

Desarrollo de estrategias programáticas para la integración de las actividades relacionadas con el VIH, la alimentación y la nutrición en entornos de refugiados

COLECCIÓN "PRÁCTICAS ÓPTIMAS" DEL ONUSIDA



Fotografía de la cubierta: WFP / Andrew Thorne-Lyman

ONUSIDA/06.21S (versión española, agosto de 2006)

Versión original inglesa, UNAIDS/06.21E, mayo de 2006:
*The development of programme strategies for integration of HIV,
food and nutrition activities in refugee settings*
Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2006.

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas por el ONUSIDA pueden obtenerse solicitándolas al Centro de Información del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones del ONUSIDA –sea con fines comerciales o no– también deben dirigirse al Centro de Información por correo a la dirección indicada más abajo, por fax (+41 22 791 4187) o por correo electrónico (publicationpermissions@unids.org).

El presente documento puede reseñarse, citarse, reproducirse o traducirse libremente, en parte o íntegramente, siempre y cuando se nombre su procedencia. No se permite su venta o su uso en conexión con fines comerciales sin la aprobación previa por escrito del ONUSIDA (contacto: Centro de Información del ONUSIDA).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente publicación sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Desarrollo de estrategias programáticas para la integración de las actividades relacionadas con el VIH, la alimentación y la nutrición en entornos de refugiados.

Colección "Prácticas Óptimas" del ONUSIDA

"La Agencia de la ONU para los Refugiados, Programa Mundial de Alimentos, ONUSIDA."

"Este documento de Prácticas Óptimas ha sido preparado por Ellen Mathys Kirkcaldy ... [et al.]"--Agradecimientos.

"ONUSIDA/06.21S".

1. Infecciones por VIH – prevención y control. 2. Refugiados. 3. Política nutricional.
4. Alimentación en casos de urgencia. 5. Evaluación de programas. 6. África. I. Kirkcaldy, Ellen Mathys. II. ONUSIDA. III. Agencia de la ONU para los Refugiados. IV. Programa Mundial de Alimentos. V. Serie.

ISBN 92 9 173525 6

(Clasificación NLM: WC 503.6)

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza
Teléfono: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87
Dirección electrónica: unids@unids.org – Internet: <http://www.unids.org>

Desarrollo de estrategias
programáticas para la integración
de las actividades relacionadas con
el VIH, la alimentación y la nutrición
en entornos de refugiados



Agradecimientos

Este documento ha sido preparado por Ellen Mathys Kirkcaldy, Red de Sistemas de Alerta Temprana de Hambruna (FEWS NET), Washington, DC (EE.UU), junto con: Paul Spiegel, Oficial Técnico Superior del VIH/SIDA, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Ginebra (Suiza); Fathia Abdalla, Nutricionista Superior, ACNUR, Ginebra (Suiza); Francesca Erdelmann, Asesora del Programa del VIH/SIDA, Programa Mundial de Alimentos (PMA), Johannesburgo (Sudáfrica), y Andrew Thorne-Lyman, Oficial de Nutrición en Salud Pública, PMA, Roma (Italia).

Los autores desean dar las gracias a los organismos participantes por su apoyo en la elaboración de este documento: el ACNUR, el PMA, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

Durante las misiones sobre el terreno en Zambia y Uganda, los equipos de misión recibieron el apoyo de muchas fuentes. En Zambia, ofrecieron generosamente su tiempo, experiencia y asistencia: el Gobierno de Zambia, el ACNUR, el UNICEF, el PMA, la Sociedad de la Cruz Roja de Zambia, la Federación Internacional de la Cruz Roja, World Vision International, HODI, Aktion Afrika Hilfe y Right to Play. En Uganda, hicieron valiosas contribuciones: el Gobierno de Uganda, el ACNUR, el UNICEF, el PMA, Aktion Afrika Hilfe, la Organización Africana para el Desarrollo y Emergencias, la Agencia para la Cooperación y la Investigación en Desarrollo, Meeting Point, la Asociación Madi de Héroes del SIDA, la Asociación de Voluntarios en el Servicio Internacional, el Hospital de Distrito de Hoima, el Hospital de Distrito de Moyo, el Programa de Salud de Adolescentes, la Asociación de Jóvenes de Servicios contra el SIDA, el Centro de Información sobre el SIDA y Profesionales de la Atención de Salud Tradicionales y Modernos Unidos contra el SIDA.

Finalmente, el objetivo de este documento es reflejar la sabiduría, la creatividad y el valor que comparten los centenares de refugiados y miembros de las comunidades de acogida que contribuyeron a esta actividad. A ellos les debemos el mayor agradecimiento.

Índice

Agradecimientos	2
Resumen	5
Introducción	10
Justificación para integrar la programación relacionada con el VIH, la alimentación y la nutrición	10
Contexto de política: VIH y seguridad alimentaria/nutricional para los refugiados	13
Objetivos de la iniciativa	17
Metodología	17
Contexto práctico para los entornos de refugiados	21
Colaboración interorganismos de las Naciones Unidas	26
Hallazgos de la iniciativa interorganismos	27
Estrategias programáticas integradas	27
Principales hallazgos	28
Referencias	33

Resumen

En 2003, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) pusieron en marcha una iniciativa conjunta para desarrollar, mediante la investigación sobre el terreno en múltiples comunidades de refugiados en África, una serie de estrategias para utilizar intervenciones basadas en la alimentación y la nutrición con el fin de apoyar la prevención del VIH y la atención, tratamiento y apoyo para las personas que viven con el VIH. Esta iniciativa incorporaba deliberadamente un grado muy elevado de colaboración, tanto entre los organismos implicados, como con los propios refugiados, para captar mejor las enseñanzas acerca de cómo pueden integrarse mejor estos sectores bajo las circunstancias únicas de los entornos de refugiados. Este documento expone el proceso y los hallazgos de la iniciativa, cuyo valor para las prácticas óptimas radica en la metodología conjunta impulsada desde el terreno, además de a partir de los hallazgos y los resultados obtenidos.

Las veinte estrategias programáticas integradas que se examinaron mediante esta actividad se identificaron a lo largo de los siguientes dos ejes:

Intervenciones relacionadas con el VIH

- Prevención del VIH, incluida la prevención de la transmisión materno-infantil
- Atención y apoyo para las personas que viven con el VIH y sus familias, y los niños afectados por el SIDA (entre ellos huérfanos y niños vulnerables)
- Atención de salud y tratamiento para las personas que viven con el VIH y sus familias

Intervenciones alimentarias y nutricionales

- Distribución de alimentos y nutrición de emergencia
- Alimentos para el apoyo a la formación, al desarrollo de la capacidad y el apoyo institucional
- Seguridad alimentaria y de los medios de vida de los hogares

Los principales hallazgos comprendieron los siguientes puntos:

- 1. Aunque la alimentación es un medio eficaz para abordar el sumamente complejo problema de salud pública del SIDA, existen numerosas oportunidades para perfeccionar el uso de los programas basados en la alimentación y la nutrición para apoyar la prevención del VIH y la atención, tratamiento y apoyo para las personas infectadas y afectadas por el VIH.** La ejecución de estas estrategias programáticas integradas debe ir precedida de una evaluación cuidadosa para determinar si la alimentación es un recurso programático apropiado, ya que los programas basados en la alimentación deben justificarse en primer lugar basándose en datos sobre la seguridad nutricional y/o alimentaria. En los casos en que estas intervenciones están justificadas, la flexibilidad y creatividad de la programación revelan una variedad de puntos de entrada para modificar la manera *cómo se utilizan estos recursos*, a fin de ayudar a prevenir la transmisión del VIH y atenuar los efectos de la epidemia. Incluso cuando no están justificados alimentos adicionales, el apoyo a la alimentación de lactantes y niños pequeños (ALNP) u otras actividades de comunicación pueden vincularse a las intervenciones existentes de respuesta a las emergencias. El asesoramiento sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños respalda universalmente la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria apropiada cuando esté indicada.

2. **La integración de los refugiados y las comunidades de acogida vecinas a nivel de evaluación, programa y política es fundamental para abordar la epidemia satisfactoriamente.** La evaluación del diseño del programa tanto en las comunidades de refugiados como en las de acogida de manera integrada es imprescindible porque los efectos del desplazamiento sobre la epidemia vienen determinados en gran parte por la frecuencia y la naturaleza de las interacciones entre los refugiados y sus acogidas, además de los niveles de prevalencia del VIH antes del conflicto. Las entrevistas con los refugiados pusieron de relieve la necesidad de realizar esta evaluación directamente con los refugiados y las comunidades de acogida, mediante una variedad de entrevistas concebidas para poder examinar factores de política y políticos, económicos y socioculturales relacionados con esta interacción.
3. **La investigación cualitativa, las estrategias de comunicación participativas, el compromiso y las iniciativas de la comunidad deben sostener el desarrollo de los programas en los entornos de refugiados estables.** La mayoría de las comunidades de refugiados están suficientemente arraigadas para ir más allá de los programas de emergencia típicos: más del 60 % de los refugiados del mundo llevan como mínimo diez años establecidos, lo que implica que el compromiso participativo y las iniciativas que se utilizan habitualmente en los programas de desarrollo comunitario también pueden emplearse en los entornos de refugiados.
4. **Los refugiados deben desempeñar papeles de liderazgo auténticos en el diseño, ejecución y evaluación de los programas de salud para refugiados.** Lejos de ser receptores pasivos de la asistencia humanitaria, los refugiados poseen aptitudes para desarrollar más programas de salud para refugiados impulsados por la comunidad orientados a evitar la transmisión del VIH y proporcionar atención, tratamiento y apoyo. La estructura de coordinación del Comité del SIDA, que debe ser un organismo coordinador ampliamente participativo y multisectorial para todos los programas relacionados con el VIH destinados a refugiados, debe interactuar con el Comité de Gestión de la Distribución de Alimentos (por ej., a través de un punto focal del VIH en el Comité de Gestión de la Distribución de Alimentos). De igual modo, el Comité del SIDA debe tener un Punto Focal de Alimentación y Nutrición, encargado de actuar de enlace con las actividades relacionadas con la alimentación y la nutrición.
5. **Los programas de alimentación y nutrición para refugiados que se ponen en práctica con mayor frecuencia –distribución general de alimentos, alimentación selectiva e intervenciones nutricionales para embarazadas y madres lactantes, y programas de alimentación suplementaria, terapéutica y escolar– pueden desempeñar un papel decisivo en una estrategia de prevención del VIH mediante la incorporación de actividades de comunicación para el cambio de comportamiento, de compromiso y de iniciativas de la comunidad (estrategias 1-4).¹** Hay tres elementos fundamentales en el diseño de los programas: en primer lugar, debe realizarse una evaluación del VIH para determinar la prevalencia aproximada del virus y sus principales vías de transmisión entre la población general (utilizando indicadores representativos si no se han llevado a cabo encuestas de vigilancia centinela o basadas en la población), las mujeres embarazadas/lactantes, y entre grupos con alta probabilidad de estar expuestos al VIH. En segundo lugar, hay que llevar a cabo una investigación formativa cualitativa a fin de crear mensajes apropiados sobre el VIH para el público destinatario del programa, que está claro que difiere muchísimo entre estos cuatro tipos (estrategias 1-4) de intervenciones. En tercer lugar, una evaluación de las operaciones debe ayudar a asegurar que la incorporación de las actividades relacionadas con el VIH no restará eficacia al programa de alimentación/nutrición en sí, considerando factores operativos clave como la planificación de los emplazamientos y la planificación de los recursos de personal apropiados. Los miembros del personal de los programas de alimentación/nutrición necesitarán capacitación adicional sobre el SIDA si se incorporan estas actividades, aunque grupos externos lleven a cabo la educación sobre el VIH. Puede que estas estrategias programáticas sean más eficaces si la epidemia está generalizada (esto es, una prevalencia entre la población de como mínimo el 1 %) que si sólo están afectados grupos concretos con alto riesgo de exposición al VIH.

El punto de partida para la puesta en práctica de estas actividades es el establecimiento del Comité del SIDA y el Comité de Gestión de la Distribución de Alimentos, para supervisar el desarrollo de los programas. Es importante que estas actividades de comunicación para el cambio de comportamiento centradas en la prevención estén vinculadas y estrechamente coordinadas con los servicios de salud (incluidos los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, la prevención de la transmisión materno-infantil y el tratamiento y atención de las enfermedades oportunistas), de bienestar social y de protección. Si el programa de alimentación/nutrición es un programa de alimentación suplementaria, puede vincularse a los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias y de prevención de la transmisión materno-infantil. El objetivo de las iniciativas de comunicación para el cambio de comportamiento debe ser abordar la alimentación segura del lactante en el contexto del VIH. En las emergencias, por lo general, la alimentación sustitutiva no cumple los criterios del UNICEF/OMS de «aceptable, factible, asequible, segura y sostenible». Por lo tanto, el apoyo para ayudar a todas las mujeres a conseguir la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida es fundamental. El compromiso de los grupos de música, danza y teatro de la comunidad ayuda a reducir el riesgo de estigmatización asociado a la enfermedad y desarrolla aptitudes pedagógicas sobre salud en estos grupos.

- 6. Los programas de alimentación y nutrición pueden respaldar el objetivo de proporcionar atención y apoyo a las personas que viven con el VIH y los grupos vulnerables mediante: la modificación de las raciones para satisfacer mejor las necesidades nutricionales de las personas que viven con el VIH y sus familias, la modificación de aspectos de la ejecución de los programas para asegurar el acceso de las personas que viven con el VIH y el fortalecimiento de la seguridad alimentaria y de los medios de vida de los hogares afectados por el SIDA (estrategias 5-12).** La infección por el VIH aumenta las necesidades nutricionales en un 10 % en el caso de la infección por el VIH asintomática y en un 20-30 % en el caso de la infección por el VIH sintomática o el SIDA.²

La importancia de una ración general apropiada es mayor en las poblaciones afectadas por el SIDA. Aunque todavía no se han establecido directrices basadas en los datos sobre cómo hay que ajustar el contenido energético de una ración general en vista del VIH, el costo que supondría aumentar una ración general para que todos los beneficiarios satisficieran las mayores necesidades nutricionales de las personas que viven con el VIH sería considerable, mientras que el aumento de la ración para satisfacer las necesidades nutricionales medias (incluidas las personas infectadas por el VIH y las no infectadas) se traduciría en alteraciones mínimas en la ración. La garantía de suministro de la ración completa sin interrupción debe tener prioridad absoluta, con un 10-12 % de la energía procedente de las proteínas y como mínimo un 17 % de las grasas. No existen pruebas de que las personas que viven con el VIH necesiten ingerir más proteínas. Debe llevarse a cabo una evaluación local para determinar si hay que utilizar recursos adicionales para aumentar la ración general o apoyar los programas de alimentación dirigidos a las personas que viven con el VIH.

