



VIH/SIDA, seguridad alimentaria y seguridad nutricional: repercusiones y medidas

Stuart Gillespie, Lawrence Haddad y Robin Jackson¹

1° de mayo de 2001

Documento preparado para el 28° periodo de sesiones del Simposio sobre nutrición y VIH/SIDA del CAC/SCN

El presente documento es fruto de la colaboración entre un instituto de investigación y un organismo operacional interesados en cuestiones relativas a la seguridad alimentaria y nutricional y en hallar la mejor manera de responder a la feroz crisis del VIH/SIDA en el África subsahariana. Aprovecha y complementa el trabajo anterior de Haddad y Gillespie (2001), que a su vez se basa en una consulta sobre el VIH/SIDA y los medios de subsistencia rural celebrada en el IIPA, en enero de 2001, con el apoyo del DPDI. Además, recoge las principales conclusiones de cinco estudios de países gravemente afectados por el VIH/SIDA, realizados por el PMA con la finalidad de enriquecer la comprensión de la utilización de la ayuda alimentaria en la prevención, asistencia y mitigación.

¹ Stuart Gillespie y Lawrence Haddad trabajan en el Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IIPA) en Washington DC, y Robin Jackson, en el PMA, en Roma.

1 Introducción

La magnitud y gravedad de las repercusiones del VIH/SIDA en el África subsahariana son abrumadoras. La epidemia está destruyendo los medios de subsistencia y poniendo en grave peligro la seguridad alimentaria y nutricional de millones de hogares. El presente documento es un intento por explicar las diferentes repercusiones y caminos a través de los cuales el VIH y el SIDA afectan a la seguridad alimentaria y nutricional, los tipos de respuestas adoptadas por los hogares y las comunidades para tratar de atenuar estos efectos, y sus consecuencias en las políticas y programas, incluida la enseñanza de los recientes esfuerzos por mitigar las repercusiones directas. Examina el papel específico de la ayuda alimentaria, dado que el insuficiente acceso a los alimentos es uno de los primeros indicios de malestar de un hogar afectado por el VIH/SIDA.

Actualmente hay más de 36 millones de personas que viven con el VIH/SIDA, de las cuales el 95% pertenece a los países en desarrollo. Suponiendo que cada caso de VIH/SIDA afecte directamente a la vida de otras cuatro personas, la enfermedad aflige a un total que excede los 150 millones de personas (Barnett y Rugalema 2001). El África subsahariana es la región más aquejada, en la que el VIH/SIDA es actualmente la causa principal de morbilidad y mortalidad entre adultos (véase el Cuadro 1). Además de los 13,7 millones de africanos que ya perdieron la vida a causa de la epidemia, de los 25 millones de personas que viven con el VIH/SIDA en el África subsahariana, la mayoría, cuando no todas, morirá en el año 2020.

Además, el VIH y el SIDA se difunden de manera impresionante en Asia. Se calcula que en la India hay de 3 a 5 millones de personas infectadas por el VIH y, aunque los datos nacionales no son fiables, algunos especialistas chino cifran hasta en 10 millones las infecciones por el VIH en China. Asia superará al África subsahariana en cifras absolutas antes de 2010, y en el 2020 será el epicentro del VIH/SIDA (Barnett y Rugalema 2001).

Cuadro 1 – El VIH/SIDA por regiones, diciembre de 2000

Región	Comienzo de la epidemia	Adultos y niños que viven con el VIH/SIDA	Adulto y niños recién infectados	Tasa de prevalencia entre adultos en porcentaje	Porcentaje de mujeres entre los adultos seropositivos
África subsahariana	Finales del decenio de 1970 – inicios del de 1980	25.300.000	3.800.000	8,80	55
África del Norte y Oriente Medio	Finales del decenio de 1980	400.000	80.000	0,20	40
Asia meridional y sudoriental	Finales del decenio de 1980	5.800.000	780.000	0,56	35
Asia oriental y el Pacífico	Finales del decenio de 1980	640.000	130.000	0,07	13
América Latina	Finales del decenio de 1970 – inicios del de 1980	1.400.000	150.000	0,50	25
Caribe	Finales del decenio de 1970 – inicios del de 1980	390.000	60.000	2,30	35
Europa oriental y Asia central	Inicios del decenio de 1990	700.000	250.000	0.35	25
Europa occidental	Finales del decenio de 1970 – inicios del de 1980	540.000	30.000	0.24	25
América del Norte	Finales del decenio de 1970 – inicios del de 1980	920.000	45.000	0.60	20
Australia y Nueva Zelandia	Finales del decenio de 1970 – inicios del de 1980	15.000	500	0.13	10
Total		36.100.000	5.300.000	1.10	47

Nota: Se consideran adultos a las personas de 15 a 49 años de edad – Fuente: <http://www.unaids.org>

1.1 . ¿Es el VIH/SIDA una crisis sin precedentes?

En la mayoría de los países en desarrollo, la pandemia de VIH/SIDA está transformando el paisaje en el que debe tener lugar el desarrollo. A semejanza de otras enfermedades contagiosas que se vuelven epidémicas, el VIH comienza como una perturbación individual que se transforma en una crisis general. Pero se diferencia de las demás enfermedades o perturbaciones por los motivos siguientes:

- es incurable y mortal. Al matar a los miembros más productivos de la sociedad, aumenta las tasas de dependencia familiar, reduce la productividad y la capacidad de prestar cuidados de los hogares, y perjudica la transferencia intergeneracional de conocimientos y capacidades locales. Los efectos en los hogares pueden ser permanentes; algunas muertes prematuras disminuyen los incentivos para acumular activos, y la supervivencia misma de la unidad familiar resulta amenazada;
- este pronóstico sombrío dificulta las intervenciones (de prevención o mitigación). La mayoría de las actividades de desarrollo pueden ofrecer alguna que otra esperanza de mejoramiento del bienestar humano. La prevención eficaz del VIH no puede ofrecer ningún descenso del número de casos. La mitigación eficaz del VIH no puede ofrecer más que una mejora pasajera del bienestar humano con respecto a los ya bajos niveles determinados por el VIH/SIDA;
- los tratamientos que prolongan la vida son demasiado caros para la mayoría de las personas infectadas por el VIH, aunque hay muchas posibilidades de lograr considerables reducciones de los precios de los medicamentos;
- es socialmente invisible. El carácter personal de la actividad sexual y las divergentes actitudes culturales hacia el sexo propician el silencio, la negación, la deshonra y la discriminación en muchos niveles. Este hecho dificulta la aplicación de medidas preventivas o mitigadoras eficaces;
- el VIH tiene un período de incubación muy largo entre la infección y la aparición completa de los síntomas, en el que las personas son infecciosas. Como no se llevan a cabo pruebas de detección sistemáticas del VIH, las personas infectadas carecen de estímulos para modificar los comportamientos peligrosos y tienen un largo período de tiempo para realizar estas actividades. La invisibilidad y la prolongada duración aumentan las posibilidades de transmisión del VIH. Tanto las personas que desconocen su estado serológico como sus familiares no pueden comenzar a modificar sus estrategias de subsistencia en respuesta a una crisis futura;
- tienen dimensiones rurales y urbanas. Al igual que la pobreza, a menudo la muerte de uno o más receptores de ingresos de un hogar rural obliga a los sobrevivientes a emigrar a las ciudades en busca de trabajo. La muerte de un trabajador urbano puede forzar a los sobrevivientes a enviar de nuevo a sus hijos a las familias rurales extensas para que se encarguen de ellos;
- afecta tanto a los ricos como a los pobres, aunque son los pobres los más expuestos y los que más padecen las consecuencias (véase la sección 1.2);

- afecta a los dos sexos, pero no es sexualmente neutral. En la medida en que las mujeres se hallan marginadas y carecen de poder, están más expuestas al riesgo de infección por el VIH. Además, tienen más probabilidades de morir antes en cuanto son más vulnerables desde el punto de vista biológico al VIH/SIDA (véase la sección 1.3);
- por último, uno de los aspectos más inquietantes de la pandemia es el hecho de que a medida que se intensifica, y con ella la necesidad de emprender acciones, la *capacidad real de actuar* disminuye. Las organizaciones localizadas en zonas con una elevada prevalencia del VIH/SIDA se caracterizan por el elevado nivel de absentismo, la alta rotación, la pérdida de memoria institucional y la disminución de las innovaciones. En la medida en que las personas del gobierno y las organizaciones no gubernamentales siguen muriendo, la diferencia de capacidad entre lo que se necesita y lo que puede proporcionarse se vuelve abismal.

1.2 La dimensión de la pobreza

El VIH/SIDA y la pobreza (que en gran parte se relaciona con la inseguridad alimentaria) interactúan en un círculo vicioso. La pobreza aumenta la exposición al VIH y las repercusiones de la infección. Hace que no se aprecie la importancia de evitar el VIH (“de todas maneras moriremos pronto”), aumenta los costos relativos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y agrava las repercusiones en la debilitada integridad inmunológica como consecuencia de un entorno bacteriano y vírico más hostil. La pobreza también aumenta el radio de acción de las repercusiones del VIH entre los familiares y amigos (para los pobres, los medios de subsistencia tradicionales dependen más de la familia y los amigos que de las compañías de seguro y el estado).

Por su parte, el VIH y el SIDA también empobrecen. Aumentan la pobreza a corto y mediano plazo al reducir muchos tipos de activos –humanos, sociales, financieros, físicos, naturales, informativos y políticos – tal como se explica en la sección 2. La disminución de activos deja a las personas, familias y comunidades más expuestas a futuras crisis –los niños abandonan la escuela para contribuir a atender las necesidades de trabajo y las mujeres jóvenes pueden verse forzadas a ejercer la prostitución.

No obstante, en comparación con otras crisis generales, se considera que las personas que no son pobres tienen menos posibilidades de evitar el contagio y las consecuencias del VIH. Este hecho, aunque puede fomentar un apoyo político más amplio para afrontar el SIDA, socava la capacidad de los gobiernos de ingresos medianos, de las empresas del sector privado y de otras organizaciones oficiales de movilizar recursos humanos para combatirlo. Además, existe el peligro de que en los presupuestos sanitarios del sector público se acentúe la asimetría en favor de la población urbana infectada por el VIH/SIDA más próspera e influyente, a expensas de la población rural en general. Puede que los centros de atención primaria de la salud estén cada vez peor equipados. Como consecuencia, los tiempos de espera y desplazamiento de los pobres también pueden aumentar, con el consiguiente aumento de las exigencias para la restante mano de obra apta para el trabajo.

1.3 La dimensión de género

Las mujeres, desde los puntos de vista biológico, socioeconómico y sociocultural, corren mayores riesgos de contraer el VIH que los hombres (Gupta 2000; Topouzis 2000). Biológicamente, el riesgo de infección por el VIH durante las relaciones sexuales sin protección vaginal es de dos a cuatro veces mayor entre las mujeres que entre los hombres (Banco Mundial 1997). Las mujeres también son más vulnerables a otras enfermedades de transmisión sexual y están menos dispuestas a someterse a tratamiento. En caso de no tratarse, las enfermedades de transmisión sexual pueden multiplicar los riesgos de transmisión del VIH en 300-400%. Esta vulnerabilidad biológica amenaza aún más el estado de salud reproductiva; el embarazo y la procreación son ahora fuentes de riesgos mucho más grandes, no sólo para las mujeres sino también para los futuros descendientes, mientras que las enfermedades de transmisión sexual pueden ser potencialmente mortales.

