



ONUSIDA 2015 | REFERENCIA

PROTECCION SOCIAL: AVANCE DE LA RESPUESTA AL VIH

Copyright © 2015

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)
Todos los derechos reservados.

Las designaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no entrañan la expresión de ninguna opinión por parte de ONUSIDA con respecto a la situación jurídica o legal de ningún país, territorio, ciudad o zona, ni de sus autoridades, y tampoco con respecto a la demarcación de sus fronteras o límites. ONUSIDA no garantiza que la información que aparece en esta publicación sea completa y correcta, y no será responsable de ningún daño producido como resultado de su utilización.

ONUSIDA / JC2750E

ÍNDICE

Introducción	2
Protección social relacionada con el VIH para huérfanos y otros niños vulnerables – Kenya: transferencias de efectivo para huérfanos y otros niños vulnerables	4
Protección social relacionada con el VIH para las personas que viven con el VIH – La India: aumentar el acceso a la protección social para las personas afectadas por el VIH	7
Protección social relacionada con el VIH para las personas de edad y los familiares a su cargo – República Unida de Tanzania: Kwa Wazee. Protección social para las personas de edad y los familiares a su cargo en el contexto del VIH	10
Protección social relacionada con el VIH para migrantes – Tailandia: póliza de seguro médico y atención médica para residentes no tailandeses	13
Protección social relacionada con el VIH para las personas transgénero – Uruguay: acción afirmativa para las personas transgénero mediante la Tarjeta Uruguay Social	15
Transformación social para los profesionales del sexo – Kenya: una fuente de esperanza para los profesionales del sexo	17
Protección social específica ante el VIH para huérfanos y otros niños vulnerables – Honduras: una respuesta al sida fortalecida con énfasis en los huérfanos y otros niños vulnerables	19
Protección social específica ante el VIH para las personas que viven con el VIH – Canadá: el comité para la accesibilidad al tratamiento contra el sida	21
Protección social específica ante el VIH para las personas sin hogar que viven con el VIH - Estados Unidos de América: viviendas para la reducción de daños de umbral bajo para los usuarios de drogas que viven con el VIH	23
Protección social específica ante el VIH para las personas que viven con el VIH - Países de Europa Oriental y Asia Central: programa de gestión de clientes y gestión transitoria de clientes	26

La protección social hace referencia a las iniciativas tanto públicas como privadas que proporcionan transferencias de efectivo o en especie a las poblaciones de emplazamientos con recursos limitados, que brindan protección contra los riesgos para la subsistencia y que aumentan el nivel social y los derechos de grupos marginados, con el objetivo general de disminuir su vulnerabilidad económica y social. La protección social va mucho más allá de las transferencias de efectivo y en especie, y abarca la asistencia económica y la relacionada con los seguros médicos y el empleo con el fin de reducir la desigualdad, la exclusión y los obstáculos en el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo con relación al VIH.

Introducción

La protección social está reconocida como un facilitador fundamental en la respuesta al sida. Tiene el poder de abordar los factores socioeconómicos clave de la epidemia de sida, reducir los comportamientos de riesgo de infección por el VIH, derribar los obstáculos del acceso a los servicios relacionados con el VIH y aumentar la eficacia de los programas sobre el VIH.

Por primera vez existe un consenso sobre las herramientas actuales para que la epidemia de sida deje de ser una amenaza pública en 2030. A fin de acelerar el progreso hacia dicho objetivo, se han fijado nuevos objetivos de vía rápida para 2020 que consisten en:

- Asegurar que el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, que el 90% de las personas que saben que son seropositivas accedan al tratamiento y que el 90% de las personas que reciben tratamiento hayan suprimido sus cargas virales.
- Reducir las nuevas infecciones por el VIH a menos de 500.000.
- Alcanzar la discriminación cero relacionada con el sida.

Estos objetivos pretenden transformar los propósitos de ONUSIDA de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida en hitos concretos y puntos finales.

El enfoque acelerado pretende ampliar los programas de eficacia comprobada a las poblaciones abandonadas en países y poblaciones clave. Se precisan esfuerzos especiales en los 35 países (15 de los cuales se encuentran en África Oriental y Meridional) que representan el 90% de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo. Los programas de eficacia comprobada incluyen el tratamiento del VIH, que aumenta drásticamente la esperanza de vida de las personas que viven con el VIH y previene de forma eficaz la transmisión del VIH mediante la supresión de la carga viral. Sin embargo, estos programas van más allá de los medicamentos e incluyen la programación sobre preservativos, el cambio de comportamiento, la circuncisión médica masculina voluntaria y otros programas que han demostrado su capacidad para disminuir las infecciones por el VIH en los grupos de población clave. Estos programas se potencian drásticamente y otros programas se fortalecen cuando se combinan con enfoques sociales y estructurales, como la protección social (1).

A la luz de las prioridades contrapuestas y los recursos limitados, la respuesta al sida debe aprovechar las sinergias para identificar el espacio fiscal, la financiación intersectorial y la coprogramación de los programas sobre el VIH y la protección social. Asociar los programas sobre el VIH y la protección social ofrece oportunidades para acceder a nuevos flujos de recursos y aumenta el potencial de la respuesta al sida para alcanzar a más personas, especialmente a aquellas que se encuentran al margen del suministro actual de los servicios relacionados con el VIH. La integración del VIH y la protección social también fomenta el reconocimiento y la protección de los derechos de las personas que viven con el VIH y de las personas más afectadas por este.

Los diez estudios de casos presentados en este documento muestran claramente que la protección social es efectiva en el apoyo, la atención, la prevención y el tratamiento del VIH. En especial, muestran cómo la protección social beneficia la respuesta al sida mediante el aumento del acceso a los servicios relacionados con el VIH para todas las personas, incluidas las más marginadas y excluidas de la sociedad*. Los estudios también muestran que los programas de protección social elaborados minuciosamente y bien gestionados tienen el poder de apoyar a las personas a las que es más difícil acceder.

Los estudios de casos reflejan la gran diversidad en el alcance y el enfoque de las actividades llevadas a cabo en el marco de la protección social. Algunos de ellos son **programas de protección social relacionados con el VIH**, centrados en los ciudadanos en general, aunque también abordan las necesidades de las personas que viven con el VIH (o quienes están afectados por él). Dentro de esta categoría existen estudios de casos de Kenya (donde un programa de transferencia de efectivo está contribuyendo a proteger a los adolescentes frente al VIH), la India (que ha aumentado el acceso a la protección social para las personas afectadas por el VIH) y la República Unida de Tanzania (donde se ha fortalecido la protección social de las personas de edad y los familiares a su cargo). Existen algunos ejemplos de programas de este tipo en Tailandia (donde se ha extendido el plan de seguro médico para cubrir a los residentes no tailandeses) y en Uruguay (donde se ha introducido un programa de acción afirmativa para las personas transgénero).

Otros programas de protección social tienen como objetivo la **transformación social** al abordar las actitudes sociales, las políticas y las reformas legales para proteger los derechos de las personas que viven con el VIH, las mujeres y los grupos de población clave. Un programa para profesionales del sexo en Kenya constituye un ejemplo importante de la transformación social en acción.

También existen programas de **protección social específica ante el VIH** que se centran exclusivamente en el VIH y en las personas que viven con el VIH. Un ejemplo es el estudio de caso de Honduras, donde se ha fortalecido la respuesta nacional al sida para satisfacer mejor las necesidades de los niños vulnerables y de los huérfanos a causa del VIH. En América del Norte, existe una descripción del Committee for Accessible AIDS Treatment (comité para la accesibilidad al tratamiento contra el sida) en Canadá y un estudio de los Estados Unidos de América sobre un programa de viviendas para la reducción de daños de umbral bajo para los usuarios de drogas que viven con el VIH. Por último, un estudio de caso de países de Europa Oriental y Asia Central describe el efecto de los programas que proporcionan servicios gratuitos relacionados con el VIH, incentivos para lograr resultados conductuales y relacionados con el VIH deseables y programas de apoyo nutricional que se han instaurado para apoyar a las personas que viven con el VIH o a las personas que reciben tratamiento para la tuberculosis (TB).

Es evidente que la protección social desempeña un papel clave para abordar las desigualdades sociales y de los factores económicos clave en la epidemia de VIH, así como para sostener un enfoque eficaz y basado en los derechos en la respuesta al sida. Aún se puede aprender mucho de las experiencias de los países descritos, ya que pueden ayudar a fundamentar y estimular una mayor protección social en todo el mundo para las poblaciones más vulnerables de la sociedad, que son también las más vulnerables al VIH.

* Los grupos de población clave son grupos de personas que tienen más probabilidad de exponerse al VIH o de transmitirlo, y su compromiso es fundamental para lograr una respuesta al sida eficaz. En todos los países, los grupos de población clave incluyen a las personas que viven con el VIH. En la mayoría de los entornos, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, las personas que se inyectan drogas y los profesionales del sexo y sus clientes tienen un riesgo más alto de exposición al VIH que otros grupos, pero cada país debería definir cuáles son las poblaciones específicas clave en su epidemia y en su respuesta en función del contexto epidemiológico y social.