Aparte de aumentar la ración general, los cambios operativos pueden ayudar a asegurar que las personas que viven con el VIH reciben el máximo beneficio de la ración general, incluidos: el suministro de alimentos básicos molidos y enriquecidos con micronutrientes antes que cereales solos; de mezclas de alimentos enriquecidos, y el reclutamiento de asistentes sociales o voluntarios de la comunidad para distribuir la ración directamente a miembros de las familias que, debido a la enfermedad, pueden tener dificultades para ir a buscar la ración.

En los casos en que la ración general no se ha aumentado para tener en cuenta el VIH, los programas orientados de alimentación suplementaria pueden distribuir una mayor ración, especialmente cuando los criterios requeridos para recibirla se amplían para ofrecer apoyo nutricional a las personas que viven con el VIH. En este caso, el programa de alimentación suplementaria debe estar estrechamente coordinado con los establecimientos de salud. Una limitación sumamente importante de los programas orientados de alimentación suplementaria es la preferencia por las personas que son sero-

positivas, conocen su estado serológico y están dispuestas a revelarlo; por lo tanto, la mayor parte de la población que vive con el VIH queda excluida.

El suministro de una ración a través de programas de alimentación escolar como intervención relacionada con el VIH tan sólo debe tenerse en cuenta cuando se ha demostrado claramente que la disminución de la asistencia a la escuela de los niños de hogares afectados por el VIH puede invertirse con la distribución de alimentos en la escuela. Este tipo de intervención debe considerarse una medida a corto plazo hasta que puedan ponerse en práctica medidas de apoyo a más largo plazo para los hogares afectados por el VIH. De modo parecido, el suministro de una ración a las familias de acogida y los orfanatos puede asegurar que se satisfacen las necesidades alimentarias de los huérfanos y niños vulnerables durante las crisis alimentarias, pero se necesitan programas de seguridad alimentaria más exhaustivos a largo plazo.

Los programas de seguridad alimentaria clave que deben considerarse comprenden huertos caseros y parcelas agrícolas (con el apoyo apropiado), actividades generadoras de ingresos, microcréditos y banca comunitaria, y capacitación y desarrollo de aptitudes. Los alimentos y los recursos relacionados con los alimentos (por ej., semillas, utensilios) pueden utilizarse como insumos del programa al igual que sucede con los proyectos de huertos caseros; otra posibilidad es utilizar los alimentos para permitir a las personas que viven con el VIH participar en ciertos programas, como la capacitación.

- 7. El apoyo nutricional y la educación nutricional pueden establecerse como componentes integrales de los servicios sanitarios y de tratamiento que utilizan las personas que viven con el VIH, como los programas de servicios para pacientes hospitalizados, de atención basada en el domicilio y de tratamiento antirretrovírico (estrategias 13-16).** Las repercusiones logísticas y financieras de un programa de alimentación para pacientes hospitalizados pueden justificarse cuando un elevado porcentaje de pacientes hospitalizados buscan atención para enfermedades relacionadas con el VIH y cuando se sabe o se sospecha que la carencia de alimentos lleva a resultados de salud adversos en estos pacientes. Para evitar la estigmatización, la alimentación de los pacientes hospitalizados abarcaría a todos los pacientes, antes que centrarse en las personas que viven con el VIH. Para mejorar el estado nutricional a más largo plazo, este programa debe ir acompañado de educación nutricional. Una actividad que ha demostrado tener éxito sobre el terreno es el establecimiento de huertos de demostración en hospitales, que proporcionan alimentos para el programa de alimentación de pacientes hospitalizados y permiten llevar a cabo educación sobre el cultivo y la preparación higiénica de los cultivos ricos en nutrientes para las personas que padecen enfermedad aguda y crónica.

Al mismo tiempo, el apoyo nutricional puede integrarse en la atención sanitaria a nivel comunitario para las personas que viven con el VIH. Los programas de atención basada en el domicilio y los programas de tratamiento antirretrovírico pueden proporcionar una ración suplementaria con educación nutricional. Lo ideal sería que la ración comprendiera mezclas de alimentos enriquecidos y/o alimentos básicos molidos y enriquecidos con micronutrientes antes de la distribución, además de fruta y verdura fresca si es posible. El suministro de la ración está destinado a aumentar la eficacia del tratamiento para inhibir el virus, aumentar la fortaleza física de la persona y fomentar la salud y la inmunidad generales.

- 8. Los recursos alimentarios y nutricionales pueden utilizarse para apoyar las actividades de formación y desarrollo de la capacidad para los proveedores de atención relacionada con el VIH basada en el dispensario y basada en la comunidad y para apoyar el establecimiento o mantenimiento de actividades relacionadas con el VIH a nivel comunitario (estrategias 17-20).**

Al igual que sucede con todos los programas basados en la alimentación, el uso de los alimentos como incentivo debe tener lugar después de realizar una evaluación cuidadosa que determine que los alimentos son un incentivo apropiado. En los casos en que esto está garantizado, los alimentos pueden

utilizarse para respaldar la capacitación de los proveedores de asistencia sanitaria formal/basada en el dispensario (por ej., enfermeras y auxiliares), los proveedores de atención sanitaria tradicional/basada en la comunidad (por ej., curanderos tradicionales, auxiliares de parto tradicionales) y otros especialistas de la comunidad que pueden desempeñar un papel fundamental en los esfuerzos de respuesta al VIH. Aunque con frecuencia los entornos de refugiados estables presentan una mejor disponibilidad de servicios de salud que las comunidades de acogida vecinas, frecuentemente los refugiados utilizan una combinación de servicios de salud basados en el dispensario y tradicionales. Conseguir el apoyo del personal de salud en el esfuerzo de educación, prevención, atención y tratamiento relacionados con el VIH exige el desarrollo de las capacidades del personal de salud basado en el dispensario y tradicional, en asociación cuando sea posible.

Introducción

A finales del siglo XX, el VIH se sumó a una serie de desafíos de salud pública tan profundos y trascendentales que se produjeron cambios muy importantes en el pensamiento y las iniciativas sobre la salud pública. Quizá más que la mayoría de las crisis, la pandemia de SIDA refuta claramente la naturaleza común burocrática, de arriba abajo y dependiente del sector de la ayuda humanitaria y para el desarrollo. La enfermedad es una «emergencia a largo plazo... una cuestión intersectorial en la asistencia humanitaria a corto plazo para el sufrimiento agudo... [y] uno de los principales factores que contribuyen a la inseguridad alimentaria, la pobreza y la destitución a largo plazo y crónicas». ³ Con unos 40,3 millones aproximados (intervalo 36,7-45,3) de personas que viven con el VIH a finales de 2005, esta pandemia está compuesta de muchas epidemias, cada una de ellas con sus propios patrones de infección y vulnerabilidad. ⁴ Para las comunidades de refugiados, el VIH une sus fuerzas con otros factores como el conflicto y el desplazamiento para provocar cambios profundos y con frecuencia irreversibles en las vidas de las personas. Para los refugiados, como sucede con todas las comunidades, abordar eficazmente el VIH exige evaluaciones, asociaciones y soluciones locales.

Debido a la magnitud y la naturaleza única de esta crisis, la comunidad internacional se ve en la obligación de aplicar respuestas basadas en una base de datos y una experiencia programáticas y científicas parciales, aunque crecientes. La vigilancia y la evaluación rigurosas de las intervenciones relacionadas con el VIH a medida que se ponen en práctica ayudarán a ampliar la base de datos y contribuirán a la asignación de los recursos programáticos escasos. Los esfuerzos recientes para dilucidar los datos que indican que existen vínculos entre el VIH y la nutrición a nivel nacional, como la Conferencia Internacional sobre el VIH/SIDA y la Seguridad Alimentaria y Nutricional de 2005 (Durban) son de interés, pero se ha arrojado muy poca luz sobre estos vínculos en los entornos de refugiados y se necesita una mayor colaboración e investigación.

En 2003, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) lanzaron una iniciativa conjunta para desarrollar, mediante investigación sobre el terreno en múltiples lugares en comunidades de refugiados de África, una serie de estrategias para utilizar intervenciones basadas en la alimentación y la nutrición con miras a apoyar la prevención y la mitigación del impacto del VIH y la atención, tratamiento y apoyo para las personas que viven con el VIH. Estas iniciativas de gran colaboración surgieron del reconocimiento a niveles superiores de que los entornos de refugiados son únicos. Se necesita investigación específica entre los refugiados para desarrollar enfoques que utilicen los programas basados en la alimentación y la nutrición de manera más eficaz para abordar las intervenciones de prevención de la transmisión, atención, tratamiento y apoyo relacionados con el VIH en estos entornos. El presente documento expone el proceso y los hallazgos de esta iniciativa interorganismos, cuyo valor para las prácticas óptimas radica tanto en la metodología conjunta impulsada sobre el terreno, como en los hallazgos, que se encuentran en la intersección a nivel comunitario entre el VIH, la nutrición y la seguridad alimentaria en los entornos de refugiados.

Justificación para integrar la programación relacionada con el VIH, la alimentación y la nutrición

Durante los últimos años, las investigaciones han proporcionado pruebas de que existen muchos vínculos entre la seguridad alimentaria (o factores relacionados, como la producción agrícola), la nutrición y el VIH, tanto a nivel individual como de población. Las investigaciones sobre las opciones de respuesta eficaces no han avanzado al mismo ritmo. La aplicación de estos resultados de investigación a los entornos de refugiados –para aclarar cómo están vinculadas la seguridad alimentaria y nutricional con el VIH y cómo puede responderse de manera eficaz– por muchos motivos es todavía más proble-

mática. En primer lugar, como resultado de las limitaciones de los recursos y el aislamiento inducido por el conflicto, los entornos de refugiados (y todavía más, los entornos de desplazamiento interno) con frecuencia presentan pocos datos. El ACNUR y sus asociados trabajan para crear una base de datos epidemiológicos, después de haber llevado a cabo encuestas de vigilancia centinela prenatal del VIH y vigilancia comportamental en 12 países entre 2001 y 2005.^{5,6} En segundo lugar, con frecuencia las emergencias complejas provocan cambios significativos en muchos factores determinantes de la prevalencia del VIH, entre ellos la exposición al virus (a través de distintos patrones de mezcla de población, desequilibrios de los poderes y derechos individuales, y la violencia sexual y basada en el sexo) y la vulnerabilidad al virus (a través de la malnutrición y las infecciones de transmisión sexual no tratadas).^{7,8} En tercer lugar, el ciclo vital de una emergencia compleja presenta una alteración enorme de los indicadores clave de salud, en que las tasas de mortalidad elevadas en la fase aguda disminuyen a unas tasas relativamente bajas en los campamentos de refugiados muy arraigados.⁹ Por lo tanto, las tendencias de la prevalencia del VIH después del desplazamiento no son coherentes, ya que están afectadas por factores que varían entre las poblaciones de refugiados, como el grado de interacción con las comunidades de acogida y la prevalencia del VIH tanto en la población de refugiados como de acogida.⁵ En cuarto lugar, las opciones de respuesta en los entornos de refugiados vienen determinadas en gran parte por las políticas nacionales de refugiados de los países de acogida, que varían mucho, además de por los marcos institucionales.¹⁰ Las políticas nacionales que permiten una integración amplia (incluidos, por ejemplo, el cultivo agrícola y la libertad de movimiento para el comercio y el empleo) ofrecen un abanico más amplio de opciones de respuesta que pueden aproximarse a las de los entornos (civiles) estables distintos a los de refugiados.

Un repaso de las publicaciones sobre entornos estables distintos a los de refugiados en países de bajos ingresos deja entrever una asociación entre los incrementos de la morbilidad y la mortalidad de los miembros de la familia, especialmente los adultos, debido a la infección por el VIH además de numerosos resultados a nivel del hogar relacionados con la inseguridad alimentaria (los resultados variaban según el lugar del estudio, pero comprendían medios de vida, como las actividades y los activos económicos no agrícolas y agrícolas).¹¹ La mortalidad relacionada con el SIDA altera la estructura demográfica de los hogares y frecuentemente puede traducirse en un aumento de los hogares dirigidos por mujeres y niños y una mayor proporción de dependencia de los hogares. El impacto relativo de la muerte de un varón y una mujer adultos sobre la seguridad alimentaria del hogar depende de factores socioculturales locales, en particular de si una viuda conserva o no los derechos de sus tierras, sus hijos y de otros activos, y si tiene posibilidades económicas o no tras la pérdida de su esposo; la medida en que la familia y los miembros de la comunidad prestan apoyo, y la medida en que el estigma limita la capacidad de los miembros de la familia restantes para encontrar trabajo y entrar en los mercados a fin de ganarse la vida. Las investigaciones han puesto de manifiesto una reducción de las actividades económicamente productivas (por ej., cultivos de alimentos, cultivos comerciales, y actividades comerciales y otras actividades no agrícolas) según la edad y el sexo de la persona fallecida. En los países africanos en que las actividades económicas más lucrativas son terreno de los varones (por ej., cultivos comerciales, cría de ganado, acceso a créditos), los hogares dirigidos por mujeres se enfrentan al desafío ingente de ganarse la vida con actividades mucho menos lucrativas, como el cultivo de alimentos básicos y la cría de animales pequeños (por ej., aves, cabras y ovejas).

Evidentemente, en los hogares dirigidos por mujeres apartadas del acceso a sus medios de vida, el VIH puede suponer desafíos especiales para la prevención y tratamiento de la malnutrición grave en los niños a dos niveles: pobreza e inseguridad alimentaria en el hogar y deterioro del crecimiento para el niño infectado. En las situaciones de emergencia, el VIH agrava el riesgo de alta prevalencia de malnutrición aguda, cuyas causas subyacentes pueden ser el destete precoz, una dieta deficiente y el control insuficiente de la infección en el periodo crítico que va de los 6 a los 24 meses. El crecimiento lento está asociado a un mayor riesgo de mortalidad, y la buena nutrición tiene una importancia fundamental para el aumento de peso en los niños, en particular tras las enfermedades oportunistas. (No obstante, la cuestión del VIH y la alimentación de lactantes y niños pequeños no se trata en detalle en este documento).

