



# La protección social en la era del VIH y el SIDA

Análisis de la importancia de las intervenciones basadas en la ayuda alimentaria

Kara Greenblott



Programa  
Mundial  
de Alimentos

Copyright © PMA 2007

Greenblott, Kara

“La protección social en la era del VIH y el SIDA

Análisis de la importancia de las intervenciones basadas en la ayuda alimentaria”

Programa Mundial de Alimentos

Roma, Italia

## Agradecimientos

Información sobre la autora: Kara Greenblott es consultora independiente en materia de seguridad alimentaria, VIH y SIDA.

La autora agradece la contribución de:

- Francesca Erdelmann y Robin Jackson, que brindaron su estímulo, apoyo y orientación para la elaboración de este trabajo;
- Steven Devereux, Stuart Gillespie, Ugo Gentilini, Tim Frankenberger y Dorte Drybak por sus valiosas reflexiones, críticas y opiniones en las diferentes etapas de preparación del presente documento; y,
- Jeanne Downen, Karyn Fox y Tim Frankenberger (de TANGO International), además de Peter Haag (consultor independiente del PMA), que realizaron la investigación inicial mediante los estudios de casos en el contexto de la protección social en Mozambique, Tanzania, Malawi y Swazilandia.

La investigación para los estudios de casos presentados en este documento tuvo lugar en 2005; a principios de 2006 se hizo un nuevo análisis de las publicaciones pertinentes y se procedió a redactar los resultados obtenidos.

Las opiniones vertidas en este documento pertenecen a la autora y no reflejan la opinión oficial del PMA.

# La protección social en la era del VIH y el SIDA

Análisis de la importancia de las intervenciones basadas en la ayuda alimentaria

Kara Greenblott



# ÍNDICE

<b>1. Introducción</b>	<b>4</b>
<b>2. ¿Qué se entiende por protección social?</b>	<b>5</b>
Análisis de la terminología	
Redes de seguridad: ¿qué son y dónde se aplican?	
Sistemas de protección social en los países en desarrollo	
Flexibilidad y fiabilidad	
¿A quién corresponde la responsabilidad de la protección social?	
Coherencia dentro de un marco nacional	
<b>3. ¿Por qué es importante la protección social y qué cambios se han producido en la manera de abordarla?</b>	<b>9</b>
Enfoques anteriores y enfoques nuevos	
¿Se trata de derecho humano o de humanitarismo?	
Derecho humano o humanitarismo?	
<i>Cuestiones fundamentales: la condicionalidad</i>	<b>12</b>
<b>4. La protección social en el contexto del VIH y el SIDA</b>	<b>13</b>
El impacto del VIH y el SIDA	
El problema de la oferta y la demanda	
¿Qué se debe tener en cuenta?	
1. El fortalecimiento de las redes de seguridad comunitarias quizá no sea suficiente	
2. Promoción de los medios de subsistencia: no se trata sólo de protección	
3. Aceptar que existe un mayor número de casos donde la asistencia social es necesaria	
4. Una estrategia integrada que respalde la continuidad de los cuidados	
5. Poner en práctica los criterios “transformacionales”	
<i>Cuestiones fundamentales: la dependencia</i>	<b>18</b>
<b>5. Alimentos, VIH y SIDA y protección social</b>	<b>19</b>
La función especial de los alimentos	
1. Aclarar los objetivos concretos de la intervención	
2. Comprender la forma en que interactúan el VIH y la seguridad alimentaria y nutricional	
3. Tener en cuenta el contexto para decidir si se proporciona asistencia en forma de alimentos o de efectivo	
<b>6. Transferencias sociales selectivas en el contexto del VIH y el SIDA</b>	<b>24</b>
Nutrición, atención de la salud y tratamiento	
Apoyo a los medios de subsistencia y creación de activos	
Educación y apoyo para los niños vulnerables	
Consideraciones operacionales	

<b>7. La orientación de la ayuda: un desafío</b>	<b>32</b>
El uso de indicadores sustitutos	
<i>Cuestiones fundamentales: la equidad</i>	<b>34</b>
<i>Cuestiones fundamentales: la previsibilidad</i>	<b>35</b>
<b>8. La función del PMA en materia de protección social frente al VIH y el SIDA</b>	<b>37</b>
Orientación de los conocimientos	
Orientación de las políticas y estrategias	
Orientación de los programas	
<b>Siglas</b>	<b>40</b>
<b>Referencias</b>	<b>41</b>
<b>Notas</b>	<b>42</b>
<b>Notas de los recuadros (NR)</b>	<b>43</b>



En general, el propósito de este documento es estimular el debate, plantear preguntas y fomentar vínculos entre las nuevas ideas respecto de la protección social y la

programación en apoyo de las personas pobres y vulnerables, poniendo especial énfasis en las personas y los hogares afectados por el VIH y el SIDA.

## 2. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR PROTECCIÓN SOCIAL?

### Análisis de la terminología

Con frecuencia, las expresiones “protección social”, “bienestar social” y “redes de seguridad social” se utilizan indistintamente. Desde el punto de vista convencional, las tres se refieren a la transferencia de alimentos, ya sea en efectivo u otras contribuciones en especie a los grupos pobres y vulnerables, como respuesta a la pobreza o las situaciones que ponen en riesgo sus medios de subsistencia. No obstante, han surgido nuevas ideas que amplían la noción de protección social. “Más recientemente, la protección social se considera un ‘marco general’ que no se limita simplemente a las transferencias sino que se acerca más a las políticas integrales”. Desde esta perspectiva, las redes de seguridad y los mecanismos de bienestar no son equivalentes a la protección social, sino que son más bien componentes de un marco de protección social.

Es importante reconocer que la gente le otorga distintos significados; no existe una sola definición con la que

todos estén de acuerdo. Sin embargo, en la mayoría de las definiciones se entiende que su propósito es proteger a los miembros más vulnerables de la sociedad mediante ciertos bienes y servicios, entre los que se destacan la salud, la educación y los servicios sociales que ofrecen apoyo económico, material, social o psicológico a las personas que no pueden obtenerlo por sus propios medios<sup>3</sup>.

Mientras que tradicionalmente mediante la protección social se ha procurado proteger los medios de subsistencia de los grupos vulnerables, los últimos debates se han centrado en la necesidad de ampliar el concepto más allá de la protección, para incluir la promoción activa de los medios de subsistencia mediante el empleo de un marco conformado por diversos tipos de mecanismos. En el presente documento se analizan las repercusiones que tiene este concepto ampliado en el contexto de la pandemia del VIH, especialmente en relación con la asistencia y la ayuda alimentaria.

### DEFINICIONES DE PROTECCIÓN SOCIAL

**PMA:** sistemas integrados de medidas nacionales institucionalizadas, que pueden comprender pensiones de aportación obligatoria, planes de seguros y redes de seguridad. Las redes de seguridad se definen como el componente de la protección social cuyo grupo objetivo son los sectores más vulnerables de una población.

**Instituto de Desarrollo de Ultramar (ODI):** una variedad de procesos, políticas e intervenciones cuya finalidad es ayudar a las personas a reducir los riesgos, mitigarlos, hacerles frente y recuperarse de sus efectos para vivir en una situación menos insegura y poder participar en el desarrollo económico.

**Instituto de Estudios sobre el Desarrollo (IDS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF):** iniciativas públicas y privadas que

proporcionan transferencias de ingresos o alimentos a los pobres, protegen a las personas vulnerables de los riesgos que afectan a sus medios de subsistencia y contribuyen a mejorar la condición social y los derechos de los marginados, con el fin de reducir la vulnerabilidad económica y social de las personas pobres, vulnerables y marginadas.

*Cada vez más, los gobiernos y organismos donantes reconocen la necesidad de brindar protección a los pobres en caso de fluctuación de sus ingresos o en situaciones que pongan en crisis sus medios de subsistencia. En este contexto, la expresión “protección social” comprende una variedad de intervenciones, tales como los sistemas formales de seguridad social, las intervenciones de emergencia puntuales o los proyectos de ayuda alimentaria (por ejemplo, alimentación escolar, obras públicas, etc.).*  
Devereux, 2002





utilizarlos que éstos se tornan ineficaces, o bien ni siquiera saben a qué servicios tienen derecho. Por último, las deficiencias en materia de infraestructura y capacidad de recursos humanos son problemas comunes, que se analizarán en mayor profundidad más adelante en este documento. En resumen, en los países propensos a sufrir crisis y que se ven afectados por una pobreza crónica, la protección social frecuentemente consta de redes de seguridad social con recursos insuficientes.

**En los Estados Unidos, el programa de cupones para alimentos** tiene como fin garantizar a los hogares de bajos ingresos el acceso a una alimentación sana mediante la entrega de cupones o beneficios en forma electrónica que se pueden emplear como efectivo en la mayoría de los comercios. Este programa es la piedra angular de los programas federales de asistencia alimentaria y ofrece un apoyo fundamental a los hogares necesitados y los que se encuentran en la transición entre la seguridad social y el empleo. Los criterios para la inclusión de los hogares en el programa se basan en la evaluación de los recursos e ingresos con que éstos cuentan.

(NR1)

**En Sudáfrica** y otros países de ingresos medianos, las pensiones que reciben los adultos mayores frecuentemente se comparten dentro de los hogares y pueden tener un importante impacto en la pobreza de los adultos mayores mismos y de las personas a su cargo. En Sudáfrica, se estima que cada pensión social ayuda a mantener entre siete y nueve personas a cargo de quien la recibe. En los años en que hay sequías, este ingreso se redistribuye entre los familiares que sufren inseguridad alimentaria; en años “normales” contribuye a reducir la pobreza infantil ya que se utiliza para pagar la educación y los costos de crianza de los nietos de quien recibe la pensión. Cada vez es más común que los abuelos se conviertan en cuidadores voluntarios de los niños huérfanos, por lo que la pensión social es un recurso vital para éstos u otros niños vulnerables y adultos infectados por el VIH.

(NR2)

## Flexibilidad y fiabilidad

Para que las medidas de protección social sean eficaces deben ser flexibles, y los pobres deben poder contar con ellas. Los estudios sobre la vulnerabilidad transitoria, a diferencia de la vulnerabilidad crónica, indican que algunas personas (u hogares) son más o menos vulnerables a las situaciones de crisis según la época del año de que se trate (por ejemplo, según el momento de la

temporada agrícola) o el punto en que se encuentran en el proceso de recuperación de una crisis anterior. Para proteger y promover los medios de subsistencia de estas personas, al aplicar las medidas de protección social debe tenerse en cuenta que su capacidad puede variar y que por lo tanto hay que proporcionarles una asistencia en función de ello. Asimismo, es necesario que existan medidas concretas orientadas a las personas vulnerables y con pobreza crónica, es decir, aquellas personas que nunca se han recuperado de una crisis grave, como una enfermedad que los ha debilitado o la pérdida de activos. Del mismo modo, debe poder contarse siempre con la aplicación de tales medidas eficaces de modo que los posibles beneficiarios de la asistencia puedan manejar los riesgos sabiendo que tienen la posibilidad de acceder rápidamente a redes de seguridad y otras medidas pertinentes cuando las necesiten.

## ¿A quién corresponde la responsabilidad de la protección social?

Los diversos agentes que participan en la prestación de protección social a las personas pobres y vulnerables pueden clasificarse en tres grupos principales: informales (familias y comunidades); semiformales (organismos de las Naciones Unidas, ONG y organizaciones religiosas o comunitarias); y formales (gobierno).

En los países en desarrollo, la capacidad institucional de estos grupos puede variar enormemente. En el estudio de los sistemas de protección social de los países del África meridional realizado por el PMA se observa que las familias y las comunidades son las que brindan el apoyo de más calidad y tienen la mayor proyección social y variedad de servicios, a pesar de contar con los menores niveles de recursos y capacidad de gestión. Por otra parte, su capacidad para hacer frente a las dificultades y proporcionar los recursos necesarios se deteriora rápidamente debido principalmente al impacto de la pandemia del VIH.

A la inversa, los organismos de las Naciones Unidas y las ONG internacionales, que cuentan con mayores recursos, tienen una proyección social y una variedad de servicios menores. El estudio indica que el sistema semiformal se caracteriza generalmente por la falta de coordinación y estabilidad, mientras que el sistema formal tiene un mandato oficial, pero su capacidad de ejecución es la más limitada.

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE LOS AGENTES DE PROTECCIÓN SOCIAL EN MOZAMBIQUE <sup>8</sup>					
PROVEEDOR	NIVEL DE PROYECCIÓN SOCIAL	NIVEL DE VARIEDAD	NIVEL DE CALIDAD	NIVEL DE RECURSOS	NIVEL DE GESTIÓN
<b>Informal</b>					
Familias	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy bajo	Medio
Communities	Muy alto	Alto	Alto	Muy bajo	Medio
<b>Semiformal</b>					
PMA	Medio	Muy bajo	Alto	Alto	Alto
Organismos del ONU	Bajo	Bajo	Medio-Alto	Medio-Alto	Alto
ONG internacionales	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto
ONG nacionales	Alto	Medio	Medio	Bajo	Bajo
Organismos Religiosos	Medio-Alto	Alto	Alto	Bajo-Medio	Alto
<b>Formal</b>					
INPS*	Muy bajo	Medio	Bajo	Bajo-Medio	Medio
MINS**	Muy bajo	Medio	Medio	Medio	Medio

\* Instituto Nacional de Protección Social  
 \*\* Ministerio de Salud

Teniendo en cuenta que el mandato de protección social generalmente corresponde al gobierno nacional, se recomienda a las organizaciones internacionales que trabajen conjuntamente con las instituciones gubernamentales pertinentes a fin de crear un entorno normativo propicio para la aplicación de los mecanismos de protección social. No obstante, con frecuencia la aplicación supera las posibilidades de la autoridad nacional, a menos que trabaje en asociación con otros agentes, tales como ONG nacionales e internacionales. Por su parte, las ONG dependen de las asociaciones que establecen con la comunidad para determinar la naturaleza y gravedad de las necesidades, y para garantizar una orientación de la ayuda adecuada. Sin duda, la prestación de protección social eficaz se basa en el establecimiento de un gran número de asociaciones. Para lograr eficacia, deben examinarse detenidamente los mandatos y los puntos débiles y fuertes de cada grupo, y debe sacarse el mayor provecho posible de ese examen.

## Coherencia dentro de un marco nacional

Uno de los desafíos que se plantean en los países en desarrollo es el de asegurar la coherencia entre las políticas, estrategias, programas y actividades nacionales para la promoción de la protección social. En el examen de los sistemas de Malawi, Mozambique, Swazilandia y Tanzania realizado por el PMA se

subrayaba la necesidad de formular una política nacional de protección social, así como un marco estratégico general que sirviera de guía para la asignación de los recursos proporcionados por diversos agentes, tanto desde el punto de vista geográfico como técnico. Es de especial importancia que en la formulación del marco se tenga en cuenta la naturaleza intersectorial de la protección social, y la necesidad de trabajar en aras de objetivos comunes, independientemente de los enfoques sectoriales.

La creación de mecanismos dentro de un marco estratégico común puede contribuir a una mejor integración de las diversas intervenciones de desarrollo y de socorro que existen en un determinado país (que muchas veces son paralelas). El enfoque del socorro para el desarrollo, que es cada vez más popular y ha evolucionado a partir del concepto más rígido de la transición del socorro al desarrollo de principios del decenio de 1990, se ve favorecido cuando existe cohesión dentro de un marco común.

El documento provisional de políticas y orientación elaborado por el PMA para sus oficinas en los países ayudará al personal a la hora de participar en las estrategias nacionales de reducción de la pobreza. El objetivo no sólo es promover la seguridad alimentaria, la seguridad nutricional y la preparación para situaciones de emergencia dentro de los programas nacionales, sino también asegurar que los programas del PMA se armonicen e integren dentro de los marcos

## **SIERRA LEONA:** SENTAR LAS BASES PARA LAS REDES DE SEGURIDAD NACIONALES

Sierra Leona acababa de salir de más de 10 años de guerra civil que habían devastado al país. El nuevo Gobierno estaba comprometido en elaborar de una estrategia de protección social como parte de una estrategia más amplia de reducción de la pobreza. El PMA desempeñó tres importantes funciones que ayudaron al Gobierno y la sociedad civil en esta transición. En primer lugar, actuó como asesor en la elaboración del documento de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP) y como promotor de las redes de seguridad alimentaria. Además, participó en la elaboración del primer documento de estrategia nacional de seguridad alimentaria, donde se destaca la importancia de las mencionadas redes. En segundo lugar, utilizó el análisis y cartografía de la vulnerabilidad (VAM) como instrumento para analizar una encuesta nacional de hogares. Y, en tercer lugar, comenzó a elaborar un programa en el país que incluía intervenciones en materia de redes de seguridad aplicadas en asociación con el Gobierno, que sirven como ejemplo y crean capacidad para las redes de seguridad institucionales en el futuro.

## **MALAWI** INTERVENCIONES ALIMENTARIAS EN EL CONTEXTO DE UNA ESTRATEGIA NACIONAL DE REDES DE SEGURIDAD

La oficina del PMA en Malawi participó en la planificación y ejecución del programa nacional de redes de seguridad. En respuesta al deterioro de las condiciones económicas y la alta prevalencia del VIH, en 2003 dicha oficina colaboró en la elaboración de un programa de redes de seguridad alimentaria conjunto e integrado. La oficina desempeñó un papel decisivo en el establecimiento de una coalición de ministerios gubernamentales, donantes y ONG en apoyo al programa, así como en la formulación de muchos de sus componentes. Desde entonces, el PMA ha realizado varias actividades en el marco del programa de redes de seguridad, por ejemplo, una intervención selectiva en materia de nutrición. La participación del PMA en la red de seguridad nacional de Malawi demuestra cómo pueden integrarse las intervenciones alimentarias y las estrategias nacionales coordinadas para contribuir a la protección y la promoción de los medios de subsistencia.

estratégicos establecidos por los gobiernos nacionales y sus asociados para el desarrollo.

El documento elaborado por el PMA en 2004 sobre las redes de seguridad basadas en la ayuda alimentaria,

describe el modo en que el Programa ha participado en la formulación de políticas nacionales para la protección social mediante el establecimiento y fortalecimiento de dichas redes en diversos países, entre los que se cuentan Sierra Leona y Malawi (PMA, 2004b).

### **3. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y QUÉ CAMBIOS SE HAN PRODUCIDO EN LA MANERA DE ABORDARLA?**

Nuestra comprensión de los aspectos relacionados con la pobreza ha evolucionado considerablemente en los últimos decenios. Una de las enseñanzas más importantes extraídas de las experiencias de los decenios de 1980 y 1990 es que el problema de la pobreza no se resuelve centrándose exclusivamente en el crecimiento económico, porque las oportunidades que genera el crecimiento no siempre se distribuyen de forma equitativa. Peor aún, como

sucedió con la aplicación de las políticas de ajuste estructural, el crecimiento puede aumentar la disparidad y dejar a los pobres desprotegidos. Al promover un “crecimiento favorable a los pobres” mediante la combinación de la protección social y las políticas que estimulan el crecimiento económico, debe garantizarse que los pobres tengan acceso a algunos de esos beneficios, lo que les permitiría manejar los riesgos y reducir su vulnerabilidad de modo más eficaz.

Hay quienes siguen percibiendo los sistemas de protección social como mecanismos costosos y gestionados ineficazmente por el Estado, que hacen poco más que generar holgazanería y dependencia. Sin embargo, hay muchas pruebas que demuestran lo contrario. Si están bien diseñados, si son gestionados por instituciones con una capacidad adecuada y si se ubican dentro de un marco estratégico más amplio, los sistemas

de protección social pueden ser asequibles y no sólo salvar a los pobres de la indigencia sino también ayudarlos a alcanzar la autosuficiencia. En el cuadro a continuación se muestra cómo ha comenzado a cambiar la manera de abordar el tema en los últimos años.