PROTECCIÓN SOCIAL RELACIONADA CON EL VIH PARA HUÉRFANOS Y OTROS NIÑOS VULNERABLES

Kenya: transferencias de efectivo para huérfanos y otros niños vulnerables

Antecedentes

Las transferencias de efectivo como forma de prevención del VIH despiertan cada vez más interés en África y la base empírica que apoya estos programas está aumentando. Existen numerosos programas a gran escala de transferencias de efectivo no condicionadas centrados en la reducción de la pobreza y el apoyo familiar por toda África Oriental y Meridional que están obteniendo resultados notables en cuanto a resultados relacionados con el VIH, mitigación de riesgos, prevención del VIH y aumento del acceso y de la observancia del tratamiento del VIH y la TB. Además, varios proyectos en esa misma región han demostrado que las transferencias de efectivo, tanto condicionadas como no condicionadas, pueden retrasar la iniciación sexual y reducir la incidencia del VIH y de las infecciones de transmisión sexual entre las mujeres jóvenes.

Las transferencias de efectivo condicionadas requieren destinatarios que se comprometan a realizar acciones específicas, como enviar a los niños a la escuela o que estos reciban un número determinado de inmunizaciones. En cambio, las transferencias de efectivo no condicionadas no precisan destinatarios que se comprometan a realizar actividades específicas. No obstante, dos casos muy recientes de estudios sobre transferencias de efectivo en Sudáfrica (CAPRISA 007 y HPTN 068) no tuvieron ningún efecto en la incidencia del VIH a pesar de mostrar una reducción del 30% del HSV-2 (un marcador de la actividad sexual) y de destacar el papel protector de la educación ante el VIH. En el estudio HPTN 068, las niñas que acudían a menos del 80% de las clases tenían tres veces más probabilidad de resultar infectadas por el VIH que aquellas que acudían a más del 80%. (2)

Un programa de este tipo es la transferencia de efectivo para huérfanos y niños vulnerables de Kenya, un programa de protección social gubernamental, a gran escala y no condicionado, que incluye a los hogares extremadamente pobres y en los que el trabajo es escaso, y que contribuye a reducir el riesgo conductual del VIH entre los jóvenes (tanto hombres como mujeres) de edades comprendidas entre los 15 y los 25 años. Se trata del programa de protección social más amplio de Kenya. Un hogar se considera extremadamente pobre cuando no puede responder a las necesidades básicas, incluidos el alimento y los artículos no alimentarios esenciales (como el jabón y la ropa). Se considera que un hogar sufre de escasez de trabajo si la tasa de miembros que pueden trabajar frente a miembros que no pueden trabajar es superior a 3.

La elegibilidad para el programa se basa en la pobreza y en la presencia de al menos un huérfano o un niño vulnerable. Se ofrece a las familias una asignación mensual fija de aproximadamente 23 dólares de los Estados Unidos, que se paga directamente al cuidador. Aunque no existen condiciones punitivas asociadas a la transferencia, se informa a los cuidadores de que el dinero debe destinarse al cuidado y apoyo de los niños.

Enfoque

Se considera que el programa es una forma de protección social ante el VIH, al centrarse en los hogares con niños afectados por el VIH y otras vulnerabilidades, y ha mostrado tener efecto en los resultados relacionados con el VIH. Estos resultados incluyen una reducción en la iniciación sexual y una mejor salud mental de los jóvenes, lo cual es un factor importante a la hora de que adopten y pongan en práctica comportamientos que les protejan del VIH.

Alcance del programa

Actualmente, el programa llega a 150.380 hogares que tienen al menos un huérfano o un niño vulnerable menor de 18 años. El enfoque fundamental del programa es abordar la pobreza y la vulnerabilidad de los hogares y apoyarlos en el cuidado de los huérfanos. Esto contribuye a mantenerlos en la escuela y a asegurar que acceden a la atención sanitaria y a otros servicios sociales.

Repercusión del programa

Los investigadores de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill recogieron datos de hogares estudiados en 2011, gracias al financiamiento del Instituto Nacional de Salud Mental. Estos datos incluyeron un módulo especial sobre comportamiento sexual y salud mental aplicado de forma directa a un máximo de tres residentes del hogar con edades comprendidas entre los 15 y los 25 años (2). El estudio mostró que, de los jóvenes encuestados, los que formaban parte del programa tenían un 23% menos de probabilidad de haberse iniciado en el sexo que aquellos procedentes de hogares en los que no se recibía la transferencia de efectivo.

En especial, el estudio mostró que entre los jóvenes que mantenían relaciones sexuales, aquellos en cuyos hogares se recibían transferencias de efectivo tenían un 11% menos de probabilidad de haber mantenido tres o más encuentros sexuales sin protección en los tres meses anteriores. Las mujeres jóvenes que habían vivido su iniciación sexual tenían un 7% menos de probabilidad de haber tenido más de dos parejas sexuales en los 12 meses anteriores. Además, el programa tuvo un efecto importante en la salud mental de los jóvenes: los que pertenecían a familias que recibían la transferencia tenían un 15% menos de probabilidad de padecer síntomas depresivos y un 19% más de probabilidad de puntuar por encima de la media en la escala de la Esperanza, lo cual es un indicador de voluntad y autoeficacia. Por último, las mujeres jóvenes de los hogares que recibían las transferencias de efectivo tenían un 5% menos de probabilidad de haber estado embarazadas (en comparación con las mujeres jóvenes de hogares que no recibían transferencias de efectivo).

Estos efectos se produjeron porque los jóvenes, en especial las mujeres de hogares que recibían las transferencias de efectivo, lograron una mayor escolarización, lo que aumentó sus oportunidades vitales al facilitar una transición a la edad adulta más segura y saludable.

Dado que el programa es no condicionado, su ejecución es más sencilla que la de las transferencias de efectivo condicionadas. Los procesos administrativos y de ejecución no se sobrecargan con medidas para supervisar y hacer cumplir las condiciones. Asimismo, dado que su diseño y enfoque es similar al de muchos otros programas nacionales de transferencia de efectivo utilizados en África, los resultados pueden generalizarse a todo el continente.

Financiamiento y gestión

El programa de transferencia de efectivo para huérfanos y niños vulnerables de Kenya lo gestiona y ejecuta el Departamento de Servicios a la Infancia del Ministerio de Trabajo, Seguridad y Servicios Sociales. El presupuesto se genera por medio de ingresos tributarios (32%), préstamos para el desarrollo (39%) y donaciones de ayuda extranjeras (29%). Entre los asociados principales se encuentran el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido

de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, el Banco Mundial, la Universidad de Carolina del Norte y Save the Children.

El Gobierno de Kenya está financiando una ampliación del programa que permitirá llegar a más de 300.000 hogares. También se está avanzando hacia la creación de un Programa de Redes Nacionales de Seguridad integrado, en el que las transferencias de efectivo para huérfanos y niños vulnerables de Kenya se incluirán como uno de sus componentes. La coordinación general del programa se realiza desde la Secretaría de Protección Social del Ministerio de Trabajo, Seguridad y Servicios Sociales.

Más información

Programa de transferencias de efectivo para huérfanos y niños vulnerables de Kenya (CT-OVC). En: The Transfer Project [sitio web]. Centro de Población de Carolina de la UCN (<http://www.cpc.unc.edu/projects/transfer/countries/kenya>, consultado el 7 de octubre de 2015).

PROTECCIÓN SOCIAL RELACIONADA CON EL VIH PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

La India: aumentar el acceso a la protección social para las personas afectadas por el VIH

Antecedentes

La epidemia de VIH en la India se concentra en grupos de población clave, especialmente entre las mujeres profesionales del sexo, las personas que se inyectan drogas, los hombres que tienen sexo con otros hombres, las personas transgénero y los migrantes. Aunque el número estimado de personas que viven con el VIH es alto, con 2,1 millones (4), el fomento de políticas y programas inclusivos para personas que viven con el VIH en la India ha supuesto un desafío debido a la baja prevalencia del VIH: la tasa de prevalencia en adultos es superior al 1% solo en aproximadamente un tercio de los 606 distritos del país, y se concentra en los grupos de población clave socialmente excluidos y no cuenta ni con compromiso ni con atención política de alto nivel.

La respuesta nacional al VIH y los asuntos relacionados no puede concebirse de forma aislada, especialmente a la luz del 12.º Plan Quinquenal del Gobierno de la India, que se centra en la inclusión, la integración y el crecimiento sostenible. Este enfoque concede una gran importancia al aumento de la inversión pública en las respuestas al VIH en el país y a la necesidad de optimizar los recursos mediante la integración y la colaboración entre los ministerios del gobierno. En esta situación, la protección social constituye una herramienta política clave para ayudar a las comunidades a adaptarse a los impactos socioeconómicos y a las fluctuaciones de ingresos.