Así pues, la mortalidad relacionada con el SIDA está asociada al posterior deterioro de los activos, menor consumo alimentario en el hogar y mayor tensión sobre los mecanismos de apoyo intracomunitarios en los entornos distintos a los de refugiados. Hay que reconocer que unos mecanismos de apoyo intracomunitarios tradicionales sólidos pueden evitar e incluso ocultar los efectos de la epidemia (ya que pueden ocultar los efectos de una emergencia alimentaria a gran escala en desarrollo) hasta que estos mecanismos no den más de sí, y los hogares afectados se disuelvan, un efecto demográfico de la epidemia que se ha cuantificado de manera deficiente hasta la fecha. Aunque los refugiados suelen desplazarse como familias y comunidades cuando es posible, el desplazamiento sigue siendo sumamente perjudicial para las redes familiares y comunitarias de las que con frecuencia depende la vida de los hogares africanos rurales más vulnerables.

A nivel de la persona, se sabe que la infección por el VIH aumenta las necesidades energéticas en un 10% para los adultos seropositivos asintomáticos y en un 20-30% para los que padecen una infección sintomática o el SIDA.¹² Aunque las poblaciones que gozan de una seguridad alimentaria estable quizá puedan aumentar su consumo alimentario para satisfacer estas necesidades elevadas, esto puede resultar más difícil para las poblaciones desplazadas que están apartadas de sus estrategias normales de acceso a los alimentos (por ej., cultivo de sus propias cosechas, obtención de ingresos para comprar alimentos) y dependen de una prestación cada vez más limitada de asistencia alimentaria humanitaria. Las enfermedades oportunistas a las que se enfrentan con frecuencia las personas que viven con el VIH, como las que afectan al aparato digestivo, pueden reducir el apetito y el consumo o reducir la absorción de nutrientes.

La inseguridad alimentaria puede elevar el riesgo de exposición al VIH mediante un aumento de las prácticas de alto riesgo, como las relaciones sexuales sin protección para conseguir alimentos o ingresos. Los entornos de refugiados son peligrosos, en particular para las mujeres y las niñas, que se enfrentan a un mayor riesgo de explotación sexual y violencia basada en el sexo. Con frecuencia, los sistemas de protección implantados por el gobierno del país de acogida y la comunidad internacional (notificación, atención y seguimiento jurídico) son deficientes o inexistentes.¹³ Las reducciones significativas de las aportaciones de alimentos de donantes en los últimos años han llevado a una disminución de las raciones alimentarias en muchos campamentos de refugiados en todo el mundo, sin indicios de que las necesidades hayan disminuido; para las mujeres refugiadas que luchan por alimentarse a sí mismas y a sus familias, una posible consecuencia preocupante es el aumento de la explotación sexual y la infección por el VIH resultante, a veces incluso a manos del mismo personal humanitario que se supone que tiene que apoyarlas y protegerlas.¹⁴

Las interacciones entre la malnutrición preexistente y el VIH todavía no se comprenden bien. Aunque es sabido que la malnutrición deteriora la función inmunitaria a nivel individual, los datos disponibles que documentan los vínculos a nivel comunitario entre la malnutrición y el VIH son un tanto escasos y casi totalmente específicos de cada país hasta la fecha. Aunque este campo de investigación es relativamente joven, las interacciones documentadas entre el VIH y la inseguridad alimentaria y nutricional son lo suficientemente convincentes como para justificar cambios en la programación, junto con una rigurosa evaluación del impacto para aprender de la experiencia sobre el terreno para el diseño de programas futuros. El hecho de reconocer esto plantea inevitablemente la cuestión de cómo la ayuda alimentaria —incluidos los aproximadamente seis millones de toneladas de ayuda alimentaria distribuida por el PMA anualmente—¹⁵ puede contribuir a la prevención, atención, tratamiento y apoyo relacionados con el VIH en las poblaciones beneficiarias.

En general, habría que priorizar la ayuda alimentaria en los programas diseñados para proporcionar apoyo nutricional antes que como una transferencia de recursos.¹⁶ La programación de recursos de ayuda alimentaria relativamente limitados en situaciones en que la intervención necesaria son los programas de dinero efectivo o distintos a los de alimentos puede llevar a efectos negativos, como el debilitamiento de la producción local, el desmoronamiento de los mercados, el debilitamiento de los mecanismos de apoyo intracomunitarios tradicionales y el desbarajuste de las estrategias de respuesta

económicas normales. Así pues, teniendo presentes estas consideraciones, la ayuda alimentaria debe utilizarse con precaución también en las poblaciones de refugiados.

Cuando esté justificado, los organismos de ayuda humanitaria (tanto las Naciones Unidas como las organizaciones no gubernamentales) deben plantearse buscar las maneras como los recursos alimentarios pueden satisfacer los objetivos fijados relacionados con la alimentación y la nutrición, respaldando simultáneamente la prevención del VIH y la atención, tratamiento y apoyo para las personas que viven con el VIH. Es relativamente sencillo comprender cómo la ayuda alimentaria puede salvar vidas; el campo en el que se necesita mayor investigación programática es la consecución del segundo objetivo principal de la ayuda alimentaria –desarrollar activos humanos y físicos a más largo plazo– mediante el uso de ayuda alimentaria para abordar las causas y los efectos de la epidemia.

Contexto de política: VIH y seguridad alimentaria/nutricional para los refugiados

Los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones no gubernamentales en general han aceptado rápidamente el VIH como una cuestión de prioridad absoluta, cada uno a través de la lente de su propio mandato institucional. La Consulta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Nutrición y VIH/SIDA en África (2005) reunió a representantes de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales y los gobiernos de 20 países de África para revisar los hallazgos de la síntesis de seis exámenes técnicos relacionados con el VIH, el SIDA y la nutrición, e identificar las repercusiones programáticas clave para la programación de emergencia, a nivel comunitario y nacional.¹⁷ La Declaración de los Participantes, que hacía un llamamiento a «la integración de la nutrición en el conjunto de medidas básicas de atención, tratamiento y apoyo para las personas que viven con el VIH/SIDA y los esfuerzos para prevenir la infección», fue adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA57.14 (mayo de 2005).¹⁸

La *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA* del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2001) tomó especial nota de la necesidad de ampliar el conjunto de medidas relacionadas con el VIH a las poblaciones afectadas por conflictos y desastres, incluidos los refugiados, «como una cuestión de emergencia», basándose en el reconocimiento de que las «poblaciones desestabilizadas por un conflicto armado... incluidos los refugiados, los desplazados internos y, en particular, las mujeres y los niños, tienen un mayor riesgo de exposición a la infección por el VIH».¹⁹ La *Declaración* afirma que la epidemia amenaza la seguridad alimentaria nacional. Sin embargo, las recomendaciones sobre el VIH y la nutrición que figuran en la *Declaración* se limitan a dos: fomentar la prevención del VIH a través de los servicios de nutrición (y otros servicios de salud/sociales), además de asegurar una buena nutrición para los huérfanos y niños vulnerables.

El VIH y la nutrición sólo adquirieron importancia internacional como cuestión de programación crítica cuando la crisis de Sudáfrica de 2002-2003 suscitó interrogantes sobre la contribución de la alta prevalencia del VIH a la inseguridad alimentaria, la malnutrición y la mortalidad. Desafortunadamente, hasta que se disponga de datos fiables a nivel de la población sobre la seroprevalencia, la malnutrición aguda y crónica y la inseguridad alimentaria en los hogares, simplemente no se conocerán la «escala y la gravedad de la contribución del VIH/SIDA a la inseguridad alimentaria aguda y crónica».^{20,21}

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) se creó en 1996 para servir como punto focal de política e iniciativas sobre el SIDA en el sistema de las Naciones Unidas. El ONUSIDA aspira a un amplio conjunto de objetivos: dirigir, reforzar y apoyar «una respuesta ampliada destinada a prevenir la transmisión del VIH, proporcionar atención y apoyo, reducir la vulnerabilidad de las personas y comunidades al VIH/SIDA y paliar los efectos de la epidemia».²² Aunque el ONUSIDA es el principal organismo coordinador del SIDA del sistema de las Naciones Unidas, el ACNUR, que tiene encomendada la misión de «dirigir y coordinar las iniciativas internacionales para... salvaguardar los

derechos y el bienestar de los refugiados»,²³ es quien desarrolla las políticas e intervenciones destinadas a los refugiados. El *Plan Estratégico 2005-2007: Lucha contra el VIH y el SIDA junto con los refugiados* del ACNUR articula 10 objetivos programáticos y de política del VIH (Recuadro 1).²⁴ Puesto que el ACNUR colabora estrechamente con el Programa Mundial de Alimentos (PMA) en la distribución de alimentos, el uso de recursos alimentarios para combatir el VIH implica marcos de política tanto del ACNUR como del PMA. En cuanto al ACNUR, las intervenciones nutricionales y alimentarias relacionadas con el VIH deben ser coherentes con la misión principal de protección de los refugiados: las intervenciones deben apoyar ampliamente los derechos de los refugiados a vivir dignamente, libres de discriminación, con el respeto de sus derechos humanos. El ACNUR se convirtió en patrocinador del ONUSIDA en 2004.

Recuadro 1. Objetivos relacionados con el VIH en el Plan Estratégico del ACNUR (2005-2007)

1. **Protección:** Para asegurar que, en relación con la epidemia de SIDA, los refugiados, solicitantes de asilo y otras personas interesadas vivan dignamente y libres de discriminación, y se respeten sus derechos humanos.
2. **Coordinación e incorporación:** Para velar por que las políticas y las intervenciones relacionadas con el VIH destinadas a los refugiados estén coordinadas, incorporadas e integradas en las políticas e intervenciones a nivel internacional, regional, subregional, de país y organizativo.
3. **Soluciones duraderas:** Para desarrollar e incorporar las políticas e intervenciones relacionadas con el VIH en los programas del ACNUR a fin de obtener soluciones duraderas y atenuar los efectos a largo plazo del VIH.
4. **Sensibilización:** Para promover la protección relacionada con el VIH, la integración de políticas y programas, e iniciativas subregionales para los refugiados y otras personas interesadas de manera coherente y sostenida a todos los niveles.
5. **Nivel y calidad general de las intervenciones relacionadas con el VIH:** Para asegurar un nivel satisfactorio y apropiado de intervenciones relacionadas con el VIH para los refugiados, los repatriados y otras personas interesadas, de manera integrada.
6. **Prevención:** Para reducir la transmisión del VIH y la morbilidad del VIH.
7. **Apoyo, atención y tratamiento:** Para reducir la morbilidad y mortalidad del VIH.
8. **Análisis, vigilancia, seguimiento y evaluación:** Para mejorar la ejecución y evaluación de los programas.
9. **Formación y desarrollo de capacidad:** Para mejorar los conocimientos prácticos y las capacidades sobre el VIH y relacionados del ACNUR, sus asociados y los refugiados.
10. **Mobilización de recursos:** Para aumentar los fondos e ir más allá de los donantes tradicionales a fin de asegurar que los programas y las políticas del VIH expuestos en el Plan Estratégico del ACNUR puedan llevarse a cabo satisfactoriamente.

En 2003, el PMA adoptó una política sobre *Programación en la era del SIDA* que articulaba el compromiso de incorporar el VIH en todas sus operaciones como cuestión intersectorial.²⁵ Los ejemplos de cómo se conseguiría esto comprendían: abordar directamente la inseguridad alimentaria motivada por el VIH; utilizar actividades del PMA como «plataforma para otros tipos de programas del VIH/SIDA»; adaptar «las herramientas de programación como las evaluaciones de las necesidades, el análisis de la vulnerabilidad, el diseño de las raciones y otras actividades relacionadas con la nutrición» para tener en cuenta el VIH, y asegurar que la alimentación se incorpora en las actividades relacionadas con el VIH donde y cuando sea apropiado.²⁶ El PMA se convirtió en copatrocinador del ONUSIDA en 2003.

El UNICEF fue uno de los patrocinadores originales del ONUSIDA. El compromiso del UNICEF en el campo del VIH está expresado en su Plan Estratégico a Medio Plazo (PEMP) 2006-2009. En este contexto, el objetivo estratégico del UNICEF consiste en situar a los niños pequeños y los adolescentes en el centro de los planes sobre el SIDA y desarrollar la capacidad de los actores estatales y no estatales para detener y empezar a invertir la propagación del VIH entre los niños. Otros dos documentos que explican en mayor detalle el enfoque del UNICEF son *Lucha contra el VIH/SIDA: estrategias para el éxito 2002-2005* (2003)²⁷ y el documento multiorganismos *Marco para la protección, atención y apoyo de huérfanos y niños vulnerables que viven en un mundo con el VIH y el SIDA* (2004), en que el UNICEF desempeñó un papel principal.²⁸ El documento *Lucha contra el VIH/SIDA*, que adapta el plan de acción del UNICEF a situaciones de conflictos armados, da mucha prioridad a la programación de salud y nutricional para proteger el estado nutricional de los huérfanos y niños vulnerables, las mujeres embarazadas y los lactantes, y las personas que viven con el VIH.

En cuanto a la traducción de estos compromisos en directrices para la acción, el Grupo de Trabajo sobre VIH/SIDA en Situaciones de Emergencia del Comité Permanente Interorganismos (IASC) elaboró las *Directrices para las intervenciones relacionadas con el VIH/SIDA en situaciones de emergencia* (2004).²⁹ Basándose en el trabajo previo del Grupo de Trabajo Interorganismos y el Consorcio de Respuestas de Salud Reproductiva durante Conflictos,^{30,31} las directrices del IASC proporcionan un proyecto muy útil para abordar el VIH en las emergencias agudas, en que estos servicios por lo general se aplican de manera deficiente. En la sección cinco del documento se ofrece orientación para las intervenciones relacionadas con la seguridad alimentaria y la nutrición. El documento *Integración de las actividades relacionadas con el VIH/SIDA con el apoyo alimentario y nutricional en los entornos de refugiados: estrategias programáticas específicas* (2004) complementa las directrices del IASC, centrándose en el periodo posterior a la fase aguda y exponiendo un conjunto más amplio de opciones de intervención.