Además, en el pasado había una tendencia a presentar las medidas de protección social en forma de proyectos en

ENFOQUES ANTERIORES	ENFOQUES NUEVOS
<p>La protección social es principalmente una forma de transferencia de bienestar, que tiene poco o ningún impacto más allá del <b>consumo inmediato</b>.</p>	<p>Los planes de protección social también tienen un <b>impacto a más largo plazo</b> que no es visible inmediatamente.</p>
<p>La alimentación escolar es un instrumento a corto plazo para la <b>proteger el estado nutricional</b> de los niños.</p>	<p>Cuando se ofrece al comienzo del día, la alimentación escolar <b>favorece el aprendizaje</b>; a largo plazo, <b>una mayor asistencia</b> a clase puede contribuir a formar generaciones de adultos <b>más sanos, instruidos y productivos</b>. Las raciones para llevar al hogar también representan un medio para transferir los ingresos, ya que <b>evitan que las familias deban elegir</b> entre comprar alimentos o destinar el dinero a otros gastos esenciales, tales como educación, atención médica, insumos agrícolas, etc.</p>
<p>Los mecanismos de protección social constituyen un gesto humanitario que se puede ofrecer a las personas o familias indigentes como último recurso. <b>Generan inactividad y dependencia</b> y, al retirarse la ayuda, quienes la reciben vuelven a quedar vulnerables.</p> <p>Los mecanismos de protección social pueden aplicarse a corto plazo para <b>“proteger”</b> los medios de subsistencia.</p>	<p>Para ser eficaz, la protección social debe proporcionar cobertura tanto a quienes no pueden mantenerse a sí mismos como a “quienes pueden, pero son vulnerables”, con diferentes tipos de intervenciones según los grupos seleccionados. La protección social eficaz no solamente responde a un <b>principio humanitario</b> sino al objetivo de proteger la salud y la productividad, especialmente al contribuir a <b>evitar</b> que ante situaciones difíciles las personas utilicen <b>estrategias negativas</b> que las pongan en riesgo.</p> <p>La protección social puede incluir la <b>promoción</b> de los medios de subsistencia y no simplemente su protección. Cuando se diseña adecuadamente, puede facilitar la acumulación de activos (por ejemplo, activos humanos tales como la salud, el conocimiento y las competencias técnicas) y <b>reforzar la capacidad de resistencia</b> de los hogares para enfrentar crisis futuras. Lo ideal es que también permita a los hogares a comenzar a <b>ahorrar e invertir</b>.</p>
<p>Los proyectos de obras públicas, alimentos por trabajo (APT) o alimentos para la creación de activos (ACA) proporcionan <b>trabajo temporal</b> a personas que de otro modo estarían desocupadas. Las raciones de alimentos ofrecen un <b>apoyo a corto plazo</b> a las familias que sufren inseguridad alimentaria, pero también contribuyen a disminuir el riesgo de dependencia o la aparición de “entregas gratuitas de alimentos”. La opción de un proyecto en el que se proporcione algo a cambio de trabajo es secundaria a la preocupación principal de proporcionar alimentos al trabajador y su familia.</p>	<p>Estos programas evitan que los hogares que sufren inseguridad alimentaria vendan sus activos. La infraestructura física creada por la intervención (por ejemplo una huerta, un banco de semillas, caminos secundarios) representa <b>activos productivos nuevos (o rehabilitados)</b> que favorecen <b>una mayor autosuficiencia</b> de los hogares y las comunidades <b>en el futuro</b>. Y, por último, los <b>nuevos activos humanos</b> (conocimiento y competencias técnicas) los preparan mejor para ser productivos en el futuro.</p>

lugar de intentar institucionalizar los beneficios que éstas brindaban. Con frecuencia, las medidas se consideraban externas y complementarias a los sistemas nacionales, mientras que los nuevos enfoques les otorgan un lugar prominente dentro de los marcos nacionales.

## ¿Se trata de derecho humano o de humanitarismo?

Lo novedoso del actual concepto de protección social es el vínculo que establece entre la asistencia social y objetivos más amplios relacionados con la vulnerabilidad, el crecimiento y los derechos. “Actualmente, el desafío que se plantea es si [...] un enfoque restringido de la protección social (formulado en el decenio de 1990 y cuyo propósito principal es evitar que los pobres se conviertan en indigentes) puede también contribuir a crear condiciones para que quienes viven constantemente en la pobreza logren salir de ella, e incluso para que se interrumpan algunos de los patrones estructurales que mantienen a la gente sumergida en la pobreza<sup>9</sup>”.

**En los países en desarrollo, la protección social se funda en la caridad más que en la promoción de derechos: humanitarismo, más bien que derechos humanos.**

*A diferencia de los beneficios de la seguridad social, las transferencias con destinatarios específicos no se garantizan en los países en desarrollo (la ciudadanía no confiere el derecho a la seguridad de un ingreso mínimo)...*

*Documento de trabajo n° 142 del IDS:  
“Social Protection for the Poor”*

Este aspecto relativamente nuevo reflexionar sobre la protección social se considera transformador. Tiene en cuenta cuestiones relativas a la igualdad, el empoderamiento y los derechos económicos, sociales y culturales, en lugar de limitarse a las transferencias de ingresos. Al abordarse el tema desde el punto de vista de los derechos, la protección social transformadora se centra en la igualdad social y fomenta respuestas que reducen los prejuicios y la estigmatización de los grupos vulnerables. Se propone cambiar la concepción de la protección social como caridad o humanitarismo, ubicándola en el contexto de los derechos humanos y los derechos a los beneficios sociales.

El crecimiento económico es un aspecto importante del debate. En muchos países pobres, la protección social sigue considerándose insostenible desde el punto de vista del gasto público y una desviación de los recursos públicos cuya inversión en iniciativas de crecimiento económico resultaría más fructífera. No obstante, las

investigaciones realizadas recientemente indican que las medidas de protección social pueden contribuir a la reducción de la pobreza y al crecimiento económico, y pueden ser más asequibles de lo que se pensaba. En un trabajo realizado hace poco por el IDS<sup>10</sup> se señalan dos formas en las que la protección social contribuye al crecimiento económico: 1) **directamente** – mediante las transferencias redistributivas que aumentan los ingresos de los pobres y contribuyen a satisfacer sus necesidades mínimas de consumo, lo cual les permite enfrentar riesgos moderados y proteger (en lugar de reducir) los activos cuando sus medios de subsistencia se ven afectados por las crisis; o 2) **indirectamente** – mediante la creación de activos (por ejemplo, infraestructuras por medio de obras públicas, alimentación escolar para aumentar el capital humano) y multiplicadores de ingresos o empleo.

**En tres países del África meridional**, el número de personas pobres de los hogares beneficiarios disminuyó considerablemente mientras siguieron realizándose las transferencias de ingresos. Cuanto mayores eran el valor y la duración de éstas, más capacidad tenían los hogares para adquirir activos productivos, invertir en actividades agrícolas y actividades económicas informales, ahorrar y brindar ayuda a sus familiares. Los beneficios secundarios de estas redes de seguridad favorecieron no sólo a las familias inmediatas y ampliadas de los participantes, sino también a los comerciantes locales y otros que aprovecharon los multiplicadores de ingresos generados por el aumento del gasto.

(NR3)

En **Zambia** se está llevando a cabo un plan piloto de transferencia social de dinero, cuyo costo representa el 0,5% del producto interno bruto (PIB), que se orienta al 10% más pobre de la población, constituido por personas no aptas para el trabajo y con un alto grado de dependencia. En **Mozambique** se está poniendo a prueba un programa de subsidio de alimentos para los ciudadanos de las zonas urbanas y periurbanas no aptos para trabajar y sin ingresos. Los criterios para recibir la asistencia se basan en la evaluación de los medios de vida, los indicadores sustitutos (edad, discapacidad) y el estado de salud (enfermos crónicos). Se piensa ampliar la aplicación del plan a las zonas rurales.

(NR4)

Sin protección social, los hogares adoptan comportamientos que entrañan riesgos (estrategias negativas tales como vender sus activos, sacar a los hijos de la escuela, acceder a relaciones sexuales a cambio de beneficios personales, etc.), lo cual inevitablemente tiene un elevado costo para cualquier hogar. En un nivel más amplio, el incremento de la inseguridad alimentaria o la relativa a los medios de

subsistencia puede llegar a requerir costosas intervenciones de socorro. Los países desarrollados hace tiempo que integraron los mecanismos de protección social a sus estrategias nacionales, y también algunos países con menos recursos han comenzado a experimentar en este sentido.

No obstante, la mayoría de los programas de protección social son demasiado parciales y se aplican como medidas

especiales, por lo cual es difícil que tengan un efecto amplio que comprenda la promoción de los medios de subsistencia y el desarrollo económico. Los que tienen más posibilidades de éxito son aquellos flexibles y con los que puede contarse de manera fiable, dos características que a menudo se contraponen a las modalidades de las medidas de asistencia internacional cuando se aplican de manera independiente.

## CUESTIONES FUNDAMENTALES: LA CONDICIONALIDAD

¿Está bien imponer condiciones para gozar de los derechos básicos? ¿Los beneficios materiales como los alimentos, el cobijo y la atención de la salud no constituyen derechos humanos fundamentales? Por otra parte, los beneficios materiales que se reciben incondicionalmente, ¿van en contra de los principios de independencia, o peor aún, fomentan la dependencia? ¿Cómo se puede esperar que los pobres tengan iniciativa si continuamente reciben ayuda gratuita?

**Beneficios “incondicionales”:** mientras que en los países industrializados los beneficios de la seguridad social a menudo se proporcionan incondicionalmente a los principales cuidadores voluntarios (como apoyo por el cuidado y la crianza de sus hijos), para muchos, este tipo de ayuda fomenta la inactividad y la dependencia, y va en detrimento de la ética del trabajo.

Algunos sostienen que los países en desarrollo no cuentan con la infraestructura administrativa ni el presupuesto necesarios para crear mecanismos de protección social a nivel nacional. Sin embargo, otros señalan que tener un mecanismo de redes de seguridad permanente y previsible sería menos costoso que organizar repetidamente iniciativas de socorro cuando las comunidades carecen de la resistencia necesaria para soportar las crisis.

**Beneficios “condicionales”:** la aplicación de condiciones, tales como la participación activa (por ejemplo, en planes de APT o ACA), a quienes reciben beneficios materiales (alimentos o dinero) generalmente se considera apropiada en relación con las personas aptas para trabajar. Pero cuando se trata de personas excepcionalmente vulnerables (por ejemplo, niños pequeños, adultos mayores, mujeres embarazadas o madres lactantes), ¿deberían eliminarse completamente todas las condiciones? ¿O deberían aplicarse condiciones menos rígidas, orientadas al cuidado de sí mismos, como, por ejemplo, exigir el uso de los servicios de salud o enviar a los hijos a la escuela?

Es importante tener en cuenta la disponibilidad y calidad de los servicios sociales. Por ejemplo, la aplicación de condiciones para las transferencias sociales es mucho más común en América Latina que en África. Ello puede deberse (al menos en parte) a que sirve de poco exigir que los niños asistan a escuelas o clínicas donde los servicios públicos son insuficientes.

Los organismos que proporcionan ayuda alimentaria frecuentemente exigen una participación activa para poder recibir las raciones de alimentos. Los alimentos se consideran un incentivo eficaz para la creación de activos productivos, que abarcan desde la infraestructura de la comunidad (activos materiales) hasta la educación y las competencias técnicas (activos humanos) y, en última instancia, aumentan la productividad y promueven los medios de subsistencia. Esto también se aplica en el contexto del VIH y el SIDA. Los alimentos se vinculan a la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, al tratamiento bajo observación directa, al tratamiento breve bajo observación directa de los programas de control de la tuberculosis (para estimular el uso y el cumplimiento de los servicios) y al tratamiento antirretroviral, a fin de promover un cumplimiento correcto.

En **México**, un programa del Gobierno denominado “Oportunidades” proporciona transferencias para cada hijo con la condición de que asista a la escuela y utilice los servicios básicos de salud con regularidad. En América Latina es cada vez más común atribuir responsabilidades al beneficiario (o a la persona que se encarga de su cuidado), lo cual responde a la influencia de las ideas sobre bienestar social de los Estados Unidos y de Europa occidental<sup>11</sup>. El costo total de este programa en México representa apenas el 0,32% del PIB del país.

En **Zimbabwe** y **Zambia**, las raciones de mezcla de maíz y soja (MMS) se vinculan con el cumplimiento del tratamiento breve bajo observación directa para la tuberculosis y el tratamiento antirretroviral. En un estudio realizado por el Consorcio para emergencias de seguridad alimentaria en el África meridional (C-SAFE) en febrero de 2005, uno de los impactos de la asistencia alimentaria más comúnmente mencionado fue una mayor aceptación general de los tratamientos y un mayor cumplimiento de los tratamientos con fármacos (antirretrovirales y para la tuberculosis). Un estudio reveló que en una pequeña muestra de personas que interrumpieron sus tratamientos, la falta de dinero para adquirir alimentos se consideraba un obstáculo para el cumplimiento de los tratamientos<sup>12</sup>.

## 4. LA PROTECCIÓN SOCIAL EN EL CONTEXTO DEL VIH Y EL SIDA

### El impacto del VIH y el SIDA

El impacto de la pandemia del VIH en la vulnerabilidad de los hogares se ha documentado ampliamente. La vulnerabilidad de las comunidades y los hogares que ya viven en situación de riesgo ha aumentado a causa de las complejas consecuencias del VIH y el SIDA. Los impactos más comúnmente citados son los siguientes:

- se reduce la mano de obra de los hogares, lo que afecta a la producción agrícola en los hogares mismos y en las comunidades;
- se desvían los ingresos de los hogares, que en lugar de invertirse, ahorrarse o utilizarse para satisfacer necesidades básicas, se emplean para cubrir gastos médicos, gastos fúnebres y otros costos relacionados con la enfermedad;
- se dedica tiempo y energía a la prestación de cuidados, en lugar de dedicarse a la producción o los ingresos del hogar;
- los conocimientos intergeneracionales (conocimientos para la vida, técnicas agrícolas, etc.) no se transmiten de una generación a otra, ya que los padres se enferman o mueren antes de que sus hijos lleguen a ser mayores;
- deja de enviarse a los niños a la escuela para que ayuden con las tareas del hogar y la prestación de cuidados;
- aumenta el número de huérfanos y los hogares que los acogen deben soportar una carga adicional;
- aumenta la demanda que deben satisfacer los sistemas de salud debido al mayor número de enfermos crónicos; y
- se reduce la capacidad de los sistemas de salud, dado que los profesionales de la salud (y sus familias) también se ven directamente afectados por la enfermedad<sup>13</sup>.

A este panorama, de por sí bastante desalentador, se le deben sumar las complicaciones adicionales de la inseguridad alimentaria y nutricional. Cada una de estas complicaciones se relaciona de una manera particular con el VIH, lo que resulta cada vez más claro a medida que se cuenta con más investigaciones y documentación.

### El problema de la oferta y la demanda

Teniendo en cuenta el generalizado y grave impacto del VIH y el SIDA en las comunidades, los hogares y las personas que viven con el virus, el problema de la oferta y la demanda merece un análisis más profundo a la hora de examinar el tema de la protección social en un contexto con una alta prevalencia del VIH.

#### LAS REDES DE PROTECCIÓN NO ESTRUCTURADAS DE MALAWI SUFREN EL IMPACTO DE LA PANDEMIA DEL VIH

En Malawi, la combinación de la pobreza con el VIH y el SIDA ha afectado seriamente los recursos de las redes de seguridad basadas en los lazos de parentesco, debido al alto número de hogares pobres y afectados por el virus. Quienes se encargan de cuidar a los familiares enfermos recurren cada vez más al *ganyu*, o empleo informal, para obtener el dinero que necesitan.

Tradicionalmente, el *ganyu* era una modalidad común de protección social informal, ya que los hogares en mejores condiciones económicas necesitaban mano de obra y se esperaba que proporcionaran empleo agrícola a los más pobres. Al convertirse en una estrategia de supervivencia fundamental de los hogares afectados por el VIH, el incremento de la oferta de mano de obra ha ocasionado la reducción de los salarios y el aumento de la competencia por el empleo. Esta competencia reduce la capacidad de negociación de los ya vulnerables trabajadores informales, especialmente las mujeres, al punto que cada vez es más común que los contratos *ganyu* impliquen relaciones sexuales a cambio de la oportunidad de trabajar.

(NR5)

**Demanda (de protección social):** las crisis que suelen afectar a los medios de subsistencia, como los desastres naturales, generalmente tienen una evolución previsible, y tanto los impactos como los procesos de recuperación se viven de manera similar en las distintas comunidades y zonas geográficas afectadas. Estas crisis normalmente no tardan más de una estación en resolverse, período en el cual la población afectada se recupera (aunque con ayuda) y alcanza los niveles de productividad anteriores a la crisis. No obstante, las personas y los hogares afectados por el VIH son mucho más vulnerables a las crisis generadas por factores

externos y, por tanto, se ven más perjudicados y les cuesta más recuperarse de sus efectos. Las repercusiones de lo que Alex de Waal llama “nueva variante del hambre”<sup>14</sup> son ya ampliamente conocidas: deterioro de los activos, mayor vulnerabilidad y una nueva categoría de personas pobres y vulnerables que no existía anteriormente. Las repercusiones para los sistemas de protección social son igualmente alarmantes: “las crisis relativamente menores pueden verse enormemente magnificadas y requerir respuestas humanitarias de mucho mayor envergadura”, porque “los hogares y las comunidades afectados por el VIH tienen cada vez menos capacidad para enfrentar estas situaciones”. Las personas afectadas por el VIH son mucho más vulnerables cuando sus medios de subsistencia se ven menoscabados por las crisis; y peor aún, dado que hay comunidades enteras afectadas, “las personas que viven con el VIH pueden perder esta ayuda informal justamente cuando más la necesitan”<sup>15</sup>. Por último, los sistemas de atención de la salud —que en muchos casos ya eran insuficientes desde el principio— se ven desbordados por el mayor número de enfermos, y además deben hacerse cargo de los tratamientos antirretrovirales.

**Oferta (de protección social):** muchos opinan que las redes de seguridad informales están bajo demasiada presión, e incluso próximas a derrumbarse. Hay menos cuidadores disponibles (tanto en los sistemas de salud formales como en los informales), ya que ellos mismos están enfermos o deben cuidar a los miembros de sus propias familias que están afectados por el virus. “En muchos países en desarrollo, el efecto inmediato del ingreso de recursos financieros ha sido poner de relieve el precario estado de los sistemas de salud. Ante nuevas crisis sanitarias, algunos de esos sistemas se contraen o se derrumban”<sup>16</sup>.

Además, en algunos casos, las familias rurales que dependían de las remesas enviadas por sus familiares desde las ciudades deben soportar ahora la carga adicional de los afectados por la enfermedad que regresan a sus regiones de origen<sup>17</sup>. En África, las “transferencias verticales” (de ricos a pobres) están desapareciendo, mientras que la redistribución “horizontal” (entre los pobres) aún es muy común aunque generalmente su impacto en los medios de subsistencia es simbólico. “Aunque se podría esperar que durante las crisis económicas las redes de seguridad informales adquirieran mayor importancia, en la práctica, la capacidad de los pobres de utilizar el apoyo de las redes informales es menor justamente cuando se necesita con mayor urgencia”<sup>18</sup>.

Sobrecargar a las familias y comunidades que ya soportan una gran carga no es la mejor forma de brindar un apoyo a largo plazo a los niños afectados por el VIH y el SIDA. Es imperioso reevaluar la forma en que se enfoca el bienestar social ofrecido por el Estado.

UNICEF, 2005 (NR6)

Basándonos en este análisis resumido de la oferta y la demanda, ¿qué grado de eficacia podemos esperar de los sistemas de protección social existentes para absorber el impacto actual y futuro del VIH y el SIDA? ¿Se observan signos de presión excesiva, o incluso de amenaza de derrumbe? ¿Se puede contar con un apoyo externo decisivo? Si fuera así, ¿dónde comenzar? y ¿qué se debe tener en cuenta?

## ¿Qué se debe tener en cuenta?

### 1. El fortalecimiento de las redes de seguridad comunitarias quizá no sea suficiente

Las políticas en torno al VIH y el SIDA presentan un énfasis en las estructuras comunitarias, el apoyo de la comunidad y las intervenciones basadas en ésta<sup>19</sup>. Sin embargo, en vista de la pobreza y la vulnerabilidad registradas en los hogares, debería ponerse en duda la suposición de que las comunidades pueden extender las redes de seguridad a las personas que viven con el VIH y los hogares afectados. Se ha generado una especie de fatiga en los últimos años; las familias, los vecinos y los miembros de la comunidad rechazan o descuidan a quienes viven con el virus, no por ignorancia o maldad sino porque ya no pueden ofrecer su ayuda<sup>20</sup>. Es posible que las familias que han sufrido pérdidas debido al SIDA tengan poco que ofrecer a los amigos o familiares que se acercan buscando apoyo o cobijo. Han agotado sus recursos (tanto emocionales como económicos), y ya no tienen la capacidad necesaria para enfrentar las situaciones difíciles.