Enfoque

Se llevó a cabo una estrategia en tres frentes para proporcionar programas de protección social a los afectados por el VIH en la India. Estaba basado en la modificación de los programas y los planes de protección social existentes que tienen en cuenta el VIH y los específicos ante el VIH. Se llevaron a cabo las siguientes modificaciones:

- Se modificaron los planes de protección social ya existentes que proporcionan pensiones, atención sanitaria gratuita, alimentos subvencionados, becas educativas y otras prestaciones para poblaciones vulnerables (incluidas viudas), a fin de añadir servicios especiales o prestaciones de servicios relacionados con las personas que viven con el VIH.
- En los planes de protección social ya existentes, se destacaron las necesidades específicas de las personas que viven con el VIH (incluidos el acceso al tratamiento contra el VIH, el apoyo nutricional y alimentario, y el refuerzo de los medios de subsistencia). Se desarrollaron canales para que las personas que viven con el VIH accedieran a estos servicios sin estigmatización ni discriminación y se eliminó la necesidad de revelar su estado serológico respecto al VIH.
- Se incluyó a las personas que viven con el VIH en los planes de protección social existentes. Algunos de estos planes no precisaron modificaciones importantes para que tuviesen en cuenta el VIH. Todos ellos requirieron incluir a las personas que viven con el VIH en la lista de los beneficiarios previstos.

Alcance del programa

Mediante la promoción continua en los ámbitos nacional y estatal, se han modificado o creado diferentes categorías de planes. Estas incluyen el acceso a la sanidad, el tratamiento contra el VIH, la

alimentación y la nutrición, la seguridad social, los medios de subsistencia, la vivienda, el apoyo legal y la atención de reclamaciones. En las directrices del Consejo de Estado sobre el sida, se enmendaron 35 planes centrales y estatales, y, hasta diciembre de 2013, más de 600.000 personas que viven con el VIH se beneficiaron de estos planes.

Por ejemplo, la Pensión de Viudedad Nacional Indira Gandhi en el estado de Rajastán se modificó para que incluyera a todas las mujeres viudas de 18 años o más, en lugar de incluir solo a las viudas mayores de 40 años. Esta revisión hizo posible una cobertura para las viudas más jóvenes, incluidas las que viven con el VIH. Asimismo, aunque las viudas con un hijo varón mayor de 25 años no disponían de esta prestación en el plan original, se retiró esta condición en el caso de las mujeres que enviudaron a causa del VIH, lo que las convertía en elegibles para recibir una pensión vitalicia. En total, en 2013 había más de 18.000 viudas que vivían con el VIH en el estado que recibían pensiones de viudedad.

Este ejemplo se ha seguido en muchos estados: en 2013, alrededor de 24.850 mujeres se habían beneficiado en estados que incluían planes modificados de pensiones de viudedad. Además, algunos estados han cubierto cada vez más costos de transporte para que las personas que viven con el VIH reciban su tratamiento: en 2013, más de 213.000 personas se beneficiaron de este programa (en comparación con las 31.000 personas que lo hicieron en 2010).

Repercusión del programa

La modificación de los planes de protección social existentes ha permitido que lleguen a 600.000 personas, de las que el 52% se beneficiaron de al menos un programa de protección social a finales de 2013. El valor total de las solicitudes de prestaciones registradas fue de 15 millones de dólares de los Estados Unidos. En el caso del Plan Nacional de Pensiones de Viudedad Indira Gandhi, estos cambios mitigaron el efecto del VIH en el ámbito de los hogares al ofrecer pensiones a las viudas por causa del VIH. Además, otros cambios proporcionaron prestaciones adicionales, como cupones para alimentación, vivienda, becas y asistencia médica, así como préstamos en condiciones favorables para empresas, educación y otras opciones de medios de subsistencia.

Asimismo, hubo muchas prestaciones no financieras. Por ejemplo, el 33% de los beneficiarios obtuvo un carnet de identidad nacional por primera vez. Los carnets de identidad nacional otorgaron la ciudadanía y el derecho a servicios sociales a una parte de la población que no estaba reconocida oficialmente, lo que abrió las puertas al derecho a prestaciones. El programa de protección social se ha generalizado en aproximadamente 45 organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones comunitarias que trabajan con grupos de población clave con alto riesgo de infección por el VIH, y alrededor de 10 departamentos gubernamentales han aumentado su sensibilidad ante asuntos de protección social relacionados con el VIH.

Financiamiento y gestión

Los asociados más importantes de las iniciativas para modificar la protección social existente en la India son la sociedad civil, el Departamento de Control del Sida, ministerios clave del Gobierno y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). A través del Departamento de Control del Sida, tanto la sostenibilidad como la ampliación del modelo se han hecho factibles y los planes de trabajo anuales actuales de todos los organismos estatales de control del sida incluyen un componente presupuestario para la protección social.

Lecciones aprendidas y recomendaciones

La identificación del VIH como una enfermedad crónica y las disposiciones especiales dentro de los planes convencionales de protección social han ayudado a las personas que viven con el VIH a acceder a prestaciones de las que anteriormente solo disponía un grupo de beneficiarios previsto. De igual manera, al conceder a las personas que viven con el VIH una condición por debajo de la línea de la pobreza, se ha contribuido a que aumente su inclusión en los planes de alimentos subvencionados.

Al orientar los planes de prestaciones a través del asesoramiento y las pruebas del VIH integradas, así como los centros de terapia antirretroviral, se ha contribuido a contactar con las personas que viven con el VIH y a proporcionarles un entorno cómodo con menos estigmatización y discriminación. A su vez, orientar los planes a través de centros de asesoría jurídica ha contribuido a abordar los temas legales y a acelerar los procedimientos de solicitud.

Las redes de personas seropositivas, las ONG y las asociaciones estatales de control del sida han sido la fuerza impulsora de la aceptación de los planes de protección social por parte de las personas que viven con el VIH. Otras partes interesadas, como los ministerios y los departamentos estatales, las administraciones de los distritos y las instituciones gubernamentales locales, han desempeñado también un papel facilitador mediante su compromiso y su cooperación.

Se han identificado varios factores que obstaculizan la ampliación de los planes y su eficacia. Las cuestiones de procedimiento —como los criterios restrictivos de elegibilidad, los procedimientos de solicitud complicados, los retrasos en la recepción de las prestaciones y los costos de oportunidad— han disuadido a las personas que viven con el VIH de participar en un plan o han afectado a la consecución de las prestaciones disponibles. Los temas relativos a la gobernanza —como el retraso excesivo, las pérdidas de flujos de recursos y la mala calidad de los servicios— han exacerbado las restricciones en el acceso a los planes de protección social. Asimismo, la estigmatización y la discriminación relativas al VIH tuvieron efectos en la utilización de los servicios de protección social, y la falta de datos suficientes (especialmente de datos desglosados por sexo) hizo más complicado el análisis de los patrones de utilización de los planes de protección social.

Más información

Enfoques innovadores: protección social ante el VIH en la India. Bangkok: PNUD, 2014: (http://www.asia-pacific.undp.org/content/rbap/en/home/library/hiv_aids/innovativeapproaches---hiv-sensitive-social-protection-in-india.html, consultado el 29 de mayo de 2015)

PROTECCIÓN SOCIAL RELACIONADA CON EL VIH PARA LAS PERSONAS DE EDAD Y LOS FAMILIARES A SU CARGO

República Unida de Tanzania: Kwa Wazee. Protección social para las personas de edad y los familiares a su cargo en el contexto del VIH

Antecedentes

Kagera se encuentra en la República Unida de Tanzania, cerca de las fronteras con Uganda y Rwanda. Fue una de las primeras áreas de África Subsahariana gravemente afectada por la epidemia de sida. Tuvo una prevalencia del VIH especialmente alta y elevadas cifras de muertes relacionadas con el sida. Se tardó muchos años en detectar que una de las consecuencias de la epidemia de sida había sido una crisis de los medios de subsistencia que afectaba a todo el núcleo familiar. Llevó aún más tiempo detectar que las personas de edad eran los miembros más vulnerables de la familia. Esto no se debía únicamente a su prominente papel como cuidadores principales de los niños huérfanos, sino también a la rápida erosión de su sistema de apoyo tradicional.

A finales de 2003 se creó Kwa Wazee, una pequeña ONG privada. En una encuesta de Kwa Wazee de 2008 realizada con 108 participantes de 60 años o más seleccionados aleatoriamente, se observó que habían criado de media a seis niños y que, en promedio, tres niños seguían con vida. Sin embargo, pocos niños se encontraban en situación de apoyar a la generación de mayor edad. De hecho, muchos de los niños que habían sobrevivido habían migrado a las ciudades o vivían en la pobreza.

