentar su capacidad de adaptación.

35. El PMA está bien situado para ayudar a los gobiernos a establecer programas eficaces de nutrición, apoyo alimentario y redes de protección social¹⁷ con miras a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La labor de liderazgo del PMA seguirá facilitando el diálogo a escala nacional sobre la inclusión de estrategias de alimentación y nutrición en los programas de lucha contra el VIH.

36. El apoyo nutricional y/o alimentario es un factor esencial para el acceso universal a los servicios ofrecidos. El VIH, el sida y la tuberculosis afectan a la seguridad alimentaria individual y del hogar y tienen efectos devastadores para las economías y las sociedades en los contextos de alta prevalencia. La inseguridad alimentaria derivada de una emergencia

¹⁶ ONUSIDA (2009), *Carta a los asociados*, Ginebra, disponible en: http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090220_exd_lettertopartners_sp_es.pdf

¹⁷ ONUSIDA (2009), *Carta a los asociados*, Ginebra, disponible en: http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090220_exd_lettertopartners_sp_es.pdf

repentina o del subdesarrollo crónico hace vulnerables a las personas ante el VIH, ya que puede inducir pautas de conducta arriesgadas.

37. El apoyo nutricional y alimentario ha de inscribirse en las intervenciones nacionales de lucha contra el sida, algo que puede lograrse dentro de las categorías de programas y en los Objetivos Estratégicos del PMA. Las personas que viven con el VIH son particularmente vulnerables en las situaciones de emergencia, ya que su tratamiento puede interrumpirse, además de vivir en condiciones de higiene precarias y de tener una nutrición insuficiente y un acceso a los alimentos reducido, todo lo cual puede favorecer las infecciones oportunistas. El apoyo alimentario y nutricional del PMA en relación con el VIH/sida también es aplicable en virtud del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo; por lo tanto, en los programas del PMA los productos y efectos se adaptarán a cada contexto basándose en los datos sobre vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria y al VIH/sida.
38. Es posible que las personas que viven con el VIH también cumplan los requisitos para recibir apoyo de los programas de alimentos o efectivo por trabajo, de alimentos para la capacitación o para la creación de activos y de alimentación escolar, aunque el principal criterio de selección no sea la infección por VIH. El PMA se ha comprometido a abordar las necesidades de las personas que viven con el VIH incluyéndolos en programas, adaptando los criterios de selección y sensibilizando al personal del PMA y de los asociados ante la posible discriminación.

MARCO DE POLÍTICA DEL PMA: OBJETIVOS Y PRINCIPIOS RECTORES PARA LA APLICACIÓN

39. La política del PMA tiene dos objetivos principales:
- asegurar la recuperación nutricional y el éxito del tratamiento mediante la prestación de apoyo nutricional y/o alimentario, y
 - mitigar los efectos del VIH/sida en los individuos y los hogares contribuyendo a establecer redes de protección social sostenibles.

Objetivo I: Asegurar la recuperación nutricional y el éxito del tratamiento mediante la prestación de apoyo nutricional y/o alimentario

40. A pesar del enorme éxito que representa el aumento (en un 42%) del acceso al tratamiento antirretroviral en los países menos desarrollados, la tasa de mortalidad de las personas que inician el tratamiento en contextos de bajos ingresos es cuatro veces mayor que la de las personas que viven en contextos de altos ingresos. Por lo tanto, el apoyo nutricional y alimentario debe formar parte del tratamiento¹⁸: facilita tanto la aceptación y el cumplimiento inicial del tratamiento antirretroviral como la recuperación nutricional, reduciendo así la mortalidad y mejorando la eficacia del tratamiento. La nutrición y el apoyo alimentario reducen los efectos secundarios de los medicamentos, las infecciones oportunistas y las complicaciones metabólicas a largo plazo, como la dislipidemia, la obesidad y la resistencia a la insulina.

¹⁸ Thiers, B.H. 2006. "Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of anti-retroviral therapy: comparison between low-income and high-income countries", *The Lancet* 367:817-824.