Un estudio sobre la protección social realizado en fecha reciente por el UNICEF indica que “es fundamental ampliar las intervenciones en materia de protección social a una escala nacional”. En el mismo estudio se observa que los requisitos para dicha ampliación deberían incluir sistemas de entrega, financiación fiable a largo plazo y la participación activa de las comunidades, además de evitar estimaciones poco realistas en cuanto a plazos<sup>21</sup>.



## MOZAMBIQUE: LOS ALIMENTOS COMO INCENTIVO PARA LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS SANITARIOS EN EL HOGAR

En muchos países, la red de asistencia domiciliaria se considera la base de los cuidados y el apoyo que se ofrece a las personas que viven con el VIH. No obstante, hay una elevada tasa de recambio del personal que desempeña esas tareas, que cada vez puede dedicar menos tiempo al trabajo voluntario debido al impacto directo del VIH en sus propias familias. De hecho, en una evaluación de la protección social realizada recientemente por el PMA se señala que “el agotamiento y la deserción de los activistas capacitados a menudo representan un revés para las actividades de las redes de seguridad”.

Algunas ONG apoyan el suministro de asistencia alimentaria a quienes prestan asistencia domiciliaria, mientras otras opinan que ello establece un precedente peligroso, dado que además de ser insostenible, puede desalentar el trabajo voluntario. La oficina del PMA en Mozambique está poniendo a prueba el uso de los alimentos como incentivo, al tiempo que analiza otras formas de compensar a estos trabajadores. El PMA, el Consejo Nacional de Lucha contra el SIDA y varias ONG están ejerciendo presión en el Ministerio de la Mujer y de Acción Social para lograr que el Gobierno proporcione un incentivo económico estandarizado.

(NR7)

## ZIMBABWE: ALIMENTOS PARA LOS COCINEROS

Al igual que los voluntarios que trabajan en la prestación de cuidados sanitarios en el hogar, los cocineros de las escuelas (que generalmente son padres de la comunidad que se ofrecen como voluntarios) cada vez pueden dedicar menos tiempo a cocinar para los programas de alimentación escolar, debido a que deben cuidar a los afectados por el VIH y el SIDA en sus propios hogares. En Zimbabwe, algunas ONG están poniendo en práctica la iniciativa de proporcionar a estos voluntarios raciones de alimentos como forma de apoyo.

(NR8)

## 2. Promoción de los medios de subsistencia: no se trata sólo de protección

Si deseamos aplicar los enfoques más recientes de las teorías sobre la protección social, no debemos limitarnos solamente a proteger los medios de subsistencia, la seguridad alimentaria, la salud, la educación y otros derechos. Nuestro objetivo debe ser

estudiar cómo promover los medios de subsistencia y contribuir al crecimiento económico. Nuestro enfoque deberá basarse en las posibilidades de contribuir al crecimiento a través de la protección social, de modo directo e indirecto, y cualquiera sea la modalidad adoptada (efectivo, alimentos, insumos agrícolas, etc.). Las actividades de ACA que vinculan los alimentos con los tratamientos antirretrovirales, e incluso la alimentación escolar, pueden ayudar a alcanzar estos resultados cuando se planifican de manera integrada, incorporando conceptos como la transición gradual de los beneficiarios de la ayuda alimentaria y nutricional a estrategias a más largo plazo relativas a los medios de subsistencia.

En intervenciones clínicas, es común que los programas de ayuda alimentaria apliquen criterios de admisión y alta; el establecimiento de estos criterios en intervenciones no clínicas es menos común (aunque igualmente importante). Cuando es posible aplicarlos, los criterios claros para el alta relacionados con los cambios en la vulnerabilidad (por ejemplo, embarazo, estado de salud, etc.) y las mejoras en la seguridad alimentaria constituyen formas realistas de medir el nivel de preparación de un hogar para dejar de recibir asistencia en el marco del programa y, en caso necesario, ser transferido a otra modalidad de asistencia<sup>22</sup>.

## 3. Aceptar que existe un mayor número de casos donde la asistencia social es necesaria

El enfoque que propugna la necesidad de la promoción, además de la protección, puede facilitar la transformación, el empoderamiento, la reducción de la pobreza y el crecimiento económico en circunstancias de desarrollo normales. Pero en un contexto con una elevada prevalencia del VIH, si aceptamos el grave panorama que presenta la teoría de la nueva variante del hambre, “la escala de la pandemia del VIH y el SIDA pone en tela de juicio que la capacidad de la protección social pueda contribuir al crecimiento económico”<sup>23</sup>.

Con una mayor seguridad alimentaria y nutricional, tratamientos antirretrovirales, atención de las infecciones oportunistas y una “actitud positiva”, las personas que viven con el VIH a menudo pueden llevar una vida relativamente sana y productiva. Sin embargo, siempre habrá una parte de esa población que no pueda mantenerse sana (o sanarse) y contribuir al crecimiento económico y la recuperación. Los gobiernos y los donantes deben

reconocer que mientras algunas personas que viven con el virus tal vez puedan dejar de recibir asistencia y volverse autosuficientes al mejorar su estado de salud, otras no se recuperarán y requerirán asistencia a largo plazo.

#### 4. Una estrategia integrada que respalde la continuidad de los cuidados

La comprensión del modo en que cambian las necesidades de las personas, los hogares y las comunidades afectados por el VIH es fundamental para la planificación eficaz en materia de protección social. Las necesidades de las personas que viven con el virus son dinámicas, cambian con el paso del tiempo y la evolución de la enfermedad. Asimismo, los impactos de la enfermedad (y las consiguientes necesidades) varían en función de los beneficiarios a quienes se orientan las medidas: personas, hogares o comunidades. En el contexto del VIH y el SIDA, la flexibilidad y la fiabilidad (mencionadas anteriormente como características básicas de la protección social) permiten dar una intervención justa, a la persona indicada, en el momento preciso y durante el tiempo necesario.

El análisis del VIH y el SIDA mediante un marco cronológico puede promover una planificación más global y la integración de las respuestas en las distintas instituciones y sectores; facilita la determinación de respuestas adecuadas cuando el participante ya está listo para abandonar el programa y pasar a intervenciones más orientadas a los medios de subsistencia. Un ejemplo podría ser suministrar alimentos vinculados al tratamiento antirretroviral cuando la persona presenta síntomas de la enfermedad y proporcionarle acceso a microcrédito una vez que su estado de salud haya mejorado. Pero también facilitaría una respuesta apropiada si el estado de salud de una persona se deteriora y requiere cuidados y apoyo más intensivos.

La coordinación entre las organizaciones y unos mecanismos de derivación de pacientes eficaces son elementos indispensables para optimizar la continuidad de la asistencia. Coordinar los diversos canales de prestación de servicios permitirá ofrecer al beneficiario un sistema de apoyo integrado y completo. Por ejemplo, si un médico o un enfermero determina que un enfermo de tuberculosis necesita apoyo nutricional — evaluación nutricional, asesoramiento y

probablemente raciones de alimentos (para aumentar su peso y favorecer el proceso de recuperación)—, éste será derivado al proveedor de servicios pertinente que podrá brindarle los servicios de nutrición necesarios y, al confirmarse la necesidad (mediante una evaluación de sus recursos), entregarle raciones de alimentos y otorgarle acceso a otras modalidades de apoyo a largo plazo para sus medios de subsistencia. En el estudio de los sistemas de protección social realizado por el PMA (Tango International, 2005), se observó que aunque generalmente todas las partes expresan el deseo de llevar adelante una coordinación entre sectores, departamentos y organismos es difícil ponerlo en práctica debido a la presión que ejercen los plazos, el volumen de trabajo, la falta de recursos y la superposición de programas.

#### TREATMENT ACTION CAMPAIGN EN SUDÁFRICA

La campaña “*Treatment Action*” se puso en marcha el 10 de diciembre de 1998, Día Internacional de los Derechos Humanos. Su principal cometido es luchar por un mayor acceso a los tratamientos contra el VIH para todos los sudafricanos, mediante la promoción de la conciencia pública y la comprensión de los problemas relativos a la disponibilidad, el costo y el uso de dichos tratamientos. Asimismo, promueve y patrocina la elaboración de leyes que garanticen la igualdad en el acceso a los servicios sociales y el tratamiento para todas las personas afectadas por el VIH y el SIDA. Dicha campaña es una organización conformada y dirigida por personas de distintas partes de Sudáfrica que viven con el VIH. Constituye un ejemplo, ya que estas personas toman la iniciativa y trabajan para influir en los programas sociales en lugar de aceptar las prioridades establecidas por otros.

(NR9)

#### 5. Poner en práctica los criterios “transformacionales”

Un primer paso para poner en práctica los criterios “transformacionales” es tener en cuenta la opinión de las personas que viven con el VIH a la hora de diseñar los sistemas de protección social. Esta postura se ajusta al principio de la “mayor participación de las personas que viven con el VIH/SIDA o están afectadas por él” propugnado por el ONUSIDA, al cual también adhiere el PMA.

## ASEGURAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS<sup>24</sup>

Las necesidades de las personas que viven con el VIH cambian con el paso del tiempo y la evolución de la enfermedad. La comprensión de esas necesidades es fundamental para una planificación eficaz de la protección social. De hecho, considerar las necesidades en un marco que asegure la continuidad de los cuidados puede ayudar a planificar intervenciones adecuadas de manera integradora y global.

El marco cronológico para el VIH y el SIDA<sup>25</sup> fue elaborado por CARE y los Servicios Católicos de Socorro (SCS) con objeto de proporcionar un punto de partida para analizar este complejo problema por etapas. Mediante la observación de las etapas, a medida que se desarrollan, los encargados de elaborar los programas, los responsables de la formulación de políticas y los miembros de la comunidad pueden comenzar a detectar las necesidades de los grupos concretos y comprender cómo éstas evolucionan. El marco cronológico ayuda a tener en cuenta las posibles intervenciones pertinentes para las personas, los hogares y las comunidades que enfrentan situaciones de crisis debido a la enfermedad, así como para quienes son seronegativos pero sufren inseguridad alimentaria y se encuentran en situación de riesgo, quienes son seropositivos pero no presentan síntomas y quienes se encuentran afectados por la enfermedad y la muerte de otras personas.

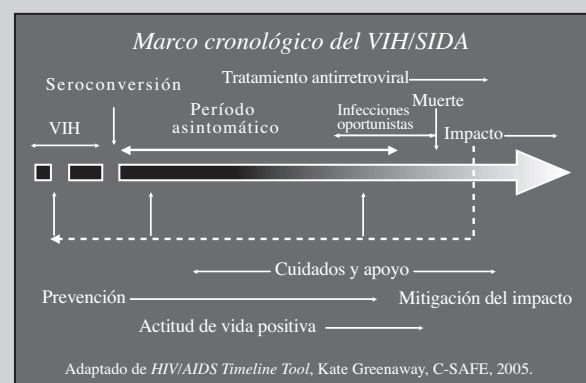
El desafío radica en determinar cuál es la intervención más adecuada (ya sea dirigida a la seguridad alimentaria o nutricional, a los medios de subsistencia u otros aspectos), orientarla a la persona indicada, en el momento justo y durante el tiempo necesario. Ésta es la base para ofrecer a las personas, las familias y las comunidades una serie ininterrumpida de cuidados a lo largo de todo el proceso relacionado con el VIH y el SIDA. Por ejemplo, para lograr un cambio duradero, las personas infectadas por el VIH que aún no presentan síntomas de la enfermedad necesitan algo más que la sola información sobre la mejor manera de alimentarse; muchas necesitan ayuda para aumentar su producción o su poder adquisitivo. En este punto del marco cronológico del VIH y el SIDA, las personas no necesitan alimentos gratuitos sino más bien una estrategia a largo plazo para lograr una seguridad alimentaria y de sus medios de subsistencia que les permita resistir durante los períodos de crisis debidas a las economías externas y al clima.

Se observa una tendencia a concebir la ayuda alimentaria como una medida paliativa o para una etapa terminal, pero la determinación de situaciones en que la ayuda puede contribuir a prevenir la transmisión del VIH reviste igual importancia. Por ejemplo, el apoyo a los programas de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo puede mejorar los resultados del parto para ambos, y favorecer la lactancia segura en el caso de las madres que son seropositivas. Para compensar la pérdida de nutrientes durante el embarazo y la lactancia, puede resultar beneficioso para las mujeres que viven en hogares que sufren inseguridad alimentaria contar con un apoyo alimentario por seis meses durante el embarazo y seis meses durante la lactancia. El fomento de la lactancia exclusiva y el destete temprano es fundamental para reducir la transmisión del VIH, y puede apoyarse también mediante el suministro de alimentos complementarios

para el niño durante 12 meses luego de finalizada la lactancia. Mantener al niño satisfecho reduce la tentación de amamantarlo intermitentemente. Mantener el buen estado nutricional de las madres retrasa la aparición de la enfermedad y, en última instancia, la orfandad. Sabemos que los mejores programas de lucha contra el VIH son aquellos globales y multisectoriales. En los entornos donde existen inseguridad alimentaria y escasez de recursos, las redes de seguridad social para los hogares con una elevada tasa de dependencia (es decir, aquellos con varios huérfanos y pocos adultos productivos) deben incluir asistencia alimentaria a corto plazo, pero vinculada a la agricultura y a las estrategias de creación de ingresos tanto en los hogares como en las comunidades. Por ejemplo, el apoyo a la labor del sector de la salud, mediante el suministro de asistencia alimentaria a corto plazo en el tratamiento clínico de la tuberculosis, genera un efecto sinérgico cuyos resultados superan ampliamente los de una sola intervención.

Asimismo, los tratamientos antirretrovirales resultan más eficaces cuando forman parte de un conjunto global de medidas. En el caso de los beneficiarios que padecen inseguridad alimentaria y malnutrición, es recomendable proporcionar un complemento alimenticio adecuado durante los primeros meses del tratamiento a fin de aumentar el cumplimiento de éste y aliviar los efectos secundarios, con una transición a una estrategia para la seguridad alimentaria y la buena nutrición cuando recuperan la salud y la fuerza. Y al igual que en toda la programación, cada intervención debería integrar información y sensibilización adecuadas sobre el VIH, aprovechando que las intervenciones permiten el acceso a esta población tan vulnerable.

Cuando las intervenciones basadas en la ayuda alimentaria están bien diseñadas pueden contribuir a prevenir la transmisión del VIH, reducir la morbilidad, retrasar el momento en que los niños quedarán huérfanos y prolongar la salud y la productividad. Hacia el final del marco cronológico, los alimentos también pueden utilizarse para aliviar el sufrimiento. Una programación seria y bien pensada ofrece la posibilidad de devolver la esperanza y el empoderamiento a las comunidades devastadas por un gran número de pérdidas. La dimensión del desafío planteado es igualada solamente por la abundancia de oportunidades y la magnitud de la necesidad de ayuda.



## CUESTIONES FUNDAMENTALES: LA DEPENDENCIA

BASADO EN EL INFORME DEL GRUPO DE POLÍTICAS HUMANITARIAS (HPG) N° 19: "DEPENDANCY AND HUMANITARIAN RELIEF: A CRITICAL ANALYSIS". P. HARVEY Y J. LIND, INSTITUTO DE DESARROLLO DE ULTRAMAR (ODI), LONDRES. 2005.

- La **dependencia** generalmente se considera algo negativo.
- La **dependencia** se asocia a la prestación de socorro y se opone a los enfoques que fomentan el desarrollo.
- La **dependencia** se considera que menoscaba la iniciativa de las personas.
- La **dependencia** se opone a varios valores o términos positivos, especialmente: autonomía, autosuficiencia, independencia y sostenibilidad.
- La **dependencia** se percibe como un problema concreto cuando se ha prestado asistencia de socorro durante un período prolongado.

### Usos comunes del término "dependencia":

*las operaciones de socorro generan una mentalidad de dependencia y menoscaban las economías locales, dado que las personas quedan atrapadas en un estado de dependencia crónica de la ayuda externa. La dependencia es una de las características de la pobreza extrema y se asocia con la vergüenza o el fracaso. Los gobiernos, las partes involucradas en conflictos y los organismos de ayuda son todos vulnerables a la dependencia de los recursos de socorro.*

En el informe publicado en julio de 2005 por el HPG del ODI se indica que "las personas dependen menos del socorro que se les presta de lo que generalmente se supone. Existen pocas pruebas de que el socorro menoscabe la iniciativa, o de que se preste con la fiabilidad y transparencia suficientes para que las personas lleguen a depender de él".

Según el informe, "en la práctica, gran parte de la preocupación acerca de la dependencia parece surgir de la idea de que la ayuda alimentaria tiene como efecto una pérdida de los incentivos. No es bueno plantear estas preocupaciones reales en función de la dependencia, dado que ello podría utilizarse como excusa para reducir el socorro que se presta a las personas que siguen necesitándolo desesperadamente. Lo más importante es definir qué modalidades de ayuda son las más adecuadas para prevenir el hambre, salvar vidas y aliviar el sufrimiento".

Aunque el informe del ODI se centra en el contexto de la prestación de socorro, podría apuntarse que muchas de las cuestiones relacionadas con la dependencia también se aplican a los programas de bienestar social en el contexto del desarrollo. Por ejemplo, en el informe se señala que "en situaciones donde la vida y los medios de subsistencia de las personas se ven amenazados y las capacidades locales para enfrentar las situaciones de crisis resultan insuficientes, poder contar con la prestación de ayuda debería considerarse algo positivo. La preocupación principal no debería ser cómo evitar la dependencia,

sino cómo proporcionar una ayuda suficientemente fiable y transparente para que quienes más la necesitan comprendan cuáles son sus derechos, y puedan contar con ella como parte de su propio esfuerzo por sobrevivir y recuperarse de las crisis". Estos conceptos son tan fundamentales para la eficacia de los sistemas de protección social como para el éxito de las intervenciones de socorro.

En el informe también se observa que "es importante situar los debates en torno a la dependencia en el contexto de las ideas sobre los medios de subsistencia, la protección social y las estrategias para enfrentar las crisis. Esto pone de relieve que las personas afectadas por emergencias no son receptores pasivos de la ayuda, sino que la utilizan como una de las muchas estrategias de supervivencia y recuperación. Por lo tanto, lo más adecuado es considerar la ayuda como una de varias opciones a las que las personas pueden recurrir en la lucha por superar las crisis [...] Por ejemplo, es igualmente posible considerar que el socorro ofrece la posibilidad de reducir la dependencia, al permitir a la gente conservar los activos productivos que de otro modo hubieran tenido que vender".

En el informe se destaca asimismo la oportunidad que se plantea de reconsiderar el concepto de dependencia, dado que existe un renovado interés en la protección social y una creciente aceptación de la necesidad de prestar servicios sociales a largo plazo. "Si se requiere ayuda a largo plazo, es necesario analizar las distintas formas de vincular esto con la responsabilidad de los Estados de brindar protección social y un bienestar básico a sus ciudadanos".

Por último, el informe concluye que "en lugar de percibir la dependencia del socorro como algo negativo e insostenible, podría considerarse que poder contar con la prestación de socorro es un objetivo positivo de la asistencia, con la posibilidad de que las medidas de protección social puedan brindar realistamente alguna forma de transición entre el socorro y el desarrollo".

### LA AYUDA REPRESENTA UN PEQUEÑO PORCENTAJE DE LAS ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA EN SU CONJUNTO

Los datos relativos a las inundaciones ocurridas en Bangladesh en 1998 indican que la ayuda alimentaria representó una parte bastante pequeña en relación con las necesidades de los hogares y otros mecanismos de supervivencia. El valor de todas las transferencias a los hogares pobres afectados por las inundaciones fue entre seis y ocho veces menor que el de los préstamos a los hogares. Los datos relativos a la sequía de 2000-2001 en el Cuerno de África son similares.

(NR10)

En Sudáfrica, Treatment Action Campaign constituye un ejemplo para la gente que vive con el VIH en cuanto a la posibilidad de influir en los programas de protección social. En la mayoría de los países que tienen una elevada prevalencia del VIH y el SIDA existen asociaciones y redes nacionales que buscan sensibilizar a la opinión pública y promueven un mejor acceso a los servicios. Debe consultarse a esas asociaciones y redes y dárseles participación en el diseño de la prestación de protección social, de modo que la opinión de las personas que viven con el VIH se tenga en cuenta en la formulación de políticas.