Enfoque

Kwa Wazee se centra en la protección social relacionada con el VIH. Con un comienzo a pequeña escala, Kwa Wazee proporcionó apoyo a un número limitado de personas de edad y a los familiares a su cargo mediante pensiones sociales y apoyo infantil. Además, Kwa Wazee desempeñó la función de laboratorio de aprendizaje en el campo de las personas de edad extremadamente pobres y en hogares con salto generacional, un área que se había ignorado en la literatura hasta la fecha. A lo largo de los años, Kwa Wazee desarrolló un componente del programa complementario para la capacitación o la protección y, con el apoyo de ONG internacionales y organizaciones gubernamentales, fue capaz de desarrollar y fortalecer sus propias redes.

Alcance del programa

El programa comenzó en una subdivisión municipal del distrito de Muleba (Nshamba) y se extendió gradualmente a otros distritos. El enfoque principal fueron los hogares con salto generacional y los encabezados por las personas de edad más vulnerables, e incluyó programas especiales para niños. El criterio de inclusión principal en el programa de pensiones no fue el estado serológico respecto al VIH, sino el grado de pobreza y vulnerabilidad (definido por edad, estado de salud, estado del hogar y de la tierra y el número de niños a cargo).

A finales de 2013, 1100 personas de edad habían recibido pensiones, y 700 niños, apoyo infantil. En total, 950 personas de edad eran miembros de uno de los 78 grupos de apoyo mutuo y la mayoría de los niños también formaba parte de alguno de los grupos.

Los programas complementarios principales de Kwa Wazee consistían en la capacitación a auxiliares sanitarios en la atención y la prevención entre iguales, la capacitación en autodefensa y autoprotección, el acceso a las instalaciones sanitarias (como clínicas oftalmológicas) y la defensa en asuntos jurídicos.

Repercusión del programa

Un estudio de 2008 sobre las personas incluidas en el programa mostró resultados significativos en la reducción de la pobreza, la ingesta de alimentos y el bienestar psicológico, así como una ligera mejora en la salud (5). Las personas de edad respaldadas por transferencias de efectivo mostraron una mejor reciprocidad con su familia, sus vecinos y su comunidad, mientras que los niños que habían crecido en hogares con apoyo tenían que trabajar menos y disfrutaban de mejores condiciones en su educación.

En 2012, un estudio de la Universidad de Marburg encontró pruebas de que los medios de subsistencia estabilizados mediante pensiones y la formación de grupos de apoyo mutuo eran elementos decisivos en el fortalecimiento del capital humano de las personas de edad (6). En 2014, un estudio de HelpAge International centrado en la viabilidad de un programa de pensiones en zonas especialmente aisladas confirmó claramente la vulnerabilidad de las personas de edad y el efecto crucial que las pensiones podían ejercer en ellas y en los familiares a su cargo (7).

Financiamiento y gestión

Kwa Wazee Tanzania es una ONG registrada localmente, dirigida por una administración local asesorada por un experto en desarrollo internacional ya retirado.

La actividad central (el programa de pensiones) está financiada por Kwa Wazee Suiza y HelpAge Alemania. Ambas organizaciones se comprometen a suministrar financiamiento sostenible hasta que el Gobierno de la República Unida de Tanzania cumpla su promesa de introducir un programa nacional de pensiones sociales.

Las actividades complementarias de Kwa Wazee Tanzania centradas en los niños que están a cargo de personas de edad están financiadas por varios donantes, como las fundaciones de Firelight, Novartis y Symphasis.

Lecciones aprendidas y recomendaciones

Las pensiones y el apoyo a los niños tienen un efecto inmediato e importante en los hogares respaldados. En función de la base de referencia, las transferencias de efectivo reducen la pobreza extrema, evitan que los hogares caigan en la pobreza extrema o son elementos decisivos para salir de esta.

Las evaluaciones de Kwa Wazee han mostrado que un enfoque en los beneficiarios (como las personas que viven con el VIH) eficaz y aceptado socialmente tiene una alta probabilidad de fracasar en un entorno en el que la pobreza está extendida si no tiene en cuenta el sistema de apoyo más amplio de la familia y la comunidad del que dependen las personas más vulnerables.

Para aumentar el efecto del enfoque, es fundamental que Kwa Wazee colabore con redes más extendidas, especialmente con organizaciones como HelpAge Tanzania, que tiene conexiones con los ministerios competentes y con grupos de trabajo en el ámbito nacional.

Más información

Kwa Wazee [sitio web]. Berna: Kwa Wazee Suiza (<http://www.kwawazee.ch/index.php/en-uk/start>, consultado el 7 de octubre de 2015).

PROTECCIÓN SOCIAL ESPECÍFICA ANTE EL VIH PARA MIGRANTES

Tailandia: póliza de seguro médico y atención médica para residentes no tailandeses

Antecedentes

Se estima que en Tailandia hay alrededor de tres millones de trabajadores migrantes con los correspondientes familiares a su cargo. De ellos, aproximadamente 1,8 millones se encuentran en situación irregular. En septiembre de 2013, el Gobierno de Tailandia instauró el plan de Seguro Médico Obligatorio para Migrantes, que amplió su plan de Cobertura Sanitaria Universal para cubrir a los no tailandeses que residieran y trabajasen en Tailandia. Esta nueva póliza se diseñó para asegurar el acceso a la atención sanitaria por parte de los migrantes, estuvieran o no en situación regular. Ello se logró mediante la introducción de una tarjeta sanitaria que cualquier migrante podía comprar en un centro de salud público. Al comprar la tarjeta, válida para un año, el migrante obtiene el acceso a una gama de servicios de atención sanitaria, incluida la salud materna y el tratamiento del VIH.

Enfoque

La póliza de seguro médico para migrantes es una iniciativa que tiene en cuenta el VIH. Se aprovecha de los mecanismos y de las prácticas del plan de Cobertura Sanitaria Universal e integra unos servicios relativos al VIH adecuados en el paquete de servicios sanitarios para migrantes.

La póliza se está promoviendo y poniendo en práctica a escala nacional mediante los esfuerzos colaborativos de órganos gubernamentales (como el Departamento de Apoyo al Servicio Sanitario y el Departamento de Administración Sanitaria de la Oficina del Secretario Permanente del Ministerio de Salud Pública), ONG (como la Fundación Raks Thai y la Fundación AIDS Rights, así como las que ejecutan las subvenciones del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria) y organismos de las Naciones Unidas (como la Organización Internacional para las Migraciones).

Alcance del programa

El enfoque principal de la iniciativa es asegurar que tanto los migrantes en situación regular como irregular (incluidas las mujeres embarazadas que viven con el VIH) tienen acceso a los servicios primarios de salud. Esto incluye el asesoramiento y las pruebas del VIH y la terapia antirretroviral.

Repercusión del programa

La introducción del plan de Seguro Médico Obligatorio para Migrantes ha supuesto un avance importante para reducir las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria y asegurar un acceso igualitario a los servicios sanitarios (incluidos los servicios relacionados con el VIH) para las poblaciones de no tailandeses que residen y trabajan en Tailandia.

En los primeros tres meses, alrededor de 63.500 migrantes adquirieron las tarjetas sanitarias y obtuvieron acceso a servicios de atención de la salud de calidad. Se calculó que 140.000 migrantes se habían unido al plan de seguro mediante la nueva póliza hasta mayo de 2014.

Financiamiento y gestión

El Ministerio de Salud Pública gestiona y coordina la ejecución de la póliza de Seguro Médico Obligatorio para Migrantes. La iniciativa se diseñó para que, con el tiempo, sea autosostenible y se financie con los pagos de las tarjetas sanitarias.

El precio actual de la tarjeta, que tiene una validez de 365 días, es de 365 baht tailandeses (10,90 USD) para niños menores de siete años. Para adultos y niños mayores de siete años, el precio es 2800 baht (83,60 USD).

Se espera que el plan sea autosostenible cuando el número de clientes adultos sea superior a 200.000 al año.

Lecciones aprendidas y recomendaciones

El firme compromiso de los niveles políticos más elevados fue un factor clave en el éxito de esta iniciativa. El Primer Ministro mostró liderazgo y compromiso personal, y todos los ministerios involucrados se comprometieron de forma adecuada con el desarrollo de la nueva póliza.

Las asociaciones han sido fundamentales para trasladar el compromiso a la práctica. La sociedad civil y las comunidades abogaron por la ampliación de la cobertura sanitaria universal a las poblaciones migrantes y trabajaron con el gobierno en el desarrollo y la ejecución de la póliza. Las organizaciones internacionales respaldaron este esfuerzo. Siguen realizándose esfuerzos colaborativos multisectoriales en el despliegue nacional de la póliza, al igual que en la utilización de oportunidades y análisis locales y en la supresión de cuellos de botella.