41. Los efectos de una nutrición inadecuada son más evidentes al principio del tratamiento y durante los primeros tres a seis meses, cuando los pacientes experimentan los efectos secundarios del mismo y quizá necesiten recobrar el peso perdido a causa de la enfermedad. Estos efectos secundarios comprometen la capacidad de los pacientes para seguir el tratamiento antirretroviral o inspiran temor a los que aún no la han comenzado. La aceptación del tratamiento y su seguimiento regular también pueden verse dificultados por los costos reales y de oportunidad y por la estigmatización; los pacientes con tuberculosis que comienzan un tratamiento de observación directa y corta duración (DOTS)¹⁹ experimentan problemas similares.
42. Los programas de asistencia alimentaria en el contexto del tratamiento antirretroviral o del DOTS acometen estos problemas incluyendo la rehabilitación nutricional dentro del conjunto de medidas de tratamiento. El bienestar nutricional de los pacientes se supervisa de manera rutinaria, por ejemplo mediante el IMC, para informar al inicio y al final de la rehabilitación. La asistencia alimentaria, que normalmente consiste en evaluaciones, educación y asesoramiento en materia de nutrición, a menudo se amplía con un suplemento nutricional individual. Suele tener una duración de seis a ocho meses, según la velocidad de recuperación y del diseño del programa. Los programas de este tipo a veces se conocen como “programas de prescripción de alimentos”.
43. Esos programas deben ajustarse a cada contexto. La decisión en cuanto a qué alimentos utilizar en las distintas fases del tratamiento debe responder al estado nutricional, la eficacia y el costo; se deben tener en cuenta el propósito de la asistencia alimentaria, las necesidades nutricionales especiales, el período de recuperación, la práctica de compartir las raciones y consideraciones operacionales.
44. La comprensión por parte del PMA de los problemas nutricionales a los que se enfrentan las personas que viven con el VIH le ayudará a definir sus intervenciones. Mediante el enfoque del PMA de mejora de la nutrición podrán satisfacerse más eficazmente las necesidades nutricionales de las personas con VIH que reciben tratamiento. Dicho enfoque consiste en mejorar el análisis de los problemas antes de las intervenciones de asistencia alimentaria y fomenta la elección de la modalidad más eficaz en función de los costos a partir de un conjunto de herramientas ampliado (que incluye varios nuevos productos de alimentos, efectivo y cupones) para atender las necesidades nutricionales de cada grupo beneficiario. El enfoque de mejora de nutrición también insta a centrar la atención en las necesidades de las poblaciones vulnerables, como los niños pequeños y las personas que viven con el VIH. En algunas situaciones, las intervenciones preventivas pueden resultar más eficaces en función de los costos que tratar la malnutrición existente.
45. El PMA reconoce que tales programas sólo podrán tener éxito cuando existan sistemas e infraestructuras eficaces. Por lo tanto, trabaja con los servicios nacionales de salud para asegurarse de que la gestión de los programas y los protocolos de rehabilitación nutricional estén en consonancia con los sistemas de prestación de servicios de salud y que mejoren las capacidades, las infraestructuras y los mecanismos de prestación nacionales.
46. Los programas de apoyo alimentario y nutricional responden a las deficiencias nutricionales inducidas por la enfermedad en las distintas zonas geográficas y de seguridad

¹⁹ El DOTS combina el diagnóstico de la tuberculosis y el registro de pacientes, a lo cual sigue un tratamiento estandarizado con varios fármacos, caracterizado por la administración de medicamentos de alta calidad contra la tuberculosis, la evaluación de los resultados de cada paciente para asegurar la curación y la evaluación por cohortes para comprobar el funcionamiento general del programa. Véase: <http://www.tbalert.org/worldwide/DOTS.php>

alimentaria. Puesto que el VIH y la tuberculosis hacen que las personas infectadas sufran inseguridad alimentaria, la mayoría de los pacientes en contextos de bajos ingresos requiere una evaluación nutricional, educación, asesoramiento y la administración de suplementos nutricionales durante un tiempo limitado. La importancia de la nutrición para el éxito del tratamiento es reconocida no sólo por los científicos, sino también por el ONUSIDA y la OMS; por ello el FMSTM y el PEPFAR financian actividades al respecto.

Objetivo II: Mitigar los efectos del VIH/sida en los individuos y los hogares contribuyendo al establecimiento de redes de protección social sostenibles