El empleo de una perspectiva de lucha contra el VIH y el SIDA en la etapa de diseño (ya sea elaborando una

estrategia nacional o una intervención individual) también puede facilitar este proceso. Al igual que un instrumento de análisis de las cuestiones de género, ésta es una lista de comprobación cuyo objetivo es lograr que los profesionales adopten una actitud más abierta hacia las personas que viven con el VIH en todas las etapas del ciclo del proyecto, y recomendar formas de modificar los programas tradicionales (sin generar ningún estigma) a fin de empoderar a dichas personas y a los hogares afectados para que participen y obtengan los mayores beneficios. La capacitación del personal y las comunidades a fin de reducir la estigmatización y la realización de campañas en contra de ésta también pueden contribuir positivamente a las iniciativas transformadoras.

## 5. ALIMENTOS, VIH Y SIDA Y PROTECCIÓN SOCIAL

### La función especial de los alimentos

El marco cronológico del VIH y el SIDA ilustra que para lograr una continuidad de la asistencia debe ofrecerse un conjunto de servicios completo, cuya disponibilidad sea fiable, en función de la fase de evolución de la enfermedad y el nivel al que se orienten los servicios (personas, hogares o comunidades). Las políticas de protección social deben tener en cuenta todas las etapas: prevención, cuidados y apoyo, tratamiento y mitigación a fin de asegurar una selección cuidadosa de las modalidades más adecuadas para las transferencias sociales (efectivo, alimentos, asesoramiento, medicación, etc.) en cada intervención. Los alimentos cumplen una importante función, pero es necesario destacar que constituyen solamente una parte de las medidas de protección social. Los siguientes puntos pueden resultar de utilidad a la hora de analizar qué tipo de transferencia social es la más adecuada:

**ACLARAR** los objetivos concretos de la intervención dentro del contexto del marco general de protección social.

**COMPRENDER** la forma en que interactúan el VIH y la seguridad alimentaria y nutricional.

**TENER EN CUENTA** del contexto para decidir si se proporciona asistencia en forma de alimentos o de efectivo.

### 1. ACLARAR los objetivos concretos de la intervención

Aunque podría decirse que el objetivo general de la protección social es reducir la pobreza al tiempo que se contribuye al crecimiento económico, las distintas medidas adoptadas dependen de cada contexto, y se refieren a las necesidades inmediatas de las personas (o los hogares) y su acceso a los servicios sociales pertinentes. Tomemos el ejemplo de una niña a quien sus padres deciden volver a enviar a la escuela gracias a los incentivos de un programa de alimentación escolar en la comunidad (cuyo objetivo concreto es incrementar el nivel de asistencia escolar de las niñas). Esa intervención podrá tener como resultado mejores oportunidades educativas y laborales, una mejor comprensión del VIH y las estrategias de reducción de riesgos para la niña, y una mayor seguridad alimentaria para el hogar. A su vez, todo eso contribuirá a los objetivos de protección social generales de reducción de la pobreza, protección de la salud y aumento del desarrollo económico. De igual modo, en el caso de un paciente de tuberculosis que recibe raciones de alimentos como complemento de su tratamiento (con el objetivo de mejorar el cumplimiento y la eficacia de éste), se contribuirá a los objetivos generales de protección social si el tratamiento también permite al paciente recuperar la salud, la fuerza y la productividad, y cumplir con sus obligaciones como padre.

Los mecanismos de derivación de casos eficaces conectarán los diversos propósitos de las distintas intervenciones. Por ejemplo, un huérfano que recibe alimentos en la escuela puede ser enviado a un programa de atención comunitaria (para el cual la asistencia a la escuela es un requisito) cuyo objetivo sea mejorar la seguridad alimentaria de los hogares. Aunque las actividades estén vinculadas, y puedan tener en común la finalidad de mejorar el bienestar de las personas y los hogares vulnerables, se diferencian en sus objetivos concretos.

Es importante establecer claramente los objetivos concretos de cada intervención. Deben comunicarse explícitamente a la comunidad beneficiaria, no sólo para asegurar que se ajusten a sus necesidades y expectativas, sino también para facilitar el desarrollo de un marco más amplio de políticas y sistemas de protección social. Una clara comprensión del objetivo también es fundamental para establecer el tipo y volumen de ayuda alimentaria adecuados, la duración de la asistencia y los criterios de selección. El estudio de los sistemas de protección social de cuatro países del África meridional realizado por el PMA (Tango International, 2005) reveló que con frecuencia los objetivos generales de protección social no se armonizan con los objetivos concretos de las intervenciones, y destacó la necesidad de equilibrar ambos en el diseño de los sistemas y las medidas de protección social.

## 2. COMPRENDER la forma en que interactúan el VIH y la seguridad alimentaria y nutricional

La **inseguridad alimentaria** puede inducir a comportamientos que implican riesgos relacionados con la explotación sexual y las relaciones sexuales a cambio de beneficios personales, aumentando así la exposición al VIH. Las personas seronegativas con regímenes alimenticios deficientes —que atentan contra su sistema inmunológico— son más propensas a contraer el virus cuando se encuentran expuestas a éste. Las personas seropositivas cuyo estado de salud va en deterioro (es decir, que padecen los síntomas de la enfermedad) son más propensas a sufrir inseguridad alimentaria, dado que su capacidad física para producir ingresos es menor y tienen menos acceso a una alimentación nutritiva. También es probable que tengan limitaciones físicas que les impidan alimentarse bien (por ejemplo, llagas en la boca) y beneficiarse con lo que pueden comer (por ejemplo, diarrea). Además, es posible que no reciban una cantidad justa de los alimentos disponibles si la forma en que éstos se distribuyen dentro del hogar o la comunidad cambia (intencionalmente o no) y resultan marginadas. Como consecuencia, comienzan a utilizar estrategias de supervivencia negativas, tales como vender sus activos productivos o tener comportamientos que incrementan su vulnerabilidad. La combinación de dificultades que deben enfrentar quienes viven con el VIH los coloca en un círculo nocivo que es difícil de invertir.

## SEGURIDAD ALIMENTARIA Y SEGURIDAD NUTRICIONAL

Es importante distinguir entre seguridad alimentaria y seguridad nutricional, dos expresiones diferentes que con frecuencia se emplean con el mismo significado.

La seguridad alimentaria – de gran importancia para lograr una mejor nutrición – se refiere al acceso físico y económico a suficientes alimentos, desde el punto de vista de la calidad y la cantidad, de un modo social y culturalmente aceptable.

La seguridad nutricional es el resultado de un buen estado de salud, un entorno saludable y buenas prácticas de cuidados, además de la seguridad alimentaria en los hogares. Por ejemplo, una madre puede contar con un acceso fiable a los componentes de una dieta sana, pero a causa de un estado de salud deficiente o cuidados inadecuados, ignorancia,

cuestiones de género o preferencias personales tal vez no pueda (o no desee) utilizar los alimentos de un modo que le permitan lograr una buena nutrición, por lo cual se encontraría en una situación de inseguridad nutricional.

Un hogar logra la seguridad nutricional cuando el acceso seguro a los alimentos se combina con un entorno salubre, servicios de salud adecuados y cuidados correctos que permitan una vida sana para todos sus integrantes. Una familia (o un país) puede gozar de seguridad alimentaria y, aun así, puede haber muchas personas en situación de inseguridad nutricional. Por lo tanto, la seguridad alimentaria a menudo es una condición necesaria, pero no suficiente, para la seguridad nutricional.

*Banco Mundial, 2006*

**Seguridad nutricional:** la nutrición adecuada no puede curar a una persona infectada por el VIH, pero es fundamental para preservar el sistema inmunológico, mantener niveles saludables de actividad física y lograr una calidad de vida óptima. También es necesaria para obtener los mejores resultados de los tratamientos antirretrovirales, que son esenciales para prolongar la vida de las personas que viven con el VIH y prevenir la transmisión del virus de madre a hijo<sup>26</sup>. Es importante destacar que aunque en los países en desarrollo muchas personas subsisten con una dieta que se encuentra por debajo del aporte nutritivo diario recomendado, la OMS indica que las necesidades energéticas aumentan un 10% en los adultos y niños que viven con el VIH pero que no padecen los síntomas, y entre un 20% y un 30% en los adultos que se encuentran en una fase más avanzada de la enfermedad. Esto constituye un desafío incluso para quienes viven en hogares que gozan de una seguridad alimentaria relativa. Según la

OMS, “siempre que sea posible, estos objetivos deberían alcanzarse mediante enfoques basados en la ayuda alimentaria”<sup>27</sup>.

Requisitos energéticos <sup>28</sup>	Personas que no presentan síntomas	Personas que presentan síntomas
Adultos y adolescentes	Aumentan un 10%	Aumentan entre un 20 y un 30%
Niños	Aumentan un 10%	Aumentan entre un 50% y un 100% (en casos de pérdida de peso y/o problemas de crecimiento).

En el caso de quienes viven con el VIH, la seguridad nutricional puede verse perjudicada no debido a la falta de alimentos, sino porque el estigma, la falta de conocimientos y las normas culturales a veces influyen considerablemente en las opciones relativas a

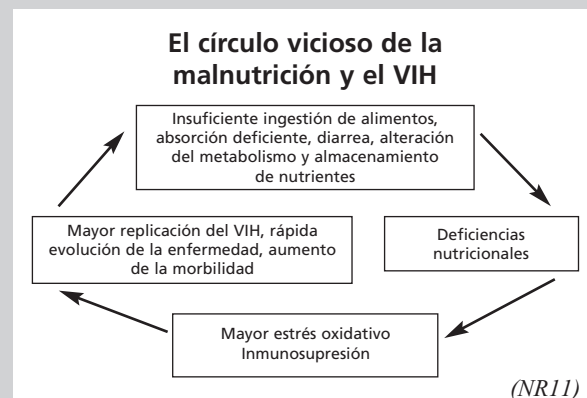
## EL CÍRCULO VICIOSO DE LA MALNUTRICIÓN Y EL VIH

Aun en el caso de personas no infectadas por el VIH, las funciones inmunológicas también se ven afectadas por la malnutrición. Pero ésta plantea un problema mucho más complejo para quienes viven con el VIH y el SIDA debido a que su sistema inmunológico ya se encuentra debilitado.

El VIH y el SIDA disminuyen la salud nutricional en tres aspectos que se agravan mutuamente<sup>30</sup>, a saber:

- Menor consumo de alimentos: las personas que viven con el VIH y el SIDA generalmente consumen menos alimentos a causa de la pérdida del apetito, la presencia de llagas en la boca o la garganta, dolor y náuseas, efectos secundarios de la medicación o como consecuencia del aumento de la pobreza del hogar y una menor seguridad alimentaria.
- Alteración de los procesos metabólicos: el VIH y el SIDA alteran el metabolismo del organismo de tal modo que necesita más energía, además de proteínas (si se presentan infecciones oportunistas) y micronutrientes (si la ingestión de alimentos o la absorción son deficientes).
- Absorción deficiente de nutrientes: los nutrientes se absorben en forma deficiente a causa de las diarreas y los vómitos, la presencia de células intestinales afectadas y los efectos de las infecciones oportunistas. Esto también puede complicar el tratamiento al afectar la capacidad de las vías intestinales para absorber la medicación y los nutrientes<sup>31</sup>.

Lamentablemente, estos procesos ocurren justamente cuando el organismo necesita la mejor nutrición posible. Cuando ocurren de manera simultánea, pueden acelerar en gran medida la pérdida de peso, la malnutrición y la emaciación. La malnutrición influye directamente en la supervivencia; la pérdida considerable de peso en las personas seropositivas se asocia con un mayor riesgo de contraer infecciones oportunistas, la presencia de complicaciones y la muerte prematura<sup>32</sup>. La reposición de macronutrientes y micronutrientes es una intervención esencial para que quienes viven con el VIH y el SIDA logren una respuesta inmunológica eficaz contra las mencionadas infecciones<sup>33</sup>. Además, las deficiencias de micronutrientes son comunes en estas personas y esa situación acelera la muerte de las células inmunes e incrementa la replicación del virus.



la alimentación. La enfermedad misma afecta al apetito, la necesidad de nutrientes y la capacidad del organismo para absorberlos. Aunque los aspectos concretos relativos a los nutrientes se continúan estudiando y analizando, existe un consenso general sobre la importancia de una buena nutrición para las personas que viven con el VIH. “Cuando su sistema inmunológico es afectado por el virus, es necesario que mantengan un estado nutricional óptimo. Si no se realiza una intervención nutricional a tiempo, es muy probable que se presenten pérdidas de peso y otras complicaciones”<sup>29</sup>.

### **3. TENER EN CUENTA el contexto para decidir si se proporciona asistencia en forma de alimentos o de efectivo**

Tanto los alimentos como el dinero en efectivo constituyen modalidades legítimas para las transferencias sociales, y deben analizarse

detenidamente en el contexto de las medidas de protección social para las personas, los hogares y las comunidades afectadas por el VIH. La elección entre alimentos o efectivo es un viejo dilema en casi todos los debates y las publicaciones sobre la protección social. Como siempre, a la hora de decidir cuál es la modalidad más adecuada, los profesionales deben examinar con detenimiento las necesidades del grupo al que se orientan las medidas y el entorno local (por ejemplo, el acceso a los mercados). Aunque no existe una solución que se ajuste a todas las situaciones, cuando se debe decidir entre efectivo o alimentos es imprescindible tener en cuenta la relación especial que existe entre quienes viven con el VIH y la seguridad nutricional. Es también importante tener presente que la asistencia no necesariamente significa ayuda alimentaria externa. Existen muchos ejemplos donde la programación para la seguridad alimentaria y nutricional se basa

**El debate entre efectivo o alimentos**<sup>34</sup> *(los puntos en negrita son especialmente pertinentes en el contexto del VIH y el SIDA)*

ALIMENTOS	EFFECTIVO
<p><b>Ventajas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se abordan inmediatamente los problemas de disponibilidad de los alimentos y el acceso a ellos.</li> <li>• <b>Se pueden tratar directamente las deficiencias nutricionales</b> (la desviación hacia objetivos no relacionados con los alimentos es menos probable).</li> <li>• <b>Permiten la autoselección</b> (por ejemplo la MMS se destina generalmente a niños y enfermos).</li> <li>• <b>El uso favorece y empodera a las mujeres, los niños y los adultos mayores.</b></li> <li>• Representan menores riesgos en materia de seguridad.</li> <li>• Los donantes disponen de excedentes de alimentos con mayor facilidad que de dinero en efectivo.</li> <li>• <b>Pueden estar fortificados o enriquecidos con nutrientes.</b></li> </ul> <p><b>Desventajas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costos de transporte elevados.</li> <li>• Pérdidas cuando los alimentos se echan a perder o por robos.</li> <li>• Menos utilizable para el intercambio que el dinero en efectivo.</li> <li>• La ayuda alimentaria importada puede desalentar la producción y competir con los mercados y el comercio locales.</li> <li>• <b>El menor surtido de productos puede limitar el valor nutricional.</b></li> <li>• <b>Las raciones sin cocinar son difíciles de ocultar, y pueden exponer a quienes las reciben a ser objeto de estigmatización.</b></li> </ul>	<p><b>Ventajas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es más eficaz en función de los costos.</li> <li>• <b>Le da más opciones al beneficiario.</b></li> <li>• Es más fungible que los alimentos.</li> <li>• Estimula la producción.</li> <li>• Estimula el mercado.</li> <li>• <b>Se puede proporcionar con mayor discreción que una ración de alimentos, lo cual minimiza la estigmatización y la discriminación.</b></li> </ul> <p><b>Desventajas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es propenso a la inflación.</li> <li>• Puede ser utilizado para otros fines que no sea la alimentación.</li> <li>• Hace más difícil la selección de los beneficiarios.</li> <li>• Su uso favorece a los hombres.</li> <li>• Plantea mayores riesgos en materia de seguridad.</li> <li>• Es un recurso del que los donantes disponen en medida más limitada.</li> <li>• Cuando se emplea para adquirir alimentos, es posible que la dieta no cubra las necesidades en cuanto a la variedad o el contenido de micronutrientes.</li> </ul>



en las reservas locales de alimentos o los productos adquiridos en el lugar.

En aquellos lugares donde los mercados son deficientes o no funcionan, como el caso de Zimbabwe en 2003, las transferencias de alimentos quizá sean la única alternativa posible, dado que no hay alimentos disponibles en el ámbito local. Cuando los objetivos se relacionan específicamente con la nutrición, por ejemplo, cuando se proporciona alimentos como complemento de una terapia o un tratamiento antirretroviral en un entorno de inseguridad alimentaria, el suministro directo de raciones de alimentos es la mejor opción. Se observa una tendencia a suponer que los alimentos constituyen una modalidad más apropiada para el contexto del socorro y que el efectivo debería utilizarse para el desarrollo. No obstante, no es necesariamente así; la decisión que se tome deberá responder precisamente al contexto de la comunidad que recibe la ayuda. Por ejemplo, en Malawi, quedó demostrado que en cada época del año se requería una modalidad distinta. Esto indica que los deseos de los participantes deben tenerse en cuenta en las decisiones.

## COMPRAS EN LOS MERCADOS LOCALES DEL ÁFRICA MERIDIONAL

A principios de 2003, el PMA había adquirido el 45% (332.000 toneladas) de los alimentos que entregaba en la región del África meridional (en lugar de utilizar contribuciones en especie). En las emergencias ocurridas en otras partes del mundo, las compras en los mercados locales generalmente representan hasta un 30% del volumen total.

(NR12)

## USO DE PRODUCTOS ELABORADOS EN EL LUGAR PARA LOS PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN EN LA INDIA

En la India, un país con excedente de alimentos, el PMA no contribuye significativamente al volumen de alimentos suministrados, sino que centra su labor en ofrecer apoyo operativo y técnico a las redes de seguridad basadas en la ayuda alimentaria, que utilizan productos elaborados en el país. El PMA realiza experiencias piloto y pone en práctica nuevos programas que apuntan a mejorar las redes de seguridad, y cumple una importante función de promoción y defensa de los pobres que se ven afectados por el hambre y los problemas de salud.

(NE13)

## APOYO TRADICIONAL A TRAVÉS DE MEDIOS NO TRADICIONALES

En 2003, los mercados comerciales de Zimbabwe se encontraban paralizados y en algunas áreas urbanas, como Bulawayo, los comercios estaban vacíos. Los trabajadores urbanos pobres seguían percibiendo sus salarios, pero casi no había alimentos disponibles. El precio del poco maíz que había era totalmente inalcanzable para la mayoría.

En Bulawayo (Zimbabwe), los SCS ejecutaron un programa piloto de asistencia al mercado, diseñado por C-SAFE. Su objetivo era atender las necesidades de los trabajadores urbanos pobres que percibían ingresos (no agrícolas) con regularidad pero carecían del poder adquisitivo necesario para comprar suficientes alimentos que les permitieran cubrir sus necesidades diarias. El producto seleccionado para este programa fue el sorgo, que al ser menos popular que el alimento básico (maíz) permitió la autoselección de los sectores más pobres de la población.

El sorgo se procesaba en los molinos de Zimbabwe, y se vendía en Bulawayo a través de pequeños minoristas, a un precio subsidiado. De este modo, el proyecto también contribuía a revitalizar la economía local, ya que ofrecía oportunidades a los molinos y comerciantes locales que habían sufrido enormes pérdidas debido a las distorsiones del mercado y el derrumbe del mercado de productos básicos. A través del programa piloto, estas ONG internacionales

utilizaron por primera vez los canales comerciales para orientar la ayuda alimentaria a los hogares pobres y vulnerables.

Para establecer el precio del sorgo, el programa determinó cuánto pagaba la población local por productos concretos cuando los mercados funcionaban eficazmente. Luego se tomó en cuenta el ingreso y el gasto de más de 800.000 hogares seleccionados (detectados mediante un seguimiento semanal) en la zona de Bulawayo. Las estimaciones indicaron que los precios de la harina de sorgo permitían a la mayoría de las familias pobres comprar suficientes alimentos para dar a todos sus integrantes tres comidas diarias, durante los seis meses de duración del programa piloto. Dada la prevalencia del VIH en las áreas urbanas, el programa benefició, de manera no intencionada, a un gran número de hogares afectados por el virus, y mediante la selección de otros productos se pudieron atender las necesidades nutricionales concretas de las personas que vivían con el VIH.