Al ser poblaciones móviles, asegurar la utilización continua de los servicios por parte de los migrantes (en especial del tratamiento) supone un desafío. La colaboración entre las organizaciones de salud pública y las comunitarias será fundamental para fomentar la demanda y el apoyo a la observancia.

Se precisará una mejora de la colaboración tanto bilateral como multilateral entre los países involucrados de la región, que asegure una prevención y un tratamiento continuos para las poblaciones migrantes más allá de las fronteras. Se han producido avances importantes en la mejora de la cooperación en la zona situada entre Tailandia y Myanmar, y se están llevando a cabo medidas para fortalecer la colaboración de Tailandia con la República Democrática Popular Lao y con Camboya.

PROTECCIÓN SOCIAL ESPECÍFICA ANTE EL VIH PARA LAS PERSONAS TRANSGÉNERO

Uruguay: acción afirmativa para las personas transgénero mediante la Tarjeta Uruguay Social

Antecedentes

La Tarjeta Uruguay Social (TUS) es la primera medida de protección social que se centra en las personas transgénero de Uruguay, una población con alto riesgo de contraer el VIH. Es un plan de acción afirmativa bajo el programa de protección social del Gobierno y aborda la extrema pobreza, la desigualdad y la exclusión. Anteriormente, el plan de protección social estaba limitado a las mujeres embarazadas y las familias con niños menores de 18 años que vivieran en la pobreza extrema. La mayoría de las personas transgénero (el 99% de ellas son mujeres transgénero) eran tratadas como hombres sin hijos, por lo cual no estaban cubiertas por el programa anterior.

Enfoque

Este programa no es un programa específico de protección social para personas que viven con el VIH, sino que es un programa de protección social afirmativo y transformador que aborda la desigualdad y la exclusión de algunos de los grupos poblacionales más vulnerables de Uruguay, como las mujeres y las personas transgénero. El programa consiste en una transferencia de efectivo mensual de 30 dólares de los Estados Unidos para adquirir productos esenciales, como alimentos, jabón y detergente, en tiendas que participan en el programa.

Alcance del programa

Todas las personas transgénero del país son elegibles para la TUS y el programa ha llegado a 1088 personas transgénero (de una población estimada de entre 1200 y 1500 personas).

Repercusión del programa

Desde su inicio en septiembre de 2012, no se ha realizado una evaluación formal de la TUS, pero se pueden destacar algunos resultados.

El plan otorga un reconocimiento simbólico a un grupo de personas que hasta ese momento había sufrido exclusión social, estigmatización y discriminación. Para las personas transgénero, la interacción con el Estado se había visto limitada al sistema sanitario o a la policía, pero este plan les proporciona ahora acceso al apoyo estatal en el contexto de un programa de protección social más amplio.

Los datos recogidos mediante el plan pueden resultar útiles para otros programas, como el cambio de nombre y de sexo en los registros gubernamentales, así como para aumentar el acceso a los programas de capacitación y de empleo de las personas transgénero. Además, el plan genera información muy necesaria sobre la prevalencia del VIH en las personas transgénero, lo cual puede ayudar a dirigir una asignación de recursos eficaz y a planear los programas relativos al VIH que se dirigirán a este grupo.

Por último, el plan ha proporcionado capacitación sobre diversidad sexual y no discriminación a más de 1200 personas transgénero. Esta capacitación les proporciona conocimientos sobre sus derechos.

Financiamiento y gestión

El Ministerio de Desarrollo Social administra el programa a través de 35 oficinas distribuidas por todo el país. El financiamiento se asegura por medio del presupuesto público nacional de 50 millones de USD para la Tarjeta Uruguay Social, de los cuales, 397.000 USD se reservan anualmente para la tarjeta TUS Trans.

Lecciones aprendidas y recomendaciones

En las organizaciones de lesbianas, gays, bisexuales y transgénero de Uruguay están de acuerdo en que las personas transgénero son el grupo más excluido socialmente en la familia, la educación, el lugar de trabajo y los centros de atención sanitaria. Esto se debe en parte a que recurren al trabajo sexual como medio de supervivencia económica.

La *Dirección de Políticas Sociales* de 2010 utilizó como directriz un paradigma de los derechos humanos y, desde esa perspectiva, las personas transgénero son uno de los grupos sociales más vulnerables. La tarjeta TUS, que se elaboró con la ayuda de organizaciones transgénero, es una de las medidas derivadas de las Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social y del Programa de Diversidad Sexual.

Desde la comunidad transgénero han surgido organizaciones que abogan por los derechos y los intereses de las minorías sexuales y el país se ha embarcado en una campaña nacional para luchar contra la estigmatización. La Marcha por la Diversidad, que incluye varias organizaciones de personas transgénero, se ha convertido en uno de los desfiles más populares del país y es una plataforma importante para celebrar los derechos de las minorías sexuales (incluidas las leyes que permiten el cambio de nombre y de sexo y los derechos matrimoniales igualitarios).

TRANSFORMACIÓN SOCIAL PARA LOS PROFESIONALES DEL SEXO

Kenya: una fuente de esperanza para los profesionales del sexo

Antecedentes

La transmisión sexual del VIH es la causa principal de la epidemia de VIH en Kenya. Alrededor de 138.000 mujeres profesionales del sexo en Kenya soportan una carga extremadamente alta de VIH: el 45,1% de ellas viven con el virus (8) (se desconoce el número de varones profesionales del sexo y su carga de VIH, pero se asume que también es elevada). Además, los profesionales del sexo en Kenya se enfrentan a violaciones de los derechos humanos, como la violencia física y sexual, el abuso emocional, la violación o la extorsión. A pesar de esto, la mayoría de los proyectos que se dirigen a los profesionales del sexo se centran únicamente en la prevención y el tratamiento del VIH, incluso a pesar de que el vínculo entre la violencia y el VIH está bien descrito y exige un enfoque basado en los derechos humanos que proteja a los profesionales del sexo tanto del VIH como de la violencia.

Los profesionales del sexo han desarrollado algunos estereotipos sobre las diferentes partes involucradas en el comercio sexual, incluidos los clientes, la policía y los propietarios de bares. Como resultado de esto, suelen interiorizar el estigma asociado con el trabajo sexual. Esto deriva en sentimientos negativos sobre su trabajo y en ansiedad, lo que puede conducir a depresiones, baja autoestima y falta de confianza. La relación entre los profesionales del sexo y las fuerzas del orden es también problemática y se suele caracterizar por el acoso, la violencia, el abuso, la represión y el miedo.

En 1998 se creó el programa Bar Hostess Empowerment and Support Programme (Apoyo y capacitación de acompañantes de bar) por y para los profesionales del sexo y las acompañantes trabajan en bares. Se trata de una organización que aboga por políticas adecuadas, derechos humanos y reconocimiento para las acompañantes de bar y los profesionales del sexo en Kenya. La dirección de la organización consta tanto de profesionales del sexo como de personas que no pertenecen a la industria del sexo.

Enfoque

El Bar Hostess Empowerment and Support Programme forma grupos de profesionales del sexo para que comprendan sus derechos como ciudadanos y se apoyen unos a otros en el fomento de la sensibilización sobre el VIH, las relaciones sexuales seguras, los derechos humanos, los abusos a los que se enfrentan los profesionales del sexo y las respuestas a la violencia. El programa ha hecho posible el acceso al asesoramiento jurídico y al apoyo psicosocial mediante la capacitación como asesores jurídicos de los profesionales del sexo, para que contacten con sus iguales, promuevan la concienciación sobre sus derechos e informen de los casos de violaciones de derechos. También ha desarrollado un fondo rotatorio que se ha utilizado para pagar fianzas de profesionales del sexo que han sido arrestados de forma arbitraria por la policía o por los funcionarios de condado.

El programa se asocia con organizaciones de derechos humanos de Kenya para ofrecer apoyo judicial a los profesionales del sexo y ha establecido asociaciones estratégicas con los cuerpos policiales, el servicio fiscal y la dirección de los gobiernos provinciales, con el objetivo de desarrollar una relación significativa entre los profesionales del sexo y las autoridades. El programa ha sensibilizado a la policía, los fiscales y los dirigentes nacionales sobre los juicios de los profesionales del sexo, al abogar por penas que no entrañen la privación de su libertad o multas simples para los profesionales del sexo denunciados por realizar trabajos sexuales.

Además, el programa cuenta con centros de acogida y bienestar. Son espacios seguros en los que los profesionales del sexo y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres pueden acceder

fácilmente a los servicios médicos, como el asesoramiento y las pruebas del VIH, citologías vaginales y otros métodos de detección del cáncer, distribución y demostraciones de preservativos y lubricantes, y servicios de salud sexual y reproductiva.