47. Las intervenciones con arreglo a este objetivo proporcionan asistencia alimentaria, entre otras cosas a través de modalidades innovadoras como son los programas de cupones para alimentos o las transferencias de efectivo, a fin de evitar que las personas afectadas por el VIH/sida adopten mecanismos de supervivencia negativos, así como para mitigar los efectos de la enfermedad. Entre los grupos beneficiarios figuran los pacientes bajo atención y tratamiento, los enfermos crónicos sin acceso a tratamiento y los huérfanos y otros niños vulnerables y sus cuidadores. Las intervenciones de este tipo deberían durar un tiempo limitado y realizarse sobre la base de evaluaciones de la inseguridad alimentaria y evaluaciones socioeconómicas.
48. El VIH y el sida imponen un costo enorme a las sociedades y ralentizan considerablemente el desarrollo económico. Cuando un miembro productivo del hogar resulta infectado y cae enfermo, el hogar ha de afrontar el aumento de los costos que conlleva la atención y una pérdida significativa de ingresos, situación que a veces se agrava a causa de la estigmatización social. La asistencia alimentaria puede complementar el apoyo brindado por las familias, las comunidades y las instituciones y tiene el fin de apoyar la educación básica, la formación profesional y las oportunidades de sustento.
49. El apoyo a los niños huérfanos y otros niños vulnerables adopta múltiples formas para responder a las necesidades señaladas en los planes nacionales de acción destinados a estos niños. La asistencia alimentaria complementa el apoyo prestado por las familias de acogida, las comunidades y las instituciones y ofrece oportunidades de formación profesional y de sustento; está diseñada para el contexto en el que se presta a fin de lograr el máximo impacto del conjunto de medidas de apoyo²⁰.
50. Con frecuencia no se dispone de cifras fiables relativas a las comunidades, de modo que el umbral para elaborar programas de apoyo en contextos de inseguridad alimentaria se deberá guiar por las tasas de prevalencia estimadas de VIH o tuberculosis, lo cual se justifica por el hecho de que la capacidad natural de las familias y las comunidades para hacer frente al VIH y la tuberculosis es inversamente proporcional a la prevalencia, por lo que se agota rápidamente en los contextos de bajos ingresos y de inseguridad alimentaria.
51. La asistencia alimentaria prestada con arreglo a este objetivo deberá permitir a los hogares o los individuos afrontar el impacto del VIH y el sida y prevenir el deterioro del bienestar individual y familiar. Las redes de protección social pueden proteger a las personas y los hogares contra un mayor deterioro y, en algunos casos, mejorar la seguridad alimentaria, pero no cabe esperar que aborden las causas de la pobreza. El PMA ayudará a los gobiernos y a los asociados a remitir a personas con VIH que sean aptas para trabajar pero sufran inseguridad alimentaria a redes de protección social que ofrezcan

²⁰ WFP/EB.2/2009/4-A

oportunidades de ingresos sostenibles y apoyen el cumplimiento del tratamiento a largo plazo.

⇒ *Redes de protección social ampliadas*

52. El PMA ha ayudado a los gobiernos a crear sistemas como el Programa de protección social basado en actividades productivas en Etiopía. Las redes de protección social de este tipo están diseñadas para hacer frente a la inseguridad alimentaria más que al VIH, pero son importantes para prevenir la propagación de este último y atender las necesidades de las personas que lo tienen. A nivel nacional se suele disponer de ayudas para la infancia, pensiones de jubilación y ayudas para discapacitados: un mayor acceso a alimentos adecuados, por temporadas o habitualmente, puede representar una contribución esencial a las intervenciones nacionales de lucha contra el sida.
53. Estas redes de protección social protegen los medios de subsistencia de las personas y les impiden adoptar comportamientos para la supervivencia que puedan exponerles al VIH. Una vez que el tratamiento haya ayudado a las personas que viven con el VIH y a los enfermos de tuberculosis a recuperarse médica y nutricionalmente, podrán ser remitidos a redes de protección social dependientes de regímenes de protección social nacionales. Donde no existan tales redes, el PMA abogará por su creación y trabajará con los gobiernos para asegurar que incluyan a las personas con VIH.