El VIH/SIDA también exacerba las desigualdades sociales, económicas y culturales que determinan la condición de la mujer en la sociedad. A menudo las mujeres son más sensibles a la infección por el VIH y más vulnerables a las repercusiones del SIDA que los hombres por las siguientes razones: la cultura predominante del silencio y la pasividad con respecto al sexo estigmatiza a las mujeres que intentan acudir a los servicios de tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual; la norma de la virginidad limita el acceso de las niñas a la información sobre el sexo y aumenta los riesgos de coerción sexual; la vulnerabilidad económica aumenta las posibilidades de cambiar relaciones sexuales por alimentos, dinero u otro bien; el poder masculino a menudo se manifiesta en la violencia sexual; la propensión a la infección por el VIH aumenta con las prácticas sexuales como la mutilación genital, las relaciones sexuales “no lubricadas” y las depuraciones rituales, entre otras; y, por último, los derechos sucesorios discriminan contra las mujeres.

Existen otros cambios importantes relativos a las diferencias de trato por razones de género que, aunque se relacionan menos con los bienes personales, son de vital importancia (véase la sección 2.2 sobre los medios de subsistencia). La muerte prematura de los varones adultos puede privar a las mujeres del tiempo necesario para consolidar un conjunto de recursos extrafamiliares susceptibles de utilizarse para ejercer poder en el interior de la familia, como el acceso a las tierras de la comunidad, a los grupos comunitarios y a los grupos microfinancieros. Si los derechos de propiedad y de usufructo relativos a un conjunto de bienes no están definidos de manera clara y equitativa o no se respetan, las mujeres probablemente tengan menos posibilidades de forjar su propio destino. Esta disminución del poder relativo de las mujeres tenderá a reforzarse mediante la ulterior reducción de la capacidad de controlar las decisiones relacionadas con sus propias necesidades y las de sus hijos en lo que se refiere a la atención sanitaria, la ingestión de alimentos y el tiempo de trabajo².

² Aunque cabe observar que la mayor independencia económica de las mujeres en condiciones de escaso control sobre la elección de sus compañeros sexuales puede exponerlas realmente a mayores riesgos de infección por el VIH si tal independencia se asocia con una mayor movilidad de los medios de vida.

2 Repercusiones del VIH/SIDA en la nutrición, la seguridad alimentaria y los medios de subsistencia

En esta sección se examinará el tipo de repercusiones que el VIH/SIDA puede tener en la seguridad alimentaria y nutricional de los hogares y comunidades, en el contexto de sus medios de subsistencia, sobre todo de aquellos pertenecientes a la población rural dependiente de la agricultura.

Desde un comienzo hay que hacer tres observaciones. Primero, las repercusiones a menudo se manifiestan a través de las respuestas o las “estrategias de supervivencia”³, de los hogares y comunidades. En el presente documento se prefiere utilizar el término respuesta en lugar de supervivencia.

Segundo, es importante distinguir la sensibilidad al contagio del VIH, que es la posibilidad de ser infectado por el virus, de la vulnerabilidad a los diferentes tipos de repercusiones una vez ocurrida la infección.

Tercero, es importante reconocer que a las diferentes fases de la epidemia del VIH/SIDA corresponden diferentes indicadores, diferentes repercusiones y diferentes respuestas. Además, existen diferencias entre países y regiones subnacionales en lo referente a la tasa de aumento y la prevalencia máxima de la epidemia del VIH/SIDA, que se relacionan en parte con la velocidad de la transmisión, la cual a su vez se relaciona con los comportamientos y la patogenia de la cepa particular del VIH. En el Recuadro 1 se presenta un escenario instructivo sobre las dinámicas de las repercusiones del VIH/SIDA en un hogar agrícola y las respuestas para hacerles frente.

³ El término “supervivencia” no siempre es muy exacto, simplemente porque muchas respuestas provienen de miembros de hogares afectados pero que no afrontan situaciones extremas. La supervivencia implica una estrategia de gestión irreversible. Sugiere también en cierto sentido que la adopción de tal estrategia no es demasiado costosa. La realidad es que muchos hogares se ven forzados a efectuar ventas de urgencia a cualquier precio o a cambiar estrategias de subsistencia de manera irreversible. El precio de esta “supervivencia” a corto plazo puede ser la privación a largo plazo o incluso la indigencia.

Recuadro 1: Dinámica de las repercusiones del VIH/SIDA y las respuestas de los hogares en un medio de subsistencia basado en la agricultura

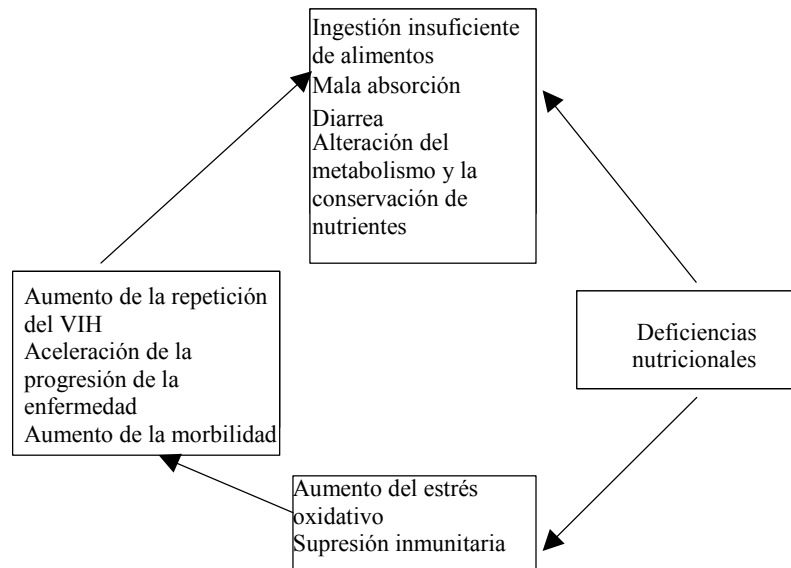
La siguiente lista es un *ejemplo* de las posibles repercusiones y respuesta de un hogar agrícola en el que uno de sus miembros contrae el VIH. Muchas de estas repercusiones se han mostrado en estudios; algunas son conjeturales, aunque posibles. Desde luego, el contexto es un factor determinante con respecto al tipo y el orden probables de las repercusiones y las respuestas en las diferentes fases de la epidemia.

- Una persona adulta se enferma
- La persona reduce su trabajo
- Se “importa” mano de obra, tal vez de entre los parientes
- Los adultos trabajan más horas en la explotación agrícola
- Aumentan los gastos de salud (medicamentos, transportes)
- El consumo alimentario del hogar se reduce
- Se recurre a cultivos y sistemas de explotación agrícolas con empleo extensivo de mano de obra, cría de animales pequeños
- El estado nutricional se deteriora
- El adulto deja de trabajar
- Aumenta la atención al adulto enfermo, disminuye el tiempo dedicado al cuidado de los niños
- Se enajenan activos divisibles
- Aumenta la deuda
- Los niños abandonan la escuela para contribuir a la mano de obra familiar
- El adulto muere
- Gastos de sepelio
- El hogar se fragmenta porque otros adultos emigran en busca de trabajo
- Se reduce el cultivo de la tierra, aumenta la superficie dejada en barbecho
- La gestión inadecuada de los recursos naturales favorece la propagación de plagas y enfermedades
- Se intensifican los efectos de la pérdida de conocimientos
- Aumenta la explotación de recursos de propiedad común
- Se reduce el acceso a la tierra y la propiedad del hogar (por ejemplo, los derechos de la viuda)
- Las redes de solidaridad se hacen más rigurosas, hasta el punto de la exclusión
- Los asociados se enferman
- La espiral descendente se acelera

2.1 Repercusiones en la nutrición

El VIH/SIDA tienen importantes repercusiones en la nutrición de los distintos hogares y comunidades. Por su parte, la malnutrición aumenta tanto la sensibilidad a la infección por el VIH como la vulnerabilidad a sus diferentes repercusiones.

Figura 1 —El círculo vicioso de la malnutrición y el VIH



Fuente: Semba y Tang (1999)

Entre las personas, la infección por el VIH fundamentalmente acelera el círculo vicioso de ingestión inadecuada de alimentos y enfermedad que conduce a la malnutrición (véase la figura 1), mientras que la malnutrición aumenta el riesgo de la transmisión materno-filial del VIH y la progresión de la infección por el VIH (Piwoz y Preble 2000). Las personas infectadas por el VIH tienen necesidades nutricionales superiores a lo normal, en especial en lo que se refiere a proteínas (hasta un 50% más) y energía (hasta 15%). Asimismo, tienen más probabilidades de experimentar una pérdida de apetito, incluso anorexia, con la consiguiente disminución de la ingesta de alimentos en el preciso momento en que más los necesitan. Además, estas interacciones se agravan en el caso de los pobres, que son los que tienen más probabilidades de padecer malnutrición antes de ser infectados.

Las investigaciones muestran que la aparición de la enfermedad e incluso la muerte como consecuencia de ella pueden retrasarse en las personas seropositivas bien alimentadas; y los micronutrientes contribuyen a reforzar las resistencias de los enfermos de SIDA a las infecciones oportunistas (CAC/SCN 1998).

La transmisión materno-filial (o transmisión vertical) del VIH es una importante cuestión nutricional. Esta transmisión ocurre durante el embarazo, en el parto o a través de la lactancia materna. En un reciente estudio se consideró que los riesgos de transmisión del VIH a través de la lactancia materna *exclusiva* eran considerablemente inferiores a los de la lactancia materna como alimentación parcial. Los datos de las observaciones han mostrado que los hijos de tres meses de edad de mujeres seropositivas alimentados exclusivamente al pecho tienen las mismas probabilidades de contraer el VIH que los niños que nunca fueron amamantados (Coutsoudis et al. 1999). En cambio,

los niños que fueron alimentados parcialmente al pecho corrían riesgos considerablemente mayores. Un estudio prospectivo de seguimiento de 551 mujeres gestantes infectadas por el VIH en Sudáfrica ha mostrado que los niños alimentados exclusivamente al pecho durante tres meses o más no corrían mayores riesgos de ser infectados por el VIH en un lapso de seis meses que los que nunca habían sido amamantados (Coutsoudis et al. 2001).

Varios mecanismos biológicos pueden explicar por qué la lactancia materna exclusiva ofrece mayor protección que la lactancia materna parcial, a saber: la menor exposición del niño a los contaminantes bacterianos y a los antígenos de los alimentos, que reduce la activación inmunitaria (Cebra 1999); la mayor integridad de la pared intestinal (Goto et al. 1999); el desarrollo de una microflora que limita la adhesión y el crecimiento de organismos patógenos (Mackie et al. 1999), y el menor riesgo de mastitis asintomática, que se produce por la congestión de la mama (Willumsen et al. 2000). Se están realizando investigaciones para confirmar si estos importantes resultados observados son de hecho factores causales. Los hijos de madres que tienen un nivel adecuado de vitamina A pueden correr menores riesgos de contraer el VIH por transmisión materno-filial (Friis 1998). En el recuadro 2 de la sección 4 se examinan las consecuencias de la transmisión materno-filial en las políticas y programas.

Estas son las principales repercusiones directas en las personas infectadas. Pero existen varios factores, como por ejemplo la reducción de la capacidad de las personas que prestan cuidados de atenderse a sí mismas o de atender a sus hijos o a los miembros del hogar enfermos de SIDA, que pueden provocar otras importantes repercusiones *indirectas* en los hogares y las comunidades. En muchos hogares pobres, incluso en aquellos no afectados por la pandemia, los intentos por garantizar la seguridad alimentaria a largo plazo puede poner en peligro la asistencia a los niños. Cualquier repercusión adversa que tales decisiones tengan en la calidad y cantidad de la atención prestada a los niños probablemente resulte exacerbada por perturbaciones como el VIH/SIDA, que pueden reducir considerablemente la capacidad del hogar de prestar cuidados..