Alcance del programa

Hasta la fecha, el Bar Hostess Empowerment and Support Programme ha contribuido a formar y a fortalecer 30 redes de profesionales del sexo, capacitar a más de 500 asistentes jurídicos y 600 educadores entre iguales, proporcionar apoyo sanitario a más de 1000 profesionales del sexo, poner en marcha 15 asesorías jurídicas gratuitas, pagar 400 fianzas a profesionales del sexo y llevar 70 casos a juicio (de los que se han ganado 10).

Repercusión del programa

Gracias al aumento del conocimiento sobre sus derechos y a la mejora del apoyo jurídico (cuando ha sido necesario), la mayoría de los profesionales del sexo se han vuelto asertivos y han sido capaces de exigir sus derechos. Los centros de acogida y bienestar están consolidados y han producido un aumento del acceso a los servicios sanitarios y relacionados con el VIH de los profesionales del sexo y de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. El programa constituye un buen ejemplo para su replicación en otros entornos.

Lecciones aprendidas y recomendaciones

La integración de los servicios que involucran a profesionales del sexo y a acompañantes de bar tiene una gran importancia. Además, es factible y aceptable para las poblaciones destinatarias, que pueden recibir diferentes servicios en un solo lugar, lo que reduce los costos de transporte derivados del acceso a servicios en diferentes lugares y el riesgo de no poder acceder a ellos.

Capacitar y crear espacios seguros para los profesionales del sexo y otras poblaciones estigmatizadas y vulnerables es fundamental para aumentar el acceso a los servicios.

Los programas que han tenido éxito con un grupo de acompañantes de bar y profesionales del sexo pueden compartirse con otros grupos y adaptarse de forma eficaz a otros contextos locales. Esto estimulará la movilización y la acción de los profesionales del sexo con relación a problemas específicos.

Trabajar con educadores entre iguales procedentes de la comunidad de profesionales del sexo ha contribuido a que el proyecto llegue en mayor medida a la población destinataria.

Desarrollar la capacidad de los beneficiarios para participar en la ejecución del programa fomenta la implicación y contribuye a su ampliación.

Debatir sobre problemas de liderazgo y de seguridad personal fortalece a los equipos de facilitación y les ayuda a afianzar su relación con las partes locales interesadas.

Más información

Bar Hostess Empowerment and Support Programme [sitio web]. BHESP; 2015 (<http://www.bhesp.org/>, consultado el 7 de octubre de 2015).

PROTECCIÓN SOCIAL ESPECÍFICA ANTE EL VIH PARA HUÉRFANOS Y OTROS NIÑOS VULNERABLES

Honduras: una respuesta al sida fortalecida con énfasis en los huérfanos y otros niños vulnerables

Antecedentes

En 2004, el Gobierno de Honduras decidió poner en marcha actividades que se centraran en los huérfanos y otros niños vulnerables como parte del quinto pilar de su Estrategia para la Reducción de la Pobreza. Se formó un comité dirigido por el Ministerio de la Presidencia, con participación intersectorial del Gobierno, la sociedad civil y organizaciones internacionales (concretamente la Organización Panamericana de la Salud y UNICEF), para la protección y la asistencia a huérfanos y otros niños vulnerables. Esta organización y sus esfuerzos condujeron a que el país recibiera financiamiento específico para actividades que involucraran a huérfanos y a otros niños vulnerables en la Ronda 9 de las subvenciones del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Se llevó a cabo desde el 1 de mayo de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2013 con el propósito de mejorar la calidad de vida y disminuir el efecto del VIH en los huérfanos y en otros niños vulnerables a causa del VIH.

Enfoque

El objetivo principal del proyecto fue mejorar la calidad de vida de los huérfanos y otros niños vulnerables mediante siete pilares: salud, educación, nutrición, mejora de la vivienda, apoyo jurídico, apoyo psicosocial y generación de ingresos. El programa se basaba en un enfoque humano, que se centraba en los mejores intereses para los niños y que reconocía sus derechos de supervivencia, bienestar, apoyo y respeto. También abordaba las necesidades sociales y económicas de sus familias y comunidades. La ejecución del programa conllevó un enfoque transversal que buscaba la atención integral para esta población vulnerable.

Alcance del programa

El campo de acción de este proyecto se basaba en varios factores: las áreas geográficas que contaban con el 85% de la carga de VIH del país, el tamaño de la población en edad reproductiva que vive con el VIH y la tasa de fertilidad. Esto permitió una estimación aproximada del número de niños total, y del número de huérfanos y de otros niños vulnerables.

Durante la ejecución del proyecto, los niños y sus familias recibieron prestaciones adscritas a cada pilar y, al final, algunos pilares demostraron ser más sostenibles que otros. Por ejemplo, el pilar relativo a la salud aumentó el número de niños que viven con el VIH que recibían atención integral. El proyecto también logró incrementar la participación en la escuela y en el programa de salud de niños que viven con el VIH o afectados por él.

Repercusión del programa

El proyecto involucró a 12.600 niños en todo el país. Además, apoyó a familias de comunidades de raza negra, la cual está considerada una población con alto riesgo de contraer el VIH. El proyecto mejoró la calidad de vida de los niños al asegurar su acceso a la atención sanitaria y a servicios integrales. Estos servicios incluían el mantenimiento de los niños en el sistema educativo y la mejora de su situación nutricional mediante la entrega mensual de una canasta de productos alimentarios a las familias. Un

total de 4136 huérfanos y otros niños vulnerables menores de seis años —o jóvenes de hasta 18 años que vivían con el VIH— recibieron mensualmente una ración rica en proteínas e hidratos de carbono. Los niños permanecieron en el programa durante un año.

Además, 428 familias con huérfanos y otros niños vulnerables recibieron asistencia técnica y financiera, incluido capital inicial para reforzar la generación de ingresos en los hogares. Esto superó el objetivo previsto de 400 familias.

Financiamiento y gestión

El Fondo Mundial financió este proyecto, y lo ejecutó y gestionó uno de los destinatarios principales del Fondo Mundial: CHF International (una ONG). La ejecución se produjo mediante muchos subdestinatarios, como el Programa Nacional de VIH del Ministerio de Salud, el Comisionado de los Derechos Humanos y ocho ONG nacionales e internacionales que tenían experiencia en el trabajo con huérfanos y otros niños vulnerables.

El sector privado colaboró mediante el establecimiento de un acuerdo con Walmart para repartir canastas de productos alimentarios a través de sus tiendas en las áreas de ejecución. Esto facilitó el acceso de las familias beneficiarias y fomentó una mayor aceptación de las personas que viven con el VIH.

Lecciones aprendidas y recomendaciones

El Gobierno ha creado la Secretaría de Desarrollo Social y la Secretaría de Justicia y Derechos Humanos, y algunas instituciones relacionadas gestionan y coordinan los servicios de protección social con los ministerios de salud, educación y trabajo.

A pesar de que la estigmatización y la discriminación han disminuido con el tiempo, aún existen factores muy negativos que afectan a la respuesta nacional contra el sida en Honduras. Algunas familias dudaron sobre su participación en el programa porque tenían miedo de que discriminaran a sus hijos.

PROTECCIÓN SOCIAL ESPECÍFICA ANTE EL VIH PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

Canadá: el comité para la accesibilidad al tratamiento contra el sida

Antecedentes

El Committee for Accessible AIDS Treatment (comité para la accesibilidad al tratamiento contra el sida) es una coalición formada por más de 30 organizaciones establecidas en Ontario que pertenecen a los sectores jurídico, sanitario, de asentamientos y del VIH. Se creó en 1999 para mejorar el acceso a los servicios relacionados con el VIH y a su tratamiento por parte de personas marginadas que viven con el VIH. Desde sus comienzos, el comité ha estado a la vanguardia de la educación, la investigación, la coordinación de servicios y la sensibilización sobre los asuntos relacionados con el VIH, la inmigración y el acceso.

Enfoque

Los programas del comité proporcionan a los pobres una renta (mediante el fomento de la capacidad, la remuneración y las oportunidades de empleo) y transferencias de consumo (como asegurar el acceso a los servicios sanitarios, jurídicos y de vivienda). Esto contribuye a mejorar la condición social y los derechos de los grupos marginados y vulnerables y a protegerlos contra los riesgos para la subsistencia.

Alcance del programa

El ámbito geográfico es la provincia de Ontario y la mayoría de los programas se sitúan en Toronto.

Repercusión del programa

Como parte del proyecto Newcomer Sexual Health Promotion (promoción de la salud sexual para recién llegados), se realizan cuatro sesiones de capacitación al año sobre el acceso a los servicios de inmigración y relacionados con el VIH, dirigidas tanto a personas que viven con el VIH que hayan inmigrado a Canadá como a proveedores de servicios. Esta capacitación ayuda a reforzar su comprensión sobre cómo orientarse en el sistema de inmigración canadiense. El 95% de las personas que viven con el VIH que asistieron a estas sesiones fue capaz de finalizar con éxito su proceso de inmigración.