Puesto que en última instancia el VIH se aborda en países y comunidades específicos, la comunidad internacional ha reconocido la necesidad de establecer un conjunto coherente de principios y políticas para dirigir las actividades relacionadas con el VIH en los países en que los actores nacionales y multinacionales trabajan juntos. Los principios rectores de los «Tres unos», que surgieron del consenso internacional en la Conferencia Internacional sobre el SIDA y las ITS en África (ICASA) en 2003, estipulaban que los países debían tener «un marco acordado de acción sobre el VIH/SIDA que proporcione la base para coordinar el trabajo de los asociados; una autoridad coordinadora nacional del SIDA, con un mandato multisectorial de base amplia, y un sistema de vigilancia y evaluación acordado a nivel de país».³² Aunque la importancia de los principios de los «Tres unos» es indiscutible para la coordinación de las acciones con frecuencia descoordinadas de la multitud de actores presentes en este campo, la importante cuestión del VIH y los refugiados puede quedar desatendida si las políticas de los refugiados no están completamente integradas en las políticas nacionales. Los «Tres unos» no hacen mención específica de la necesidad de programar en la intersección entre la nutrición, la seguridad alimentaria y el VIH. Mientras la protección de los refugiados y la prestación de servicios sigan estando relegadas a una oficina o ministerio gubernamental específico, desvinculadas de los sistemas de prestación de servicios nacionales (por ej., SIDA, salud, agua y servicios sanitarios, educación) e impidiendo la integración en

las comunidades locales, es probable que la cuestión del VIH entre los refugiados no se trate de manera adecuada. La exclusión de los refugiados de las iniciativas nacionales sobre el SIDA es imprudente por varias razones. La *Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA* de las Naciones Unidas (2001) reconoció la epidemia como una amenaza fundamental para los derechos humanos, la vida y la dignidad, y tomó especial nota de las regiones afectadas por conflictos o desastres. Además, los más de 35 millones aproximados de refugiados, solicitantes de asilo y desplazados internos, incluidos más de seis millones de nuevos desplazados (en el mismo año, 2003), suponen un desafío considerable en cuanto al aumento de la mezcla de la población.³³

Muchos países de África subsahariana se han unido para abordar el impacto de la migración y el desplazamiento sobre el VIH en la región. Estos países, con la ayuda de donantes y organismos de ayuda, se han unido para abordar las necesidades relacionadas con el VIH de las poblaciones de refugiados y vecinas mediante el desarrollo de planes subregionales. La creación de estos planes posibilita la prestación de servicios relacionados con el VIH a personas desplazadas que, anteriormente, puede que no tuvieran acceso a ellos. Los planes funcionan para asegurar la continuidad de la atención, mediante la facilitación de protocolos normalizados que cruzan fronteras. Esto posibilita la introducción del tratamiento antirretrovírico para estas poblaciones. Finalmente, los planes subregionales no sólo ayudan a asegurar la prestación de unos servicios más exhaustivos y mejor armonizados, sino que también pueden servir para mejorar la eficiencia de los programas y reducir costos.³⁴

Por lo que respecta al tratamiento antirretrovírico, la iniciativa «Tres millones para 2005» dirigida por la Organización Mundial de la Salud/ONUSIDA ha hecho unos progresos considerables –a finales de 2005, más de 1,3 millones de personas recibían tratamiento antirretrovírico en los países en desarrollo y en transición–³⁵, pero un porcentaje muy pequeño de estos receptores, en relación con el tamaño de su población, son refugiados, y el suministro de tratamiento antirretrovírico a poblaciones afectadas por conflictos y desplazadas no es un objetivo prioritario de este esfuerzo. La política del ACNUR apoya la facilitación de tratamiento antirretrovírico a los refugiados cuando está disponible para las comunidades de acogida vecinas.³⁶ De modo parecido, los programas internacionales a gran escala como el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR), el Programa Multinacional sobre el SIDA (MAP) del Banco Mundial y el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, se centran principalmente en responder a la epidemia en los entornos estables, aunque el Banco Mundial financia la Iniciativa de los Grandes Lagos sobre el SIDA, una innovadora iniciativa subregional y transfronteriza. Además, los logros en el suministro de tratamiento antirretrovírico deben ir acompañados de una mayor evaluación y vigilancia nutricional de los participantes que reciben tratamiento. El acceso a alimentos suficientes y apropiados y la consideración de la distribución de una ración a los participantes que carecen de seguridad alimentaria mejorarán la eficacia del tratamiento y evitarán la pérdida de peso asociada a una mayor morbilidad y mortalidad.

Los marcos de política sobre el VIH que han empezado a tener en cuenta los vínculos entre el VIH y la nutrición se han dado en el campo del tratamiento y la atención para las personas que viven con el VIH, que ahora reciben asesoramiento para aumentar su consumo energético alimentario. Los efectos de la malnutrición proteínica y energética y la malnutrición de micronutrientes preexistentes sobre las necesidades nutricionales y los resultados de salud de las personas que viven con el VIH en entornos de recursos limitados todavía no se comprenden bien, y los datos científicos aún son insuficientes para establecer con seguridad y de manera exhaustiva directrices de respuesta humanitaria modificadas. Los refugiados y las poblaciones desplazadas internas afectadas por conflictos que se encuentran en la fase aguda (esto es, antes de que una comunidad desplazada se establezca con un acceso normalizado a alimentos y salud) tienen un alto riesgo de malnutrición aguda. Al igual que el VIH, la malnutrición es una de las principales causas de reducción del desarrollo humano, reducción de la productividad nacional y pérdida de vida en los niños y adultos en todo el mundo. La malnutrición está asociada directa o indirectamente al 60 % de toda la mortalidad de niños pequeños¹ y es el factor que más contribuye a la carga de la enfer-

medad en los países en desarrollo.² Sin embargo, la malnutrición no ha provocado una respuesta (pública o privada) de políticas o programas a escala de la que ha provocado el SIDA en los últimos años.

La comunidad que se dedica a las labores humanitarias –tanto las Naciones Unidas como las organizaciones no gubernamentales y los actores nacionales– deben sacar conclusiones razonables a partir de la experiencia y las publicaciones científicas para efectuar cambios racionales en la práctica, documentando la experiencia durante todo el proceso para fomentar la ciencia. En la iniciativa interorganismos de interés en este documento, tres organismos de las Naciones Unidas unieron sus fuerzas con organizaciones no gubernamentales asociadas cooperantes y comunidades de refugiados y de acogida para poner de relieve las enseñanzas acerca de cómo el VIH, la ayuda alimentaria y la nutrición podían integrarse mejor en los entornos de refugiados, haciendo uso de la inventiva, el liderazgo y las oportunidades de asociación en las comunidades de refugiados y de acogida.

Objetivos de la iniciativa

El principal objetivo de la iniciativa del ACNUR/PMA/UNICEF era identificar los puntos de entrada prioritarios para la prevención, atención, tratamiento y apoyo relacionados con el VIH mediante la integración de los programas de alimentación, nutrición y VIH en los entornos de refugiados. El principal producto de la iniciativa fue el documento titulado *Integración de las actividades relacionadas con el VIH/SIDA con el apoyo alimentario y nutricional en los entornos de refugiados: estrategias programáticas específicas*.³⁷ En 2005, el ACNUR, el PMA y el UNICEF empezaron a probar y evaluar las estrategias en diversos entornos de refugiados en África, y este esfuerzo continúa. Los resultados de la evaluación de los programas se utilizarán para guiar todavía más las estrategias de aplicación de los programas en estos sectores para las Naciones Unidas y los organismos asociados.

Metodología

Para empezar a construir una base de investigación sobre las interacciones entre el VIH, la alimentación y la nutrición a nivel comunitario en las comunidades de refugiados, esta iniciativa llevó a cabo investigaciones directamente con los propios refugiados. Entre septiembre y diciembre de 2003, después de realizar una revisión de las publicaciones, los equipos de misión interorganismos realizaron visitas sobre el terreno a cuatro entornos de refugiados distintos en África subsahariana. Las misiones, de más de dos meses de duración, examinaron dos campamentos de refugiados en el norte de Zambia y dos asentamientos de refugiados en el oeste y el norte de Uganda. La selección de los emplazamientos se concibió para incluir poblaciones con un grado sumamente variable de integración con las comunidades de acogida, basándose en la premisa de que la integración puede afectar profundamente el riesgo de contraer el VIH y las opciones de respuesta. La selección de los informadores clave y los participantes en los grupos de discusión se hizo para permitir examinar cuestiones pertinentes a grupos de riesgo y oportunidades de respuesta específicos, como las personas que viven con el VIH, los participantes en distintos tipos de programas nutricionales y relacionados con la salud, los dirigentes de la comunidad, varones, mujeres y jóvenes. Frecuentemente, los refugiados expresaron su agradecimiento por la oportunidad de poder alzar la voz en relación con estos temas, dando las gracias a los equipos de misión por haber tomado la decisión de trabajar directamente con ellos y examinar las numerosas maneras como ellos mismos podían desempeñar papeles importantes en la solución de los problemas a los que se enfrentaban.

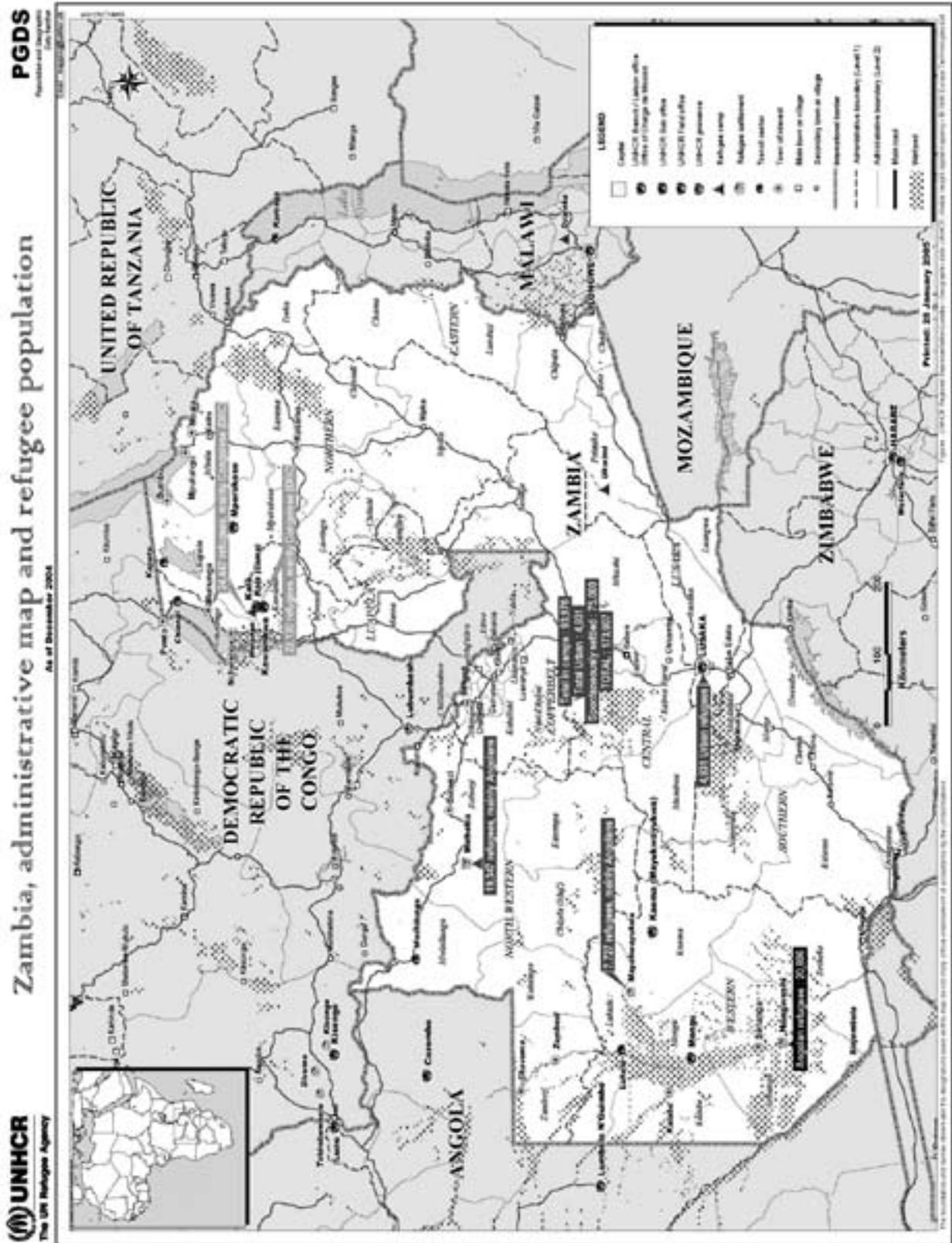
Pese a las similitudes superficiales entre la Iniciativa Zambia y la Estrategia de Independencia de Uganda (las políticas nacionales de refugiados de los gobiernos de Zambia y Uganda), las poblaciones de refugiados estudiadas en Zambia y Uganda variaban de forma profunda en cuanto al grado de integración.³⁸ La Iniciativa Zambia, creada en 2002, tenía como objetivo la promoción del desarrollo comunitario entre los refugiados y sus comunidades de acogida mediante actividades como la educación y proyectos a pequeña escala de reducción de la pobreza y generación de ingresos. No obstante, en 2004,

las poblaciones de refugiados de los campamentos de Kala y Mwange (véase Mapa 1), que son originarias de la República Democrática del Congo, permanecían poco integradas en la población de acogida del norte de Zambia (especialmente en cuanto al acceso a la tierra) y, por lo tanto, hasta la fecha dependen casi completamente de la asistencia humanitaria externa, incluida la distribución general de alimentos para su subsistencia. La poca integración en el norte de Zambia en 2004 puede explicarse en gran parte por el hincapié que hizo el Gobierno de ese país en la aplicación de la Iniciativa Zambia en la provincia occidental antes que en el norte, con el resultado de que el desarrollo económico y los medios de vida entre las comunidades de refugiados y de acogida en el norte quedaron en gran parte desconectados.