2.2 Repercusiones en la agricultura y los medios de subsistencia

Un medio de subsistencia es la interacción entre los activos y los procesos y estructuras de transformación que crean medios de vida, condicionada por el ambiente en que las personas viven (Carney 1998). La agricultura es el principal medio de subsistencia de la mayoría de las poblaciones rurales del África subsahariana. En esta sección se examinarán las posibles repercusiones del VIH/SIDA en los diferentes tipos de activos y las repercusiones reales en los resultados alimentarios y nutricionales, en la medida en que los datos de que se dispone lo permitan. Los activos son importantes para los medios de subsistencia sólo en el caso en que sea posible tener acceso a ellos y si, una vez adquiridos, pueden sustentar los medios de subsistencia. Las normas que regulan el acceso y el valor pueden denominarse en sentido general “instituciones”. Las normas y los valores culturales, así como las leyes, las políticas y las organizaciones oficiales, suelen determinar el acceso a los activos y el valor de éstos. Los aspectos relativos al

género se examinan en la sección 1.3 y se tratan con mayor detalle en Haddad y Gillespie 2001.

En lo que se refiere a los activos, tal como se describe a continuación, el VIH/SIDA despoja a las personas, los hogares, las redes y las comunidades de diferentes formas de capital: humano, financiero, social, físico y natural.

2.2.1 Capital humano

El VIH/SIDA ataca de manera más visible al capital humano. Las personas infectadas llegan a morir prematuramente. Como consecuencia de una serie de infecciones oportunistas, de entre las cuales la tuberculosis es la más frecuente, las personas infectadas se vuelven menos productivas una vez que el SIDA se manifiesta. Las cifras sobre los años de vida ajustados en función de la discapacidad (o AVAD) muestran la magnitud de las consecuencias sobre la mortalidad y morbilidad (Murray y López 1996). En el plano mundial, el VIH/SIDA ocupaba el 28° lugar en lo que se refiere a las causas de AVAD en 1999, y se pronostica que ocupará el 10° lugar en 2020. En el África subsahariana, se pronostica que el VIH/SIDA pasará a ser la tercera causa principal de AVAD en 2020 (del séptimo lugar ocupado en 1990), y los pronósticos indican que también en la India el VIH/SIDA llegará a ser la tercera causa principal (del lugar muy bajo ocupado en la lista en 1990).

Estas cifras, por más elocuentes que sean, no reflejan todas las consecuencias del VIH en la fuerza de trabajo en lo que se refiere a la creación de medios de vida, porque la fuerza de trabajo de las personas sanas se desvía hacia otras actividades sumamente importantes, como prestar cuidados a los enfermos y ocuparse del entierro de las personas que mueren. La medición de las consecuencias de estos cambios de la curva demográfica en las relaciones de dependencia de los hogares no es definitiva. Puede reflejar la respuesta de los hogares o las comunidades a la crisis mediante la “importación” de mano de obra sana y la “exportación” de niños a través de redes familiares o de redes informales no familiares (White y Robinson 2000). Estos desplazamientos de mano de obra pueden perjudicar la calidad de los cuidados prestados a los niños y exacerbar la difusión del VIH/SIDA en el caso en que la mano de obra “importada” proceda de zonas muy infectadas. Estas son esferas en que se ha de seguir investigando.

Con respecto a la agricultura, sin duda los sistemas agrícolas menos dependientes de mano de obra podrán reaccionar mejor ante estas pérdidas. Algunos estudios han investigado las características específicas asociadas con la vulnerabilidad y la capacidad de reacción de los sistemas agrícolas ante la pérdida de mano de obra (Gillespie 1989; Barnett y Blaikie 1992). Se puede conseguir mano de obra de “reemplazo” a través de redes sociales o en el mercado laboral. De lo contrario, se han de fomentar métodos de explotación de la tierra que garantice el sustento de los medios de subsistencia con una menor demanda de mano de obra⁴. Las dos estrategias de reemplazo de mano de obra

⁴ A nivel de semisubsistencia, varios estudios han resumido las repercusiones en los métodos de explotación agrícolas (White y Robinson 2000; Topouzis 2000; FAO/ONUSIDA 1999; Barnett y Halswimmer 1995; y Barnett y Blaikie 1992).

exponen al riesgo de una nueva infección por el VIH. La ayuda del mercado laboral tal vez no esté al alcance de las familias afectadas por el VIH. Además, la estrategia basadas en una baja demanda de mano de obra no garantiza en modo alguno mejores resultados para la sustentación de los medios de subsistencia que el sistema al que reemplaza.

Otras repercusiones importantes sobre la tierra y la explotación agrícola son el cultivo de productos menos nutritivos pero con menor demanda de mano de obra (por ejemplo, algunos tubérculos) y el barbecho de la tierra. En el caso en que la familia pueda permitirse no cultivarla, la calidad de la tierra mejorará en provecho de los cultivos futuros. Por otro lado, dejar de explotar la tierra puede exponer a la familia al riesgo de que se le prive de los derechos sobre la tierra. Como lo demuestran las personas con derechos sobre la tierra más precarios (por ejemplo, algunas mujeres y huérfanos), es particularmente importante definir de manera más clara y equitativa los derechos de propiedad de la tierra. Además, es importante tener en cuenta la actual diversidad de medios de subsistencia de que disponen los agricultores y las posibilidades que tienen para diversificarlos hacia actividades no agrícolas que dependen menos de la mano de obra (Rugalema 1999^a; Topouzis 2000).

Se sabe menos acerca de las repercusiones del VIH/SIDA en el sector agrícola comercial (Rugalema 1999b; White y Robinson 2000). El sector comercial es sensible al VIH/SIDA si depende de la mano de obra migrante, más aún si esta mano de obra vive alejada de su familia. También las redes sociales tenderán a ser menos poderosas para los trabajadores del sector comercial. Sin embargo, el sector comercial puede ser un elemento positivo en el sentido que puede proporcionar información y capacitación para la prevención, y quizá oportunidades para que los huérfanos del SIDA aprendan algunos conocimientos prácticos agrícolas fundamentales.

Pero el capital humano no se limita en modo alguno al trabajo manual; también abarca el conocimiento. La muerte de adultos en su mejor edad causada por el VIH/SIDA reduce considerablemente las posibilidades de transferir conocimientos en el interior de una generación y de una generación a otra. El VIH/SIDA interrumpe tanto los mecanismos orales de transmisión como los de emulación de comportamientos. Las nuevas generaciones tienen menos posibilidades de aprovechar el patrimonio de conocimientos que desaparece con sus padres y se ven privados del “aprendizaje práctico” bajo la orientación de alguien con mayor experiencia.

Además, el VIH/SIDA perjudica las posibilidades de adquirir información y utilizarla, dado que las generaciones más jóvenes abandonan la escuela para apoyar a la familia a fin de que ésta pueda prestar cuidados a los enfermos y mantener sus actuales medios de subsistencia o crear otros nuevos. Este es un ejemplo de una “estrategia de supervivencia” a la larga destructiva. Los medios de subsistencia del porvenir se sacrifican para sobrevivir con los actuales.

2.2.2 *Capital financiero*

El VIH/SIDA afecta al capital financiero de diferentes maneras. Como los gastos en medicamentos, entierro y en el transporte conexo llegan a ser importantes partidas del presupuesto, las familias necesitan encontrar la forma de mantener sus niveles de consumo. En términos de servicios de capital financiero (crédito, ahorros y seguro), las familias pobres tienen que vender reservas de valores (por ejemplo, joyas y ganado) y activos (por ejemplo, equipo o herramientas), tomar fondos prestados de manera sostenible o, lo que es más difícil, tener acceso a algún tipo de seguro, de asistencia sanitaria o a cualquier otra forma de protección.

Los pobres dependen siempre del crédito no institucional con tipos de interés elevados o de servicios microfinancieros colectivos. Lamentablemente, los dos tipos de servicios tienden a concentrarse espacialmente y por tanto suelen ser vulnerables a las crisis generales. Incluso cuando la epidemia se halla en las fases iniciales, las familias infectadas disponen de menos recursos para garantizar el cumplimiento de las obligaciones, lo que las hace menos atractivas a los planes de crédito de responsabilidad colectiva. No obstante estas limitaciones, los créditos privados se han considerado como la respuesta de urgencia decisiva ante la muerte de adultos causada por el VIH/SIDA, por lo menos en la zona bien estudiada de Kagera, en Tanzania (Lundberg et al. 2000). Sin duda, la capacidad de las instituciones microfinancieras de responder a las cambiantes necesidades de sus clientes será sumamente importante para los esfuerzos de mitigación del VIH/SIDA (véase la sección 4).

2.2.3 *Social capital*

El VIH/SIDA puede perjudicar de diferentes maneras al capital social, es decir al fortalecimiento de la vida en común, la confianza mutua y las normas de reciprocidad. Primero, debilita la reproducción social en lo que se refiere a la emulación comportamental de las normas de confianza y la formación cívica. Las generaciones futuras no sólo no son testigos de las prácticas de explotación agrícola, sino que tampoco llegan a conocer los intercambios no oficiales de conocimientos, herramientas y fuerza de tracción animal que a menudo suponen estas actividades de subsistencia.

Segundo, los incentivos para una actuación colectiva coordinada pueden disminuir debido a la considerable pérdida de ventajas futuras de tal actuación. Este hecho tiene consecuencias particularmente adversas en las prácticas de ordenación de los recursos naturales que dependen de una actuación colectiva, como la lucha integrada contra las plagas, la actividad forestal comunitaria y la ordenación de las cuencas hidrográficas.

Tercero, las instituciones oficiales que también contribuyen a la formación del capital social, como los grupos religiosos, los clubes deportivos y las asociaciones profesionales, pueden debilitarse a medida que sus miembros mueren.

Cuarto, las redes sociales suelen concentrarse espacialmente. Las redes más heterogéneas deben tener mayor capacidad de carga. Sin embargo, los miembros que se desplazan continuamente o los que viven en zonas urbanas aumentarán la vulnerabilidad de la red al VIH/SIDA.

Quinto, el capital social puede debilitarse mediante la imposición de criterios más rigurosos para la selección de los miembros de la red. La deshonra asociada al VIH/SIDA no favorece el establecimiento de lazos transversales entre los diferentes elementos del capital social (Naeayan 1999). El VIH/SIDA puede dar lugar a la creación de un tipo de capital social exclusivo.

Una última observación que cabe hacer es que las redes sociales pueden reforzarse inicialmente ante la amenaza de una epidemia de gran escala. Una amenaza que se cierna sobre casi toda la comunidad puede estimular una actuación colectiva antes que comience a socavar la capacidad y los estímulos para actuar colectivamente. La resistencia de las redes de capital social a un ataque general sostenido es una esfera a la que debería prestarse mayor atención.

2.2.4 Capital físico y natural

El VIH/SIDA también puede amenazar la infraestructura básica y el equipo productivo en que se apoya la búsqueda de medios de subsistencia. La posible venta de equipo productivo o la hipoteca de la tierra para hacer frente a los cuantiosos gastos relativos al entierro y la salud se ha considerado como el posible resultado de la indiferencia hacia la infraestructura sanitaria para los pobres. Como el tiempo se vuelve un producto aún más escaso en las zonas afectadas por el VIH/SIDA, el acceso a las fuentes de agua y energía han de mejorarse, sobre todo teniendo en cuenta el hecho de que la sociedad determina que las mujeres – que son las que con mayor frecuencia se ocupan del cuidado de los miembros de la familia, independientemente de que hayan contraído el VIH/SIDA - tienen que encargarse de estas actividades. El VIH/SIDA puede perjudicar la capacidad de las comunidades y grupos de usuarios de centralizar los riesgos y actuar colectivamente para una gestión sostenible de los recursos de propiedad común, como praderas, tierras de cultivos y cuencas hidrográficas.

La definición más clara y equitativa de los derechos de propiedad y relativos a la tierra se hace más importante a medida que las personas dejan sus viviendas para buscar otros medios de subsistencia o ayudar a los amigos y familiares que viven fuera de la comunidad. Si los derechos relativos a la vivienda y la tierra se subordinan a la presencia física, los derechos de propiedad pueden resultar afectados, sobre todo cuando las viudas y los huérfanos son los principales reclamantes.