Se ha capacitado a casi 200 consejeros entre iguales como parte de una red etnoracial de apoyo al tratamiento. La mayor parte de ellos ha progresado hasta ocupar cargos remunerados dentro de organizaciones y empresas tanto relacionadas como no relacionadas con el VIH.

Como parte de su Legacy Project (proyecto de legado), el comité ha emparejado a más de 100 mentores, a menudo personas que viven con el VIH, con otras personas que viven con el VIH para ayudar a los pupilos a alcanzar sus objetivos vitales y para promover un aprendizaje mutuo.

Por último, el comité ha capacitado en diferentes funciones a más de 40 investigadores asociados, mediante varios proyectos de investigación incluidos en el Community Champions HIV/AIDS Advocates Mobilization Project (CHAMP). Muchos de los asociados de la investigación entre iguales han vuelto a la educación para continuar con estudios académicos o han ocupado otros cargos de investigación.

Financiamiento y gestión

El Committee for Accessible AIDS Treatment recibe financiamiento de los sectores federales, provinciales y municipales del Gobierno. Su programa básico fue financiado por la Oficina del Sida del Ministerio de Salud y de Atención Prolongada de Ontario y el programa de mentores fue financiado por la Agencia de Salud Pública de Canadá. El proyecto de promoción de la salud sexual para recién llegados fue financiado por la Ciudad de Toronto y el estudio de investigación CHAMP fue financiado por los Institutos Canadienses de Investigación Sanitaria.

Lecciones aprendidas y recomendaciones

El comité demuestra el papel fundamental de la rendición de cuentas y de la implicación etnorracial de la comunidad. Al ser inclusivo y receptivo respecto a las necesidades de las diferentes comunidades —y al respetar la experiencia vivida por los inmigrantes, los refugiados y las personas que viven con el VIH no registradas—, el comité ha infundido confianza y credibilidad en las comunidades.

El comité es innovador e ingenioso y utiliza la investigación-acción para crear conocimiento y desarrollar programas con base empírica, al trasladar ese conocimiento en acción. Su enfoque de la investigación basada en la comunidad es un buen ejemplo de la participación amplia y significativa de las personas que viven con el VIH en la creación y la ejecución de actividades.

Entre los desafíos a los que se debe enfrentar se encuentra el clima político hostil con políticas de inmigración punitivas tanto federales como provinciales, la penalización de la no divulgación y el efecto del estigma relacionado con el VIH entre los recién llegados. Además, un entorno de financiamiento negativo para las organizaciones etnorraciales puede derivar en el agotamiento y el desgaste de los voluntarios y los empleados.

Más información

The Committee for Accessible AID Treatment [sitio web]. Toronto: The Committee for Accessible AIDS Treatment ; 2010 (www.hivimmigration.ca, consultado el 7 de octubre de 2015).

PROTECCIÓN SOCIAL ESPECÍFICA ANTE EL VIH PARA LAS PERSONAS SIN HOGAR QUE VIVEN CON EL VIH

Estados Unidos de América: viviendas para la reducción de daños de umbral bajo para los usuarios de drogas que viven con el VIH

Antecedentes

Las tasas de falta de vivienda o de inestabilidad de vivienda son altas entre las personas que viven con el VIH en los Estados Unidos: según las estadísticas del Gobierno, el 16% de las personas que viven con el VIH (un total de 145.000 familias) tiene una necesidad relativa a la vivienda no satisfecha. A menudo se les excluye efectiva o literalmente de los servicios relativos al VIH. Las personas que viven con el VIH que son miembros de grupos marginados y que tienen varios problemas simultáneamente (como el consumo de sustancias en la actualidad o en el pasado) son los más afectados por la pérdida de la vivienda y por las desigualdades relativas al VIH. Un examen sistemático mostró que las personas sin hogar de todo el mundo, alrededor de 100 millones, experimentan tasas mucho más altas de TB, hepatitis C y VIH que la población general (9-12).

El apoyo a la vivienda ha constituido parte de la respuesta al sida en los Estados Unidos desde mediados de la década de los ochenta. Los programas de vivienda para personas que viven con el VIH en la ciudad de Nueva York los gestionan ONG y se financian mediante una combinación de subvenciones gubernamentales a nivel local, estatal y federal, y programas de asistencia al alquiler basados en el inquilino y financiados con fondos públicos.

Housing Works se creó en 1990 con la misión de acabar con la falta de hogar y el VIH. Desde entonces, sus programas de vivienda se han centrado en las personas subatendidas y han utilizado un enfoque de servicios de reducción de daños de umbral bajo en el que ni la admisión ni la continuación en el programa se basan en la abstinencia o en el compromiso de finalizar el uso de drogas.

Enfoque

Los subsidios de vivienda y los servicios de apoyo relacionados se centran en las personas extremadamente pobres, la mayoría de las cuales son adultos solteros, sin hogar o con vivienda inestable. Las remisiones proceden de proveedores sanitarios, de agencias gubernamentales responsables de la administración de las prestaciones de subsistencia o de ONG proveedoras de servicios sociales. Los programas de apoyo a la vivienda proporcionan apoyo sanitario y social *in situ* a un programa de vivienda, mediante remisiones a servicios sanitarios médicos y relativos a la conducta.

Los programas de vivienda de umbral bajo como Housing Works involucran a los residentes en los programas de reducción de daños, con un enfoque más orientado a la conducta que a su condición de usuarios de drogas. La vivienda se considera un programa de salud y el Gobierno y los financiadores privados de servicios de vivienda exigen cada vez más a las ONG que registren los resultados médicos de VIH entre los residentes y que rindan cuentas de las desigualdades sanitarias.

Alcance del programa

Housing Works proporciona ayuda directa en vivienda para personas que viven con el VIH sin hogar o con vivienda inestable en la ciudad de Nueva York. La vivienda facilita el tratamiento contra el VIH y actúa como un programa de prevención del VIH a fin de disminuir el riesgo constante de transmisión del VIH y como un programa de reducción de daños para los usuarios de drogas. Además, la vivienda

proporciona la estabilidad necesaria para que los participantes en el programa trabajen en la consecución de un empleo y en otros objetivos en la vida.

Las residencias comunitarias proporcionan vivienda permanente para adultos que viven con el VIH en 72 apartamentos situados en dos emplazamientos diferentes, en donde también hay servicios sanitarios y de apoyo. Un Programa de Vivienda Transitoria para Personas Transgénero también proporciona 36 unidades de apartamentos dispersos para personas que viven con el VIH transgénero o no conformes con su género.

Repercusión del programa

Las evaluaciones del programa muestran un aumento de la estabilidad de los participantes, una mejora de los resultados de salud con relación al VIH, un fortalecimiento de los programas de reducción de daños y una prolongación de los periodos de abstinencia de los usuarios de drogas. La vivienda de umbral bajo modifica el entorno de riesgo de contraer el VIH y mejora la capacidad de las personas que viven con el VIH de cumplir con el tratamiento.

Un examen de los datos del programa relativos a 66 residentes actuales y 152 antiguos residentes de los dos programas de residencias comunitarias durante un periodo de seis años muestra que los residentes alcanzaron niveles altos de estabilidad, a pesar de que el 95% de ellos continuaran siendo usuarios de sustancias, el 82% tuviera un episodio de encarcelamiento, el 80% tuviera problemas de salud mental y el 90% fueran personas sin hogar de larga duración.

Los residentes tenían una probabilidad tres veces mayor de tener una carga viral indetectable en su control médico más reciente (en comparación con su carga viral en el momento de la acogida) y tenían un 50% más de probabilidad de tener un recuento de células CD4 superior a 200 células/mm³ que en el momento de la acogida.

Financiamiento y gestión

Las instalaciones de las residencias comunitarias son propiedad de Housing Works y los costos de capital se financian con fondos de subvenciones gubernamentales, bonos respaldados por el gobierno y donaciones privadas. Los costos de funcionamiento de las residencias comunitarias y del Programa de Vivienda Transitoria para Personas Transgénero se financian mediante una combinación de asistencia al alquiler basada en el inquilino (proporcionada por el gobierno local para personas que viven con el VIH extremadamente pobres) y un financiamiento mediante subvenciones para servicios de apoyo vinculados. Housing Works coordina y gestiona los recursos financieros y el suministro de los servicios y además informa sobre los resultados a los financiadores, siendo objeto de una supervisión regular por parte del gobierno y de los financiadores privados.

El financiamiento gubernamental procede de programas locales, estatales y federales que tienen responsabilidades de protección social más amplias para satisfacer las necesidades tanto de vivienda como de otros medios de subsistencia de personas extremadamente pobres. Estos organismos dirigen el apoyo relativo a la vivienda a personas que viven con el VIH y reconocen que los programas generales de protección social no satisfacen adecuadamente sus necesidades y que la vivienda es un facilitador fundamental en la prevención y el tratamiento contra el VIH.