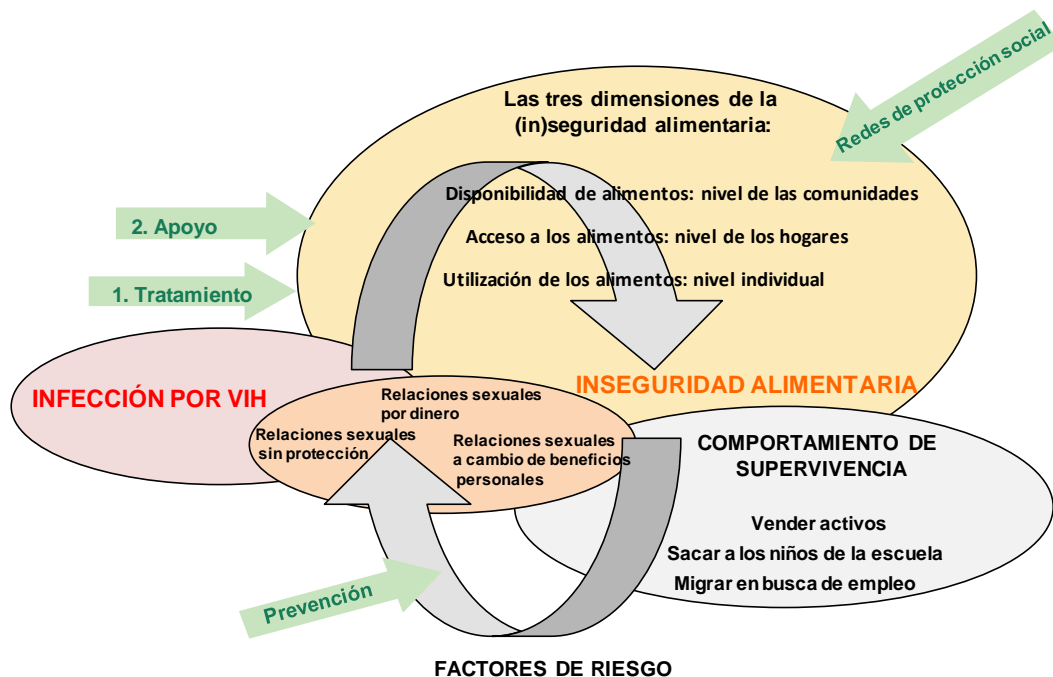
⇒ *Actividades de prevención*

54. Los organismos de las Naciones Unidas se han comprometido a prevenir la propagación del VIH. El PMA puede contribuir a ello trabajando para romper el círculo vicioso creado por la inseguridad alimentaria, el VIH y el empeoramiento de la inseguridad alimentaria. El PMA ha identificado varias vías posibles para la prevención de nuevas infecciones por VIH:
- El tratamiento contra el VIH ayuda a prevenir la transmisión; las personas con VIH que reciben tratamiento presentan cargas virales sustancialmente más bajas, gracias a lo cual mejora su calidad de vida y disminuyen las probabilidades de contagio. El PMA contribuye a los programas de tratamiento mediante sus intervenciones con arreglo al primer objetivo.
 - Hay pruebas de que las poblaciones móviles, por ejemplo los trabajadores del transporte que trabajan en las operaciones del PMA, son especialmente vulnerables al VIH. El PMA trabaja, por tanto, con asociados como el Foro Internacional del Transporte, la TNT, el ONUSIDA, la North Star Alliance y los gobiernos a fin de ampliar el acceso universal de modo que abarque la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo a lo largo de los corredores de transporte.
 - El PMA mejorará la aplicación de las 10 normas mínimas del programa “La ONU con nosotros” de las Naciones Unidas²¹ y su programa sobre el VIH/sida en el lugar de trabajo promoviendo el apoyo al personal en este contexto, con independencia del lugar de destino o del tipo de contrato.

²¹ Programa destinado a ayudar al personal de las Naciones Unidas y a sus familias a hacer valer sus derechos contemplados en la política de personal de las Naciones Unidas de 1991 con respecto al VIH/sida y en el Repertorio de recomendaciones prácticas de la Organización Internacional del Trabajo sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo, así como a reconocer sus responsabilidades en relación con el VIH.

55. En la Figura 2 se muestra cómo diseña el PMA las intervenciones para combatir el VIH y la inseguridad alimentaria, así como la importancia de las redes de protección social y de la prevención.

Figura 2: Las intervenciones pueden interrumpir las líneas causales que van del VIH a la inseguridad alimentaria y de ésta al VIH



Principios rectores

56. Con arreglo a sus objetivos principales, el PMA apoyará a los gobiernos en la ejecución de programas de VIH/sida, en consonancia con los 10 principios siguientes:

- A cada epidemia, su respuesta: cada respuesta en forma de programa deberá adaptarse al contexto epidemiológico y sociopolítico.
- Los “Tres unos”²² y el sentido de apropiación nacional: el PMA se ha comprometido con los principios de los “Tres unos”; sus actividades de lucha contra el VIH/sida deberán responder a los programas nacionales para aumentar el sentido de apropiación nacional respecto de las intervenciones.
- Integración de la ayuda alimentaria y nutricional en intervenciones completas: las intervenciones de ayuda alimentaria y nutricional deberán enmarcarse en programas de salud y de bienestar social, y no ser actividades independientes.
- Programas basados en hechos, eficaces en función de los costos y con un buen sistema de SyE: las intervenciones de ayuda alimentaria y nutricional incluidas en los programas relativos al VIH y la tuberculosis deberán basarse en los datos más recientes; se necesita, además, un buen sistema de SyE para orientar y mejorar las intervenciones y facilitar la rendición de cuentas.

²² Marco de acción acordado sobre el VIH/sida que coordina el trabajo de todos los asociados, con una autoridad nacional de coordinación de la lucha contra el sida y un sistema de SyE de escala nacional.

- Colaboración y asociaciones: el PMA deberá elegir asociados que presenten ventajas comparativas. Habrá de seguir cooperando con los copatrocinadores del ONUSIDA para responder como uno solo, y trabajar con asociados como el FMSTM y el PEPFAR, la sociedad civil, las iniciativas de origen confesional, las universidades y el sector privado.
- Participación y apropiación de las comunidades, incluidas las personas que viven con el VIH: la sociedad civil desempeña un papel fundamental en la respuesta al VIH/sida; se deberá aumentar la participación de las personas con VIH en la programación del PMA relativa al VIH/sida.
- Compra de alimentos localmente: la adquisición local de los alimentos es una forma de lograr la sostenibilidad y estimular las economías.
- Financiación predecible y fiable: es necesaria para aumentar la escala y apoyar los programas; la asistencia nutricional y alimentaria deberá incluirse en la planificación y la presupuestación gubernamental, y depender de financiación a corto plazo sólo en las situaciones de emergencia.
- Género: el PMA empleará el análisis de género para comprender los aspectos sociales de las relaciones de género y de las normas y leyes en esta esfera en conexión con el VIH; seguirá incorporando los aspectos de género en las actividades de alimentación y nutrición relativas al VIH.
- No perjudicar: las intervenciones de lucha contra el VIH y el sida no deben empeorar una situación mala de por sí, por ejemplo contribuyendo a la estigmatización, creando situaciones en las que se pueda transmitir el VIH o desviando recursos o personal sanitario de otros programas.

JUSTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA: ASISTENCIA ALIMENTARIA Y VIH/SIDA

57. La nueva política del PMA refleja los cambios en la situación del VIH y el sida en los últimos siete años. Los datos científicos más recientes permiten comprender mejor la dinámica de la inseguridad alimentaria y el VIH, la coinfección VIH/tuberculosis y el papel de la nutrición en la prevención, el tratamiento y la atención. El tratamiento ha mejorado la vida de millones de personas y ha redefinido el papel del PMA en la respuesta al sida. En esta sección se resumen los hechos observados en los que se ha basado el PMA para formular su política, centrándose en la inseguridad alimentaria y la malnutrición, el aumento de las necesidades de energía, las estrategias de supervivencia negativas, la tuberculosis y la asistencia alimentaria.

⇒ *El VIH contribuye a la inseguridad alimentaria y la malnutrición*

58. El VIH tiene inmensas consecuencias para el estado nutricional. Con frecuencia las personas infectadas presentan inseguridad alimentaria y malnutrición antes de la infección, y la enfermedad a su vez causa malnutrición debido a su efecto sobre el metabolismo y sobre la capacidad de ingerir y digerir los alimentos. Los medios de sustento resultan perjudicados, ya que las personas que viven con el VIH a menudo pierden la capacidad de obtener ingresos, lo cual produce una mayor inseguridad alimentaria. Cuando hay

estigmatización, es frecuente que las personas con VIH queden excluidas de las redes de protección social de las comunidades²³.

⇒ *Mayores necesidades de energía*

59. El VIH crea un alto riesgo de pérdida de peso y emaciación inducidas por la enfermedad. Una vez infectado, el organismo crea una respuesta inmunológica que exige un aporte de energía mayor de lo normal: un 10% más en la fase asintomática, cifra que se eleva al 30% en los adultos en las fases posteriores. Los niños seropositivos con síntomas tienen unas necesidades calóricas entre un 50% y un 100% superiores a las de los niños seronegativos²⁴; los niños pequeños a menudo se esfuerzan por consumir el doble de calorías, especialmente cuando no tienen acceso a alimentos con gran contenido de energía. Estos factores representan una carga financiera para las familias.
60. Si no se atienden estas mayores necesidades de energía, las personas con VIH empiezan a perder grasa y músculo. El bajo IMC es un importante factor de riesgo para el progreso de la enfermedad y la mortalidad, independientemente de cómo funcione el sistema inmunitario²⁵. A medida que aumentan las necesidades de energía, los síntomas del VIH reducen la ingesta de alimentos de una persona y pueden interferir con la capacidad del organismo para absorber y utilizar los nutrientes²⁶. El VIH puede crear la situación paradójica de que una persona reduzca su ingesta de nutrientes justo cuando su organismo necesita lo contrario, de manera que el apoyo nutricional²⁷ se convierte en un componente crítico del tratamiento contra el VIH.
61. La calidad del régimen alimenticio tiene su importancia, al igual que la tienen la cantidad de alimentos consumidos y su apetecibilidad. Según datos actuales, los pacientes con VIH y con tuberculosis necesitan como mínimo tomar una dosis recomendada de nutrientes compuesta de vitaminas y minerales esenciales. En contextos de bajos ingresos, el régimen alimenticio habitual no suele alcanzar este requisito.
62. Se necesitan nuevas investigaciones que permitan actualizar los datos y aporten orientación sobre las necesidades de macronutrientes y micronutrientes de las personas con VIH en las diferentes fases de la infección²⁸.

²³ PNUD. 2007. "HIV-Related Stigma and Discrimination in Asia: a Review of Human Development Consequences". Colombo.

²⁴ OMS. 2003. "Nutrient Requirements for People Living with HIV/AIDS". Ginebra.

²⁵ Babameto, G. y Kotler, D.P. 1997. "Undernutrition in HIV infection", *Gastroenterol Clin North Am* 26: 393–415.

²⁶ Semba, R.D. y Tang, A.M. 1999. "Micronutrients and the pathogenesis of human immunodeficiency virus infection", *Br J Nutr* 81:181–189.

²⁷ El apoyo nutricional, cuyo fin es asegurar una nutrición adecuada, incluye la evaluación de la ingesta de alimentos, del estado nutricional y de la seguridad alimentaria; la educación y el asesoramiento sobre nutrición tienen por objeto asegurar una dieta equilibrada, mitigar los efectos secundarios del tratamiento y las infecciones y asegurar el acceso a agua potable y, cuando sea necesario, a suplementos alimenticios o suplementos de micronutrientes.