Actualmente, se está estudiando la posibilidad de repetir este proyecto financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en otros países donde existen problemas de mercado, por ejemplo, en países que recién han salido de conflictos, como Liberia y Somalia.

(NR14)

## DEJAR QUE LA GENTE DECIDA<sup>35</sup>

Las evaluaciones de los programas de obras públicas en Malawi indicaron que la forma de pago que preferían los participantes variaba en función de la época del año, la ubicación geográfica y el sexo. “Antes de las cosechas, los participantes quieren maíz, pero después les interesan otros productos, principalmente semillas y fertilizante”. La mayoría de quienes participaban en programas de dinero por trabajo encuestados en el Fondo de Acción Social de Malawi expresaron su preferencia por recibir efectivo en la época de cosecha, insumos agrícolas en la época

de siembra y alimentos durante el período de carestía (Zgovu et al., 1998). Las mujeres generalmente solicitaban alimentos como pago, y los hombres preferían efectivo. Por otra parte, las comunidades más alejadas de las carreteras y los centros poblados preferían alimentos, mientras que las más cercanas optaban por dinero. Un programa de obras sociales de gran eficacia debería proporcionar dinero por trabajo después de la cosecha, insumos para el trabajo durante la época de siembra y alimentos en el período de carestía.

## 6. TRANSFERENCIAS SOCIALES SELECTIVAS EN EL CONTEXTO DEL VIH Y EL SIDA

Las intervenciones de protección social están diseñadas idealmente para ayudar a las personas y hogares vulnerables a enfrentar las situaciones de crisis (por ejemplo, desastres naturales, pérdida de ingresos, enfermedades). No solamente salvaguardan sino que también promueven la acumulación de activos productivos (activos humanos tales como salud, educación y competencias técnicas). Permiten a los pobres y vulnerables manejar los riesgos y evitar el uso de estrategias negativas que pueden conducir a la indigencia y a una mayor propagación del VIH.

Cada vez más se reconoce que la pandemia del VIH ha generado una crisis humanitaria a largo plazo, no sólo para los afectados, sino para los niños, los hogares y las comunidades en general. Esto ha llevado a considerar la realización de transferencias previsibles y regulares. Las transferencias sociales constituyen un aspecto fundamental de la respuesta al creciente grado de dependencia y otras repercusiones de la pandemia.

Las transferencias sociales se orientan a grupos concretos y sus respectivas necesidades. Comúnmente se considera que quienes se encuentran en una situación de riesgo grave en el contexto del VIH son los huérfanos y otros niños vulnerables, las personas que viven con el virus y los hogares afectados excesivamente por el VIH y el SIDA (por ejemplo, los que se encargan de cuidar a huérfanos o enfermos crónicos, los que presentan un alto grado de dependencia, etc.).

Los hogares que se encuentran afectados excesivamente por el VIH y sufren inseguridad alimentaria también pueden verse beneficiados por la asistencia alimentaria a corto plazo, que se vincula al apoyo a sus medios de subsistencia a más largo plazo (por ejemplo, programas agrícolas o de microcrédito).

No debe suponerse que todos los integrantes de estos grupos son pobres y vulnerables. Al igual que en todos los mecanismos de protección social eficaces, los mecanismos de orientación de la ayuda deben incorporar algún método de evaluación de recursos.

### TRANSFERENCIAS DE EFECTIVO EN APOYO DE LOS NIÑOS

En 2000, el gobierno de Botswana comenzó a aplicar un conjunto de subsidios en especie para los niños huérfanos por un valor de 60 dólares EE.UU. mensuales por niño. En Sudáfrica se estableció una asignación familiar para las familias con hijos, una prestación por cuidados temporales y una prestación por el cuidado de niños con problemas graves. En Tailandia, se formuló un sistema mixto en el cual las transferencias efectuadas por conducto de los templos y las comunidades se acompañan de intervenciones que dependen del Gobierno central y se orientan a los niños. Incluso los países con dificultades económicas, como Zambia, han considerado la posibilidad de establecer modestos sistemas de transferencias (a un costo de 500.000 dólares anuales) a fin de compensar los gastos escolares que ocasionan los niños que han quedado huérfanos a causa del SIDA.

(NR15)

## Nutrición, atención de la salud y tratamiento

Aunque existen claros vínculos entre el VIH, la alimentación y la nutrición, es obvio que no todas las personas afectadas por el virus sufren inseguridad alimentaria, y no todas las personas que sí la sufren están directamente afectadas por el VIH o el SIDA. En su mayoría, las personas seropositivas no presentan los síntomas de la enfermedad y aunque necesitan aumentar el aporte calórico diario, generalmente no necesitan asistencia alimentaria simplemente por el hecho de ser seropositivas.

### LOS PARTICIPANTES EN UNA REUNIÓN CONSULTIVA TÉCNICA DE LA OMS EXHORTAN A INTEGRAR LA NUTRICIÓN Y LOS CUIDADOS

La epidemia del VIH y el SIDA está impulsada cada vez más por factores que también generan malnutrición, y contribuye a agravar esos factores, en particular la pobreza, las situaciones de emergencia y las desigualdades.

Como respuesta urgente a esta situación, instamos a que la nutrición se integre en el conjunto esencial de medidas de atención, tratamiento y apoyo a las personas que viven con el VIH y en las iniciativas de prevención de la infección.

(NR16)

Por otra parte, la buena nutrición puede retardar la evolución de la infección por VIH al desarrollo del SIDA, reducir los costos de la atención de la salud y permitir a quienes viven con el virus mantenerse productivos para continuar con sus medios de subsistencia y sus obligaciones como padres. La educación sobre nutrición y la protección de la seguridad nutricional en las primeras etapas del proceso de la enfermedad (mientras las personas tienen el virus pero aún no los síntomas) son puntos de partida naturales para la programación orientada a una “actitud positiva” y la comprensión de los tratamientos. Favorece una adaptación gradual a las prácticas y comportamientos de un nuevo estilo de vida, y facilita la transición eficaz a los tratamientos antirretrovirales cuando llega el momento, antes de que se inicie la etapa terminal y la emaciación.

“Está claramente reconocido que el tratamiento antirretroviral tiene beneficios que permiten salvar vidas. Una buena alimentación es esencial para aprovechar al máximo esos beneficios”.

OMS, 2005a

No obstante, quienes viven con el VIH, padecen los síntomas de la enfermedad y sufren inseguridad alimentaria requieren un apoyo nutricional a corto plazo, además de otros servicios esenciales, a fin de poder salir del círculo vicioso del VIH y la malnutrición. Para beneficiar a quienes viven con el virus y presentan los síntomas de la enfermedad, y evitar la estigmatización, a menudo se ha recurrido a la selección basada en la comunidad mediante indicadores sustitutos tales como la calificación de “enfermo crónico”<sup>36</sup>.

En el contexto del VIH y el SIDA, la ayuda alimentaria se está utilizando de formas nuevas y creativas para que quienes viven con el virus logren un mejor estado nutricional y de salud, utilicen más los servicios, cumplan en mayor medida las indicaciones de tomar medicamentos, y obtengan mejores resultados en los tratamientos. La integración de la asistencia alimentaria como complemento de los tratamientos breves bajo observación directa de los programas de control de la tuberculosis, los tratamientos antirretrovirales y la prevención de la transmisión maternofamiliar resultan muy prometedora, aunque aún no se utiliza lo suficiente. Actualmente, los alimentos se vinculan a estas intervenciones en casos concretos, principalmente por parte del PMA y algunas ONG, pero aún no se han integrado plenamente en estos tipos de intervenciones a escala nacional.

**Prevención de la transmisión maternofamiliar:** vincular los alimentos a los programas de prevención de la transmisión maternofamiliar puede incrementar el uso de estos servicios entre las madres, favorecer una lactancia segura para las madres seropositivas y, en última instancia, mejorar la salud maternofamiliar. El fomento de la lactancia exclusiva y el destete temprano es fundamental para reducir la transmisión del VIH, y puede apoyarse también mediante el suministro de alimentos complementarios adecuados para el niño durante el destete.

**Tratamientos breves bajo observación directa de los programas de control de la tuberculosis:** en el África meridional, entre el 40% y el 70% de los enfermos de tuberculosis son seropositivos. Una persona seropositiva tiene aproximadamente 20 veces más probabilidades de contraer tuberculosis que una persona sana, mientras que una persona que vive con el VIH presenta un riesgo 100 veces mayor<sup>37</sup>.

Es más común que los pacientes abandonen el tratamiento para la tuberculosis que otros tratamientos con fármacos. Cuando un enfermo de tuberculosis no

termina el tratamiento, puede desarrollar y transmitir cepas de tuberculosis resistentes que son mucho más difíciles de tratar y hasta 100 veces más caras de curar<sup>38</sup>. El suministro de alimentos como complemento a lo largo de todo el tratamiento breve bajo observación directa hace que se cumpla más con la toma de medicamentos y, en definitiva, contribuye a la recuperación del paciente y su retorno a la productividad.

**Tratamientos antirretrovirales:** está generalmente aceptado que los tratamientos antirretrovirales son más eficaces cuando forman parte de una atención integral para tratar el VIH y el SIDA que incluya servicios de consultas y análisis voluntarios, prevención de la transmisión maternofilial, diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas, asesoramiento sobre el estilo de vida y una variedad de servicios de prevención, atención y ayuda social. La evaluación del estado nutricional, el asesoramiento y el control del peso también son componentes fundamentales del conjunto de medidas de apoyo, y ayudarán a maximizar el uso de los recursos disponibles.

La nutrición correcta ayuda a reducir los efectos secundarios y aumenta la tolerancia a los medicamentos, especialmente en las fases iniciales del tratamiento. Para las personas que provienen de hogares que sufren inseguridad alimentaria, los expertos están comenzando a promover el uso de asistencia nutricional o alimentaria complementaria a corto plazo (por ejemplo, los primeros seis a 12 meses de tratamiento), a fin de impedir la emaciación y ayudar a los pacientes a adaptarse a la medicación.

Para muchos, las intervenciones de alimentos y nutrición orientadas a las personas que viven con el VIH son fundamentales para los tratamientos, y algunos opinan que “las normas clínicas de los cuidados que incluyan servicios de nutrición pronto constituirán la base de la respuesta a la enfermedad causada por el VIH”<sup>39</sup>. En el contexto de la creciente disponibilidad de tratamientos antirretrovirales, es cada vez más evidente que ayudar al beneficiario indicado, con los alimentos y el apoyo nutricional necesarios, en el momento preciso, no sólo puede optimizar el tratamiento sino también maximizar el rendimiento de la enorme inversión que requiere la cobertura global.

**Documentar y evaluar el impacto de la ayuda alimentaria en las personas con VIH:** a pesar de comprenderse la importancia de la ayuda alimentaria para frenar la malnutrición, su impacto preciso en las personas que viven con el VIH aún no está bien documentado.

Un estudio realizado recientemente por C-SAFE sobre el impacto de la ayuda alimentaria en los enfermos crónicos, los pacientes que siguen tratamientos breves bajo observación directa de programas de control de la tuberculosis y tratamientos antirretrovirales, así como los participantes en programas de prevención de la transmisión de madre a hijo, recomienda

### LOS PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTOS ANTIRRETROVIRALES ESPERAN LOS ALIMENTOS PARA TOMAR LOS MEDICAMENTOS

El personal clínico de Uganda informó a los supervisores de la ayuda alimentaria del PMA que los pacientes que reciben tratamientos antirretrovirales deciden no comenzarlos hasta recibir los alimentos, por los efectos secundarios que tiene la medicación cuando se toma con el estómago vacío.

(NR17)

### EL PERSONAL HOSPITALARIO DE MALAWI CONSIDERA QUE LOS ALIMENTOS SON UN “PODEROSO INCENTIVO” PARA COMENZAR Y SEGUIR LOS TRATAMIENTOS

Los informes anecdóticos del programa del hospital de la misión de St. Gabriel (para programas de prevención de la transmisión de madre a hijo y tratamientos antirretrovirales) y el programa de la Universidad de North Carolina para la prevención de la transmisión de madre a hijo en el Bottom Hospital de Lilongwe indican que los alimentos constituyen un poderoso incentivo para comenzar la terapia antirretroviral y completar el tratamiento.

(NR18)

### CÓNYUGES EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN THYOLO (MALAWI)

Marido y mujer reciben tratamiento antirretroviral de Médicos sin Fronteras y ayuda alimentaria de World Vision.

*“Antes de recibir ayuda alimentaria yo tenía muchos problemas. Estaba enfermo, tenía dolores de estómago, palpitaciones, dolores de cabeza y neumonía. [Después de empezar con los antirretrovirales y recibir ayuda alimentaria] mis problemas físicos disminuyeron, tenía menos diarrea, recuperé mucha energía y podía moverme y participar. Tenía suficiente fuerza para hacer ladrillos, construir una casa y trabajar un poco en la huerta. [Desde que no recibimos más alimentos] tengo cada vez más problemas para tomar la medicación y he bajado de peso”.*

(NR19)

## PROYECTO PILOTO DEL PMA Y EL HOSPITAL GOOD SHEPHERD EN SWAZILANDIA PARA INTEGRAR LOS ALIMENTOS Y EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

El Hospital Good Shepherd, institución privada de Swazilandia, es uno de los dos hospitales del país que ofrece tratamientos antirretrovirales diariamente. EL PMA proporciona a los pacientes que reciben los tratamientos raciones individuales de mezcla de maíz y soja, en el marco de un proyecto piloto cuyo objetivo es evaluar la viabilidad de distribuir suplementos alimenticios en las clínicas para satisfacer las necesidades nutricionales de esos

pacientes. El personal de atención a domicilio del hospital hace un seguimiento de los pacientes que viven en un radio de 40 kilómetros. El hospital presta un pequeño depósito y el PMA se hace cargo de los salarios de dos empleados que distribuyen los alimentos, un costo que el hospital no puede cubrir en este momento. Ésta y otras iniciativas se están poniendo a prueba para evaluar la posibilidad de una ampliación completa de estos programas.

(NR20)

encarecidamente el uso (como iniciativa piloto) de ocho categorías de indicadores, entre los que se incluyen indicadores antropométricos, de calidad de vida y de cumplimiento de la toma de medicamentos<sup>40</sup>. La falta de pruebas empíricas sigue siendo un importante obstáculo para que en el apoyo brindado por los donantes y gobiernos en general se integren plenamente los alimentos a los servicios que se prestan a las personas que viven con el VIH. Aunque se están llevando a cabo algunas iniciativas piloto y de investigación, es de crucial importancia que se analicen más (y de modo más coordinado) los diversos indicadores del impacto para poder avanzar en estos temas.

## Apoyo a los medios de subsistencia y creación de activos

En la era del VIH y el SIDA, la percepción general es que las obras públicas y sus equivalentes basados en la ayuda alimentaria (APT y ACA) no conciernen a las personas que viven con el VIH, por considerarse que el trabajo se encuentra fuera de sus posibilidades físicas. Sin embargo, se están encontrando formas de adaptar los programas que integren el trabajo al contexto del VIH y el SIDA.

Así como en los decenios de 1980 y 1990 se popularizó el uso de instrumentos de análisis sobre cuestiones de género (que ahora constituyen un procedimiento habitual en los programas de desarrollo eficaces), ahora se está valorando la aplicación de una “perspectiva de lucha contra el VIH y el SIDA” como forma de promover la inclusión de las personas que viven con el VIH en todas las fases de la elaboración de programas, y de encontrar modos de adaptar los proyectos a las necesidades y problemas concretos de esas personas. Esto se aprecia especialmente en los proyectos de APT y de ACA.

La perspectiva de lucha contra el VIH y el SIDA es similar a un instrumento de análisis sobre cuestiones de género, y consiste básicamente en una lista de comprobación para garantizar oportunidades y asegurar que quienes viven con el virus se beneficien con el activo en cuestión y participen en las decisiones relativas a la forma en que se usará y se mantendrá. En Zimbabwe y Zambia se está utilizando un instrumento de este tipo, que ha sido especialmente útil para encontrar tareas que suponen un trabajo menos intensivo y ajustar las normas laborales para facilitar la participación de quienes viven con el VIH y los hogares afectados<sup>41</sup>.

## LOS PROGRAMAS DE OBRAS PÚBLICAS PREDOMINAN ENTRE LAS INICIATIVAS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO

Históricamente, una de las formas más comunes de protección social han sido los programas de obras públicas, que se orientan a los hogares pobres cuyos miembros son aptos para trabajar. En Sudáfrica, las obras públicas constituyen una de las principales intervenciones de protección social para los pobres en edad productiva. Y en Etiopía, es obligatorio que el 80% de los recursos de socorro se empleen en la remuneración de quienes trabajan en obras públicas que requieren gran densidad de mano de obra, mientras que lo que el Gobierno denomina “socorro gratuito” se proporciona solamente a los hogares necesitados que no tienen integrantes aptos para trabajar.

(NR21)

Otras innovaciones recientes en materia de programas de obras públicas son, por ejemplo, la concertación de contratos con los hogares (en lugar de con las personas individualmente) de modo que si un trabajador se enferma o muere, otro integrante del hogar puede ocupar su puesto, y la asignación de una parte de los beneficios de las obras públicas a los hogares cuyos miembros no pueden trabajar (se transfiere entre el 10% y el 20% del monto)<sup>42</sup>.

## APLICACIÓN DE UNA PERSPECTIVA DE LUCHA CONTRA EL VIH EN LOS PROGRAMAS DE OBRAS PÚBLICAS, ALIMENTOS POR TRABAJO Y ALIMENTOS PARA LA CREACIÓN DE ACTIVOS

La perspectiva de lucha contra el VIH y el SIDA<sup>43</sup> ayuda a adaptar los programas de obras públicas, de APT y de ACA a los contextos con una elevada prevalencia del virus. Esta perspectiva, que puede aplicarse a cualquier tipo de proyecto, tiene por objeto:

- › **INDUCIR** a adoptar una actitud más inclusiva hacia las personas que viven con el VIH al abordar la selección, el diseño, la planificación y la ejecución de los proyectos de ACA en las comunidades, lo cual permitirá aprovechar el potencial total de las comunidades;
- › **RECORDAR** que se debe animar a los más afectados por el VIH y el SIDA a intervenir con dinamismo en la formulación de respuestas comunitarias a las crisis presentes y futuras, permitiéndoles así formar parte de la solución;

- › **AYUDAR** a determinar cuáles son los pasos fundamentales para adaptar los proyectos a este contexto que presenta tantos desafíos;
- › **ESTIMULAR** la reflexión sobre el modo de mitigar de forma dinámica el impacto del VIH y el SIDA;
- › **SERVIR DE BASE** enfoques dinámicos a la hora de generar la resistencia que las comunidades necesitan para enfrentar las crisis causadas por el VIH y el SIDA;
- › **ALIMENTAR** al análisis de los posibles riesgos y amenazas de no lograr adaptar los programas de ACA a un contexto con alta prevalencia del VIH; y
- › **FAVORECER** el objetivo regional de una respuesta multisectorial al VIH y el SIDA. (Aunque los proyectos de obras públicas, APT y ACA son sólo una parte de esto, pueden contribuir a integrar varios sectores).

Además, se observan cambios graduales en la terminología empleada. Aunque la expresión “alimentos para la creación de activos” no se utiliza con frecuencia en los círculos relacionados con la protección social, resulta pertinente a los conceptos relacionados con ésta. Como se indicó anteriormente, la protección social puede contribuir al crecimiento económico de dos formas: indirectamente, mediante la protección de los activos de los hogares y al permitir a las familias manejar los riesgos más eficazmente; y directamente, a través de la creación de activos. La terminología y los conceptos en que se fundan las iniciativas de ACA surgieron a fines del decenio de 1990. El énfasis pasó del aspecto de creación de empleo de los programas de APT a los activos creados y la manera en que éstos pueden contribuir a aumentar la capacidad de supervivencia de los hogares y las comunidades ante futuras crisis de sus medios de subsistencia.

Los programas de ACA guardan incluso más relación con la protección social, ya que amplían el concepto de activos más allá de la creación o rehabilitación de activos físicos (por ejemplo, proyectos de infraestructura tales como carreteras o represas) para abarcar también los activos humanos (por ejemplo, salud, educación, competencias técnicas y concienciación) y sociales (como familia, amigos y redes sociales), así como la función que estos tipos de activos pueden cumplir en el aumento de la capacidad de resistencia de los hogares y las comunidades ante las situaciones de crisis.