Lecciones aprendidas y recomendaciones

Las importantes pruebas empíricas del efecto de la condición relativa a la vivienda en los resultados de salud del VIH han sido fundamentales para abogar con éxito por la creación y el mantenimiento de un apoyo a la vivienda específico con relación al VIH.

El costo público de proporcionar apoyo a la vivienda a personas que viven con el VIH se ve más que compensado por los ahorros que se generan a raíz de las reducciones en el gasto público de los costos sanitarios asociados con las etapas avanzadas de enfermedades relacionadas con el VIH y por los costos ahorrados por la tendencia descendente de las infecciones por el VIH.

Los análisis de costos se están utilizando para fomentar la ampliación de las intervenciones de apoyo a la vivienda que respaldan e involucran (en vez de excluir) a los usuarios de drogas y a personas con alto riesgo de resultados de salud desfavorables.

Al capacitar a las personas que viven con el VIH para que mantengan su salud y reduzcan los daños asociados con el uso de drogas también se les ayuda a conservar su empleo o a que vuelvan al trabajo, a reunirlos con sus hijos y otros familiares, y a que consigan una mayor independencia y bienestar.

Aunque la mayor parte de la investigación sobre la relación entre la condición relativa a la vivienda y los resultados de salud relacionados con el VIH se ha realizado en América del Norte, la literatura disponible muestra hallazgos consistentes sobre el efecto de la inseguridad de la vivienda en países con rentas medias y bajas.

Más información

Housing Works [sitio web]. Brooklyn: Housing Works; 2011 (<http://www.housingworks.org/>, consultado el 7 de octubre de 2015).

PROTECCIÓN SOCIAL ESPECÍFICA ANTE EL VIH PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

Países de Europa Oriental y Asia Central: programa de gestión de clientes y gestión transitoria de clientes

Antecedentes

En los países de la antigua Unión Soviética, las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave con alto riesgo de contraer el VIH (incluidos los usuarios de drogas, los reclusos, los profesionales del sexo y sus clientes, los hombres que tienen sexo con hombres, las personas transgénero y, en algunos casos, los niños de la calle y los migrantes) tienen a menudo necesidades simultáneas de asistencia sanitaria que requieren servicios de varios proveedores. El acceso a los servicios sanitarios para estas poblaciones es muy limitado, principalmente a causa de los altos niveles de estigmatización y discriminación: se enfrentan a la discriminación tanto de la sociedad general como de los profesionales con los que suelen entrar en contacto (como médicos, agentes del orden y personal penitenciario).

En 2005, la AIDS Foundation East–West (AFEW) presentó un programa de gestión de clientes único para mejorar el acceso de los grupos de población clave a los servicios de atención sanitaria. Desde 2009, la fundación ha asumido la gestión transitoria de clientes para reclusos, con el fin de desarrollar un mecanismo sistemático de apoyo social para reclusos antes y después de su liberación, y para su rehabilitación posterior.

Enfoque

La gestión de clientes relativa al VIH es un proceso cooperativo entre las personas, los gestores de clientes y los proveedores de servicios locales que tiene como objetivo mejorar el acceso a una atención psicosocial y sanitaria adecuada y oportuna. Los gestores de clientes ayudan a las personas a evaluar sus necesidades específicas y a desarrollar estrategias para abordarlas de la mejor forma posible (por ejemplo, identificar dónde y cómo pueden satisfacer las diferentes necesidades psicosociales y económicas). A menudo, un trabajador social o un gestor de clientes acompaña al cliente al hospital para que le sometan a un reconocimiento y para que reciba asistencia médica, y a las instituciones gubernamentales para obtener documentos identificativos, subsidios por discapacidad y vales para varias necesidades sociales. Esto es importante, ya que la mayoría de los servicios médicos y sociales se proporcionan a los clientes de forma gratuita, pero solo si disponen de documentos nacionales de identidad reconocidos (algunos clientes pueden no tenerlo). Los trabajadores sociales y los gestores de clientes suelen proceder de las comunidades de grupos de población clave. Reciben capacitación de forma regular sobre temas de derechos humanos, ética y nuevos enfoques para trabajar con grupos de población clave.

Alcance del programa

Desde 2005, el programa de gestión de clientes de AFEW se ha puesto en marcha en varios países de Europa Oriental y Asia Central, como Belarús, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, la Federación de Rusia, Tayikistán, Ucrania y Uzbekistán. En algunos países se ha interrumpido el programa (o se ha reducido de forma importante su campo de acción y su alcance) debido a muchas razones y, entre ellas, principalmente a la falta de fondos. A pesar de ello, se ha llegado al menos a 100.000 personas con diferentes servicios sociales a través del programa de gestión de clientes de la fundación.

Repercusión del programa

Gracias al programa, un mayor número de personas ha accedido a servicios gratuitos de prevención, tratamiento, atención y apoyo. Los grupos de población clave también disponen de información correcta sobre programas de prevención del VIH y de reducción de daños, así como de acceso a oportunidades de capacitación y de desarrollo personal.

Financiamiento y gestión

El programa de gestión de clientes se financia gracias a AFEW, pero se planea que, tras un periodo determinado, las ONG involucradas en el programa sean autosuficientes mediante el suministro de servicios de pago o la producción de bienes. Por ejemplo, algunas ONG de Tayikistán producen *dumplings*, gestionan tiendas de procesado de piedras o realizan limpiezas de alfombras. En Kirguistán, algunas ONG producen y venden adoquines.

Lecciones aprendidas y recomendaciones

El programa de gestión de clientes ha demostrado su eficacia para aumentar el acceso de los grupos de población clave a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo.

El programa necesita ampliarse e incluir a más personas de los grupos de población clave y proveedores de servicios, y debe formar parte de las estrategias nacionales de atención sanitaria.

Más información

Gestión de clientes en Kazajstán [vídeo con subtítulos en inglés]. Publicado el 27 de noviembre de 2009. AFEW; 2009 (<https://www.youtube.com/watch?v=dNutnv7Cidg>, consultado el 7 de octubre de 2015).

Referencias

1. Acción acelerada: pongamos fin a la epidemia de sida para 2030. Ginebra: ONUSIDA; 2014.
2. Pettifor A. Cash incentive HIV prevention programmes. Presentado en la Sociedad Internacional del Sida en Vancouver en 2015 (disponible en http://pag.ias2015.org/PAGMaterial/ Webcast/39_11093/webcast.mp4, consultado el 7 de octubre de 2015).
3. The Transfer Project [sitio web]. Centro de Población de la Universidad de Carolina del Norte; 2015 (<http://www.cpc.unc.edu/projects/transfer>, consultado el 7 de octubre de 2015).
4. Estimaciones sobre el VIH y el sida, 2013 [sitio web]. Ginebra: ONUSIDA (<http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/india>, consultado el 7 de octubre de 2015).
5. The impact of pensions on the lives of older people and grandchildren in the Kwa Wazee project in Tanzania's Kagera region. HelpAge International, Regional Psychosocial Support Initiative (REPSI), Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE) y Visión Mundial Internacional; 2008.
6. Borchard J *et al.* Evaluación del programa para las transferencias sociales de efectivo realizado por Kwa Wazee. Universidad de Marburg; 2012.
7. Towards universal pensions in Tanzania: evidence on opportunities and challenges from a remote area, Ngenge ward, Kagera. HelpAge International, HelpAge Alemania y Kwa Wazee Suiza; 2014 (<http://www.helpage.org/silo/files/towards-universal-pensionsin-tanzania-evidence-on-opportunities-and-challenges-from-a-remote-area-ngenge-wardkagera.pdf>, consultado el 7 de octubre de 2015).
8. Odek W, Githuka G, Avery L, Njoroge P, Kasonde L, *et al.* Estimating the size of the female sex worker population in Kenya to inform HIV prevention programming. PLoS ONE. 2014;9(3):e89180. doi:10.1371/journal.pone.0089180
9. V.Shubert, *et al.* Employing use-tolerant, harm reduction housing to establish stability and connection to care among chronically homeless active drug users living with HIV/AIDS. AIDS 2006 - 16.ª Conferencia Internacional sobre el Sida: Resumen n.º CDD0612.
10. Shubert Virginia, *et al.* Housing as a structural intervention for transgender people living with HIV. 20.ª Conferencia Internacional sobre el Sida, Melbourne, Australia, 20-25 de junio de 2014. WEAD0301: Sesión de resúmenes orales.
11. Housing is HIV prevention and care: key facts and recommendations. Washington, D.C.: National AIDS Housing Coalition; 2012.
12. King Charles, *et al.* Housing status as a key social driver of HIV health outcomes: findings from a global survey of non-governmental organizations. 3.ª Conferencia de Impulsores Estructurales, Ciudad del Cabo, Sudáfrica, 5 a 6 de diciembre de 2013.



**Programa Conjunto de las
Naciones Unidas sobre el
VIH/Sida (ONUSIDA)**

20 Avenue Appia
1211 Ginebra
27 Suiza

+41 22 791 3666

unids.org