²⁸ Documento de referencia del PMA sobre VIH y nutrición presentado para su publicación en el año 2010.

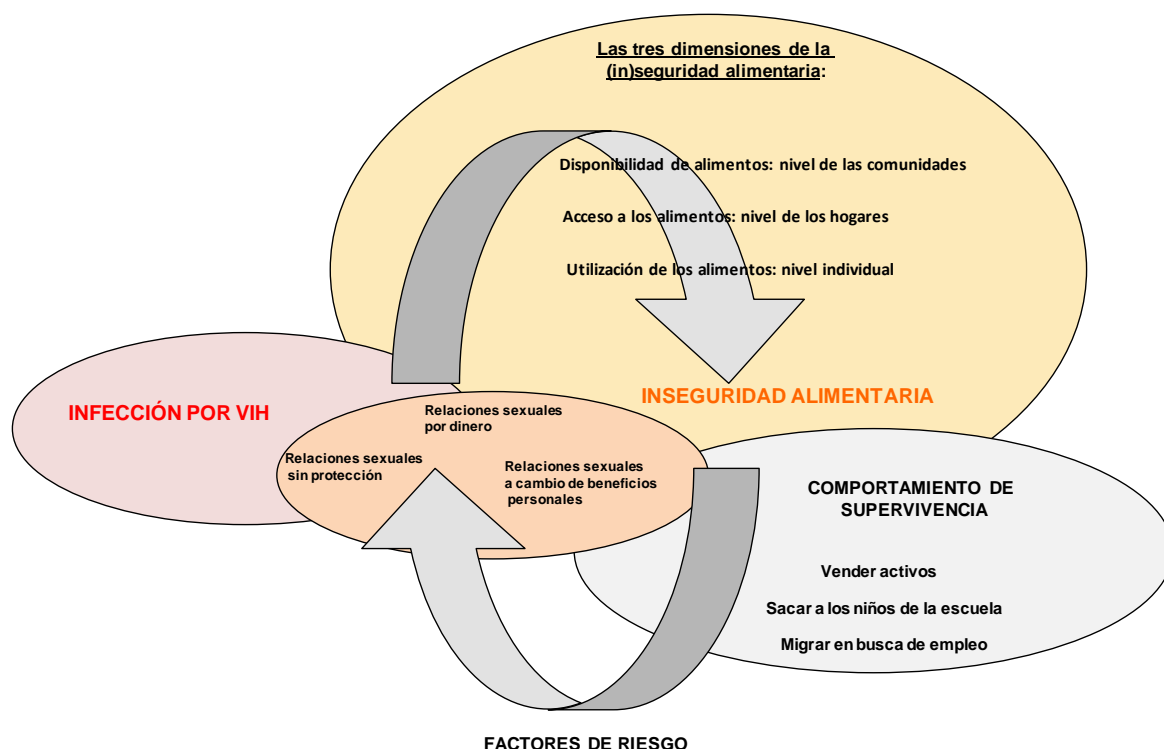
La inseguridad alimentaria puede favorecer las estrategias de supervivencia negativas y un aumento de la exposición al VIH

63. La inseguridad alimentaria con frecuencia induce comportamientos para la supervivencia que tienen consecuencias negativas y posiblemente irreversibles, como son la venta de activos, sacar a los niños de la escuela, la migración o las relaciones sexuales a cambio de beneficios personales. Estos comportamientos pueden aliviar la situación a corto plazo, pero se cobran un precio enorme a largo plazo, entre otras cosas por una mayor exposición al VIH.
64. La educación es fundamental para que las personas jóvenes puedan comprender y gestionar el riesgo. Los estudios han demostrado que cada año adicional que va un niño a la escuela reduce la probabilidad de que contraiga el VIH. Las poblaciones móviles, como las personas que emigran para hacer frente a la inseguridad alimentaria, abandonan su contexto social y a menudo se vuelven más vulnerables al VIH. La miseria y la desesperación ocasionadas por conductas de supervivencia negativas pueden incrementar el riesgo de que una persona recurra a mantener relaciones sexuales sin protección a cambio de alimentos^{29, 30}.
65. En la Figura 3 se representa de forma esquemática la dinámica causal que lleva del VIH a la inseguridad alimentaria y, a menudo, de ésta última al VIH.

²⁹ Weiser, S., Leiter, *et al.* 2007. “Food Insufficiency is associated with High-Risk Sexual Behaviour among Women in Botswana and Swaziland”, *PLoS Medicine* 4(10). Gillespie, S. 2007. “Food Prices and the AIDS Response”. Washington DC, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IIPA). Gillespie, S., Jere, P. *et al.* 2009. *Food Prices and the HIV Response: Findings from a Rapid Regional Assessment in Eastern and Southern Africa*, Washington DC, IIPA. Gillespie, S. y Kandiyala, S. 2005. *HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: from Evidence to Action*, Washington DC, IIPA.