### ¿QUÉ SE ENTIENDE POR “ALIMENTOS PARA LA CREACIÓN DE ACTIVOS”?

La idea de los “alimentos para la creación de activos” surgió a partir de las experiencias, enseñanzas y prácticas de las actividades de APT realizadas en Etiopía durante la gran hambruna, y en muchos países del África meridional afectados por las sequías de 1992, 1995/1996 y 1998. El PMA inició la transición de los programas de APT a los de ACA mediante su política de ayuda alimentaria y desarrollo, la “Política de habilitación para el desarrollo”, adoptada en 1999. Ésta introduce un cambio de paradigma: de la creación de empleo y las transferencias de ingresos como respuesta a las situaciones de emergencia al énfasis en la acumulación de activos gestionada por la comunidad misma y el desarrollo del capital humano. Las estrategias de ACA hacen hincapié en la generación de activos productivos que son administrados y utilizados por los hogares o las comunidades seleccionados, y que les pertenecen.

(NR22)

Estos programas son especialmente útiles en el contexto del VIH porque los conocimientos, las competencias técnicas y las redes sociales son fundamentales para la mitigación de los diversos impactos del VIH y el SIDA. Por ejemplo, los programas de ACA podrían incluir la capacitación (en ese caso se le denomina “alimentos para la capacitación” [APC] en esferas temáticas tales como prácticas agrícolas de conservación, las actitudes de vida positivas, las tecnologías que ahorran trabajo e incluso cuidados a domicilio para los enfermos crónicos.

## LOS PROYECTOS DE ALIMENTOS PARA LA CREACIÓN DE ACTIVOS PUEDEN AYUDAR A MITIGAR EL IMPACTO DEL VIH Y EL SIDA

Las iniciativas de ACA pueden contribuir a mitigar uno o más de los impactos del VIH y el SIDA en las comunidades y los hogares. Estas intervenciones permiten atender las necesidades de una mejor nutrición, mejores condiciones de salud e higiene, recuperación agrícola, restablecimiento de las estrategias de supervivencia, mayores ingresos y protección o recuperación de los activos productivos, transferencia intergeneracional de conocimientos y recuperación económica de las comunidades afectadas por la pandemia<sup>45</sup>.

### ALIMENTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE HUERTOS EN LESOTHO

En Lesotho, CARE y TEBA (un asociado local) han organizado un curso de nueve meses de duración para enseñar a los hogares que sufren inseguridad alimentaria a construir y mantener un huerto (que denominan “ojo de llave” por su forma).

Teniendo en cuenta la sostenibilidad, los huertos se construyen con materiales disponibles y de bajo costo (por ejemplo, estiércol, huesos, piedras y plantas de aloe), y en su mantenimiento se hace hincapié en la conservación del agua. Son resistentes al clima seco del lugar, producen muchas verduras todo el año y para el riego se utilizan solamente aguas residuales (lo cual reduce la presión sobre los recursos hídricos del hogar). Además, dada su altura y circunferencia, son fáciles de dirigir y mantener, incluso para los adultos mayores y los enfermos.

Permiten generar dos tipos de activos: el huerto en sí mismo e, igualmente importante, los conocimientos o competencias indispensables para construirlo y mantenerlo. Se considera que los hogares han completado el proyecto una vez que su huerto esté listo y que cuenten con las competencias técnicas necesarias para mantenerlo, por lo cual ya no necesitan la ayuda de la ONG.

### ALIMENTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE VIVIENDAS PARA LOS HOGARES DE ENFERMOS CRÓNICOS EN ZIMBABWE

En Zimbabwe, el equipo de World Vision (WV), junto con las comunidades seleccionadas, detectó la necesidad de contar con mejores viviendas para los hogares encabezados por adultos mayores o enfermos crónicos.

Utilizando el mecanismo de ACA, WV ayudó a las comunidades desfavorecidas a proporcionar viviendas decentes y de bajo costo a los hogares encabezados por adultos mayores y enfermos crónicos. En el marco del programa, los miembros de la comunidad determinaron quiénes serían los beneficiarios y reunieron recursos locales para ayudar a construir pequeñas casas. Como proyecto de alimentos para la creación de activos, los trabajadores recibieron raciones de alimentos al final de cada mes. En septiembre de 2004 ya se habían terminado 15 casas y 23 se encontraban en construcción.

### ALIMENTOS PARA LA CAPACITACIÓN DE ADOLESCENTES HUÉRFANOS EN MOZAMBIQUE

Debido a la muerte de padres jóvenes, los hijos supervivientes se han enfrentado a la exclusión social, y los conocimientos sobre agroecología y prácticas agrícolas locales se han perdido.

En respuesta a esta situación, la FAO y el PMA establecieron en Mozambique las escuelas de campo y de vida para agricultores jóvenes, que se orientan a los jóvenes que han perdido a sus padres y cuidadores a causa del SIDA y cuyo propósito es reducir la brecha intergeneracional de conocimientos.

Los huérfanos y otros niños vulnerables (de entre 12 y 17 años de edad) reciben una capacitación de un año de duración que combina técnicas agrícolas tradicionales y modernas. Igual número de niñas y niños aprenden sobre preparación del terreno, siembra y transplante, desmalezado, riego y control de plagas, conservación de recursos, elaboración de cultivos alimentarios, cosecha, almacenamiento y conocimientos empresariales, y reciben alimentos por su participación.

Asimismo, se utilizan técnicas de teatro educativo para tratar temas delicados en torno a la salud y la nutrición, los problemas psicosociales, los roles de género y el VIH.

Todas estas son actividades que se consideran constructivas en contextos con una elevada prevalencia del VIH y el SIDA.

Los programas de ACA pueden fortalecer los activos sociales suministrando alimentos a quienes prestan cuidados a domicilio y a quienes trabajan en los centros de cuidados y desarrollo del niño en la primera infancia<sup>44</sup>. Entre los activos físicos o la infraestructura de apoyo a las personas que viven con el VIH o los huérfanos y otros niños vulnerables, se cuentan la rehabilitación de clínicas y escuelas o la creación de huertas en la comunidad o los hospitales. La inclusión deliberada, siempre que sea posible, de quienes viven con el VIH pero no presentan síntomas puede constituir un modo muy eficaz de estimularlos a participar en la creación de activos, además de promover la formación de grupos de apoyo y permitirles pasar de la condición de beneficiarios a la de participantes.

## Educación y apoyo para los niños vulnerables

El apoyo a los niños que han quedado en una situación de vulnerabilidad a causa del VIH y el SIDA puede ofrecerse de manera directa o indirecta (mediante prestaciones por orfandad, prestaciones por cuidado temporal, pensiones básicas para los adultos mayores, o mediante el cuidado de niños huérfanos por parte de enfermos crónicos). Dichas transferencias pueden realizarse en especie (por ejemplo, alimentos o ropa) o en efectivo (por ejemplo, para libros, uniformes escolares o transporte), o pueden consistir en exenciones de derechos de matrícula escolar y de atención médica<sup>46</sup>. En varios países afectados por el SIDA se aplican algunos elementos de estos planes.

Existen cada vez más pruebas de que las transferencias de dinero a largo plazo, tales como las pensiones sociales para los adultos mayores, pueden mitigar el impacto del VIH y el SIDA<sup>47</sup>. Los abuelos están asumiendo cada vez más responsabilidades en el cuidado de los enfermos crónicos y las personas a su cargo, además de ocupar el lugar de los jefes de hogar cuando éstos se enferman y mueren. En este contexto, las pensiones se utilizan para pagar los derechos de matrícula escolar, especialmente de los huérfanos, y para comprar alimentos para los demás integrantes del hogar<sup>48</sup>.

La educación, en particular de las niñas, es una de las formas más eficaces de mejorar la seguridad alimentaria a largo plazo y de fortalecer las estrategias de supervivencia en situaciones de crisis. Tiene un efecto

positivo en las oportunidades económicas de las niñas y en su participación en los procesos de adopción de decisiones en la comunidad, y conduce a reducir la malnutrición infantil en la siguiente generación. Los estudios indican una marcada disminución de las tasas de infección por VIH en las mujeres que tienen educación secundaria. Las mujeres que han recibido educación generalmente envían a sus hijos a la escuela<sup>49</sup>.

### TRANSFERENCIAS DE DINERO EN KENYA PARA HUÉRFANOS Y OTROS NIÑOS VULNERABLES

En 2004, el Ministerio del Interior y el Consejo Nacional de Lucha contra el SIDA se propusieron elaborar un plan de transferencias de dinero para huérfanos como parte de su estrategia de promoción de los hogares de acogida. El UNICEF y la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo financian un pequeño plan piloto para evaluar la viabilidad de la iniciativa.

Los hogares se hacen cargo de 500 niños en total, y cada uno recibe mensualmente una suma equivalente a 0,50 dólares EE.UU. diarios; además, se da un monto similar por cada niño a las iniciativas comunitarias.

Las evaluaciones iniciales indican que el dinero se ha invertido en alimentos, ropa, calzado, gastos médicos y otras compras domésticas menores. Los niveles de asistencia escolar han aumentado y algunos niños han podido obtener tratamiento antirretroviral. El proyecto está recibiendo un fuerte apoyo político y se piensa ampliarlo para beneficiar a 2.500 huérfanos.

(NR23)

### PENSIÓN SOCIAL PARA LOS ADULTOS MAYORES EN LESOTHO

A fines de 2004 se comenzó a ofrecer una pensión social en Lesotho, el sexto país en adoptar esta medida en el África subsahariana, luego de Sudáfrica, Botswana, Namibia, Mauricio y Senegal. El costo del programa es de aproximadamente un 1,4% del PIB y un 7% del gasto fijo. Actualmente, la edad mínima para recibir una pensión es 70 años, pero se piensa bajar a 65.

(NR24)

Un estudio realizado hace poco por el UNICEF sobre la protección social en relación con el sector educativo señala la importancia decisiva de lograr que los niños asistan a la escuela (acceso) y que permanezcan en la institución (retención), especialmente los que se



encuentran en una situación de “marginación educativa”<sup>50</sup>. Esto es de especial trascendencia en la era del VIH y el SIDA en vista de: 1) la valiosa función de las escuelas en el cuidado, el apoyo, la protección y el desarrollo de los niños y jóvenes marginados; 2) la pérdida de la influencia transgeneracional en el desarrollo de conocimientos, actitudes y comportamientos que se produce cuando se interrumpe la relación entre padre e hijo; 3) la oportunidad única que otorga el sistema de educación para la detección temprana y la atención adecuada de los niños en situación de riesgo; y 4) la función que puede cumplir el sector para reemplazar los recursos humanos imprescindibles que se pierden debido a la pandemia.

En este contexto, la alimentación escolar ha generado un renovado interés. La ayuda alimentaria proporcionada en forma de desayunos, almuerzos o raciones para llevar al hogar puede ser de gran importancia para atraer a los alumnos, especialmente las niñas, a la escuela y mejorar los niveles de asistencia a clase. A diferencia de otras transferencias sociales, la alimentación escolar también tiene la ventaja adicional de mejorar la capacidad de aprendizaje de los niños.

Tanto las transferencias incondicionales (por ejemplo las raciones de alimentos para los huérfanos y otros niños vulnerables) como las condicionales (por ejemplo alimentación escolar o alimentos para la capacitación de adolescentes huérfanos) pueden contribuir a proteger y promover los medios de subsistencia mediante la acumulación de activos físicos, sociales y humanos. No obstante, es importante que se planifiquen de forma integrada, y que se encuentren disponibles con regularidad y previsibilidad, para que los participantes de estos programas los puedan utilizar a fin de manejar los riesgos y mejorar las oportunidades de sus medios de subsistencia.

Millones de niños en todas partes del mundo han quedado huérfanos o en situación de vulnerabilidad a causa del SIDA. El África subsahariana ha sido la región más afectada: más de 11 millones de niños ya han perdido al menos a uno de sus padres, y esa cifra seguirá creciendo durante la próxima década a medida que los adultos que tienen el VIH se enfermen y mueran a causa del SIDA. Quedar huérfanos no es la única forma en que los niños sufren los efectos del VIH. A veces viven en un hogar pobre que ha acogido a otros niños huérfanos de la familia; otras veces deben cuidar a un padre enfermo; en algunos casos son víctimas de la estigmatización relacionada con la enfermedad de un miembro de su familia; y a veces se encuentran infectados por el VIH ellos mismos. Los impactos sociales, económicos y

psicológicos del SIDA en los niños se combinan para aumentar su vulnerabilidad y generar diversas dificultades, tales como la infección por el virus, falta de educación, pobreza, trabajo infantil, explotación y desempleo<sup>51</sup>.

### LA ALIMENTACIÓN ESCOLAR TIENE VENTAJAS ADICIONALES

Durante el ejercicio financiero de 2005, C-SAFE inició un programa de alimentación escolar de emergencia en Zimbabwe. A raíz de los grupos de discusión con niños se detectó que quienes recibían raciones de alimentos en la escuela estaban recibiendo menos comidas en sus hogares, lo cual llevó a pensar que la ayuda alimentaria simplemente reemplazaba una comida en casa (efecto de sustitución) y no ofrecía beneficios adicionales a los niños.

Sin embargo, una investigación más detenida reveló que los ahorros generados al no tener que dar a los niños una comida en casa permitían a la familia cubrir otras necesidades, tales como pagar servicios de salud o comprar jabón y otros productos, y contribuían a que los niños siguieran asistiendo a la escuela a pesar de las dificultades económicas del hogar.

(NR25)

## Consideraciones operacionales

La prestación de protección social en los países en desarrollo se ve limitada frecuentemente por la falta de infraestructuras adecuadas y de capacidad en materia de recursos humanos. Como se indicó anteriormente, en los últimos años esto se ha visto agravado por la presión que ejerce la pandemia del VIH y el SIDA en quienes prestan cuidados sanitarios (y en los servicios sociales en general) en todos los niveles: informal, semiformal y formal.

Algunos países cuentan con fondos suficientes para ampliar los programas cuando hay una prioridad nacional (o mundial), por ejemplo, la aplicación de tratamientos antirretrovirales, pero la falta de capacidad sobre el terreno representa un obstáculo – igualmente frustrante – para alcanzar las metas.

Cualquier incremento en la realización de transferencias sociales supone una inversión considerable en infraestructuras de suministro, ya sea para ofrecer a los huérfanos y otros niños vulnerables un apoyo psicosocial más generalizado o para proveer apoyo nutricional en combinación con medicamentos antirretrovirales. Se requieren diversas tareas, tales como coordinar las estrategias y los criterios de selección, distribuir geográficamente a los agentes institucionales y mejorar

los sistemas de derivación de casos, establecimiento de sistemas de adquisiciones, logística y seguimiento y evaluación. Éstas son tareas enormes, pero la mayoría de los países pueden contar con los conocimientos especializados que tienen para ofrecer las ONG internacionales, los organismos de las Naciones Unidas y los especialistas de los sectores privados locales.

La ampliación de un sistema de suministro de alimentos puede ser una labor especialmente difícil en torno a la cual surgen cuestiones concretas relativas a los alimentos, como los períodos cortos de vida útil, la necesidad de transporte y almacenamiento adecuados, así como de personal con buenos conocimientos sobre administración de productos y contabilidad. El estudio de la protección social en Mozambique realizado por el PMA reveló que los costos de las transacciones son excesivos para cada asociado. Esto se debe a que existen acuerdos independientes con los distintos proveedores de servicios y a que se requieren sistemas independientes en cada institución para administrar los productos (a menudo con pocos conocimientos especializados para llevar a cabo la tarea).

Además, la inversión en sistemas más automatizados no se justifica, debido al tamaño reducido de los programas de ayuda alimentaria de cada organización. En el caso de algunos agentes, sus conocimientos especializados se vinculan con otros aspectos del desarrollo de la comunidad, por lo que la compleja tarea de planificar y distribuir las asignaciones de alimentos es onerosa y genera una desviación de esfuerzos. A la hora de evaluar un incremento del suministro de alimentos, estas

limitaciones pueden superarse mediante la creación de una infraestructura operacional conjunta que solucione los aspectos logísticos comunes de varios asociados, permitiéndoles realizar economías de escala y, a la vez, mantener el énfasis en lo que saben hacer mejor, esto es, proporcionar servicios de calidad a las comunidades.

Contar con un sistema eficaz de derivación de casos es fundamental para asegurar una protección social integrada y global. Es importante que a medida que las necesidades de las personas o los hogares cambian, el sistema facilite una intervención más adecuada. Si, por ejemplo, un enfermo crónico recupera la fuerza pero aún necesita apoyo en relación con sus medios de subsistencia, debería ser sencillo poder derivar el caso al servicio pertinente. Estas conexiones son imprescindibles para lograr la ejecución eficaz del marco general de protección social, y el establecimiento de vínculos entre diversos agentes es fundamental para permitir que los costos de una ampliación sean asequibles.

Cabe destacar que, cuando se amplía una iniciativa al ámbito nacional, es difícil contar con las ventajas de la participación local mencionada anteriormente (tales como calidad, proyección social y variedad de servicios). Es necesario analizar detenidamente el equilibrio entre proyección social y mayor cobertura. La ampliación de la prestación de servicios no necesariamente implica un mayor volumen de recursos. Una mayor cooperación entre los agentes informales, semiformales y formales a fin de hacer un mejor uso de sus respectivas fortalezas puede permitir, por sí misma, superar muchas dificultades.

---

## 7. LA ORIENTACIÓN DE LA AYUDA: UN DESAFÍO

La orientación de la ayuda en la esfera de la protección social no resulta nunca una tarea sencilla, pero sin duda se vuelve mucho más compleja en el contexto del VIH y del SIDA. Se necesita una gran variedad de mecanismos de orientación de la ayuda y de verificación para asegurarse de que se detecta y selecciona a las personas y hogares más necesitados, ya sea por lo que respecta a los alimentos, el efectivo o las transferencias de otros beneficios materiales. La búsqueda del equilibrio adecuado entre el rigor y la eficacia en función de los costos plantea siempre un desafío. Es importante presentar una red

amplia, que incluya explícitamente a las estructuras comunitarias, a quienes prestan atención domiciliaria, a los curanderos tradicionales, etc., y que se base en criterios y sistemas que tengan debidamente en cuenta todos los elementos en juego (a fin de evitar excluir a quienes deberían estar incluidos) y sean específicos (a fin de asegurarse de que se excluye a quienes se considera que no deberían incluirse)<sup>52</sup>. Esto se aplica especialmente en casos de gran prevalencia del VIH, puesto que la estigmatización y la negación pueden crear confusión y no permitir una selección de beneficiarios transparente y explícita, ni la autoidentificación<sup>53</sup>.

La orientación de la ayuda debe comprenderse a dos niveles:

1. **Nivel macroeconómico:** se selecciona a los grupos basándose en:
  - a) las características geográficas: las zonas más afectadas por una crisis determinada o las zonas que registren altos índices de pobreza, inseguridad alimentaria, malnutrición, etc.; y
  - b) las características sociodemográficas: prioridad de un grupo respecto de otro (por ejemplo, las personas que viven con el VIH, los huérfanos y otros niños vulnerables) debido, con frecuencia, a estrategias o mecanismos de financiación mundiales o nacionales.
2. **Nivel microeconómico:** se hace una evaluación de las vulnerabilidades particulares de las personas y los hogares (en el marco de los grupos seleccionados a nivel macro).  
La selección a nivel micro suele conocerse como “selección de beneficiarios”.

No existe un método estándar aplicable a la orientación de la ayuda. Para seleccionar a los grupos (nivel macro) se usan factores tales como las prioridades de los programas, la evaluación de las necesidades, el acceso a financiación para fines particulares y diversas estrategias mundiales o nacionales. Los mecanismos y procedimientos de orientación de la ayuda aplicados varían según la capacidad, las aptitudes, el acceso a la información, las asociaciones con grupos de la comunidad, etc.

## El uso de indicadores sustitutos

Si bien el VIH y la vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria y nutricional suelen estar relacionados entre sí, no todas las personas que viven con el VIH son vulnerables. El uso de indicadores sustitutos para las personas y hogares afectados por el VIH (tales como las enfermedades crónicas y los hogares que acogen a huérfanos) ha ganado popularidad como forma de orientar la ayuda en entornos de gran prevalencia del VIH. No obstante, tales indicadores no deben usarse aisladamente para determinar quiénes tienen derecho a beneficiarse de la ayuda, por cuanto tienden a ser indicadores brutos y a menudo poco precisos para determinar la inseguridad alimentaria y la pobreza.