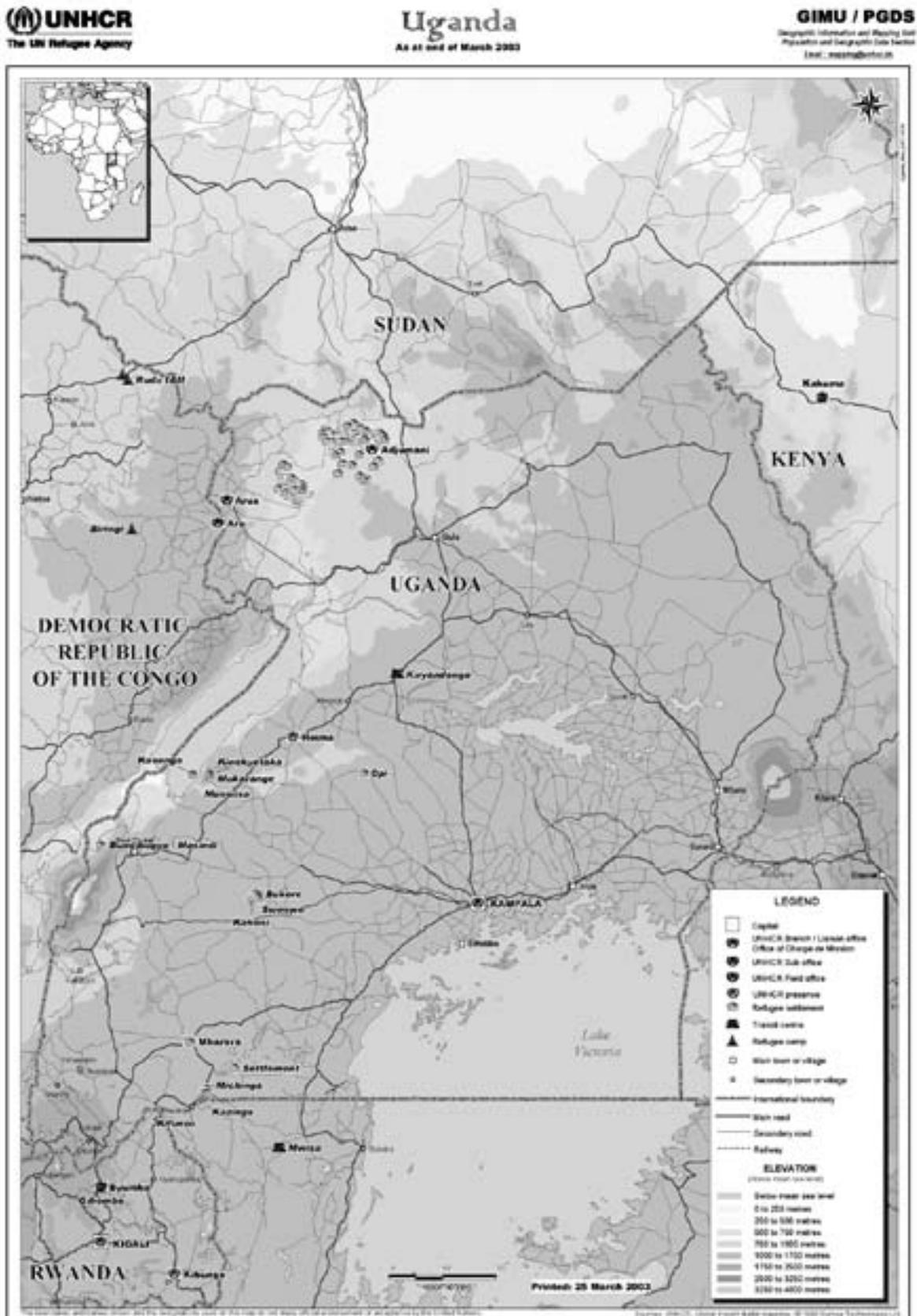
En marcado contraste con esto, la Estrategia de Independencia del Gobierno de Uganda (y desde 2004, el programa asociado de Asistencia al Desarrollo para Refugiados) se esfuerza por incorporar los programas de asistencia y la prestación de servicios para refugiados en los planes de desarrollo y los sistemas de prestación de servicios nacionales y locales. Como consecuencia de esto, los refugiados sudaneses y congoleños de los asentamientos de refugiados de Kyangwali y Palorinya en Uganda Occidental (véase Mapa 2) comparten unos vínculos sociales y económicos sumamente desarrollados con las comunidades vecinas, lo que permite disponer de un conjunto más amplio de opciones de respuesta que se aproximan más a las disponibles en los entornos distintos a los de refugiados.

Los equipos de misión realizaron entrevistas a informadores clave y grupos de discusión con más de 800 representantes de los refugiados y las comunidades de acogida, personal de establecimientos de salud, representantes gubernamentales, personal sobre el terreno de las Naciones Unidas y personal local de 16 organizaciones no gubernamentales asociadas internacionales y nacionales para investigar cuestiones de importancia fundamental que necesitaban un enfoque de investigación flexible, como las percepciones del SIDA en la comunidad, los factores determinantes y las limitaciones de la participación de los hogares vulnerables en los programas de asistencia humanitaria, y las oportunidades para fomentar el papel de los refugiados en el diseño, gestión y evaluación de los programas de asistencia. Los hallazgos se cotejaron entre múltiples entrevistas y con datos secundarios. Entre los participantes de las comunidades de refugiados y de acogida figuraban dirigentes de las comunidades de acogida locales y de refugiados formales y tradicionales; personal de establecimientos de salud; agentes de extensión de salud tradicionales y afiliados a organismos; beneficiarios de programas de organismos pertinentes, y personas que viven con el VIH (Recuadro 2). El Cuadro 1 presenta las cuestiones principales que se investigaron en las entrevistas con los grupos destinatarios, con los que se reunieron los equipos de misión en Zambia y Uganda.

Mapa 1. Campamentos de refugiados del ACNUR en Zambia, 2004 (ACNUR)



Mapa 2. Asentamientos de refugiados del ACNUR en Uganda, 2004 (ACNUR)



Contexto práctico para los entornos de refugiados

La *Evaluación Mundial Interorganismos de los Servicios de Salud Reproductiva para Refugiados y Desplazados Internos* de 2004 observó que podían apreciarse unos progresos significativos en la disponibilidad y el uso de los servicios de salud reproductiva en los entornos de refugiados estables en todo el mundo en el último decenio. Pese a esto, el campo del VIH ha experimentado una de las tasas de progreso más bajas.³⁹ Aunque la disponibilidad de preservativos, el uso de precauciones universales y la educación sobre el SIDA basada en la comunidad se habían aplicado en más de tres cuartas partes de los lugares estudiados, los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, la prevención de la transmisión maternoinfantil y la atención domiciliaria estaban presentes en una tercera a una quinta parte de los lugares estudiados. Después de poner en práctica intervenciones básicas relacionadas con el VIH en la fase de emergencia de acuerdo con el marco articulado por las Directrices del IASC para las Intervenciones relacionadas con el VIH/SIDA en Situaciones de Emergencia, hay que prestar servicios más exhaustivos de nivel parecido a los prestados a la población de acogida vecina. Dicho esto, los servicios sobre el VIH en los entornos de refugiados durante la fase posterior a la emergencia deben esforzarse por incluir, como mínimo, estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento, servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, y prevención de la transmisión maternoinfantil. No obstante, se han hecho progresos significativos durante los últimos años. A finales de 2004, los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias estaban disponibles como mínimo en 27 campamentos de refugiados en 10 países y abarcaban más de 917.000 personas, y los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil estaban disponibles como mínimo en cinco países en 15 campamentos y abarcaban más de 580.000 personas. Además, un número muy pequeño de refugiados tenía acceso a tratamiento antirretrovírico como mínimo en 13 países de África y Asia a través de una variedad de mecanismos formales e informales.⁴⁰

Una revisión de la programación del ACNUR relacionada con el VIH para los refugiados en 2003 deja entrever que aunque las oficinas en los países no siguen ningún enfoque de referencia, la programación basada en la alimentación y la nutrición aborda el VIH de dos maneras principales: pueden proporcionarse alimentos a los refugiados que viven con el VIH, incluido mediante un programa de atención domiciliaria, junto a otros refugiados con enfermedad crónica, y el apoyo alimentario y nutricional puede dirigirse a los huérfanos malnutridos y los niños vulnerables cuando se demuestra que es necesario.^{41,42}

Recuadro 2. Metodología

Zambia

Fechas de la investigación sobre el terreno:	Septiembre-octubre de 2003
Campamentos de refugiados visitados:	Campamento de Kala, distrito de Kawambwa (población aproximada 25.000) Campamento de Mwangi, distrito de Mporokoso (población aproximada 25.000)
Participantes en la investigación:	400 (aproximados), incluidos informadores clave y participantes en grupos de discusión
Organismos participantes:	ACNUR/Zambia, PMA/Zambia, Sociedad de la Cruz Roja de Zambia, Federación Internacional de la Cruz Roja, World Vision International, HODI, Aktion Afrika Hilfe, Right to Play

Uganda

Fechas de la investigación sobre el terreno:	Noviembre-diciembre de 2003
Campamentos de refugiados visitados:	Asentamiento de Kyangwali, distrito de Hoima (población aproximada 7.000) Asentamiento de Palorinya, distrito de Moyo (población aproximada 20.000)
Participantes en la investigación:	400 (aproximados), incluidos informadores clave y participantes en grupos de discusión
Organismos participantes:	Aktion Afrika Hilfe, Organización Africana para el Desarrollo y Emergencias, Agencia para la Cooperación y la Investigación en Desarrollo, Meeting Point, Asociación Madi de Héroe del SIDA, Asociación de Voluntarios en el Servicio Internacional, Hospital del distrito de Hoima, Hospital del distrito de Moyo, Programa de Salud de Adolescentes, Asociación de Jóvenes de Servicios contra el SIDA, Centro de Información sobre el SIDA y Profesionales de la Atención de Salud Tradicionales y Modernos Juntos contra el SIDA

Todos los emplazamientos

Grupos de discusión organizados:	
Personas que viven con el VIH:	Participantes en programas de atención basada en el domicilio; grupos comunitarios de personas que viven con el VIH
Sexo:	Grupos de mujeres; grupos de varones; grupos mixtos de mujeres y varones
Jóvenes:	Grupos de jóvenes de sensibilización sobre el SIDA
Comunidad de acogida:	Dirigentes de las comunidades de acogida (formales y tradicionales)
Estructuras de liderazgo:	Dirigentes de las comunidades de refugiados, miembros del comité de gestión de la distribución de alimentos, miembros del comité de gestión de salud
Proveedores de los servicios:	Personal de dispensarios y hospitales; voluntarios de salud de la comunidad; auxiliares de asesoramiento de la comunidad; educadores inter pares, curanderos tradicionales; auxiliares de parto tradicionales
Participantes en los programas:	Usuarios de los servicios de atención prenatal; beneficiarios de la distribución general de alimentos, usuarios de los servicios de los programas de alimentación suplementaria y terapéutica; participantes de actividades generadoras de ingresos dirigidas a hogares con poca mano de obra y vulnerables

Cuadro 1. Estrategia de las entrevistas: grupos destinatarios y ejemplos de cuestiones focales de las entrevistas

Ejemplos de cuestiones focales investigadas	
Grupo destinatario	
Gobierno y organismo	
Gobierno de distrito y local y dirigentes de la comunidad de acogida	<p>¿Cuáles son las políticas de la comunidad de acogida respecto a los refugiados, la seguridad alimentaria y la nutrición, y el VIH, particularmente en relación con la integración de los servicios en la comunidad de acogida?</p> <p>¿Qué apoyo presta el gobierno a los grupos de las comunidades de refugiados que trabajan y viven con el VIH?</p> <p>¿Cómo coordinan el gobierno local, los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones no gubernamentales la programación relacionada con el SIDA?</p>
Dirigentes de las comunidades de refugiados y consejo de bienestar de los refugiados	<p>¿Cuál es el papel de los dirigentes y los representantes de los refugiados en la supervisión y vigilancia de los programas de organismos relacionados con el VIH, la alimentación y la nutrición, y en el enlace entre las comunidades de refugiados y los organismos?</p> <p>¿De qué maneras pueden influir los refugiados en estos programas y cuánta influencia tienen?</p> <p>¿En qué medida es transparente el intercambio de información entre los dirigentes de las comunidades de refugiados, los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones no gubernamentales?</p>
Organismos de las Naciones Unidas	<p>¿Cómo se definen los grupos «vulnerables» para su selección?</p> <p>¿Cuáles son los criterios requeridos para recibir la ración completa y parcial?</p> <p>¿Qué programas se han implantado en relación con el VIH y la seguridad nutricional y alimentaria y qué cobertura tienen?</p> <p>¿De qué maneras el diseño de programas nutricionales refleja la preocupación por las personas afectadas por el SIDA, en relación con los principales tipos de intervenciones?</p> <p>¿Cómo se articula el VIH (por ej., como un problema de derechos humanos, un problema de protección)?</p> <p>¿Cómo se tiene en cuenta el estigma en el diseño y la ejecución de los programas?</p>
Organizaciones no gubernamentales	<p>En cuanto a las organizaciones no gubernamentales que trabajan en los sectores de la alimentación, salud, educación, agricultura, servicios comunitarios, carreteras/construcción, violencia sexual y basada en el sexo (véase Recuadro 2):</p> <p>¿Qué servicios se prestan a las personas que viven con el VIH y los huérfanos y niños vulnerables y cómo se prestan?</p> <p>¿Cómo afecta el estigma al diseño de los programas y la prestación de los servicios?</p>
Grupos sociodemográficos	
Grupos de personas que viven con el VIH	<p>¿Cuál es el papel de los grupos de personas que viven con el VIH en la remisión de las personas que se sospecha que tienen el VIH a los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarios y de prevención de la transmisión materno infantil?</p> <p>¿Qué puntos de entrada prometedores existen para fomentar la autosuficiencia alimentaria en los hogares afectados por el SIDA?</p> <p>¿Qué oportunidades y limitaciones existen para que los hogares afectados por el SIDA se beneficien de las actividades generadoras de ingresos y los proyectos de horticultura?</p> <p>¿Qué estrategias prometedoras pueden poner en práctica las personas que viven con el VIH para reducir el estigma (p. ej., testimonios)?</p> <p>¿Qué servicios se prestan a las personas que viven con el VIH y los huérfanos y niños vulnerables?</p> <p>¿Qué cobertura tienen estos programas y qué obstáculos hay para su uso y eficacia?</p> <p>¿Qué papeles pueden desempeñar las personas que viven con el VIH en la promoción del uso y la eficacia de los programas de atención basada en el domicilio?</p>
Mujeres	<p>¿Cómo perciben las mujeres la prevención de la transmisión materno infantil?</p> <p>¿Cuáles son las prácticas tradicionales de alto riesgo y las percepciones del riesgo asociadas a estas prácticas (por ej., extracción de los dientes frontales, lactancia materna, tatuajes, embarazo)? ¿Qué estrategias prometedoras existen en los entornos de refugiados para reducir estos riesgos?</p> <p>¿Cuáles son los principales determinantes de la buena disposición de las mujeres a revelar su estado serológico respecto al VIH a su conyuge/pareja?</p>
Varones y mujeres (grupo mixto)	<p>¿Cuáles son las percepciones del riesgo de contraer el VIH entre las comunidades de refugiados y de acogida?</p> <p>¿Qué apoyo existe en la comunidad para las personas que viven con el VIH (especialmente en relación con la preparación de los alimentos, la atención personal y los quehaceres domésticos)?</p> <p>¿Cuáles son las principales limitaciones para la seguridad alimentaria en las familias de refugiados afectados por el SIDA y cómo podrían movilizarse las comunidades de refugiados para sostener mejor la seguridad alimentaria de las familias afectadas?</p>
Grupos de jóvenes de sensibilización sobre el SIDA y clubes de asesoramiento posterior a la prueba	<p>¿Cuál es el papel de los clubes de asesoramiento posterior a la prueba en la reducción del estigma?</p> <p>¿Cuáles son las posibles contribuciones de los clubes de asesoramiento posterior a la prueba para fomentar el bienestar de las familias afectadas por el SIDA en la comunidad?</p>