3 Principios relativos a las políticas y programas

Antes de examinar los tipos de políticas relativas a sectores específicos y las respuestas programáticas al VIH/SIDA, en esta sección se facilita una lista de principios genéricos fundamentales para aprovechar al máximo las contribuciones de los programas alimentarios y nutricionales a la mitigación de los efectos del VIH/SIDA. Estos principios se han extraído de un examen de los trabajos existentes sobre el tema y de las principales conclusiones de una serie de estudios de casos realizados por el PMA. En estos estudios de casos (Kenya, Etiopía, Uganda, Zambia y Camboya) se examinaron las actividades de ayuda alimentarias en curso del PMA y otras intervenciones no alimentarias con el propósito de determinar funciones adecuadas para la ayuda alimentaria en la prevención del VIH, la prestación de cuidados a las personas infectadas y la mitigación de los efectos del SIDA.

3.1 No causar perjuicios

En primer lugar, los intentos del sector público por hacer frente al VIH/SIDA para mitigar sus efectos no han de ser perjudiciales. Varias respuestas del sector privado han mermado deliberadamente la capacidad de mitigar los efectos del VIH/SIDA de los hogares que tienen algún miembro infectado. Ejemplos de estas respuestas son la imposición de un tope a la prestación para servicios médicos para los empleados infectados por el VIH, la reducción de los días de licencia para ocuparse del entierro, y la reducción de las contribuciones a los gastos de sepelio – todos estos ejemplos se han tomado de Sudáfrica (White y Robinson 2000). Más difíciles de descubrir, pero quizá más fáciles de corregir, son las intervenciones o políticas que involuntariamente aumentan los riesgos de infección por el VIH o merman la capacidad de los hogares y comunidades de mitigar los efectos del SIDA. Quedan comprendidas dentro de esta categoría las medidas que refuerzan los desequilibrios de género en el poder o aquellas que expulsan a las personas sin un seguimiento y prevención adecuados del VIH (Topouzis 2000).

3.2 Incorporar el problema del VIH/SIDA en la corriente principal del proceso de desarrollo

Por fin se ha llegado al lento y doloroso reconocimiento de que el VIH/SIDA es una crisis de desarrollo mundial, y no sólo un problema sanitario aislado. Sin embargo, las estrategias, en los casos en que existen, no suelen ir más allá de la prevención y permanecen en el dominio del sector sanitario. Muy poco se hace en materia de mitigación, y muy poco en lo que se refiere al examen de las políticas y programas de seguridad alimentaria y nutricional a través del lente del VIH (véase la sección 3.4). Muchos funcionarios públicos que trabajan en la esfera de la agricultura o el desarrollo rural desconocen los vínculos que une al VIH con la seguridad alimentaria. La programación por lo general se ajusta a circunstancias particulares y en ella intervienen diferentes grupos de distintas maneras.

Es sumamente importante emprender una campaña eficaz de promoción para incorporar el problema del VIH/SIDA en el proceso de desarrollo. Se han de elaborar estrategias de promoción que tengan en cuenta el papel que representan los valores, las actitudes y los intereses, así como la información propiamente dicha, para que empresarios políticos experimentados las apliquen, de preferencia, con el apoyo de destacado promotores nacionales.

3.3 Garantizar un equilibrio estratégico

Tradicionalmente se distingue entre la prevención, encaminada a reducir la infección por el VIH mediante cambios de comportamiento, y la mitigación, destinada a reducir la gravedad de las consecuencias del VIH/SIDA en los hogares, comunidades y otras instituciones. Las intervenciones de asistencia se centran en las personas infectadas y afectadas, en especial en los niños de padres infectados por el VIH, los huérfanos y las viudas, entre otros.

Los programas de lucha contra el VIH/SIDA se han centrado sobre todo en la prevención, y han prestado una atención secundaria a la asistencia y, hasta hace poco, han hecho caso omiso de la mitigación. Esta situación ha de cambiar. Resulta cada vez más evidente que estas estrategias no sólo son de vital importancia a largo plazo, sino que además han de integrarse en la medida de lo posible.

Ello porque de hecho las distinciones llegan casi a desvanecerse en la realidad, y la aplicación y los efectos de las estrategias se complementan. Por ejemplo, las actividades de mitigación exitosas pueden tener carácter preventivo (Topouzis 2000). En la medida en que la pobreza aumenta la vulnerabilidad al VIH/SIDA (véase la sección 1.2), la mitigación que logra aliviar o prevenir la pobreza, puede reducir el riesgo de infección por el VIH y sus consecuencias futuras. Por consiguiente, las intervenciones han de diseñarse y evaluarse teniendo en cuenta no sólo la posibilidad de mitigar las consecuencias en curso del VIH/SIDA, sino también la posibilidad de reducir la sensibilidad a la infección en el futuro y la vulnerabilidad a los diferentes tipos de consecuencias.

La asistencia también está indisolublemente ligada a la mitigación. Sin duda la asistencia mitiga las consecuencias entre las personas, y otras formas de mitigación pueden mejorar la capacidad de prestar cuidados dentro de los hogares y las comunidades.

Independientemente del descubrimiento de una vacuna contra el SIDA, la prevención ha de centrarse en apagar el motor del crecimiento de la infección, es decir en reducir al mínimo los comportamientos peligrosos de las personas que tienen mayores probabilidades de contraer la enfermedad y difundirla. Pero para cambiar el comportamiento de las personas no basta el acceso a la información y los servicios, ni la persuasión y la exhortación. También se necesitan alicientes, culturales, sociales y económicos, que induzcan a las personas a reemplazar una línea de conducta muy peligrosa por otra menos arriesgada. La opinión mayoritaria ahora reconoce la

importancia de la pobreza como factor en los cálculos de costos-beneficios implícitos hechos por aquellos que tienen en cuenta estos comportamientos peligrosos (por ejemplo, las relaciones sexuales comerciales). Si se pudieran señalar algunos tipos de medios de vida como más susceptibles de contraer la infección por el VIH/SIDA, y se pudiera empezar a comprender las limitaciones a las varias opciones de medios de vida, entonces las políticas podrían comenzar a ofrecer incentivos para que las personas opten por medios de subsistencia menos peligrosos y más sostenibles.

La mitigación consiste en crear entornos que apoyen a las personas afectadas pero no infectadas por el VIH/SIDA, es decir a los familiares, los hogares y las comunidades. Por lo que se refiere a la prevención del VIH, algunas estrategias de subsistencia son mejores que otras para apoyar la mitigación del VIH/SIDA. A medida que se empieza a comprender mejor las repercusiones sociales y económicas del VIH/SIDA, es posible determinar cuáles son las características de los medios de vida que pueden mitigar el VIH/SIDA con mayor eficacia. Teóricamente, la mitigación para la seguridad alimentaria y nutricional se incorporaría en un conjunto completo de intervenciones, que abarcaría la sensibilización, la investigación, la biomedicina, el asesoramiento psicosocial, las pruebas de detección, la asistencia y la mitigación. Un conjunto de intervenciones semejante, pese a que hace frente a muchas cuestiones que trascienden la esfera de la seguridad alimentaria, tiene grandes posibilidades de mejorar la seguridad alimentaria y nutricional de un hogar perjudicado por el VIH/SIDA.

3.4 Utilizar un “lente VIH”

Antes de elaborar intervenciones completamente nuevas encaminadas a reforzar la capacidad, se debería reflexionar seriamente sobre el papel que desempeñan, o que podrían desempeñar, las intervenciones y políticas actuales en la mitigación del VIH/SIDA. ¿Cuál es el grado de especificidad del VIH/SIDA necesario para que una intervención sea eficaz en mitigar las consecuencias del VIH/SIDA? Concretamente ¿Cuándo los gobiernos, ONG, comunidades y organismos de desarrollo deben i) mejorar los rendimientos de los esfuerzos actuales; ii) observar las intervenciones de prevención y mitigación del VIH a través del lente de la pobreza y modificarlas en consecuencia; iii) observar las intervenciones agrícolas, de lucha contra la pobreza y nutricionales a través del lente del VIH y modificarlas en consecuencia; o iv) diseñar intervenciones enteramente nuevas para hacer frente al VIH/SIDA? Los especialistas del desarrollo no deben ser ciegos a la amenaza del VIH/SIDA, pero tampoco deben dejar cegarse por ella.

A este respecto, se plantea la cuestión de la deficiencia intrínseca de los programas de seguridad alimentaria en muchos países. Elaborar programas de seguridad alimentaria y nutricional, y no sólo de producción agrícola, resulta difícil debido al carácter multisectorial del problema. Relacionar tal elaboración con el VIH/SIDA complica aún más las cosas. A esto se suma el hecho de que muchos países no prevén políticas y programas amplios de seguridad alimentaria en sus estrategias de reducción de la pobreza, lo que margina aún más el asunto.

3.5 Contexto

El contexto en general, y el contexto de la pobreza en particular, no se tienen suficientemente en cuenta en los programas. Para los pobres, el VIH/SIDA no es más que una eventualidad/ crisis que afecta su capacidad de seguir adelante y mejorar sus vidas. Los programas de mitigación han de examinar atentamente cuáles son las otras limitaciones que repercuten en la seguridad alimentaria de los hogares afectados por el VIH/SIDA. Son estas otras limitaciones las que a menudo influirán en los buenos resultados de las intervenciones, y en el modo en que el VIH/SIDA repercute en los diferentes hogares y los diferentes miembros del hogar. Debido a la complejidad de estas interacciones, puede resultar difícil identificar actividades de mitigación que sean sostenibles, hagan frente a la inseguridad alimentaria y nutricional y contribuyan a la prevención de la infección por el VIH.

3.6 Selección

Es menester reconocer las diferentes fases de la enfermedad en diferentes partes de un país. En algunas zonas, la prevención es la cuestión principal; en otras, en que las consecuencias sobre la capacidad de los hogares de garantizar su seguridad alimentaria se han hecho ya evidentes, la mitigación se hace cada vez más importante.

También se necesitarán diferentes intervenciones para diferentes grupos. El VIH probablemente tenga consecuencias diversas en la seguridad alimentaria de los grupos de pastores que en la de la comunidad agrícola. Particularmente sensibles y vulnerables son las comunidades afectadas por situaciones de urgencia complejas (véase la sección 3.10), que suelen ser epicentros para la transmisión de la enfermedad. Ello debido a la combinación letal de desplazamientos de población, violaciones, tropas de ocupación, mujeres en circunstancias desesperadas, suministro de sangre infectada, abuso de medicamentos, prácticas sexuales peligrosas e insuficiente actividades de control, que aumenta considerablemente las probabilidades de contagio. Esa situación afectará a las comunidades aledañas.

No es necesario identificar a las personas u hogares infectados por el VIH/SIDA. Para evitar la deshonra asociada al VIH, la selección de base comunitaria suele ser la opción más adecuada (véase la sección 4.1). En el caso en que la programación se proponga identificar a las personas más pobres para planes de redes de seguridad o proyectos de desarrollo de ayuda alimentaria (por ejemplo), la utilización de las estructuras comunitarias reconocidas parece ser la mejor forma de selección. Los programas que prestan asistencia a los hogares indigentes aquejados de inseguridad alimentaria que no han sufrido las consecuencias del VIH sino de otros factores, no deben considerarse un error de inclusión. La identificación de familias infectadas por el VIH en contraposición con las demás familias favorece la estigmatización y, además, puede resultar ineficaz en función de los costos para muchos programas, dado que en la mayoría de las zonas rurales no se realizan pruebas de detección o muy pocas en el mejor de los casos.