En un documento publicado recientemente por el PMA, “Informe resumido sobre el examen temático de la orientación de la ayuda en las operaciones de socorro” (PMA, 2006), se señala que si bien es posible que resulte más sencillo usar criterios sociodemográficos para la

orientación de la ayuda, los indicadores sustitutos de la condición social o el estado de salud quizás guarden escasa relación con la inseguridad alimentaria<sup>54</sup>. En Uganda se había empleado a menudo el criterio de “hogares encabezados por mujeres” para detectar la vulnerabilidad, pero un análisis de datos sobre los ingresos y gastos de los hogares reveló que no había relación alguna entre el sexo del jefe de hogar y la probabilidad de ser pobre<sup>55</sup>. Se desprendió de un análisis realizado por el Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (IIPA) que los hogares que cuidaban de un huérfano presentaban menor inseguridad alimentaria que los hogares en los que no había huérfanos, en tanto que en los hogares que cuidaban a más de un huérfano, los índices de inseguridad alimentaria eran significativamente superiores<sup>56</sup>. Estas constataciones tienen consecuencias de importancia para la orientación de la ayuda, como la necesidad de tomar en consideración el número de huérfanos en los hogares y de integrar criterios de selección múltiples para asegurarse de que los recursos se dirijan a las personas más vulnerables.

La orientación de la ayuda en un contexto de gran prevalencia del VIH exige detectar a las personas más expuestas a riesgos en un entorno de vulnerabilidad extendida. Ya sea que la ayuda se oriente conforme a criterios geográficos o demográficos, siempre habrá ciertas personas y hogares con el mismo tipo de vulnerabilidad a quienes no se presta apoyo porque no se encuentran dentro del grupo seleccionado o de la zona seleccionada. En muchas comunidades, todos los hogares se ven afectados de alguna forma por el VIH y el SIDA; se necesitan criterios múltiples para discernir quiénes son los más vulnerables. El uso de criterios de vulnerabilidad múltiples es pertinente para todas las formas de protección social, incluidos los programas de asistencia alimentaria.

La mayoría de los mecanismos de protección social incluye alguna forma de evaluación de los recursos (es decir, la aplicación de criterios económicos) para determinar quiénes tienen derecho a recibir las prestaciones. En tanto unos se centran en los ingresos, otros apuntan a la riqueza y los activos, a fin de procurar que los beneficiarios (de alimentos, efectivo u otro tipo de ayuda) no se seleccionen únicamente en función de la ubicación geográfica y/o de la categoría social, sino también de su capacidad de supervivencia (conforme a lo que indique su cartera de activos).

La preferencia por uno u otro grupo plantea cuestiones de equidad y justicia social. “Tras las primeras iniciativas, por ejemplo, de orientación de la ayuda a los huérfanos de

## CUESTIONES FUNDAMENTALES: LA EQUIDAD

Hay sobradas pruebas de que el VIH y el SIDA han tenido un impacto sin precedentes en la vulnerabilidad de los hogares a la inseguridad alimentaria y de los medios de subsistencia. Para hacer frente a esa situación, quienes prestan ayuda humanitaria han formulado mecanismos de orientación de la ayuda previstos para detectar y hacer llegar la ayuda a las personas afectadas por el VIH y el SIDA sin que ello supusiera ningún tipo de estigmatización (usando, por ejemplo, indicadores sustitutos tales como las enfermedades crónicas y los coeficientes de dependencia).

Pero, ¿podemos asumir que los indicadores sustitutos del SIDA demuestran de manera confiable la existencia de una mayor vulnerabilidad? ¿Debe excluirse a un niño que haya perdido a sus padres como consecuencia de un conflicto, una enfermedad que no sea el SIDA o incluso un accidente de auto de los mismos beneficios que se conceden a un niño huérfano a causa del SIDA? Un hogar que haya tomado a su cargo a huérfanos, ¿es necesariamente más vulnerable (y, por lo tanto, tiene mayor necesidad de protección social) que un hogar que no tenga huérfanos a cargo y que sufra pobreza o vulnerabilidad por otras razones?

¿Cómo aseguramos que no se desatienda a determinadas personas y hogares (que sean al menos tan vulnerables como los afectados por el VIH y el SIDA)? Un caso extremo de inequidad percibida fue el de personas en Uganda (en momentos en que recién surgía el problema del VIH y el SIDA) que rogaban ser seropositivas para recibir algunos de los beneficios que estaban recibiendo sus vecinos afectados por el VIH.

Cada vez se comprueba más que la orientación de la ayuda en función únicamente de criterios

sociodemográficos (por ejemplo, hogares encabezados por mujeres y hogares con huérfanos) no es adecuada. Se ha comprobado que la propiedad de activos es el mejor indicador de vulnerabilidad, lo que demuestra que, en la medida de lo posible, debe utilizarse una combinación de criterios económicos y sociales.

Una encuesta realizada por C SAFE en Malawi, Zambia y Zimbabwe en el año 2003 reveló que la vulnerabilidad estaba relacionada mayormente con hogares que entraban dentro de dos categorías de grupos vulnerables como mínimo (preferentemente más). La aplicación de **criterios de vulnerabilidad múltiples** aumenta la probabilidad de que las personas seleccionadas sean, en efecto, las más vulnerables<sup>58</sup>.

La capacidad de suministrar servicios a personas que padecen las mismas necesidades independientemente de dónde se encuentren plantea dificultades de índole operativa y logística, especialmente cuando la necesidad se distribuye escasamente en una vasta zona geográfica (baja densidad de necesidades). En ese contexto, a menudo resulta inevitable dar prioridad a la aportación de fondos y orientación de las actividades a zonas con una mayor densidad de necesidades.

Es arriesgado examinar los impactos más generales del VIH y el SIDA en los medios de subsistencia en tanto que “excepciones por el SIDA”, privilegiando al SIDA frente a otras enfermedades en los sistemas de salud o centrándose excesivamente en el impacto del SIDA en los programas de seguridad alimentaria.

Harvey, 2004

### ¿SON MÁS VULNERABLES LOS HOGARES CON HUÉRFANOS?

Según las conclusiones de un informe publicado en 2005, “*Food Aid and Chronic Illness*”<sup>59</sup> (basado en datos recopilados de seis países del África meridional), **la propiedad de activos de los hogares es el mejor indicador** de la seguridad alimentaria en relación con otras variables en cuanto a la orientación de la ayuda, tales como las enfermedades crónicas, la presencia de huérfanos y el sexo del jefe del hogar. Se comprobó que la propiedad de activos guardaba gran relación con el índice de estrategias de supervivencia y los puntajes de consumo alimentario (diversidad alimenticia), lo que indica que podría lograrse una orientación de la ayuda alimentaria más eficaz si se diferenciara en

primer lugar a los hogares de acuerdo con su categoría de riqueza.

Sigue habiendo pruebas en ambos sentidos con respecto al hecho de que “los hogares que acogen a huérfanos” son más vulnerables a la inseguridad alimentaria. Según datos de la encuesta general de hogares, no existe relación alguna; sin embargo, en un estudio realizado en fecha reciente por el IIPA se citan pruebas de que si bien los hogares en donde hay un huérfano padecen, quizás, menor inseguridad alimentaria, aquéllos en donde hay varios huérfanos parecen registrar índices de inseguridad alimentaria mucho mayores.

## CUESTIONES FUNDAMENTALES: LA PREVISIBILIDAD

Para que la protección social sea eficaz debe ser transparente, confiable y **previsible**. Si una comunidad sabe a qué tiene derecho y puede prever tener acceso a ello de manera fiable, puede aprovechar los beneficios al máximo, asumiendo riesgos calculados para intensificar las posibilidades en relación con los medios de subsistencia. Esto no es posible si no hay claridad en cuanto a los derechos o si la población no tiene suficiente confianza en que recibirá tales beneficios para emprender una planificación a largo plazo.

La previsibilidad, la fiabilidad y la sostenibilidad no son términos que se asocien comúnmente a la ayuda alimentaria o a proyectos de ayuda exterior. Los programas de ayuda alimentaria suelen ser de corta duración (de uno a cinco años como máximo), y sus presupuestos dependen en general de los intereses de los donantes o de las prioridades contrapuestas de un año a otro. Además, las dificultades que se plantean respecto de la distribución pueden hacer variar la composición, el tamaño y la puntualidad de la entrega de las raciones de alimentos, lo cual hace difícil que los beneficiarios dependan de ellas lo suficiente para poder planificar. A menudo, por temor a crear dependencia, los plazos se mantienen breves intencionalmente.

La canalización de las prestaciones de protección social mediante programas con ciclos de perspectivas, planificación y presupuesto a largo plazo es fundamental para generar confianza y fiabilidad en los beneficiarios seleccionados. Esa confianza permite a los hogares adoptar decisiones basadas en la expectativa de que podrán confiar en que recibirán las prestaciones. Es posible que la confianza requiera varios años de apoyo ininterrumpido, contando con un apoyo previsible y garantizado tanto en su contenido como en su

calidad. Por ejemplo, un campesino que sabe que recibirá semillas del gobierno durante varias de las temporadas agrícolas siguientes tendrá confianza para invertir sus limitados recursos en equipo de capital y otros insumos agrícolas. Sin embargo, si no tiene esa confianza, se abstendrá de invertir y mantendrá sus medios de subsistencia limitados y estancados.

En vista de lo incierta que es la financiación de programas cuyos recursos proceden del exterior, ¿es ético que los organismos externos brinden protección social? ¿Cuál debería ser su función? ¿Se deberían considerar otras funciones (por ejemplo apoyo a mecanismos administrados por el gobierno)?

La previsibilidad, la fiabilidad y otros conceptos similares son retos con los que se enfrentan los programas de ayuda alimentaria externa, que indican que quizás sea más eficaz canalizar los recursos por medio de vías más permanentes. Una opción que se vuelve cada vez más popular son los programas nacionales de protección social de largo plazo. Esta opción requiere que los donantes financien partidas presupuestarias nacionales y respalden los mandatos de los gobiernos nacionales de proteger y promover algunos de los derechos de sus ciudadanos.

Alex de Waal argumentó en 1997 que “la internacionalización de la responsabilidad de la lucha contra el hambre no es un cambio positivo. El socorro internacional corre el riesgo de socavar los contratos políticos entre el Estado y sus ciudadanos; sólo se vencerá el hambre mediante una rendición de cuentas popular y un contrato político”<sup>60</sup>. Es posible aplicar el mismo razonamiento a la protección social.

## ETIOPÍA REALIZA UN CAMBIO ESTRATÉGICO

Etiopía está empezando a aplicar un plan de protección social de cinco años titulado “Programa de protección social basado en actividades productivas”. Los principales donantes bilaterales y multilaterales de Etiopía han desempeñado una función importante en la orientación del debate en curso y en la recomendación de nuevas estrategias destinadas a prestar asistencia a los hogares con inseguridad alimentaria crónica. El socorro de emergencia apenas ha podido mantener a los pobres con la cabeza fuera del agua. En el mejor de los casos, simplemente los ha mantenido a flote. No ha construido activos ni ha asegurado medios de

subsistencia. Este programa representa una importante transformación institucional del sistema de ayuda en Etiopía. Un elemento fundamental de su diseño son los compromisos de financiación multianuales por parte de los donantes, que permitirán al gobierno suministrar recursos previsibles a poblaciones seleccionadas que padecen inseguridad alimentaria crónica. Los donantes han prestado un apoyo generalizado a la decisión del gobierno de combatir la inseguridad alimentaria crónica mediante una partida presupuestaria en lugar de hacerlo mediante el llamamiento anual<sup>61</sup>.

## MOZAMBIQUE FORMULA CRITERIOS DE VULNERABILIDAD MÚLTIPLES Y PROCEDIMIENTOS DE ORIENTACIÓN DE LA AYUDA GENERALES <sup>62</sup>

En 2004, el Consejo Nacional de Lucha contra el SIDA de Mozambique encargó a la Secretaría Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutrición que formulara procedimientos que permitieran detectar a grupos vulnerables a la inseguridad alimentaria y la malnutrición debido al impacto del VIH y el SIDA. Dicha Secretaría Técnica constituyó un grupo de trabajo multisectorial para que preparara procedimientos aplicables a mecanismos institucionalizados que permitieran definir las principales zonas geográficas, determinados grupos de beneficiarios dentro del grupo seleccionado general y criterios para seleccionar a los beneficiarios dentro de esos grupos. Los procedimientos incluyeron criterios comunes aplicables a la selección de beneficiarios y medios estándar de comprobación del derecho a recibir apoyo, así como orientaciones para efectuar derivaciones de casos entre distintos agentes.

CRITERIOS ACUMULATIVOS	MIEMBRO DEL HOGAR INFECTADO	MIEMBRO DEL HOGAR AFECTADO
<b>CRITERIOS CLÍNICOS</b>  +	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seropositivo (comprobado), asintomático (Fase I); o</li> <li>• seropositivo (comprobado), asintomático, pérdida de peso involuntaria &lt; 10% (Fase II); o</li> <li>• seropositivo (comprobado), sintomático, obligado a guardar cama parcial o totalmente (Fases III y IV); u</li> <li>• obligado a guardar cama parcial o totalmente debido a una enfermedad crónica (adulto de entre 15 y 59 años cuyo estado de salud no le haya permitido trabajar o realizar tareas ordinarias por 3 meses en total durante los últimos 12 meses); y</li> <li>• malnutrición moderada o grave.</li> </ul>	(No hay criterios clínicos)
<b>CRITERIOS SOCIOECONÓMICOS</b>  +	El nivel de ingresos de los hogares no basta para satisfacer las demandas adicionales de alimentos y de otra índole generadas por las enfermedades crónicas. Se toman en consideración los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ingresos derivados de empleos formales y otras fuentes;</li> <li>• ingresos derivados de la producción agrícola;</li> <li>• ingresos derivados de la venta de ganado;</li> <li>• otras fuentes de ingresos importantes en el plano local; y</li> <li>• otros criterios (adulto no apto para el trabajo, altos coeficientes de dependencia efectiva, activos, condiciones de la vivienda, etc.).</li> </ul>	
<b>CRITERIOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	Sexo Edad: < 17 años (niño) > 55 años <> 6 meses < 5 años mujer embarazada o lactante	Relación con las personas que viven con el VIH: cónyuge, hijo, padre; Sexo Edad: < 17 años (niño) > 55 años <> 6 meses < 5 años mujer embarazada o lactante

## EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EL DESARROLLO DE MALAWI SE OPTA POR ROTAR LA COBERTURA EN LUGAR DE HACER UNA EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS PARA DEFINIR SI HA HABIDO MEJORAS EN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA

En 2004, un consorcio de ONG internacionales en Malawi comenzó un programa de asistencia para el desarrollo de cinco años de duración llamado “I LIFE”.

Un aspecto de la cartera de intervenciones de desarrollo de este consorcio fue enmarcar la entrega de raciones de alimentos a los hogares vulnerables en un ciclo de 15 meses. Una vez completado el primer ciclo, un comité comunitario hizo un orden de prioridades de los hogares más vulnerables para el ciclo siguiente.

La decisión de usar un ciclo estándar, en lugar de interrumpir la prestación de ayuda una vez que mejorara la seguridad alimentaria de las personas, obedeció al deseo de que los hogares no dejaran de sentirse incentivados para mejorar su seguridad alimentaria. (En el marco del programa anterior a “I-LIFE”, esto es, “C-SAFE”, los beneficiarios dejaban de recibir asistencia una vez que su seguridad alimentaria había mejorado lo suficiente.)

(NR27)

víctimas del SIDA en África se ha pasado a la prestación de apoyo selectivo a todos los huérfanos y familias que cuidan a huérfanos, en vez de negarles beneficios a quienes cuidan a hijos biológicos”<sup>57</sup>.

La orientación eficaz de la ayuda sufre las consecuencias de limitaciones por lo que respecta al mandato, las aptitudes, la capacidad y la posibilidad de llegar a las poblaciones a las que se dirigen los servicios. Por ejemplo, no puede esperarse que quienes prestan servicios clínicos de salud realicen evaluaciones extensas de la vulnerabilidad de los hogares para determinar si un paciente debe recibir suplementos de alimentos como tratamiento complementario. Debe contarse con mecanismos de derivación de pacientes sólidos que permitan integrar los servicios y hacer evaluaciones pertinentes de manera eficaz.

En vista de que se trata de un entorno de gran vulnerabilidad, en el que las diferencias de medios son sutiles, en algunos programas se ha optado por brindar una cobertura universal una vez que se ha procedido a una orientación de la ayuda a escala macro (es decir, que no se aplican otros criterios en la fase de selección de beneficiarios). Gracias a ello, las personas no modificarán su comportamiento para ingresar en el programa: por ejemplo, familias que acogen a huérfanos para estar en

condiciones de recibir ayuda alimentaria (pero que no asumen un compromiso a largo plazo con el niño) o que aplazan la compra de activos productivos (teniendo presente que uno de los criterios de selección en el caso de las raciones de alimentos es poseer un número limitado de activos o ningún activo).

Por último, es importante determinar los costos y beneficios de las estrategias de orientación de la ayuda, ya que cuanto más perfeccionado sea el método de selección (es decir, más específico y atento a las susceptibilidades particulares), mayores serán los costos administrativos. Si bien se reconoce en general la necesidad de mejorar la orientación de la ayuda y la capacidad de evaluación con respecto a la seguridad alimentaria, la nutrición y el VIH y el SIDA, ha habido cierta reticencia a la hora de proporcionar los debidos recursos para respaldar un compromiso que supone gran densidad de mano de obra. En colaboración con las contrapartes gubernamentales, entidades tales como la Red del sistema de alerta temprana en caso de hambruna (FEWSNET), el PMA, los comités nacionales de evaluación de la vulnerabilidad y ONG internacionales y nacionales pueden contribuir en las esferas de la prestación de apoyo técnico y el fortalecimiento de la capacidad local de evaluación de la vulnerabilidad.

## 8. LA FUNCIÓN DEL PMA EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL FRENTE AL VIH Y EL SIDA

En vista de los múltiples retos con que se enfrenta la protección social en la era del VIH y el SIDA y de la función que puede desempeñar la asistencia alimentaria como parte del marco de protección social general, el PMA ha vuelto a reflexionar sobre su propia función

institucional y ha analizado las posibilidades de difundir sus conocimientos.

Los programas de ayuda alimentaria cuyos recursos y gestión proceden del exterior representan una pequeña

parte de las transferencias sociales requeridas para satisfacer las necesidades generales; la mayoría no será nunca sustentable en el contexto de un país en desarrollo. Si bien los programas de ayuda alimentaria cumplen una importante finalidad, unas políticas de protección social eficaces deben tener un carácter más permanente, fiable y sostenible. Es igualmente importante que sean accesibles a los ciudadanos de los países en desarrollo, independientemente de su ubicación geográfica o de las características sociodemográficas, es decir, que debe basarse en las necesidades. Ello quizás suponga un aumento significativo de los servicios en algunos países en los que el impacto del VIH y el SIDA ha sido sustancial, de modo que se disponga de servicios de calidad en todo el país. A esos efectos, existen varias esferas en las que el PMA podría contribuir.

## Orientación de los conocimientos

**Evaluar el impacto de los alimentos en las personas que viven con el VIH:** hay grandes lagunas de conocimiento por lo que respecta al impacto de los alimentos en las personas que viven con el VIH (especialmente en el caso de las enfermedades crónicas, la prevención de la transmisión maternofiliar, la tuberculosis y los tratamientos antirretrovirales). Si bien tanto los profesionales que ejercen sobre el terreno como los beneficiarios están convencidos de la función esencial que desempeña la alimentación en el mantenimiento y la recuperación de la salud de las personas que viven con el VIH, se requieren pruebas documentadas y empíricas para convencer a los donantes y a los gobiernos de tal necesidad. En relación con ello, es importante que el PMA comprenda los posibles efectos de los mejores resultados en los ámbitos de la salud y social respecto de la promoción de los medios de subsistencia y el crecimiento económico. El PMA puede contribuir a mejorar la base de conocimientos en esta esfera por medio de investigaciones operacionales y el ensayo de distintas opciones.