³⁰ De Waal, A. y Whiteside, A. 2003. “New Variant Famine: AIDS and Food Crisis in Southern Africa”, *The Lancet* 362:1234–1237. Naysmith, S., de Waal, A. y Whiteside, A. 2009. “Revisiting the New Variant Famine: the Case of Swaziland”, *Food Security* 1:251–260.

Figura 3: La infección por VIH produce inseguridad alimentaria y ésta, a su vez, puede incrementar el riesgo de infección por VIH



VIH y tuberculosis

66. La infección por VIH y la malnutrición son importantes factores de riesgo para la activación de una tuberculosis latente, y aumenta el riesgo de desarrollar esta enfermedad tras la infección con *Mycobacterium tuberculosis*. Al igual que el VIH, la tuberculosis tiene importantes consecuencias nutricionales para el organismo: la emaciación es frecuente y eleva la mortalidad de los enfermos de tuberculosis. La malnutrición generalmente es más grave en las personas coinfectadas de tuberculosis/VIH que en las que tienen una sola de las dos enfermedades. La emaciación es difícil de invertir mientras el paciente presente una infección activa. Los alimentos deberán proporcionar nutrientes y micronutrientes en cantidad y calidad adecuadas para recuperar el peso perdido y masa muscular³¹.
67. En contextos de bajos recursos, que a menudo se caracterizan por la malnutrición crónica con independencia del VIH o la tuberculosis, la asistencia alimentaria adquiere un nuevo significado y relevancia. El apoyo nutricional es un factor esencial en: i) lograr que los pacientes acepten el tratamiento; ii) promover el cumplimiento inicial; iii) controlar los efectos secundarios; iv) mejorar el éxito del tratamiento, y v) producir la recuperación nutricional. La evaluación, la educación y el asesoramiento en materia de nutrición deberán complementarse temporalmente con un suplemento nutricional que, dependiendo del problema nutricional y del régimen alimenticio habitual, podría consistir en alimentos

³¹ Documento de referencia del PMA sobre tuberculosis, nutrición y coinfección por el VIH, presentado para su publicación en el año 2010.

listos para el consumo, alimentos compuestos enriquecidos, un suplemento nutricional a base de lípidos o un suplemento de micronutrientes.

68. Tratar las cuestiones nutricionales tiene su importancia porque la mayoría de los medicamentos utilizados el tratamiento antirretroviral y el tratamiento de infecciones relacionadas con el VIH interactúan con la ingestión y la absorción de los alimentos. La mortalidad entre los pacientes que comienzan el tratamiento antirretroviral estando malnutridos es de dos a seis veces mayor que entre aquellos que no lo están³¹. Recuperar el tejido muscular es un proceso complejo para el que se necesitan un tratamiento antirretroviral, el tratamiento de las infecciones secundarias, la mitigación de los efectos secundarios del tratamiento y de los síntomas de la infección y una dieta completa³².
69. Toda recomendación de extender el tratamiento puede repercutir en las cuestiones alimentarias y nutricionales. En diciembre de 2009, la OMS³³ elevó de 200 a 350/mm³ el recuento de células CD4 recomendado para iniciar el tratamiento, ante la evidencia de que el inicio temprano reduce la morbilidad y la mortalidad entre las personas con VIH a largo plazo. Esto tiene consecuencias financieras y operacionales para el avance hacia el acceso universal: la elevación del umbral de recuento de células CD4 da lugar a un incremento del número de personas con derecho a tratamiento, con lo cual aumenta el costo, y puede influir en el tipo de intervenciones de nutrición necesarias en conjunción con el tratamiento. Si los gobiernos aplican las nuevas directrices y un mayor número de personas se somete antes a análisis, cabe suponer que, a medio y largo plazo, serán menos los pacientes infectados por VIH que desarrollen el sida. Es posible que el papel de la evaluación, la educación y el asesoramiento en materia nutricional cobre mayor importancia, teniendo en cuenta, sobre todo, que las personas con VIH sometidas a tratamiento tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares o diabetes.
70. El tratamiento también aumenta la seguridad alimentaria, especialmente en los países de alta prevalencia. Una vez que un paciente comienza a recibir tratamiento, su salud física y su productividad pueden mantenerse o restablecerse, mitigando así muchos de los efectos negativos del VIH. También se beneficia la labor preventiva, ya que las personas sometidas a tratamiento presentan cargas virales más bajas y, por consiguiente, el riesgo de contagio es menor.