Ejemplos de cuestiones focales investigadas	
Grupo destinatario	Proveedores de asistencia sanitaria (de extensión y basados en los establecimientos de salud, incluidos los voluntarios)
Directores de salud gubernamentales, personal de los establecimientos de salud (hospital, dispensario)	<p>¿Qué servicios relacionados con la nutrición y el VIH están disponibles para los refugiados? En cuanto a los programas de asesoramiento y pruebas voluntarios, ¿qué diferencia hay entre los servicios de asesoramiento y pruebas y las normas de práctica? (Estuches de pruebas, protocolos, notificación, confidencialidad, suministros/materiales, pruebas de detección, pruebas confirmatorias y pruebas rápidas tiebreaker, control de calidad)</p> <p>En cuanto a los programas de prevención de la transmisión maternoinfantil, ¿qué diferencia hay entre el asesoramiento sobre el embarazo, las pruebas, la atención perinatal y el asesoramiento sobre el parto y la alimentación, y las normas de práctica?</p> <p>¿Cuáles son los mensajes de orientación clave que se transmiten a las personas en relación con la prevención del VIH (p. ej., servicios de asesoramiento y pruebas voluntarios, prevención de la transmisión maternoinfantil y lactancia materna)?</p> <p>¿Qué capacitación y supervisión se proporciona a distintos niveles del personal de salud implicado en los programas de alimentación, nutrición y VIH?</p> <p>¿En qué medida está disponible el tratamiento antirretrovírico y quién tiene acceso a él?</p> <p>¿Hay servicios de salud integrados disponibles para las comunidades de refugiados y de acogidas? ¿Por qué o por qué no?</p> <p>¿Qué puntos de entrada existen para estimular el estado nutricional de los pacientes hospitalizados con el VIH (p. ej., huertos de demostración, alimentación hospitalaria)?</p> <p>¿Cuál es el estado de la coordinación con los trabajadores de salud de la comunidad?</p>
Trabajadores de salud de la comunidad (TSC)	<p>¿Cuál es el papel apropiado de los trabajadores de salud de la comunidad en el abordaje del estado nutricional y la infección por el VIH en la comunidad, incluido el abordaje de las creencias sobre la nutrición (p. ej., nutrición materna e infantil)?</p> <p>¿Cómo pueden programarse los recursos alimentarios para fomentar el funcionamiento y la capacidad de los trabajadores de salud de la comunidad?</p>
Auxiliares de asesoramiento de la comunidad (AAC), educadores inter pares (EIP), trabajadores de salud reproductiva de la comunidad (TSRC)	<p>¿Cómo se lleva a cabo la educación: cuáles son los mensajes y los materiales clave (p. ej., modelo del pene, preservativos masculinos, preservativos femeninos)?</p> <p>¿Qué diferencia hay entre la capacitación y el desempeño de los educadores en salud reproductiva y las normas de práctica?</p> <p>¿Qué puntos de entrada existen para fomentar la eficacia de esta intervención con los jóvenes en la comunidad?</p>
Proveedores de asistencia sanitaria (tradicionales)	
Curanderos tradicionales	<p>¿Qué prácticas de alto riesgo para la transmisión del VIH se ejercen y qué puntos de entrada prioritarios existen para reducir el riesgo asociado a estas prácticas?</p> <p>¿Cómo pueden los curanderos tradicionales dedicarse a remitir a personas que se sospecha que están infectadas por el VIH para garantizar el ofrecimiento inmediato de pruebas y tratamiento, cuando esté indicado, mediante la colaboración con los servicios de salud integrados basados en el dispensario?</p>
Auxiliares de parto tradicionales	<p>¿Qué prácticas de alto riesgo para la transmisión del VIH se ejercen y qué puntos de entrada prioritarios existen para reducir el riesgo asociado a estas prácticas?</p> <p>¿Cómo pueden los auxiliares de parto tradicionales dedicarse a mejorar las remisiones de mujeres o lactantes que se sospecha que padecen la infección por el VIH y aumentar la colaboración con los servicios de salud integrados basados en el dispensario que pueden garantizar el ofrecimiento inmediato de pruebas y tratamiento, cuando esté indicado, para las personas que viven con el VIH?</p> <p>¿Qué puntos de entrada prometedores existen para la integración de la prevención de la transmisión del VIH en su trabajo?</p> <p>¿Cuáles son sus aptitudes y actitudes respecto a la sensibilización sobre el VIH, respecto a la alimentación infantil?</p> <p>¿Qué medidas se toman si sospechan de la presencia del VIH?</p> <p>¿Cuáles son sus servicios en relación con el VIH en las mujeres (p. ej., información/educación proporcionada sobre el parto, la alimentación infantil, la higiene y el destete rápido)?</p> <p>¿Qué capacitación recibieron y qué materiales utilizan para reducir el riesgo (p. ej., estuches para un parto limpio)?</p>

Ejemplos de cuestiones focales investigadas	
Grupo destinatario	Personal y beneficiarios del programa
Personal y participantes de los servicios de atención prenatal (APN) y prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI)	<p>¿Cuál es el estado de la atención prenatal y la prevención de la transmisión maternoinfantil en cuanto a la disponibilidad y el uso de los servicios?</p> <p>¿Qué información/educación se proporciona sobre la alimentación infantil y el VIH durante la atención prenatal y a los participantes de los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil?</p> <p>¿La prevención de la transmisión maternoinfantil incluye la nevirapina, el parto limpio, la leche maternizada, el asesoramiento sobre la lactancia materna o el tratamiento antirretrovírico para la mujer?</p> <p>¿Cuál es la capacidad de los trabajadores de la atención de salud para llevar a cabo el asesoramiento sobre la prevención de la transmisión maternoinfantil? ¿El asesoramiento se proporciona individualmente o en grupo?</p>
Personal y participantes de la distribución general de alimentos (DGA)	<p>¿Qué puntos de entrada existen para modificar el diseño de la distribución general de alimentos a fin de abordar mejor las necesidades de las familias afectadas por el VIH, incluida la modificación de la ración o la modificación de los factores de distribución?</p> <p>¿Cómo puede utilizarse la distribución general de alimentos como una oportunidad para llevar a cabo actividades de prevención del VIH?</p>
Personal y participantes de los programas de alimentación suplementaria (PAS)	<p>¿Qué puntos de entrada existen para modificar el diseño de los programas de alimentación suplementaria a fin de abordar mejor las necesidades de las familias afectadas por el VIH aceptadas en el programa, incluida la modificación de la ración o la modificación de los factores de distribución?</p> <p>¿Cómo pueden utilizarse los programas de alimentación suplementaria como una oportunidad para llevar a cabo actividades de prevención del VIH y cómo pueden vincularse a una atención de seguimiento apropiada cuando el participante manifiesta interés en los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarios, la prevención de la transmisión maternoinfantil o el tratamiento antirretrovírico?</p>
Personal y participantes de los programas de alimentación terapéutica (PAT)	<p>¿Qué puntos de entrada existen para modificar el diseño de los programas de alimentación terapéutica a fin de abordar mejor las necesidades de las familias afectadas por el SIDA?</p> <p>¿Cómo pueden utilizarse los programas de alimentación terapéutica como una oportunidad para llevar a cabo actividades de prevención del VIH y cómo pueden vincularse a una atención de seguimiento apropiada cuando el participante manifiesta interés en los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarios, la prevención de la transmisión maternoinfantil y el tratamiento antirretrovírico?</p>
Personal y participantes de los programas de actividades generadoras de ingresos (AGI)	<p>¿Cuáles son los efectos de la participación en actividades generadoras de ingresos sobre la seguridad alimentaria?</p> <p>¿Qué opciones programáticas prometedoras existen para aceptar hogares con poca mano de obra (p. ej., hogares dirigidos por mujeres afectadas por el SIDA)?</p>
Participantes en programas de atención basada en el domicilio (ABD)	<p>¿Cuáles son los criterios de aplicabilidad (p. ej., es necesario mostrar una prueba del estado serológico respecto al VIH; es necesario recibir tratamiento contra la tuberculosis o presentar otros síntomas de enfermedad relacionada con el VIH)?</p> <p>¿Qué raciones alimentarias se dan a los pacientes y/o los hogares y qué factores programáticos parecen estar asociados al éxito de esta intervención?</p>
Comités	
Miembros del comité de violencia sexual y basada en el sexo	<p>¿Cuáles parecen ser los principales factores de riesgo para la violencia sexual y basada en el sexo en la comunidad, especialmente en relación con las intervenciones humanitarias?</p> <p>¿Qué factores parecen estar asociados a la buena disposición a notificar un incidente, la buena disposición a continuar con el proceso legal?</p> <p>¿Cuáles son las repercusiones de la notificación de la violencia sexual y basada en el sexo sobre el acceso a las oportunidades económicas y las relaciones sociales para las víctimas?</p>
Miembros del comité de gestión de la distribución de alimentos	<p>¿Cómo puede el comité dedicarse a proporcionar educación nutricional, especialmente para los hogares que se enfrentan a morbilidad?</p> <p>¿Cuál es la capacitación recibida, los niveles de conocimientos y las percepciones en el seno del comité de gestión de la distribución de alimentos del SIDA?</p> <p>¿Qué puntos de entrada existen para participar en la atención basada en el domicilio, los grupos teatrales, etc., que incorporan la prevención del VIH?</p>
Miembros del comité de gestión de salud	<p>¿Qué capacidad tienen los miembros del comité para generar una colaboración eficaz entre el personal del establecimiento de salud, los agentes de extensión y los voluntarios?</p>

Colaboración interorganismos de las Naciones Unidas

La naturaleza profundamente intersectorial de la epidemia de VIH desafía tanto a la comunidad humanitaria como del desarrollo a unir sus fuerzas en una medida que no se ha visto en otros sectores. Esta iniciativa conjunta unió a tres organismos de las Naciones Unidas –el ACNUR, el PMA y el UNICEF– en torno al objetivo común de inspirarse en la experiencia y los conocimientos sobre el terreno a fin de identificar oportunidades para respaldar la prevención del VIH y la atención, tratamiento y apoyo para los refugiados.

La misión se benefició de múltiples niveles de participación de organismos en el trabajo sobre el terreno:

- Asesores técnicos principales de la oficina central en campos relacionados con el VIH además de la seguridad nutricional y alimentaria.
- Asesores técnicos principales regionales y de país en campos relacionados con el VIH, incluidas la prevención de la transmisión maternoinfantil, la salud, la nutrición y la comunicación.
- Personal de los organismos destinado en las oficinas de distrito y locales y en los campamentos/asentamientos de refugiados.

Después del trabajo sobre el terreno, representantes a nivel central, regional y de país contribuyeron mucho al desarrollo y revisión del manual definitivo. El documento también se benefició considerablemente de las revisiones de expertos realizadas por colegas del mundo académico, el sistema de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales y USAID.

El ACNUR y el PMA son copatrocinadores recientes del ONUSIDA; ambos se centran principalmente en las situaciones humanitarias. La presencia continuada del UNICEF en 155 oficinas de países en todo el mundo –muchas establecidas desde hace más de 20 años– supone que con frecuencia está sobre el terreno mucho antes, y después, de que se produzca la crisis o la situación inestable. La iniciativa conjunta ha ayudado a fomentar y demostrar la necesidad de programas del VIH innovadores y orientados a estas poblaciones afectadas, tanto internos como entre la familia del ONUSIDA en su conjunto. También ha ayudado a definir los intereses y los papeles de varios copatrocinadores respecto al VIH y los refugiados y ha establecido un modelo de colaboración para el futuro. De modo parecido, estableció un modelo de investigación con un alto grado de interacción con los propios refugiados y participación de los mismos, que fue un componente fundamental de esta actividad.

Hallazgos de la iniciativa interorganismos

La iniciativa identificó 20 estrategias programáticas integradas que debe considerarse que forman parte de la batería de opciones de que disponen los organismos humanitarios para luchar contra la epidemia. Las 20 estrategias implican de algún modo vínculos con la asistencia alimentaria (ayuda alimentaria o recursos relacionados con la alimentación, como semillas y utensilios). La selección de las estrategias programáticas integradas apropiadas debe venir determinada por los objetivos del organismo, que a su vez se basan en el análisis epidemiológico y de la situación de la población de refugiados.

Estrategias programáticas integradas

Las intervenciones se resumen a continuación. Por motivos de conveniencia, cada estrategia programática puede clasificarse en una de tres categorías a lo largo de un eje de intervención alimentaria y nutricional y un eje de intervención relacionada con el VIH.

Intervenciones relacionadas con el VIH

- Prevención del VIH, incluida la prevención de la transmisión materno-infantil
- Atención y apoyo para las personas que viven con el VIH y sus familias, y los niños afectados por el SIDA (entre ellos huérfanos y niños vulnerables)
- Atención de salud y tratamiento para las personas que viven con el VIH y sus familias

Intervenciones alimentarias y nutricionales

- Distribución de alimentos y nutrición de emergencia
- Alimentos para el apoyo a la formación, al desarrollo de la capacidad y el apoyo institucional
- Seguridad alimentaria y de los medios de vida de los hogares

La iniciativa examinó cada uno de estos posibles vínculos; esto es, cómo cada categoría de intervención alimentaria y nutricional puede modificarse para fomentar la prevención, atención y apoyo, y la asistencia sanitaria y tratamiento relacionados con el VIH en las poblaciones beneficiarias. La iniciativa observó que aunque la ayuda alimentaria es menos flexible desde el punto de vista programático que el dinero en efectivo en respuesta a las emergencias, cuando la ayuda alimentaria está justificada basándose en los datos sobre la seguridad alimentaria y la nutrición (o en ausencia de datos concluyentes, en que la necesidad es evidente), existen muchas maneras de programar los recursos alimentarios para abordar mejor el VIH en las comunidades beneficiarias. Cada una de las 20 estrategias programáticas integradas en el documento final incluye componentes del diseño de las intervenciones relacionadas con el VIH (como mínimo una de las tres categorías mencionadas antes) y componentes del diseño de las intervenciones alimentarias y nutricionales para los entornos de refugiados. Para cada estrategia, el documento resume los siguientes puntos:

1. Datos que hay que buscar que indican que el programa está justificado, una condición previa para el éxito.
2. Objetivos específicos que cada estrategia se propone alcanzar.
3. Factores clave que deben tenerse en cuenta al aplicar la estrategia, relacionados específicamente con la colaboración y coordinación institucional, el énfasis en los enfoques participativos y dirigidos por la comunidad, y la logística de la puesta en práctica.