3.7 Alcance

La mayoría de los programas de lucha contra el VIH/SIDA tiene un alcance bastante reducido y se habla de ellos como de “boutiques selectas” al alcance sólo de un pequeño porcentaje de la población afectada (Binswanger 2000). Por ejemplo, en Kagera, Tanzania, una región muy estudiada, sólo dos distritos de los cinco existentes disponen de servicios relativos al VIH/SIDA (en este caso de carácter preventivo). La coordinación multisectorial de arriba debajo de programas de desarrollo rural integrados fracasó en los decenios de 1970 y 1980 (Banco Mundial 1988), y estos errores no debe repetirse. No obstante, sigue siendo necesario algún tipo de apoyo de arriba abajo para procesos de abajo arriba en lo que se refiere al establecimiento de parámetros para las políticas y los programas, la cofinanciación de programas, la facilitación y capacitación, el seguimiento y la evaluación (Binswanger 2000). El reto consiste en hallar el modo de aumentar la utilización de enfoques aplicables al lugar basados en la comunidad.

El alcance se relaciona con la sostenibilidad. A medida que se recurra cada vez con mayor regularidad a utilizar el “lente del VIH” en las políticas y la programación, la sostenibilidad probablemente aumente. Asimismo, cabe destacar una vez más la necesidad de estudiar detenidamente el carácter a corto y a largo plazo tanto de las consecuencias como de las respuestas de mitigación.

3.8 Asociados y colaboración

Las intervenciones eficaces se basan en la respuesta comunitaria y dependen en gran medida de la participación de las autoridades sanitarias locales, los representantes de la comunidad y las personas que viven con el VIH/SIDA. La mayor participación de las personas que viven con el VIH/SIDA en todos los aspectos de la programación conexas puede ser factor poderoso e influyente en las intervenciones eficaces de prevención, mitigación y asistencia. Las mejores organizaciones asociadas que se ocupan del VIH/SIDA tienen base comunitaria. Sin embargo, estas instituciones, que no suelen tener alcance nacional, pueden ser difíciles de localizar y a menudo no están en condiciones de ampliar el alcance de las intervenciones (véase más arriba la sección dedicada al “alcance”).

Además, es importante buscar fuera de las habituales redes de seguridad nutricional y alimentaria para descubrir asociados que se ocupan del VIH/SIDA, con los cuales sea posible establecer asociaciones provechosas para ambas partes. Muchas de las organizaciones que ayudan y apoyan a las personas que viven con el VIH/SIDA y a sus familiares tienen filiación religiosa. Los programas de seguridad alimentaria tienen que funcionar para aprovechar al máximo las aportaciones de tales organizaciones, al tiempo que reconoce las posibles limitaciones y vacíos que deja su participación. Por ejemplo, en muchas zonas, los grupos religiosos intervienen activamente en la prestación de cuidados a domicilio, pero no promueven el uso de preservativos para la prevención del VIH. En tales circunstancias, tienen que intervenir otros asociados. Dado que las dimensiones y capacidad de las organizaciones asociadas que se ocupan del VIH/SIDA pueden ser muy

pequeñas, especialmente en lo que se refiere a la innovación, la creación de capacidad ha de ser un elemento esencial de apoyo.

3.9 Seguimiento

Para las políticas y programas no es fácil responder al VIH/SIDA cuando no se puede efectuar un seguimiento eficaz de la epidemia. Hasta ahora ha sido difícil definir un sistema relativamente simple pero eficaz de seguimiento de la cambiante situación del VIH/SIDA y sus consecuencias en la seguridad alimentaria y nutricional, que tenga la precisión y fiabilidad necesarias para orientar la adopción oportuna de medidas correctivas. Esta dificultad probablemente se deba tanto a la escasa demanda de tal información como a la escasa capacidad para proporcionarla. Cómo crear esta demanda es una pregunta difícil de responder. La deshonra, la negación y el silencio asociados al VIH/SIDA hace que la tarea sea más difícil que, por ejemplo, elaborar indicadores de alerta para casos de sequía. Además, el VIH/SIDA merma la capacidad para fomentar tal información.

En las publicaciones especializadas se han propuesto varios de estos indicadores genéricos. Los ejemplos se han inspirado en los tipos de consecuencias y respuestas entre hogares y comunidades mencionados en la sección anterior. Los datos de los centros sanitarios sobre las enfermedades de transmisión sexual, la tuberculosis y los embarazos de las adolescentes son pertinentes si se puede tener acceso a ellos. Cabe destacar una vez más que no es necesario volver a elaborar indicadores sobre la seguridad alimentaria y nutricional, sino colocar el lente a los ya existentes. Se ha de encontrar un equilibrio entre indicadores que puedan compararse a través de comunidades y unidades administrativas, y un proceso basado en la comunidad que pueda generar más indicadores para contextos específicos. Los conocimientos comunitarios tendrán un valor inapreciable no sólo para identificar indicadores, sino también para aclarar su utilización y delinear lo que es viable en términos de quién recopila los datos pertinentes.

3.10 Programación para situaciones de urgencia

La programación para situaciones de urgencia debe centrarse en combatir el VIH/SIDA en la población afectada y prevenir la difusión ulterior de la enfermedad. Esto puede hacerse mediante la distribución gratuita de preservativos, el suministro de información, la prevención de la transmisión del VIH a través de las transfusiones de sangre y la observación de las precauciones universales para un personal sano. También han de desplegarse esfuerzos para proteger a las mujeres contra la violencia basada en la pertenencia al sexo femenino. Además, los servicios uniformados de las Naciones Unidas corren grandes riesgos de transmitir y contraer la enfermedad y representan un grupo ideal para la educación y prevención.

4 Posibilidades de actuación

En esta sección se examinan algunas posibilidades concretas de actuación para mitigar las consecuencias del VIH/SIDA en la seguridad alimentaria y nutricional, comenzando por las políticas y programas pertinentes a la nutrición⁵ antes de pasar a examinar el papel de la ayuda alimentaria y finalmente las posibilidades de mitigación a través del sector agrícola. Es importante tener en cuenta los principios genéricos descritos anteriormente en el momento de examinar estas posibilidades.

4.1 Políticas y programas nutricionales

Existen varias maneras diferentes de elaborar y aplicar medidas nutricionales apropiadas para prevenir o mitigar las consecuencias del VIH/SIDA. Es menester hacer una primera distinción con respecto al objetivo. Para las distintas personas que viven con el VIH/SIDA, los cuidados y el apoyo nutricionales tienen una importancia decisiva en la prevención o lucha contra la desnutrición. Se pueden incluir objetivos específicos y pertinentes para mejorar la cantidad y calidad del régimen alimenticio, reforzar o reponer la provisión corporal de micronutrientes, prevenir o estabilizar la pérdida de peso, conservar (y aumentar) la masa muscular, prevenir la diarrea y otras dolencias digestivas asociadas a la absorción de grasas, acelerar la recuperación de las infecciones relacionadas con el VIH, y prepararse para combatir y controlar los síntomas relacionados con el SIDA que afectan al consumo y la ingestión de alimentos.

El apoyo nutricional puede prolongar considerablemente la vida de las personas para beneficio de ellas y de aquellos que dependen de sus cuidados (por ejemplo, los niños pequeños), y de este modo, en un sentido, postergar la mitigación y reducir la vulnerabilidad a las consecuencias (Page 2000). Estas intervenciones probablemente tengan mayores repercusiones generales en las primeras fases de la enfermedad, al prolongar el período de salud relativa con infección asintomática, es decir el período anterior al de las anormalidades metabólicas que impulsan el proceso nutricional de infección, anterior al SIDA (Piwoz y Preble 2000). Lamentablemente, en ese momento son relativamente pocas las personas que sabe que están infectadas.

Las intervenciones nutricionales también deben destinarse a las comunidades con los objetivos de prevenir o mitigar las consecuencias a través de la reducción de las interacciones del VIH/SIDA con la malnutrición, ya sea antes o después de la infección por el VIH.

Cualquier intervención nutricional debe tener en cuenta los tres principales requisitos previos de una buena nutrición (seguridad alimentaria, servicios sanitarios y ambientales, y prestación de cuidados). Para las personas que viven con el VIH/SIDA, esto significa que el tratamiento adecuado de las infecciones oportunistas, el manejo del estrés, los ejercicios físicos, y las orientaciones emocionales, psicológicas y espirituales son factores importantes (Abdale y Kraak 1995), junto con soluciones como la entrega a

⁵ En esta sección dedicada a las políticas y programas nutricionales se da por descontado que la mayor parte del examen se aplica a los programas nutricionales y de asistencia que utilizan la ayuda alimentaria.

domicilio de alimentos preparados para los enfermos de SIDA confinados en sus hogares que no pueden preparar sus propias comidas.

Además de una estructura clínica, un problema importante es cómo hacerlo de modo que no se estigmatice al beneficiario. La selección de comunidades que se consideren muy afectadas por el VIH/SIDA (utilizando cualquier indicador representativo) con la participación de los miembros de la comunidad probablemente sea mucho más viable que la selección de personas u hogares. Se puede recurrir a una segunda selección para las fases de ciclo vital que son particularmente sensibles y vulnerables (por ejemplo, niñas adolescentes, mujeres embarazadas y niños pequeños).

Vista a través del lente del VIH, el fomento de la lactancia materna y de programas de alimentación complementaria tendrá que insistir en mayor medida en la divulgación de información sobre los aspectos relativos a la transmisión materno-filial, sin olvidar los beneficios y riesgos de la lactancia materna, entre los encargados de la formulación de políticas, los proveedores de asistencia sanitaria y las comunidades (véase el recuadro 2).

Recuadro 2: ¿De qué manera la transmisión materno-filial modifica las políticas?

El descubrimiento de que el VIH se transmite a través de la leche materna ha complicado las recomendaciones para la alimentación infantil (Nicoll et al. 1995). Al reconocer que la lactancia natural constituye un modo importante y evitable de transmisión del VIH, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la OMS y el UNICEF han publicado nuevas directrices sobre el VIH y la alimentación infantil (OMS 1998). Estas directrices propugnan la adopción de medidas urgentes para instruir, orientar y apoyar a las mujeres seropositivas en sus decisiones sobre el modo de alimentar a sus hijos sin correr riesgos.

Las pruebas de los efectos protectores de la lactancia materna exclusiva (Coutsoudis et al. 1999 y 2001) no se dieron a conocer sino después de la publicación de estas directrices. Una ulterior confirmación de esta conclusión y de las ventajas de las prácticas de lactancia natural “más seguras” respecto a la transmisión materno-filial del VIH es un primer paso necesario para la formulación de una recomendación de política que permita que los niños se beneficien de las miríadas de ventajas de la lactancia natural, y al mismo tiempo evite el riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia materna parcial. La mayoría de los debates y polémicas en esta esfera ha revelado una comprensión limitada de las múltiples ventajas extras que ofrece la lactancia natural exclusiva y las graves inconveniencias y peligros que supone apartarse de tal recomendación de política.

Sin embargo, a pesar de la creciente aceptación de estas conclusiones, persiste una fuerte resistencia a causa de que la lactancia materna exclusiva es infrecuente (Haggerty y Rutstein 1999) y difícil de fomentar. Desde luego, aún queda mucho por hacer. Los esfuerzos por fomentar la lactancia natural han de mejorarse rápidamente, entre ellos la ampliación de la Iniciativa para hospitales amigos de los niños a las zonas rurales y el fortalecimiento de sus vínculos con las comunidades (la décima medida de la Declaración de Innocenti), la promoción de los derechos de las mujeres trabajadoras de amamantar a sus hijos (por ejemplo, recurriendo al nuevo Convenio de protección de la maternidad 183 y a la recomendación 19 de la OIT que propugna la ampliación de la licencia de maternidad con goce de sueldo y otras medidas de apoyo necesarias en el lugar de trabajo.).

También deberán prever el hecho de que los hogares afectados por el VIH/SIDA tendrán limitaciones económicas y de tiempo aún mayores para la provisión, preparación e ingestión de alimentos complementarios adecuados. Los programas de nutrición para las mujeres tal vez no requieran importantes modificaciones, pero necesitan mayor apoyo complementario, especialmente para las mujeres lactantes. Una vez más, estos problemas se acentuarán ulteriormente debido al debilitamiento progresivo de la atención sanitaria y otros sistemas de asistencia.