CONCLUSIÓN

71. El PMA, que hace creciente hincapié en la nutrición, coopera con los asociados del ONUSIDA, las universidades y el sector privado para crear programas de nutrición innovadores basados en la asistencia alimentaria. Esta colaboración, y su voluntad de ir más allá de los análisis de vulnerabilidad basados en los hogares, han permitido al PMA poner en práctica su visión con respecto al VIH, la malnutrición y la inseguridad alimentaria.
72. El PMA seguirá reuniendo datos científicos, creando asociaciones, poniendo en práctica programas innovadores y estableciendo sistemas de seguimiento sólidos que le permitan rendir cuentas a los gobiernos y a sus asociados del ONUSIDA y lograr efectos duraderos sobre la epidemia de VIH.

³² Hsu, J. W.-C.; Pencharz, P.B.; Macallan, D. y Tomkins, A. 2005. "Macronutrients and HIV/AIDS: A Review of Current Evidence", Ginebra, OMS.

³³ OMS. 2009. "Rapid Advance: Anti-retroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents", Ginebra.

ANEXO I: MODELO LÓGICO - VIH/SIDA

TIPO	INSUMOS	PRODUCTOS	TIPO DE OBJETIVOS	EFECTOS	IMPACTOS
Mejora del éxito del tratamiento del VIH mediante apoyo nutricional	Productos alimenticios especiales, alimentos listos para el consumo, programas de atención médica, etc.	Número de pacientes índice que reciben apoyo, cantidad de alimentos distribuidos, número de clínicas beneficiarias	Éxito del tratamiento	Mayor tasa de supervivencia *Indicador: % de pacientes que se sabe están en tratamiento 6 y 12 meses después del inicio de la terapia antirretroviral Mayor éxito del tratamiento contra la tuberculosis *Indicador: % de enfermos de tuberculosis registrados bajo tratamiento DOTs en un año dado que han completado el tratamiento con éxito Mayor recuperación nutricional **Indicador: % de pacientes adultos sometidos a tratamiento antirretroviral en los que se observó malnutrición al inicio del apoyo alimentario y que se considera se han recuperado de la malnutrición una vez concluido el apoyo alimentario Aumento del cumplimiento *Indicador: % de pacientes que han conseguido seguir en más de un 95% la medicación durante el mes anterior en más de un 95% la medicación durante el mes anterior Disminución de la tasa de abandono *Indicador: % de pacientes que abandonan el programa de terapia antirretroviral durante el período objeto de informe Aumento de la aceptación *Indicador: % de aumento de la inscripción de pacientes	Mejora del estado nutricional y de salud para poder llevar una vida productiva
Mitigación de los efectos del VIH por medio de redes de protección social	Canasta general de alimentos, alimentos, cupones, efectivo	Número de participantes y beneficiarios por actividad, cantidad de alimentos distribuida.	Seguridad alimentaria de los hogares	Consumo adecuado de alimentos *Indicador: puntuación relativa al consumo de alimentos de los hogares Mayor acceso a medios de subsistencia; Indicador: puntuación relativa a los activos de los hogares. Reducción de los mecanismos de supervivencia negativos Indicador: índice relativo a la estrategia de supervivencia Mayor participación de los huérfanos y otros niños vulnerables en las actividades de atención y protección *Indicador: % de huérfanos y otros niños vulnerables matriculados y que asisten a la escuela	Mejora de la seguridad alimentaria de los hogares que favorezca una mejor salud, el desarrollo físico y el desarrollo del capital humano
Apoyo a los planes de acción nacionales	Apoyo técnico y promoción	Núm. de países que disponen de un componente de alimentos y nutrición en el programa nacional de lucha contra el VIH y las enfermedades de transmisión sexual; núm. de países con programas de apoyo nutricional y alimentario financiados; núm. de países con redes de protección social sensibilizadas ante el VIH; núm. de actividades de capacitación de contrapartes, núm. de países asistidos mediante orientaciones sobre VIH y nutrición	Fomento de la capacidad	Aumento de la apropiación nacional de los programas de ayuda alimentaria y nutricional en relación con el VIH. Indicador: % de países que disponen de un componente de alimentos y nutrición presupuestado en el programa nacional de lucha contra el VIH y las enfermedades de transmisión sexual Aumento de las redes de protección social sensibilizadas ante el VIH Indicador: % de países que tienen redes de protección social sensibles al sida	Aumento de la apropiación por parte del gobierno nacional y transferencia de los componentes de asistencia alimentaria y nutrición.

En el contexto del Objetivo Estratégico 4, los activos de los hogares incluyen recursos naturales (suelo, agua, bosques, etc.),

humanos (estado de salud y nutrición, capacidad física, nivel educativo, etc.) y financieros (crédito, préstamos, ahorros, etc.)

LISTA DE LAS SIGLAS UTILIZADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO

ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
DOTS	tratamiento de observación directa y corta duración (para la tuberculosis)
FANTA	Proyecto de Asistencia Técnica Alimentaria y Nutricional
FMSTM	Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
IFPRI	Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias
IMC	índice de masa corporal
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
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SyE	seguimiento y evaluación
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	virus de inmunodeficiencia humana