4. Indicadores seleccionados de proceso, producto, resultados e impacto para vigilar y evaluar la estrategia sobre el terreno.
5. Para la mayoría de las estrategias, las experiencias compartidas por los refugiados y los organismos asociados durante la misión sobre el terreno, donde se aplicó o debería haberse aplicado la estrategia.

Principales hallazgos

1. **Aunque la alimentación es un medio eficaz para abordar el sumamente complejo problema de salud pública del VIH, existen numerosas oportunidades para perfeccionar el uso de los programas basados en la alimentación y la nutrición con miras a apoyar la prevención del VIH y la atención, tratamiento y apoyo de las personas infectadas y afectadas por el VIH.** La ejecución de estas estrategias programáticas integradas debe ir precedida de una evaluación cuidadosa para determinar si la alimentación es un recurso programático apropiado, ya que los programas basados en la alimentación deben justificarse en primer lugar basándose en datos sobre la seguridad nutricional y/o alimentaria. En los casos en que los alimentos están justificados, la flexibilidad y creatividad de la programación revelan una variedad de puntos de entrada para modificar *cómo se utilizan estos recursos*, a fin de ayudar a prevenir la transmisión del VIH y atenuar los efectos de la epidemia.
2. **La integración de los refugiados y las comunidades de acogida vecinas a nivel de evaluación, programa y política es fundamental para abordar la epidemia satisfactoriamente.** La evaluación del diseño del programa de manera integrada tanto en las comunidades de refugiados como en las de acogida es imprescindible porque los efectos del desplazamiento sobre la epidemia vienen determinados en gran parte por la frecuencia y la naturaleza de las interacciones entre los refugiados y las comunidades de acogida, además de los niveles de prevalencia del VIH antes del conflicto. Las entrevistas con los refugiados pusieron de relieve la necesidad de realizar esta evaluación directamente con los refugiados y las comunidades de acogida, mediante una variedad de entrevistas preparadas para permitir examinar factores de política y políticos, económicos y socioculturales relacionados con esta interacción.
3. **La investigación cualitativa, las estrategias de comunicación participativas, el compromiso y las iniciativas de la comunidad deben sostener el desarrollo de los programas en los entornos de refugiados estables.** La mayoría de las comunidades de refugiados están suficientemente arraigadas para ir más allá de los programas de emergencia típicos: más del 60 % de los refugiados del mundo llevan como mínimo diez años establecidos, lo que implica que el compromiso participativo y las iniciativas que se utilizan habitualmente en los programas de desarrollo comunitario también pueden emplearse en los entornos de refugiados.
4. **Los refugiados deben desempeñar papeles de liderazgo auténticos en el diseño, ejecución y evaluación de los programas de salud para refugiados.** Lejos de ser receptores pasivos de la asistencia humanitaria, los refugiados poseen aptitudes para desarrollar más programas de salud orientados a refugiados impulsados por la comunidad para evitar la transmisión del VIH y proporcionar atención, tratamiento y apoyo. Se recomienda que cuando pueda crearse un Comité del SIDA en las comunidades de refugiados, éste debe servir como organismo coordinador ampliamente participativo y multisectorial para todos los programas relacionados con el VIH destinados a refugiados. El Comité del SIDA debe coordinarse con el Comité de Gestión de la Distribución de Alimentos sobre cuestiones relacionadas con la alimentación, la nutrición y el VIH. Para facilitar esta coordinación, el Comité de Gestión de la Distribución de Alimentos debe tener un punto focal del VIH; de igual modo, el Comité del SIDA debe tener un Punto Focal de Alimentación y Nutrición, encargado de actuar de enlace con las actividades relacionadas con la alimentación y la nutrición.

- 5. Los programas de alimentación y nutrición para refugiados que se aplican con mayor frecuencia –programas de distribución general de alimentos y de alimentación suplementaria, terapéutica y escolar– pueden integrarse en las estrategias de prevención del VIH mediante la incorporación de actividades de comunicación para el cambio de comportamiento, de compromiso y de iniciativas de la comunidad (estrategias 1-4).**⁴³ La ejecución de un programa debe basarse en los tres pasos precedentes. En primer lugar, hay que realizar una evaluación del VIH para determinar la prevalencia aproximada del VIH en la población (utilizando indicadores representativos si no se han llevado a cabo encuestas de vigilancia centinela o basadas en la población) y en las poblaciones de mayor riesgo de exposición al VIH para determinar las principales fuentes de infección. En segundo lugar, hay que llevar a cabo investigaciones formativas cualitativas a fin de crear mensajes apropiados sobre el VIH para el público destinatario del programa, que está claro que difiere muchísimo entre estos cuatro tipos de intervenciones. En tercer lugar, una evaluación de las operaciones debe ayudar a asegurar que la incorporación de las actividades relacionadas con el VIH no restará eficacia al programa de alimentación/nutrición en sí, considerando factores operativos clave como la planificación de los emplazamientos y la planificación de los recursos de personal apropiados. Los miembros del personal de los programas de alimentación/nutrición necesitarán capacitación adicional sobre el VIH si se incorporan estas actividades, aunque grupos externos lleven a cabo la educación sobre el SIDA. Puede que estas estrategias programáticas tengan un mayor efecto si la epidemia está generalizada (esto es, una prevalencia entre la población de como mínimo el 1%) que si sólo están afectadas poblaciones concretas con alto riesgo de infección.

El punto de partida para la puesta en práctica de estas actividades es el establecimiento del Comité del SIDA y el Comité de Gestión de la Distribución de Alimentos, para supervisar el desarrollo de los programas. Es importante que estas actividades de comunicación para el cambio de comportamiento centradas en la prevención estén vinculadas y estrechamente coordinadas con los servicios de salud (incluidos los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, la prevención de la transmisión materno-infantil y la atención de las enfermedades oportunistas), de bienestar social y de protección. Si el programa de alimentación/nutrición es un programa de alimentación suplementaria, puede vincularse a los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias y la prevención de la transmisión materno-infantil. El objetivo de las iniciativas de comunicación para el cambio de comportamiento debe ser abordar la alimentación segura del lactante en el contexto del VIH. Cuando la alimentación sustitutiva no es aceptable, factible, asequible, segura y sostenible, la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida es vital. El compromiso de los grupos de música, danza y teatro de la comunidad ayuda a reducir el riesgo de estigmatización asociado a la enfermedad y a desarrollar aptitudes pedagógicas sobre salud en estos grupos.

- 6. Los programas de alimentación y nutrición pueden respaldar el objetivo de suministro de atención y apoyo para las personas que viven con el VIH y los grupos vulnerables mediante: la modificación de las raciones para satisfacer mejor las necesidades nutricionales de las personas que viven con el VIH y sus familias, la modificación de factores operativos de los programas para asegurar el acceso de las personas que viven con el VIH y el fortalecimiento de la seguridad alimentaria y de los medios de vida de los hogares afectados por el SIDA (estrategias 5-12).** La infección por el VIH aumenta las necesidades nutricionales en un 10% en el caso de la infección por el VIH asintomática y en un 20-30% en el caso de la infección por el VIH sintomática o el SIDA.⁴⁴ La importancia de una ración general apropiada es mayor en las poblaciones afectadas por el SIDA. Aunque todavía no se han establecido directrices basadas en los datos sobre cómo hay que ajustar el contenido energético de una ración general en vista del VIH, el costo que supondría aumentar la ración para que todos los beneficiarios satisficieran las mayores necesidades nutricionales de las personas que viven con el VIH sería considerable, mientras que el aumento de la ración para satisfacer las necesidades nutricionales medias (incluidas las personas infectadas por el VIH y las no

infectadas) se traduciría en alteraciones mínimas en la ración. La garantía del suministro de la ración completa sin interrupción debe tener prioridad absoluta, con un 10-12% de la energía total procedente de las proteínas y como mínimo un 17% de las grasas. No existen pruebas de que las personas infectadas por el VIH necesiten ingerir más proteínas. Debe llevarse a cabo una evaluación local para determinar si hay que utilizar recursos adicionales con miras a aumentar la ración general o apoyar los programas de alimentación dirigidos a las personas que viven con el VIH.

Aparte de aumentar la ración general, los cambios operativos pueden ayudar a asegurar que las personas que viven con el VIH tienen acceso a la ración general, incluidos: el suministro de alimentos básicos molidos y enriquecidos con micronutrientes antes que cereales solos; de mezclas de alimentos enriquecidos, y el reclutamiento de asistentes sociales o voluntarios de la comunidad para distribuir la ración directamente a las familias que, debido a la enfermedad, pueden tener dificultades para ir a buscar la ración.

En los casos en que la ración general no se ha aumentado para tener en cuenta el VIH, pueden ponerse en práctica programas orientados de alimentación suplementaria, especialmente cuando los criterios requeridos para recibirla se amplían para ofrecer apoyo nutricional a las personas que viven con el VIH. En este caso, el programa de alimentación suplementaria debe estar estrechamente coordinado con los establecimientos de salud. Una limitación sumamente importante de los programas orientados de alimentación suplementaria es la preferencia por las personas que son seropositivas, conocen su estado serológico y están dispuestas a revelarlo, y están físicamente enfermas, con lo cual la mayor parte de la población que vive con el VIH queda excluida.

El suministro de una ración a través de programas de alimentación escolar como intervención relacionada con el VIH tan sólo debe tenerse en cuenta cuando se ha demostrado claramente que la disminución de la asistencia a la escuela de los niños que viven en hogares afectados por el VIH puede invertirse con la distribución de alimentos en la escuela. Este tipo de intervención debe considerarse una medida a corto plazo hasta que puedan ponerse en práctica medidas de apoyo a más largo plazo para los hogares afectados por el VIH. De modo parecido, el suministro de una ración a las familias de acogida y los orfanatos puede asegurar que se satisfacen las necesidades alimentarias de los huérfanos y niños vulnerables durante las crisis alimentarias, pero se necesitan programas de seguridad alimentaria más exhaustivos a largo plazo.

Los programas de seguridad alimentaria clave que deben tenerse en cuenta incluyen huertos caseros y parcelas agrícolas (con el apoyo apropiado), actividades generadoras de ingresos, microcréditos y banca comunitaria, y capacitación y desarrollo de aptitudes. Los alimentos y los recursos relacionados con los alimentos (por ej., semillas, utensilios) pueden utilizarse como insumos del programa al igual que sucede con los proyectos de huertos caseros; otra posibilidad es utilizar los alimentos para permitir a las personas que viven con el VIH participar en programas de capacitación y otras actividades.

7. **El apoyo nutricional y la educación nutricional pueden establecerse como componentes integrales de los servicios sanitarios y de tratamiento que utilizan las personas que viven con el VIH, por ejemplo mediante programas de servicios para pacientes hospitalizados, de atención domiciliaria y de tratamiento antirretrovírico (estrategias 13-16).** Las repercusiones logísticas y financieras de un programa de alimentación para pacientes hospitalizados pueden justificarse cuando un elevado porcentaje de pacientes hospitalizados buscan atención para enfermedades relacionadas con el VIH y cuando se sabe o se sospecha que la carencia de alimentos lleva a resultados de salud adversos en estos pacientes. Para evitar la estigmatización, la alimentación de los pacientes hospitalizados abarcaría a todos los pacientes, antes que centrarse en las personas que viven con el VIH.

Para mejorar el estado nutricional a más largo plazo, este programa debe ir acompañado de educación nutricional. Una actividad que ha demostrado tener éxito sobre el terreno es el establecimiento de huertos de demostración en hospitales, que proporcionan alimentos para el programa de alimentación de pacientes hospitalizados y permiten llevar a cabo educación sobre el cultivo y la preparación higiénica de los cultivos ricos en nutrientes para las personas que padecen enfermedad aguda y crónica.

Al mismo tiempo, el apoyo nutricional puede integrarse en la asistencia sanitaria a nivel comunitario para las personas que viven con el VIH. Los programas de atención domiciliaria y otros programas de tratamiento antirretrovírico pueden proporcionar una ración suplementaria con educación nutricional. Lo ideal sería que la ración comprendiera mezclas de alimentos enriquecidos, con los cereales y los granos enriquecidos antes de la distribución, además de fruta y verdura fresca si es posible. El suministro de la ración está destinado a aumentar la eficacia del tratamiento para inhibir el virus, aumentar la fortaleza física de la persona y fomentar la salud y la inmunidad generales.

8. Los recursos alimentarios y nutricionales pueden utilizarse para apoyar las actividades de formación y desarrollo de la capacidad para los proveedores de atención relacionada con el VIH basada en el dispensario y basada en la comunidad o para apoyar el establecimiento o mantenimiento de actividades relacionadas con el SIDA a nivel comunitario (estrategias 17-20).

Al igual que sucede con todos los programas basados en la alimentación, el uso de los alimentos como incentivo debe tener lugar después de realizar una evaluación cuidadosa que determine que los alimentos son un incentivo apropiado. En los casos en que esto está asegurado, los alimentos pueden utilizarse para respaldar la capacitación de los proveedores de asistencia sanitaria formal/basada en el dispensario (por ej., enfermeras y auxiliares), los proveedores de asistencia sanitaria tradicional/basada en la comunidad (por ej., curanderos tradicionales, auxiliares de parto tradicionales) y otros especialistas de la comunidad que pueden desempeñar un papel fundamental en los esfuerzos contra el VIH. Aunque con frecuencia los entornos de refugiados estables presentan una mejor disponibilidad de servicios de salud que las comunidades de acogida vecinas, frecuentemente los refugiados utilizan una combinación de servicios de salud basados en el dispensario y tradicionales. Obtener el apoyo del personal de salud en los esfuerzos de educación, prevención, atención y tratamiento relacionados con el VIH exige el desarrollo de las capacidades del personal de salud basado en el dispensario y tradicional, en asociación cuando sea posible.

INCORPORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL VIH EN LOS PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN ENTORNOS DE REFUGIADOS

Incorporación de la prevención del VIH en los programas de alimentación y nutrición

- ✕ **Estrategia 1** Incorporación en un programa de distribución general de alimentos de actividades diseñadas para fomentar el compromiso y las iniciativas de la comunidad en relación con la prevención del VIH
- ✕ **Estrategia 2** Incorporación de actividades de sensibilización sobre el SIDA y prevención del VIH en un programa de alimentación suplementaria
- ✕ **Estrategia 3** Incorporación de actividades de sensibilización sobre el SIDA y prevención del VIH en un programa de alimentación terapéutica
- ✕ **Estrategia 4** Incorporación en un programa de alimentación escolar de actividades diseñadas para fomentar los conocimientos/el compromiso en relación con el VIH entre los jóvenes

Incorporación de la atención y apoyo para los grupos vulnerables afectados por el VIH en los programas de alimentación y nutrición

- ✕ **Estrategia 5** Modificación de un programa de distribución general de alimentos para satisfacer mejor las necesidades de las personas afectadas por el VIH
- ✕ **Estrategia 6** Modificación de un programa de alimentación suplementaria para satisfacer mejor las necesidades de subgrupos de población afectados por el VIH
- ✕ **Estrategia 7** Apoyo a las familias y niños afectados por el SIDA mediante un programa de alimentación escolar
- ✕ **Estrategia 8** Apoyo a las familias y niños afectados por el SIDA mediante el suministro de una ración complementaria para las familias de acogida y los orfanatos
- ✕ **Estrategia 9** Apoyo al establecimiento de huertos caseros y parcelas agrícolas para las personas que viven con el VIH y para las familias afectadas por el SIDA
- ✕ **Estrategia 10** Apoyo a las actividades generadoras de ingresos, microcréditos y banca comunitaria, formación y otras actividades de desarrollo de la capacidad para las personas que viven con el VIH y las familias afectadas por el SIDA
- ✕ **Estrategia 11** Apoyo a los proyectos de alimentos por trabajo (APT) que emplean o asisten directamente a personas que viven con el VIH y miembros de familias afectadas por el SIDA
- ✕ **Estrategia 12** Apoyo para permitir y fomentar la participación de las personas infectadas por el VIH en grupos de la comunidad formados por personas que viven con el VIH

INCORPORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ALIMENTARIAS Y NUTRICIONALES EN LOS PROGRAMAS DEL VIH EN ENTORNOS DE REFUGIADOS

Incorporación del apoyo alimentario y nutricional en los servicios sanitarios y de tratamiento para las personas que viven con el VIH

- ✕ **Estrategia 13** Establecimiento de un programa de alimentación para pacientes hospitalizados/en el dispensario con educación nutricional
- ✕ **Estrategia 14** Establecimiento de un huerto de demostración en el hospital/dispensario con educación nutricional
- ✕ **Estrategia 15** Integración de una ración suplementaria y educación nutricional en un programa de atención domiciliaria
- ✕ **Estrategia 16** Integración de una ración suplementaria y educación nutricional en un programa de tratamiento antirretrovírico

Incorporación de los recursos alimentarios y nutricionales para apoyar las actividades de formación y desarrollo de la capacidad para proveedores de atención relacionada con el SIDA basada en el dispensario y basada en la comunidad o para apoyar el establecimiento o mantenimiento de actividades relacionadas con el VIH a nivel comunitario

- ✕ **Estrategia 17** Apoyo a la formación y otras actividades de desarrollo de la capacidad para los proveedores de atención sanitaria formal y tradicional
- ✕ **Estrategia 18** Apoyo a la formación y otras actividades de desarrollo de la capacidad para los especialistas de la comunidad que pueden desempeñar un papel fundamental en los esfuerzos de prevención del VIH
- ✕ **Estrategia 19** Apoyo a los voluntarios de salud de la comunidad dedicados a la prevención del VIH o el cuidado de las personas que viven con el VIH y las familias afectadas por el SIDA
- ✕ **Estrategia 20** Apoyo a las actividades de sensibilización y movilización comunitarias de las personas que viven con el VIH

Referencias

- ¹ ACNUR. A Field Experience: Assessment of HIV/AIDS behaviour change communication strategies employed by NGOs in Kakuma refugee camp, Kenya. Ginebra, 2002. Disponible en: <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/protect/opendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=4028af224>. Consultado el 10 de agosto de 2005.
- ² OMS. Nutrient Requirements for People living with HIV/AIDS. Ginebra: OMS, 2003. Disponible en: http://www.who.int/nut/documents/hivaids_nut_require.pdf. Consultado: 10 de agosto de 2005.
- ³ Harvey P. "HIV/AIDS and Humanitarian Action." HPG Research Briefing, Núm. 14, abril de 2004, p. 3.
- ⁴ ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004. Resumen de orientación, p. 3.
- ⁵ Spiegel PB. HIV/AIDS among Conflict-affected and Displaced Populations: Dispelling Myths and Taking Action. *Disasters* 2004;28(3):322-39.
- ⁶ Comunicación personal, Dr. Paul Spiegel, Oficial técnico superior sobre el VIH, ACNUR.
- ⁷ Mock NB, Duale S, Brown LF, Mathys E, O'Maonaigh HC, Abul-HYusn Nina KL, Elliot S. Conflict and HIV: A framework for risk assessment to prevent HIV in conflict-affected settings in Africa. *Emerg Themes Epidemiol* 2004;1(1):6.
- ⁸ Hankins CA, Friedman SR, Zafar T, Strathdee SA. Transmission and prevention of HIV and sexually transmitted infections in war settings: implications for current and future armed conflicts. *Aids* 2002;16(17):2245-52.
- ⁹ Spiegel P, Sheik M, Gotway-Crawford C, Salama P. Health programmes and policies associated with decreased mortality in displaced persons in post-emergency phase camps: a retrospective study. *Lancet* 2002; 360: 1927-34.
- ¹⁰ Spiegel P, Nankoe A. UNHCR, HIV/AIDS and refugees: lessons learned. *Forced Migration Review* 2004;19:21-23.
- ¹¹ Gillespie S y S Kadiyala. Evidence Base: HIV/AIDS and Food Security. Washington DC: IFPRI, 2004.
- ¹² OMS. Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS. Ginebra: OMS, 2003.
- ¹³ ACNUR. Interagency global evaluation of reproductive health services for refugees and internally displaced persons. Ginebra: ACNUR, 2004.
- ¹⁴ ACNUR y Save the Children (RU). Note for Implementing and Operational Partners by UNHCR and Save the Children-UK on Sexual Violence & Exploitation: The Experience of Refugee Children in Guinea, Liberia and Sierra Leone. Ginebra: ACNUR, 2002.
- ¹⁵ PMA. Internet: <http://www.wfp.org/index.asp?section=1>. Consultado: 30 de enero de 2005.
- ¹⁶ PMA/EB.3/2004/4-F (octubre de 2004). "Consolidated Framework of WFP Policies: An Updated Version." Roma: PMA, 2004.
- ¹⁷ OMS. Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa. Durban: 10-13 de abril de 2005.
- ¹⁸ OMS. Participants' Statement. Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa. Durban: 10-13 de abril de 2005.
- ¹⁹ Asamblea General de las Naciones Unidas: Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA. Naciones Unidas y ONUSIDA; 2001.
- ²⁰ Harvey P. HIV/AIDS and Humanitarian Action. ODI HPG, p. 2.
- ²¹ Griekspoor A, Spiegel P, Aldis W, Harvey P: The health sector gap in the southern Africa crisis in 2002/2003. *Disasters* 2004, 28:388-404.
- ²² ONUSIDA. Internet: <http://www.unaids.org/en/about+unaids/what+is+unaids.asp>. Consultado el 30 de enero de 2005.
- ²³ ACNUR. Internet: <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/basics>. Consultado el 30 de enero de 2005.
- ²⁴ ACNUR. UNHCR's Strategic Plan 2005-2007: Fighting HIV and AIDS Together with Refugees. Ginebra: ACNUR, 2005.
- ²⁵ PMA/EB.1/2003/4-B (febrero de 2003). "Programming in the Era of AIDS: WFP's Response to HIV/AIDS. Roma: PMA, 2003.
- ²⁶ PMA/EB.3/2004/4-F (octubre de 2004). "Consolidated Framework of WFP Policies: An Updated Version." Roma: PMA, 2004.
- ²⁷ UNICEF. Fighting HIV/AIDS: Strategies for Success 2002-2005. Nueva York: UNICEF, 2002.
- ²⁸ The Framework for the Protection, Care and Support of Orphans and Vulnerable Children Living in a World with HIV and AIDS.
- ²⁹ Comité Permanente Interorganismos (IASC). Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings. Ginebra: Grupo de Referencia del IASC, 2004.
- ³⁰ Anteriormente conocido como el Consorcio de Derechos de Salud Reproductiva de los Refugiados.
- ³¹ ACNUR. Reproductive Health in Refugee Settings: an Interagency Field Manual. Disponible en: <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/protect/opendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=403a0f6c8>. Consultado el 10 de agosto de 2005.
- ³² ONUSIDA. "Three Ones" key principles. Conference paper 1: Washington Consultation 25.04.04.
- ³³ U.S. Committee for Refugees and Immigrants (USCRI). World Refugee Survey 2004. Washington DC: USCRI, 2004.
- ³⁴ ONUSIDA, ACNUR. Strategies to support the HIV-related needs of refugees and host populations. Ginebra: Colección "Prácticas Óptimas" del ONUSIDA, 2005.
- ³⁵ OMS y ONUSIDA. Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: A Report on "3 by 5" and Beyond. Ginebra: OMS, 2006.
- ³⁶ ACNUR. UNHCR's Strategic Plan 2005-2007: Fighting HIV and AIDS Together with Refugees. Ginebra: ACNUR, 2005.
- ³⁷ ACNUR/PMA. Integration of HIV/AIDS Activities with Food and Nutrition Support in Refugee Settings: Specific Programme Strategies. Disponible en: <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/protect/opendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=4215c7dd2>. Consultado el 10 de agosto de 2005.
- ³⁸ UNHCR Global Appeal 2005. Disponible en: <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/template?page=publ&src=static/ga2005/ga2005toc.htm>. Accessed: August 10, 2005.

³⁹ UNHCR. Interagency Global Evaluation of Reproductive Health Services for Refugees and Internally Displaced Persons. Disponible en: <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/publ/opendoc.pdf?tbl=PUBL&id=41c846f44>. Accessed: August 10, 2005.

⁴⁰ ACNUR. HIV/AIDS and Refugees: Report on UNHCR's HIV/AIDS Programmes and Activities in 2003. Ginebra: ACNUR, 2004.

⁴¹ ACNUR. HIV/AIDS and Refugees: Summaries of Missions in 2003. Ginebra: ACNUR, 2004.

⁴² ACNUR. HIV/AIDS and Refugees: Report on UNHCR's HIV/AIDS Programmes and Activities in 2003. Ginebra: ACNUR, 2004.

⁴³ CNUR. A Field Experience: Assessment of HIV/AIDS behaviour change communication strategies employed by NGOs in Kakuma refugee camp, Kenya. Ginebra, 2002. Disponible en: <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/protect/opendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=4028af224>. Consultado el 10 de agosto de 2005.

⁴⁴ OMS. Nutrient Requirements for People living with HIV/AIDS. Ginebra: OMS, 2003. Disponible en: http://www.who.int/nut/documents/hivaids_nut_require.pdf. Consultado el 10 de agosto de 2005.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) reúne a diez organizaciones de las Naciones Unidas en un esfuerzo común para luchar contra la epidemia: el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

El ONUSIDA, como programa copatrocinado, aúna las respuestas dadas a la epidemia por sus diez organizaciones copatrocinadoras y complementa esos esfuerzos con iniciativas especiales. Su objetivo es encabezar e impulsar la ampliación de la respuesta internacional al VIH/SIDA en todos los frentes. El ONUSIDA colabora con múltiples asociados –gubernamentales y no gubernamentales, empresariales, científicos y de otros campos– para compartir sin límites de fronteras conocimientos teóricos y prácticos así como prácticas óptimas.



COLECCIÓN “PRÁCTICAS ÓPTIMAS” DEL ONUSIDA

La colección “Prácticas óptimas” del ONUSIDA

- Es una serie de materiales de información del ONUSIDA que promueve el aprendizaje, comparte experiencias y capacita a las personas y asociados (personas que viven con el VIH y el SIDA, comunidades afectadas, sociedad civil, gobiernos, el sector privado y organizaciones internacionales) que participan en una respuesta ampliada a la epidemia de VIH y su impacto.
- Proporciona una voz a quienes trabajan para combatir la epidemia y mitigar sus efectos.
- Ofrece información sobre lo que ha funcionado en contextos específicos, para beneficio de otros que se enfrenten a situaciones similares.
- Cubre un vacío en áreas programáticas y de políticas clave proporcionando orientación técnica y estratégica, así como el conocimiento más avanzado en prevención, asistencia y alivio del impacto en múltiples contextos.
- Pretende estimular nuevas iniciativas con el objetivo de ampliar la respuesta a la epidemia de SIDA a nivel de país.
- Es un esfuerzo interorganizaciones del ONUSIDA en colaboración con otras organizaciones y asociados.

Para más detalles sobre la colección «Prácticas óptimas» y otras publicaciones del ONUSIDA, visite www.unaids.org. Se anima a los lectores a enviar sus comentarios y sugerencias a la Secretaría del ONUSIDA, a la atención del Director de Prácticas Óptimas, ONUSIDA, 20 avenue Appia, 1211, Ginebra 27, Suiza.

En 2003, el ACNUR, el PMA y el UNICEF pusieron en marcha una iniciativa conjunta para desarrollar, mediante investigaciones sobre el terreno en múltiples lugares en entornos de refugiados de África, una serie de estrategias destinadas a utilizar intervenciones basadas en la alimentación y la nutrición para apoyar la prevención de la transmisión y la reducción del impacto del VIH, así como la atención, tratamiento y apoyo de las personas que viven con el VIH. Esta importante iniciativa conjunta surgió del reconocimiento de que los entornos de refugiados son únicos. Se reconoció también que era necesario llevar a cabo investigaciones específicas entre y con los refugiados. Este documento de Prácticas Óptimas expone el proceso de investigación y los hallazgos de esta iniciativa interorganismos.

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GINEBRA 27
SUIZA

Teléfono: (+41) 22 791 36 66
Fax: (+41) 22 791 41 87
Dirección electrónica: bestpractice@unaids.org

www.unaids.org