**Brindar directivas en materia de evaluación de la vulnerabilidad y orientación de la ayuda:** sin duda alguna, el PMA puede contribuir a intensificar la capacidad de los gobiernos y de los asociados locales para realizar evaluaciones de la vulnerabilidad y formular estrategias, mecanismos y criterios de orientación de la ayuda eficaces. El PMA puede difundir sus mejores prácticas y las enseñanzas extraídas de la vasta experiencia adquirida con las evaluaciones del Comité de Análisis de la Vulnerabilidad, la vigilancia de las comunidades y los

hogares, el seguimiento y la orientación de la ayuda en contextos de gran prevalencia del VIH. En un proceso de colaboración, el PMA también podría usar los resultados de los informes de evaluación de la vulnerabilidad para elaborar criterios recomendados respecto de las condiciones para ser beneficiario, para ser admitido en los programas de asistencia alimentaria y para dejar de recibir ayuda, y brindar la capacitación necesaria para aplicarlos.

Cada vez es más necesario que los profesionales comprendan mejor en qué consiste la vulnerabilidad de determinados grupos seleccionados (como los pacientes de tratamientos antirretrovirales, las mujeres en programas de prevención de la transmisión maternofiliar y los huérfanos y otros niños vulnerables en programas de atención y apoyo) para orientar el diseño y la realización de las intervenciones dirigidas a tales grupos. Establecer las características de la vulnerabilidad puede ayudar a mejorar la prestación de servicios y a prever las necesidades futuras.

## Orientación de las políticas y estrategias

**Promover la protección social y fomentar las estrategias nacionales:** el PMA puede ayudar a ejercer presión sobre los gobiernos locales y de los donantes respecto de los beneficios de la protección social en el contexto del VIH y del SIDA, y a promover prácticas alentadoras de países como Sudáfrica, Namibia y Etiopía. Puede instar a los donantes a que proporcionen un apoyo muy necesario a los programas de protección social y contribuir a que en los presupuestos nacionales se suscriban tales políticas.

**Respaldar los sistemas de prestación de protección social:** los sistemas de prestación de protección social (informales, semiformales y formales) se ven sumamente exigidos por la pobreza y el impacto del SIDA, que son cada vez mayores. La aplicación de los tratamientos antirretrovirales ha ejercido particular presión en los sistemas de prestación de servicios sanitarios, que ya sufrían presiones debido a la mayor demanda. Cuando corresponde y se justifica prestar asistencia alimentaria (independientemente de si procede de fuentes internas o externas), el PMA puede contribuir a ampliar el radio de aplicación de los sistemas de prestación de una orientación provincial o regional a una con cobertura integrada, nacional. Una esfera que presenta un potencial inmediato es la integración del apoyo nutricional en la aplicación de los tratamientos antirretrovirales. Deben



acometerse distintas tareas, como la armonización de los criterios y estrategias de orientación de la ayuda, la distribución de los agentes institucionales y el fortalecimiento de los sistemas de derivación de casos, la instalación de sistemas de adquisiciones y de logística, y el establecimiento de sistemas de seguimiento y evaluación que permitan la rendición de cuentas. Ésta es una esfera en donde resulta obvio que el PMA puede contribuir, dado su mandato de “fortalecer la capacidad de los países y las regiones para establecer y gestionar programas nacionales de ayuda alimentaria y de reducción del hambre” (Objetivo Estratégico 5).

**Promover los vínculos entre los marcos de política, los órganos de coordinación gubernamentales, los organismos internacionales y los proveedores locales de servicios:** Habida cuenta de las fortalezas y debilidades de los agentes del ámbito informal, semiformal y formal en la provisión de protección social, el PMA puede facilitar los vínculos entre estas partes y promover un marco nacional que aproveche al máximo las fortalezas de cada uno de ellos. Como ya hemos visto, si bien las organizaciones que operan en la comunidad presentan gran capacidad de proyección social y una programación de mucha calidad para las personas pobres y vulnerables, también presentan carencias con respecto a la cobertura geográfica y el mandato. El establecimiento de vínculos entre estos agentes locales, los organismos internacionales que operan en los planos de distrito o regional, los órganos nacionales de coordinación y un marco normativo nacional resulta imperioso. Dado que el PMA mantiene estrecha relación (y acuerdos de cooperación) con una gran variedad de partes interesadas, su función en cuanto a facilitar estos vínculos y ampliar los sistemas de modo que adquieran una cobertura mayor, universal, es, potencialmente, importante<sup>63</sup>.

## Orientación de los programas

**Promover una estrategia integrada que respalde la continuidad de los cuidados:** la protección social debe poder prestarse en todas las instancias, desde la prevención, la atención, el apoyo y el tratamiento hasta la mitigación de los efectos. El PMA puede promover el uso del modelo de protección social para alentar a los profesionales a que formulen respuestas nuevas, más integrales, y para revisar las carteras de proyectos existentes. En términos del PMA, al realizar un análisis integrado de la vulnerabilidad, y avanzar progresivamente en el proceso de diseño del proyecto, el análisis de la

protección social promoverá el establecimiento de vínculos entre las actividades, los objetivos y las metas en el marco de la cartera de programas de alimentación. El PMA también podrá promover tal cartera como parte de un marco de protección social más amplio, y recalcar la necesidad de coordinar las actividades en el plano horizontal – entre los sectores – y en el plano vertical – entre los asociados en materia de protección social informal, semiformal y formal –, enfoque que, en última instancia, puede servir de modelo para los marcos de protección social nacionales.

La distribución de los agentes institucionales y de los servicios disponibles es un paso fundamental para alcanzar la meta del fortalecimiento de los sistemas de derivación de casos. Con ello se asegurará que el sistema pueda detectar rápidamente a un proveedor para que responda a las necesidades de una persona o un hogar. De la misma forma, a medida que las necesidades cambian (esto es, que mejora o empeora la situación de las personas o los hogares), pueden adaptarse a intervenciones que tengan en cuenta tales cambios. Por ejemplo, a medida que una mujer que recibe raciones de alimentos en el marco de un tratamiento antirretroviral empieza a recobrar fuerzas y energía, ésta deja de recibir apoyo nutricional a corto plazo y es enviada (posiblemente entre sectores) a un programa sobre medios de subsistencia de largo plazo, como las iniciativas de ACA, o un servicio de microcrédito. Al contarse con un modelo global, podrá facilitarse la derivación de pacientes entre sectores (cuando proceda) e incluso, quizás, tenerse en cuenta las condicionalidades entre sectores (por ejemplo, la vinculación entre la recepción de un microcrédito o de insumos agrícolas y la asistencia escolar o la participación en actividades relacionadas con el abastecimiento de agua o el saneamiento).

**Aplicar una perspectiva relativa al VIH en las actividades de alimentos por trabajo y de alimentos para la creación de activos:** dada la obvia popularidad que siguen manteniendo las obras públicas como forma de protección social, y el crecimiento de las actividades de alimentos por trabajo y alimentos para la creación de activos como mecanismos basados en la alimentación, es importante que estos programas hagan intervenir en mayor medida a las personas que viven con el VIH y se adapten a fin de tener en cuenta y mitigar los impactos del SIDA. La vasta experiencia reunida por el PMA en la aplicación de actividades de APT y ACA en contextos de gran prevalencia del VIH lo vuelve un excelente candidato para promover este enfoque.

## SIGLAS

<b>ACA</b>	Alimentos para la creación de activos	<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>APT</b>	Alimentos por trabajo	<b>ONG</b>	organización no gubernamental
<b>C-SAFE</b>	Consortio para Emergencias de Seguridad Alimentaria en el África meridional	<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
<b>DELP</b>	Documento de estrategia de lucha contra la pobreza	<b>PMA</b>	Programa Mundial de Alimentos
<b>FAO</b>	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación	<b>PVV</b>	personas que viven con el VIH
<b>FEWSNET</b>	Red del sistema de alerta temprana en caso de hambruna	<b>SCS</b>	Servicios Católicos de Socorro
<b>HPG</b>	Grupo de Políticas Humanitarias	<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>IDS</b>	Instituto de Estudios sobre el Desarrollo	<b>USAID</b>	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
<b>MMS</b>	Mezcla de maíz y soja	<b>VAM</b>	análisis y cartografía de la vulnerabilidad
<b>ODI</b>	Instituto de Desarrollo de Ultramar	<b>VIH</b>	virus de inmunodeficiencia humana
		<b>WV</b>	World Vision

## REFERENCIAS

- Banco Mundial: "Repositioning Nutrition as Central to Development, A Strategy for Large Scale Action", 2006.
- Bennett, J.: "Forced Migration Review (FMR)" 18, Food aid logistics and the southern Africa emergency, setiembre de 2003, págs. 28 a 31.
- Bishop, C.; Greenaway, K.; Kruse-Levy, N.; Weinbauer, K.; Senefeld, S.: "Nutrition and Food Security for People Living with HIV and AIDS", Servicios Católicos de Socorro, 2006.
- C-SAFE: "MAPP Fact sheet", 2003.
- C-SAFE: "Food-for-Assets Programming through an HIV and AIDS Lens – Manual and Checklist", C-SAFE Learning Spaces, abril de 2005.
- C-SAFE: "Food-for-Assets: Adapting Programming to an HIV and AIDS Context", C SAFE Learning Spaces, setiembre de 2004a.
- C-SAFE: "Targeted Food Assistance in the Context of HIV and AIDS – Better Practices in C-SAFE Programming from Malawi, Zambia and Zimbabwe", C SAFE Learning Spaces, 2004b.
- Caldwell, R.: "Food Aid and Chronic Illness: insights from the Community Household Surveillance Surveys", Tango International en nombre del PMA y de C-SAFE, 2005.
- Devereux, S.: "Social Safety Nets for Poverty Alleviation in Southern Africa", Informe de investigación de ESCOR, R7017, DFID, Londres, 2000.
- Devereux, S.: "Social Protection for the Poor: Lessons from Recent International Experience", Instituto de Estudios sobre el Desarrollo (IDS), documento de trabajo 142, enero de 2002.
- Devereux, S.: "Policy Options for Increasing the Contribution of Social Protection to Food Security", Instituto de Estudios sobre el Desarrollo (IDS), setiembre de 2003.
- Devereux, S. y Sabates-Wheeler R.: "Transformative Social Protection", documento de trabajo del IDS n° 232, octubre de 2004.
- Devereux, Steven y Sabates-Wheeler R.: "AIDS and Vulnerability Workshop, AIDS, Vulnerability and Social Protection", IDS, 23 y 24 de junio de 2005.
- De Waal, A.: "Famine Crimes – Politics and Disaster Relief Industry in Africa, African Rights and Indiana", University Press, 1997.
- De Waal, A. y Whiteside, A.: "'New Variant Famine': AIDS and Food Crisis in Southern Africa", The Lancet, 362, págs. 1234 a 1237 (11 de octubre de 2003).
- DFID: "Social Transfers and Chronic Poverty, Emerging Evidence and the Challenge Ahead", A DFID Practice Paper, octubre de 2005.
- EGGE, K. y Strasser S.: "Measuring the Impact of Food on HIV/AIDS – Related Beneficiary Groups, With a Special Focus on TB, ART, CI and PMTCT Beneficiaries, M&E Indicators for Consideration", C-SAFE, noviembre de 2005.
- Erdelmann, F., correspondencia privada con el PMA, 2006.
- FANTA (Proyecto de Asistencia Técnica para la Alimentación y la Nutrición): "HIV & AIDS: A Guide for Nutritional Care and Support", octubre de 2004.
- Fundación Rockefeller: "Human Resources for Health and Development -- A Joint Learning Initiative", 2003.
- Gentilini, U.: "Mainstreaming Safety Nets in the Social Protection Policy Agenda: A New Vision or the Same Old Perspective?", Journal of Agricultural and Development Economics, vol. 2 n° 2, 2005.
- Gillespie, S. y Kadiyala, S.: "IFPRI, HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action", 2005.
- Green, M.: "UNICEF, Strengthening National Responses to Children Affected by HIV/AIDS: What is the Role of the State and Social Welfare in Africa", documento básico para la Conferencia de Wilton Park, 14 a 16 de noviembre de 2005.
- Greenaway, Kate, consultora sobre VIH, correspondencia privada, 2006.
- Greenaway, K. y Mullins, D.: "The HIV/AIDS Timeline as a Program Tool: Experiences from CARE and C-SAFE", abril de 2005.
- Greenblott, K.: "Focus group conducted with school children at WV school feeding in Zimbabwe", 2005.
- Harvey, P.: "HIV/AIDS and Humanitarian Action", Informe de investigación del HPG No. 16, abril de 2004.
- Harvey, P. y Lind, J.: "Dependency and Humanitarian Relief", informe del HPG, ODI, julio de 2005.
- Meyer S.: "Nutritional Care and People Living with HIV", Arizona Dietetic Association, según figura en Nutrition and HIV/AIDS Research Abstracts, 2000.
- Nyangara, F.: "Sub national distribution and situation of orphans: an analysis of the president's emergency plan for AIDS relief focus countries", Washington D.C., USAID, 2004.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2005a): "Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa, Participants Statement, Durban, South Africa", 10 a 13 de abril, 2005.
- OMS (2005b): "Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa: Evidence, lessons and recommendations for action, Durban, South Africa", síntesis de acción de un examen científico, 10-13 de abril, 2005.
- PMA (Programa Mundial de Alimentos) (2002): "Política del PMA en materia de género (2003 2007): Compromisos ampliados relativos a la mujer", octubre de 2002.
- PMA (2004a): "HIV/AIDS & Tuberculosis. Addressing co-infection", julio de 2004.
- PMA (2004b): "El PMA y las redes de seguridad basadas en la ayuda alimentara: conceptos, experiencias y futuras oportunidades de programación", octubre de 2004.
- PMA (2006): "Informe resumido sobre el examen temático de la orientación de la ayuda en las operaciones de socorro", febrero de 2006.

Rivers, J., Silvestre, E., Mason, J.: "IFPRI, Nutrition and Food Security Status of Orphans and Vulnerable Children", 2004.

RuralNet Associates: "World Vision HIV/AIDS, Food and Nutrition Operations Research Proposal", enero de 2005.

Slater, R.: "The Implications of HIV/AIDS for Social Protection", ODI, setiembre de 2004.

Tango International: "Linking HIV/AIDS Responses with Food-Based Social Protection Systems, An Appraisal of Social Welfare Systems in Malawi, Mozambique, Swaziland and Tanzania", Roma, PMA, 2005.

Taylor, A. y Seaman, J., Save the Children Reino Unido: "Targeting Food Aid in Emergencies", Serie n° 1 del Suplemento Especial de ENN, julio de 2004.

Treatment Action Campaign (TAC): Sitio Web de TAC, <http://www.tac.org.za/index.html>, 2006.

UNICEF: "Innovations in Social Protection in Eastern and Southern Africa, Reaching the most vulnerable children in the context of HIV/AIDS, An Integrated Summary Report on Education, Public Works and Cash Transfer Programs", Informe resumido, 2005.

Zgouv, E.K., Mvula, P.M., Kunkwenzu, E. y Potani, M.: "A review and evaluation of the MASAF safety net programme", Fondo de Acción Social de Malawi, Lilongwe, 1988.

## NOTAS

- 1 Tango International, 2005.
- 2 Gentilini, 2005.
- 3 Tango International, 2005. Esta descripción de una finalidad común de la protección social se adaptó de la fuente indicada, con un cambio. La palabra "*public*" ("públicos") se eliminó intencionalmente de "*public goods*" ("bienes públicos") a fin de que se tuviera en cuenta la importancia de los bienes tanto públicos como privados en el marco de la protección social.
- 4 Devereux y Sabates-Wheeler, 2004.
- 5 Gentilini, 2005.
- 6 PMA, 2004b.
- 7 Slater, 2004.
- 8 Tango International, 2005.
- 9 Gentilini, 2005.
- 10 Devereux y Sabates-Wheeler, 2004.
- 11 Green, 2005.
- 12 Egge y Strasser, 2005.
- 13 La lista de reflexión fue preparada en sesión plenaria por los participantes en el seminario de C-SAFE sobre las estrategias de retirada, celebrado en abril de 2005 en Harare (Zimbabwe). Entre los participantes se contó con personal de SCS, CARE, WV, el PMA y representantes de varios donantes.
- 14 De Waal y Whiteside, 2003.
- 15 Devereux, 2005.
- 16 Fundación Rockefeller, 2003.
- 17 Nyangara, 2004.
- 18 Devereux, 2002
- 19 Green, 2005.
- 20 Greenaway, 2006.
- 21 UNICEF, 2005.
- 22 C-SAFE, 2004.
- 23 Slater, 2004.
- 24 Greenaway y Mullins, 2005.
- 25 Esta herramienta fue creada por Kate Greenaway (C SAFE y SCS) y Dan Mullins (CARE EE. UU.) como mecanismo de capacitación e incorporación de esta perspectiva para el personal de C SAFE y de CARE en África meridional.
- 26 OMS, 2005a.
- 27 OMS, 2005b.
- 28 FANTA, 2004.
- 29 RuralNet Associates, 2005.
- 30 Greenaway, 2006.
- 31 RuralNet Associates, 2005.
- 32 Gillespie y Kadiyala, 2005.
- 33 Bishop, 2006.
- 34 Devereux, 2002. Este cuadro se adaptó añadiéndole factores de especial pertinencia para el contexto del VIH y el SIDA.
- 35 Devereux, 2002.

- 36 Por “enfermo crónico” se entiende una persona que haya estado experimentando malestares persistentes y recurrentes durante como mínimo tres meses, debido a los cuales se haya reducido su nivel de productividad.
- 37 PMA, 2004a.
- 38 PMA, 2004a.
- 39 Meyer, 2000.
- 40 Esta observación se refiere a Egge y Strasser, 2005.
- 41 Esta observación se refiere a C-SAFE, 2005.
- 42 UNICEF, 2005.
- 43 La perspectiva aquí descrita fue concebida por C SAFE a fin de adaptar la programación de las actividades de ACA a un contexto de VIH. En C SAFE, 2005, se dan más pormenores al respecto.
- 44 Los ejemplos se toman de C-SAFE, 2004.
- 45 UNICEF, 2005.
- 46 Slater, 2004.
- 47 Slater, 2004.
- 48 Slater, 2004 and UNICEF, 2005.
- 49 PMA, 2002.
- 50 Los niños que, por una u otra razón, tienen dificultades para acceder a la enseñanza primaria, o que abandonan la escuela prematuramente, o que han sido forzados a abandonar el sistema de educación formal por el propio sistema, o que no logran aprender, pese a ir a la escuela.
- 51 Greenaway, 2006.
- 52 Taylor y Seaman, 2004.
- 53 C-SAFE, *Targeted Food Assistance in the Context of HIV/AIDS*, 2004.
- 54 PMA, 2006.
- 55 Devereux, 2002.
- 56 Rivers, Silvester, Mason, 2004.
- 57 Tango International, 2005.
- 58 Devereux, 2002.
- 59 C-SAFE, 2005.
- 60 Caldwell, 2005.
- 61 de Waal, 1997.
- 62 Harvey, 2004.
- 63 PAM, 2004b.

---

## NOTAS DE LOS RECUADROS (NR)

NE1: Sitio Web del Programa de cupones para alimentos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, 2006, <http://www.fns.usda.gov/fsp/>.

NR2: Devereux, 2003.

NR3: Devereux, 2000.

NR4: Rapport succinct de l'UNICEF, 2005.

NR5: Tango International, 2005 (Malawi).

NR6: Green, 2005.

NR7: C-SAFE, 2004a.

NR8: C-SAFE, 2004a.

NR9: Treatment Action Campaign, 2006.

NR10: Harvey y Lind, 2005.

NR11: Gillespie y Kadiyala, 2005.

NR12: Bennett, 2003.

NR13: PAM, 2004b.

NR14: C-SAFE, 2003

NR15: Slater, 2004.

NR16: OMS 2005b.

NR17: Erdelmann, 2006.

NR18: Tango International, 2005 (Malawi).

NR19: Egge y Strasser, 2005.

NR20: Tango International, 2005 (Swaziland).

NR21: Harvey y Lind, 2005.

NR22: C-SAFE, 2004a.

NR23: DFID, 2005.

NR24: UNICEF, 2005.

NR25: Greenblott, 2005.

NR26: Tango International, 2005.

NR27: C-SAFE, 2004b







DIRECCIÓN DE POLÍTICAS, PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIAS  
DEPENDENCIA DE VIH/SIDA  
PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS  
Via C. G. Viola, 68/70 - 00148 Roma, Italia  
Correo electrónico: [info@wfp.org](mailto:info@wfp.org)

[wfp.org](http://wfp.org)