Las comunidades afectadas pueden seleccionarse para los siguientes tipos de intervención: orientación nutricional en materia de servicios sanitarios en las estructuras comunitarias o a domicilio para modificar los hábitos alimenticios, aumentar el consumo de alimentos y nutrientes indispensables o hacer frente a la anorexia y otras situaciones que afectan al régimen alimentario; intervenciones en las esferas del abastecimiento de agua, la higiene y la inocuidad de los alimentos para prevenir la diarrea; y suministro de cestas de alimentos complementarias para preparar en casa.

Al igual que en todos los programas de nutrición, es importante que los programas no sólo sean de base comunitaria, sino también impulsados por la comunidad. El proceso es pues un factor importante. En el ámbito comunitario, lo esencial es crear un espacio para un proceso iterativo de evaluación, análisis y acción, y reforzar la capacidad a este respecto.

También es importante establecer asociaciones y promover la convergencia de programas pertinentes. La nutrición, debido su carácter multifacético que exige la intervención de varios sectores, es y ha sido siempre vulnerable a la inercia burocrática derivada de la compartimentación de las estructuras orgánicas que ofrecen pocos incentivos para la integración y la convergencia. Los “dardos mágicos”, es decir los fármacos que van directos al blanco sin efectos secundarios, han sido generalmente la solución preferida, como lo prueba la importancia atribuida a la distribución de cápsula de vitamina A y la iodización de la sal en el decenio de 1990. El empleo de estos fármacos no es de por sí errado, salvo que terminan por desplazar a otros importantes y necesarios enfoques integrales a largo plazo sobre la nutrición. Esto ha ocurrido sin lugar a dudas, como lo confirmó el estancamiento relativo de los resultados antropométricos infantiles cuando se les comparó con los indicadores de micronutrientes (CAC/SCN 200). Aunque los suplementos de micronutrientes (en especial de vitamina A) cumplirán una función en el apoyo nutricional a las comunidades afectadas por el SIDA, este error especialmente no debe repetirse en el caso de comunidades afectadas por el VIH/SIDA, sobre todo dado que las píldoras no basta para hacer frente al considerable aumento de las necesidades de energía y proteínas de las personas que viven con el VIH/SIDA.

4.2 Programación de la ayuda alimentaria

Las organizaciones sobre el terreno recién han comenzado a examinar el papel de la ayuda alimentaria en la mitigación y la asistencia del VIH/SIDA. A menudo, las familias que padecen las consecuencias del VIH mencionan a los alimentos como una de sus necesidades primordiales. El reto más grande para las intervenciones de ayuda

alimentaria consiste en suministrar alimentos para atender las necesidades de consumo o nutricionales y para las intervenciones de los programas de suerte que los miembros de las familias y las comunidades dispongan de medios para mejorar su seguridad alimentaria y nutricional una vez terminada la asistencia alimentaria. El problema de la sostenibilidad es pues difícil y todavía no se ha solucionado del todo.

Los últimos estudios muestran que la ayuda alimentaria puede contribuir en los planes de asistencia y mitigación (Kraak et al. 2000, WFP, 2001). Sin embargo, se han de respetar alguno principios programáticos.

- Si se seleccionan a las familias y comunidades afectadas por el VIH/SIDA para intervenciones de asistencia alimentaria, se debe determinar claramente la necesidad de alimentos entre los beneficiarios. Existen métodos comprobados y fiables para determinar el nivel relativo de seguridad alimentaria y nutricional de los hogares, utilizados en la mayoría de las intervenciones de ayuda alimentaria (PMA, VAM).
- Al igual que en cualquier intervención de ayuda alimentaria no urgente, los alimentos deben suministrarse sólo como parte de un conjunto de medidas de asistencia. El conjunto de medidas adecuado para los beneficiarios afectados por el VIH/SIDA dependerá de la situación específica del país y la comunidad. La información, la educación y la sensibilización (es decir, la prevención) son componentes esenciales de las actividades de asistencia y mitigación.
- Combinar los alimentos ya sea con la capacitación o con actividades generadoras de ingresos parece ser un modo adecuado de prestar asistencia a los hogares que hacen frente a una reducción del acceso a los alimentos, y de reforzar la autosuficiencia de los mismos hogares afectados por la enfermedad crónica de un adulto o la muerte de un miembro de la familia. La aplicación de este enfoque exige cierta cautela para garantizar que la capacitación técnica y las actividades generadoras de ingresos sean viables y tengan salida en los mercados.
- Vincular los proyectos de asistencia alimentaria de manera vertical con otros tipos de asistencia, como el microcrédito, es una manera de reforzar las repercusiones de las actividades iniciales de alimentos para la capacitación o de alimentos por trabajo.
- La celebración de intensas consultas con las comunidades afectadas acerca del modo de seleccionar y suministrar la asistencia alimentaria debe ser una parte integrante del proyecto. Los criterios para decidir cuáles son los tipos más adecuados de alimentos han de examinarse con los participantes, sobre todo cuando entre los miembros de la familia hay niños y personas que padecen de alguna enfermedad crónica. No sólo se han de tener en cuenta las consideraciones relativas al sabor y la nutrición, sino también aquellas relativas a la preparación, principalmente la cocción. Por ejemplo, la reducción de la fuerza de trabajo familiar puede repercutir en el suministro de energía en el hogar, como la leña.

- A menudo las comunidades tienen sus propias maneras para identificar a los hogares más pobres y seleccionar a aquellos que necesitan alimentos. En el caso en que la comunidad se encargue de la selección, se ha de seguir incluyendo en el grupo beneficiario a los hogares pobres y aquejados de inseguridad alimentaria pero que no han sido afectados de manera apreciable por el VIH/SIDA para evitar la estigmatización.

Los proyectos de asistencia alimentaria presentan algunas dificultades. Por muchos motivos, pueden resultar más complicados para los organismos de ejecución que otros tipos de proyectos de desarrollo. La mayoría de las organizaciones de base comunitaria que se ocupan del VIH/SIDA y que colaboran en la ejecución de proyectos de ayuda alimentaria son muy pequeñas y disponen de escasos fondos para el desarrollo de sus actividades. Con frecuencia carecen de la competencia y de la capacidad necesaria para emprender actividades ampliadas, y carecen de experiencia en materia de transporte, almacenamiento, manipulación y distribución de alimentos. Los organismos que ejecutan proyectos de asistencia alimentaria deben tener en cuenta esta falta de capacidad y programar actividades de creación de capacidad y capacitación en estas esferas. Además, muchos de estos organismos nunca han utilizado alimentos en sus programas. La educación acerca del papel que los alimentos desempeñan en las intervenciones de asistencia o mitigación es sumamente importante.

También puede presentar algunas dificultades la decisión relativa a dónde concentrar los programas y proyectos de asistencia alimentaria relacionados con el VIH/SIDA. Los alimentos por lo general se orientan a las zonas geográficas más aquejadas de inseguridad alimentaria de un país, y dentro de estas zonas a aquellas comunidades/familias que no pueden atender sus necesidades de alimentos. En muchos países, estas zonas no son las que tienen la mayor prevalencia de VIH/SIDA (PMA, VAM Uganda, Kenya, India). Las zonas aquejadas de inseguridad alimentaria a menudo son más remotas, tienen un escaso potencial productivo y deficientes estructuras de mercado. Las zonas con tasas elevadas de infección a menudo están localizadas en zonas urbanas o semiurbanas o en sus alrededores, o en zonas en que los mercados y las redes de transporte funcionan relativamente bien y en las que se realizan actividades comerciales, entre ellas el comercio de productos agrícolas. Las aldeas localizadas cerca de las carreteras y las zonas con mercados comerciales activos a menudo tienen elevadas tasas de prevalencia.

Para orientar eficazmente la ayuda alimentaria en zonas en que se considera que hay inseguridad alimentaria, las intervenciones de asistencia deben poder localizar e identificar a los hogares y comunidades que han sido afectados por el SIDA y que tropiezan con dificultades para atender las necesidades alimentarias familiares. Si en tales zonas las instituciones, ONG y organizaciones de base comunitaria que trabajan con la población afectada por el VIH/SIDA no están presentes, será sumamente difícil identificar a las familias y los sectores de la población que necesitan realmente ayuda alimentaria.

Además, los programas de asistencia alimentaria relacionados con el VIH/SIDA deben ampliar el alcance de sus actividades de prevención. Muchas organizaciones que se ocupan de la ayuda alimentaria también se encargan de transportarla en el interior de los países. A estos efectos, utilizan sus propios camiones o subcontratan a empresas de transporte locales. Debido a que los conductores de camiones de larga distancia son un vehículo reconocido de difusión del VIH, es importante incluir a este grupo en las campañas de educación, sensibilización y capacitación, en las que se incluya la distribución de preservativos. Las organizaciones que programan la ayuda alimentaria deben examinar la posibilidad de seleccionar al personal de transporte, sobre todo las organizaciones que se ocupan de situaciones de urgencia en las que la cantidad de alimentos y por tanto el número de camioneros necesarios aumentan considerablemente.

En el recuadro 3 que figura a continuación se enumeran varias posibilidades para la programación de la ayuda alimentaria. Modificando ligeramente los actuales proyectos de ayuda alimentaria, es posible tener en cuenta las necesidades de las familias afectadas por el VIH/SIDA y aquejadas de inseguridad alimentaria. Por ejemplo, la alimentación escolar en particular es un medio que pueden estimular la asistencia de los huérfanos a las escuelas e impedir el abandono de los estudios. Al suministrar raciones para llevar a casa a las familias que han acogido a niños huérfanos como parte de un programa regular de alimentación escolar regular, se ofrece alicientes para que las familias sigan cuidando a los niños cuyos padres han muerto y los huérfanos asistan a la escuela. La experiencia muestra que mientras las familias de acogida seguirán enviando a sus propios hijos a la escuela en épocas de dificultades, a los niños adoptados a menudo se les saca de la escuela.

Aunque los alimentos pueden y deben entregarse a las instituciones y distribuirse por conducto de ellas, hay que proceder con cautela para no socavar las estrategias de asistencia de los hogares y comunidades. Por ejemplo, las comunidades pueden considerar el apoyo a los orfanatos mediante el suministro de alimentos y otros insumos como un incentivo para enviar a los huérfanos a dichas instituciones, en lugar de buscar hogares dispuestos a acogerlos, en los que los niños se encuentren en un ambiente familiar.

Recuadro 3: Ejemplos de posibilidades intervenciones de prevención, mitigación y asistencia con suministro de ayuda alimentaria

Prevención

- Utilizar los lugares de distribución de alimentos para que los asociados puedan aumentar la toma de conciencia sobre el VIH y el SIDA, facilitar información sobre la prevención y promover la distribución de preservativos
- Asegurarse de que a los conductores de los camiones de larga distancia contratados por los organismos de ayuda alimentaria se les facilite información sobre la prevención y reducción de riesgos y un amplio suministro de preservativos
- Capacitar a los agentes sanitarios de las comunidades para que instruyan a los beneficiarios de la ayuda alimentaria sobre los métodos de lactancia materna más idóneos
- Capacitar a los jóvenes educadores para que faciliten información sobre la prevención y la reducción de riesgos de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA, y sobre orientación y pruebas de detección voluntarias

Mitigación

- Alimentos para la formación profesional de los niños de la calle y los huérfanos
- Alimentación escolar con raciones especiales de llevar a casa para las familias que prestan cuidados a los niños huérfanos
- Alimentos para programas de capacitación que promuevan actividades generadoras de ingresos (por ejemplo, cultivo de hongos) y que estén ligados a servicios de crédito en pequeña escala para las mujeres y los huérfanos de mayor edad
- Alimentos para la capacitación y alimentos por trabajo para apoyar a los agricultores mediante planes para el cultivo con tracción animal y el suministro de semillas y aperos agrícolas
- Alimentos por trabajo para apoyar el aumento de la producción agrícola mediante el cultivo de huertos con objeto de mejorar la diversificación del régimen alimenticio y aumentar la ingestión de micronutrientes
- Alimentos por trabajo y alimentos para la capacitación para apoyar la introducción de actividades pecuarias de pequeña escala y con bajo coeficiente de mano de obra con objeto de: a) aumentar la ingestión de alimentos ricos en energía/proteínas, y b) crear capital/ahorros que aumenten con el tiempo

Asistencia

- Proporcionar alimentos a las mujeres que viven con el VIH/SIDA y a sus hijos para prolongar la vida de la madre y al mismo tiempo garantizar la alimentación de los hijos
- Apoyar la capacitación de los agentes que prestan cuidados a domicilio sobre orientación nutricional para destacar la importancia de una nutrición óptima y aconsejar a sus pacientes sobre los alimentos más adecuados
- Proporcionar apoyo nutricional a los enfermos de tuberculosis para proteger su seguridad alimentaria y como un incentivo para completar el protocolo de tratamiento (la tuberculosis es una de las infecciones oportunistas más difundidas entre las personas que viven con el VIH/SIDA)

Fuente: PMA 2001

4.3 Políticas y programas agrícolas

Las posibilidades de respuesta de las políticas y programas en el sector agrícola pueden agruparse en torno a los principales tipos de consecuencias: pérdida de mano de obra, pérdida de conocimientos y debilidad de las instituciones. Estas consecuencias suelen hacerse más evidentes una vez superadas las fases iniciales de la epidemia. Todas ellas resultan agravadas en una espiral descendente cuando la reducción de los activos es la respuesta a corto plazo.

El examen de las cuestiones relativas al VIH/SIDA puede formar parte de la prestación de servicios agrícolas, y en la medida de lo posible ha de integrarse en ella. Como ejemplos se pueden citar los programas de lucha integrada contra las plagas en el África meridional que han incorporado en el componente de capacitación el suministro de información sobre la prevención, asistencia y mitigación del VIH. Además, en Asia sudoriental las escuelas sobre el terreno para agricultores y las escuelas sobre el terreno de lucha integrada contra las plagas para estudiantes han abordado la cuestión de la prevención del VIH (White y Robinson 2000). Puede ser provechoso orientar los escasos recursos disponibles para la extensión hacia los grupos de alto riesgo, como los trabajadores agrícolas estacionales, los trabajadores estatales y los pescadores. Al igual que en cualquier sector, se han de establecer sistemas de seguimiento para evaluar la progresión de la epidemia y la idoneidad de la respuesta. Se deben promover investigaciones sobre sistemas agrícolas nacionales para determinar las posibilidades de reemplazar la mano de obra y el capital en los sistemas de explotación agrícolas locales en previsión de una grave escasez de mano de obra.

Pero quizá el reto más difícil al que hace frente el sector agrícola en los países amenazados por el VIH/SIDA es la necesidad de promover sistemas de ordenación de la agricultura y los recursos naturales que hagan un uso más extensivo de mano de obra y utilicen menos insumos adquiridos, pero que propugnen medios de vida sostenibles. Como no se dispone de nuevos equipos y tecnología, los agricultores están optando por métodos viables de explotación agrícolas de bajos niveles de consumo de insumos y producción en lugar de métodos inflexibles de uso intensivo de mano de obra y elevado empleo de insumos (Page 1999). Sin embargo, al hacerlo, corren el riesgo de adoptar una “estrategia de subsistencia” a la larga destructiva. Si la pérdida de productividad agrícola con respecto a los niveles anteriores a la epidemia es suficientemente grande, los ingresos agrícolas y no agrícolas entrarán lentamente en un ciclo descendente.

El paso a una explotación agrícola de bajos niveles de empleo de insumos y producción ahorra algún tiempo pero probablemente no sea una solución sostenible. El reto a que hace frente la comunidad agrícola y concretamente las esferas de investigación agrícola consiste en promover prácticas que se adapten a la realidad de los entornos afectados por el VIH/SIDA y, no obstante ello, mantengan los niveles de productividad. Para que esto ocurra, los agricultores sobrevivientes deben participar aún más en la planificación y la ejecución de las investigaciones de apoyo (Topuzis y Guerny 1999). Un ejemplo simple de adaptación tecnológica al entorno del VIH/SIDA es la creación de arados más ligeros para las mujeres y los jóvenes (White y Robinson 2000).

Los métodos propuestos para combatir la pérdida de información y conocimientos abarcan a las escuelas sobre el terreno en la que los agricultores experimentados comparten sus conocimientos con otros de menor experiencia (jóvenes y viudas). Por ejemplo, una iniciativa en Zimbabwe prevé la capacitación participativa para las viudas del SIDA sobre producción de algodón, un producto generalmente cultivado por hombres (White y Robinson 2000). Los servicios de extensión, reducidos también por la epidemia, deben centrarse en mayor medida en los jóvenes para “colmar el vacío”. La pérdida de información también es determinante en lo que se refiere al papel que desempeñan los comerciantes al acortar las distancias entre la explotación y los mercados. Recientes investigaciones han destacado el importante papel representado por las redes de información y relaciones sociales entre comerciantes y agricultores que perpetúan la reciprocidad basada en la confianza (Fafchamps y Minten 1999). Se considera que esta es una de las formas de capital social amenazadas por el VIH/SIDA. Se piensa que los comerciantes que se desplazan de un lugar a otro suelen ser sensibles al VIH/SIDA y, habida cuenta de las dimensiones ya reducidas de los mercados agrícolas en muchas partes del África subsahariana, este hecho probablemente tenga consecuencias muy graves. Hacen falta esfuerzos para prestar apoyo a estas redes.

La agricultura no está aislada de las demás actividades. No es fácil determinar cuáles medidas pueden realmente reforzar las instituciones que prestan apoyo a las actividades agrícolas ante la ofensiva del VIH/SIDA. En primer lugar, habría que mejorar el acceso de los miembros de tales instituciones a la información y las técnicas para la prevención del VIH. En segundo lugar, se debe determinar claramente cuáles es la capacidad de estas instituciones para fortalecerse a sí mismas. Se desconoce en gran parte cuáles tipos de limitaciones de capacidades son más vinculantes y cuáles son las que han resultado más perjudicadas por el VIH/SIDA. Esta es otra importante tarea que ha de realizarse antes de aumentar los recursos para el desarrollo y contratación del personal.

Las recientes experiencias de algunos de los países más perjudicados han demostrado la capacidad de una importante institución, a saber la microfinanciación, para innovar y perfeccionar productos que atiendan mejor las necesidades de la nueva clientela, en especial en Uganda donde los dirigentes nacionales han afrontado decididamente el problema del VIH/SIDA (Parker et al. 2000). Las instituciones microfinancieras y la comunidad de ONG que ayuda a promoverlas, desempeñarán un papel determinante en la prevención y la mitigación del VIH/SIDA en los nuevos campos de batalla contra la infección en Asia meridional y sudoriental, región en que la microfinanciación en general ha experimentado considerables innovaciones. Si estas innovaciones tienen lugar en la intersección entre la comunidad y las instituciones responsables de ella, los donantes tendrán que ser más creativos en la programación de recursos.

5 Investigación

La actividad de investigación previa en la que se basa la evaluación de las repercusiones del VIH/SIDA y la evaluación de las intervenciones de mitigación es muy reducida. Existe un escaso número de buenos estudios en revistas especializadas y un número mayor en trabajos no publicados. Sin embargo, dada la magnitud del problema, la base de investigación es considerablemente pequeña.

No hay un consenso sobre si la falta de información es un factor más limitante que la falta de fondos, pero sin duda la mejora del análisis y la información puede favorecer un mejor uso de los recursos existentes y establecer una base sólida para seguir presentando argumentos⁶. Se tiene la impresión que muchas de las experiencias en materia de mitigación en la esfera alimentaria, agrícola y nutricional no se dan a conocer en la medida necesaria a un amplio público. Los especialistas innovadores tienen pocos alicientes para documentar sus experiencias debido a la complejidad del ambiente en que trabajan y, en todo caso, el silencio que rodea al VIH/SIDA puede acallar la demanda de tal información. Es necesario encontrar mecanismos para compartir la información, para que los que se hallan en primera línea puedan expresarse.

En segundo lugar, se deben fomentar y utilizar herramientas para la evaluación de la capacidad. A menudo se subestima, con consecuencias desastrosas, la falta de capacidad como limitación para intervenciones eficaces, y el hecho de que el VIH/SIDA socave directamente esta capacidad aumenta aún más la importancia de evaluar la capacidad restante. La evaluación de la mitigación del VIH/SIDA mediante actividades alimentarias, agrícolas y nutricionales es una esfera en que se debe comenzar a trabajar de inmediato. Por motivos éticos y de promoción, el trabajo ha de orientarse a la acción, pero debe ajustarse a las normas científicas, tarea difícil pero no imposible como lo han demostrado las investigaciones ajenas al VIH/SIDA y sin duda el trabajo de prevención del VIH/SIDA.

En tercer lugar, es necesario realizar más investigaciones básicas sobre la evolución de las crisis, entre ellas la del VIH/SIDA. ¿Cuáles son las comunidades, las familias y las personas que tienen más posibilidades de reducir al mínimo los daños causados por el VIH/SIDA y por qué? El pragmatismo ha de ser la actitud predominante para que la investigación dispense beneficios al cabo de 2 ó 3 años, y no deben escatimarse esfuerzos para consolidar lo antes posible la recopilación de datos..

Por último, se ha de mejorarla comprensión del proceso de formulación de políticas. ¿Por qué en algunos países se reconoce con mayor rapidez al VIH/SIDA como una amenaza al desarrollo que en otros? ¿De qué manera pueden aprender los encargados de la formulación de políticas y cuál es el papel de la investigación, las comunicaciones y la promoción?

⁶ Para una descripción pormenorizada del tipo de falta de información sobre las respuestas de mitigación adecuadas a las repercusiones del VIH/SIDA, se remite al lector al reciente trabajo de Haddad y Gillespie (2001).

6 Conclusiones

Las repercusiones del VIH/SIDA en la vida de las personas y en el desarrollo son abrumadoras. La infección ha matado a millones de personas y ha destruido los medios de subsistencia, sobre todo en el África subsahariana. La agricultura y los recursos naturales son componentes importantes de estos medios de subsistencia. Y el estado nutricional de las personas infectadas y afectadas influye considerablemente en la determinación de su bienestar actual y de su capacidad para transformar los medios de subsistencia en actividades que contribuyan a mitigar las repercusiones del SIDA y prevenir la propagación del VIH.

El presente documento examina los posibles caminos a través de los cuales el VIH/SIDA afecta a la nutrición, la seguridad alimentaria y los medios de subsistencia de los hogares, sobre todo de aquellos que dependen de la agricultura. En lo que se refiere a la nutrición, el VIH/SIDA tiene importantes repercusiones en las personas y los hogares, a través de la aceleración del círculo vicioso de ingestión inadecuada de alimentos y enfermedad, y la disminución de la capacidad de garantizar los alimentos, la salud y la asistencia esenciales, que constituyen los requisitos previos de una buena nutrición. Las repercusiones en la agricultura se relacionan con la pérdida de mano de obra y conocimientos y el decaimiento institucional.

Luego, pasa a examinar el modo en que el sector público puede y debe responder a estos desafíos. La atención se centra principalmente en la mitigación. De hecho, es importante aprovechar las oportunidades para integrar la prevención, la asistencia y la mitigación, entre otras cosas porque la mitigación eficaz también puede servir como una forma de prevención muy económica. Las comunidades deben participar activamente, no sólo porque conocen mejor el modo en que el VIH/SIDA ha modificado las limitaciones de sus propios medios de subsistencia, sino también como una manera de vencer la deshonra asociada a la infección. Las posibles repercusiones de las respuestas del sector público deben evaluarse tanto en lo que se refiere a la mitigación de los efectos actuales como a la reducción de la sensibilidad y vulnerabilidad en el futuro. Se han de fomentar nuevas intervenciones para hacer frente al VIH/SIDA sólo en el caso en que la adaptación, mediante la colocación de los “lentes” del VIH, de las intervenciones alimentarias, agrícolas y nutricionales actuales resulte ineficaz. Las políticas del sector público no deben cerrar los ojos ante la infección del VIH/SIDA, pero tampoco dejarse cegar por ella. Los otros principios para la elaboración de políticas y programas señalados en el documento son el principio de “no causar perjuicios” y la necesidad de aprovechar las oportunidades para incorporar el problema del VIH/SIDA en los programas alimentarios y nutricionales. También son fundamentales las cuestiones relativas al alcance, el contexto, la selección, el seguimiento y la colaboración.

El apoyo nutricional puede aplazar considerablemente las enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA y prolongar la vida. En cuanto a la transmisión materno-filial del VIH, es necesario confirmar ulteriormente los efectos protectores de la lactancia materna exclusiva (en contraposición con la lactancia materna parcial) para reforzar las políticas actuales. Se han de diseñar intervenciones de base comunitaria

adecuadas para mejorar los requisitos previos del bienestar nutricional, es decir, la alimentación, la salud y la asistencia, mediante un proceso participativo de evaluación, análisis y actuación.

La ayuda alimentaria puede mejorar considerablemente la situación de los hogares y comunidades afectados por el VIH/SIDA. A este respecto, es importante tener en cuenta la necesidad de contar con mecanismos de selección adecuados basado en la comunidad, así como la exigencia de que la ayuda alimentaria forme parte de un conjunto de medidas, en la medida de lo posible integrada con actividades como la capacitación, la generación de ingresos o el microcrédito.

En cuanto a la respuesta del sector agrícola, a medida que la fuerza de trabajo se reduce, se han de fomentar nuevas tecnologías y variedades de cultivo que dependan menos de la mano de obra, pero que sean nutritivas y resistentes a la sequía. Asimismo, a medida que se pierdan los conocimientos, han de surgir innovaciones como las escuelas sobre el terreno para agricultores para facilitar la transferencia intrageneracional e intergeneracional de conocimientos específicos de las comunidades y las organizaciones.

El documento termina con una descripción de las prioridades en materia de investigación. Éstas consisten en el fomento de mecanismos para compartir la información y para evaluar la capacidad; la evaluación de los esfuerzos por mitigar el VIH/SIDA mediante intervenciones alimentarias, agrícolas y nutricionales, y el aumento de las investigaciones básicas sobre la dinámica de las crisis. Por último, es necesario volver a examinar el proceso de formulación de políticas para comprender la forma en que pueden modificarse las políticas y programas actuales con objeto de reducir sus efectos en la propagación del VIH/SIDA o las repercusiones derivadas del VIH/SIDA en los hogares y comunidades.

Referencias

- Abdale, F. y V. Kraak. 1995. *Community-based nutrition support for people living with HIV and AIDS: A technical assistance manual*. Nueva York: God's Love We Deliver, Inc.
- _____. 2000. *The fourth report on the world nutrition situation: Nutrition throughout the lifecycle*. Ginebra: CAC/SCN.
- Banco Mundial. 1988. *Integrated rural development: The World Bank experience, 1965–86*. OED, Banco Mundial, Washington D.C.
- _____. 1997. *Confronting AIDS: Public priorities in a global epidemic*. Oxford: Oxford University Press.
- Barnett, T. y P. Blaikie. 1992. *AIDS in Africa: Its present and future impact*. Nueva York: The Guilford Press.
- Barnett, T. y M. Halswimmer. 1995. *The impact of HIV/AIDS on farming systems in Eastern Africa*. FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación), Roma.
- Barnett, T. y Rugalema, G. (2001) HIV/AIDS and Food Security. In: Flores, R. and Gillespie, S. (eds) *Health and Nutrition: Emerging and Reemerging Issues in Developing Countries*. 2020 Focus 5, IIPA Washington DC.
- Binswanger, H.P. 2000. *Scaling-up HIV/AIDS programs to national coverage*. *Science* 288: 2173–2176.
- CAC/SCN. 1998. *Overview to the feature: Nutrition and HIV/ AIDS*. *SCN News* 17: 3–4.
- Carney, D., ed. 1998. *Sustainable rural livelihoods: What contribution can we make?* Londres, Reino Unido: Departamento para el Desarrollo Internacional.
- Cebra JJ. 1999. Influences of microbiota on intestinal immune system development. *American Journal of Clinical Nutrition* 69 (5S): 1046S-1051S.
- Coutsoudis, A., K. Pillay, E. Spooner, L., Kuhn, and H.Coovadia. 1999. Influence of infant feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 en Durban, Sudáfrica: A prospective cohort study. *The Lancet* 354: 471–476.
- Coutsoudis, A. et al. 2001. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, Sudáfrica. *AIDS* 15 (3), 379-87.

- FAO/ONUSIDA. 1999. *Sustainable Agricultural/Rural Development and Vulnerability to the AIDS Epidemic*. UNAIDS Best Practice Collection. FAO. Roma.
- Fafchamps, M. y B. Minten. 1999. Relationships and traders in Madagascar. MSSD Discussion Paper 24. Washington, D.C.: IIPA.
- Friis, H. 1998. The possible role of micronutrients in HIV infection. *SCN News* 17: 11–12.
- Gillespie, S. 1989. Potential impact of AIDS on farming systems: A case study from Rwanda. *Land Use Policy* 6 (4): 301–312.
- Goto K, Torun B, Peerson J et al. 1999. Epidemiology of altered intestinal permeability to lactulose and mannitol in Guatemalan infants. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 28(3): 282-90.
- Gupta, G.R. 2000. Gender, sexuality, and HIV/AIDS: The what, the why, and the how. Discurso ante el plenario elaborado para la XIII Conferencia Internacional sobre el SIDA organizada por el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, Durban, Sudáfrica.
- Haddad, L. y Gillespie, S. 2001. Effective food and nutrition policy responses to HIV/AIDS: what we know and what we need to know. Documento de debate FCN, próximamente, IIPA Washington DC.
- Haggerty, P.A. y S.O. Rutstein. 1999. *Breastfeeding and complementary infant feeding, and the postpartum effects of breastfeeding*. DHS Comparative Studies No. 30. Calverton, MD: Macro International.
- Kraak, V., D. Pelletier, E. Frongillo, y S. Rajabuin. 2000. The potential role of food aid for AIDS mitigation in East Africa: Stakeholder views. Documento de debate FANTA. Food and Nutrition Technical Assistance, Academy for Educational Development, Washington D.C.
- Knox, A., R. Meinzen-Dick, y P. Hazell. 1998. Property rights, collective action, and technologies for natural resource management: A conceptual framework. Documento de trabajo n° 1 CAPRI. Washington D.C.: IIPA.
- Lundberg, M., M. Over, y P. Mujina. 2000. Sources of financial assistance for households suffering an adult death in Kagera, Tanzania. *The South African Journal of Economics* 68 (5): 1–39.
- Mackie RI, Sghir A, Gaskins HR. 1999. Developmental microbial ecology of the neonatal gastrointestinal tract. *American Journal of Clinical Nutrition*; 69(suppl): 1035S-1045S.

- Murray, J.L. and A.D. Lopez. 1996. *The Global Burden of Disease*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Narayan, D. 1999. *Bonds and bridges: Social capital and poverty*. Poverty group, PREM. Banco Mundial, Washington D.C., borrador.
- Nicoll, A., M.-L. Newell, E. Van Praag, P. Van de Perre, and C. Peckham. 1995. Infant feeding policy and practice in the presence of HIV-1 infection. *AIDS* 9: 107–119.
- Organizacion Mundial de la Salud 1998. HIV and Infant Feeding WHO/FRH/NUT/CHD 98.1 Ginebra: OMS.
- Page, S.L.J. 1999. Towards a new agricultural research agenda: The need for a paradigm shift towards farmer participatory research and training in the interest of Zimbabwe's AIDS survivors. Documento presentado en la Conferencia sobre SIDA, medios de subsistencia y cambio social en África. Universidad Agrónoma de Wageningen, Países Bajos, abril.
- Page, S.L.J. 2000. Longevity in HIV+ Mothers: The Need to Promote Good Health, Household Food Security and Economic Empowerment to Ensure Family Survival in Southern Africa. Paper prepared for the Expert Group Meeting on HIV/AIDS and Gender, Windhoek, Namibia, 13-17 noviembre 2000, borrador.
- Parker, J., I. Singh, and K. Hattel. 2000. The role of microfinance in the fight against HIV/AIDS. Development Alternatives, Inc. (DAI), Bethesda, Maryland.
- Piwoz, E. and E. Preble. 2000. HIV/AIDS and nutrition: A review of the literature and recommendations for nutritional care and support in Sub-Saharan Africa. SARA Project, USAID, Washington, D.C.
- Programa Mundial de Alimentos (PMA), 2000. Food Security, Food Aid and HIV/AIDS Study. Part I: WFP Uganda Case Study and Part II: Strategy, Pilot Projects and an Agenda for WFP/Uganda.
- Programa Mundial de Alimentos (PMA), 2001. Food Security, Food Aid and HIV/AIDS Study. An Agenda, Strategy and Pilot Projects for WFP/Kenya.
- Programa Mundial de Alimentos (PMA), 2001. Food Security, Food Aid and HIV/AIDS Study: Etiopía.
- Programa Mundial de Alimentos (PMA), 2001. Food Security, Food Aid and HIV/AIDS in Zambia.
- Programa Mundial de Alimentos (PMA), 2001. Food Security, Food Aid and HIV/AIDS Study. Informe sobre una misión a Camboya del Programa Mundial de Alimentos.

Programa Mundial de Alimentos (PMA), 2001. Food Security, Food Aid and HIV/AIDS: Project Ideas to Address the HIV/AIDS Crisis.

Programa Mundial de Alimentos (PMA), 2001. Guidance Note on Food Security, Food Aid and HIV/AIDS, 26 marzo 2001, borrador.

Rugalema, G. 1999a. Adult mortality as entitlement failure: AIDS and the crisis of rural livelihoods in a Tanzanian village. Institute of Social Studies, Den Haag, septiembre.

Rugalema, G. 1999b. HIV/AIDS and the commercial agricultural sector of Kenya: Impact, vulnerability, susceptibility, and coping strategies. Servicio de Extensión, Enseñanza y Comunicación (SDRE), Dirección de Investigación, Extensión y Capacitación, FAO, Roma, Italia.

Semba, R.D. y Tang, A.M. 1999. Micronutrients and the pathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *British Journal of Nutrition* 81, 181-89.

Topouzis, D. 2000. Measuring the impact of HIV/AIDS on the agricultural sector in Africa. Joint and Cosponsored Program on AIDS. Ginebra: ONUSIDA, diciembre.

Topouzis, D. y J. du Guerny. 1999. Sustainable Agricultural/Rural Development and Vulnerability to HIV/AIDS. ONUSIDA Best Practice Paper. Roma. FAO/ONUSIDA.

White, J. y E. Robinson. 2000. HIV/AIDS and rural livelihoods in Sub-Saharan Africa. Policy Series 6. Chatham, Reino Unido: Natural Resources Institute.

Willumsen, J.F., S.M. Fiteau, A. Coutoudis, K.E. Uebel, y A.M. Tomkins. 2000. Subclinical mastitis as a risk factor for mother-infant HIV transmission. En *Short- and long-term effects of breastfeeding on infant health*, ed. B. Koletzo, O. Hernell, y K. Michaelsen. Nueva York, N.Y. Plenum Press, en prensa.