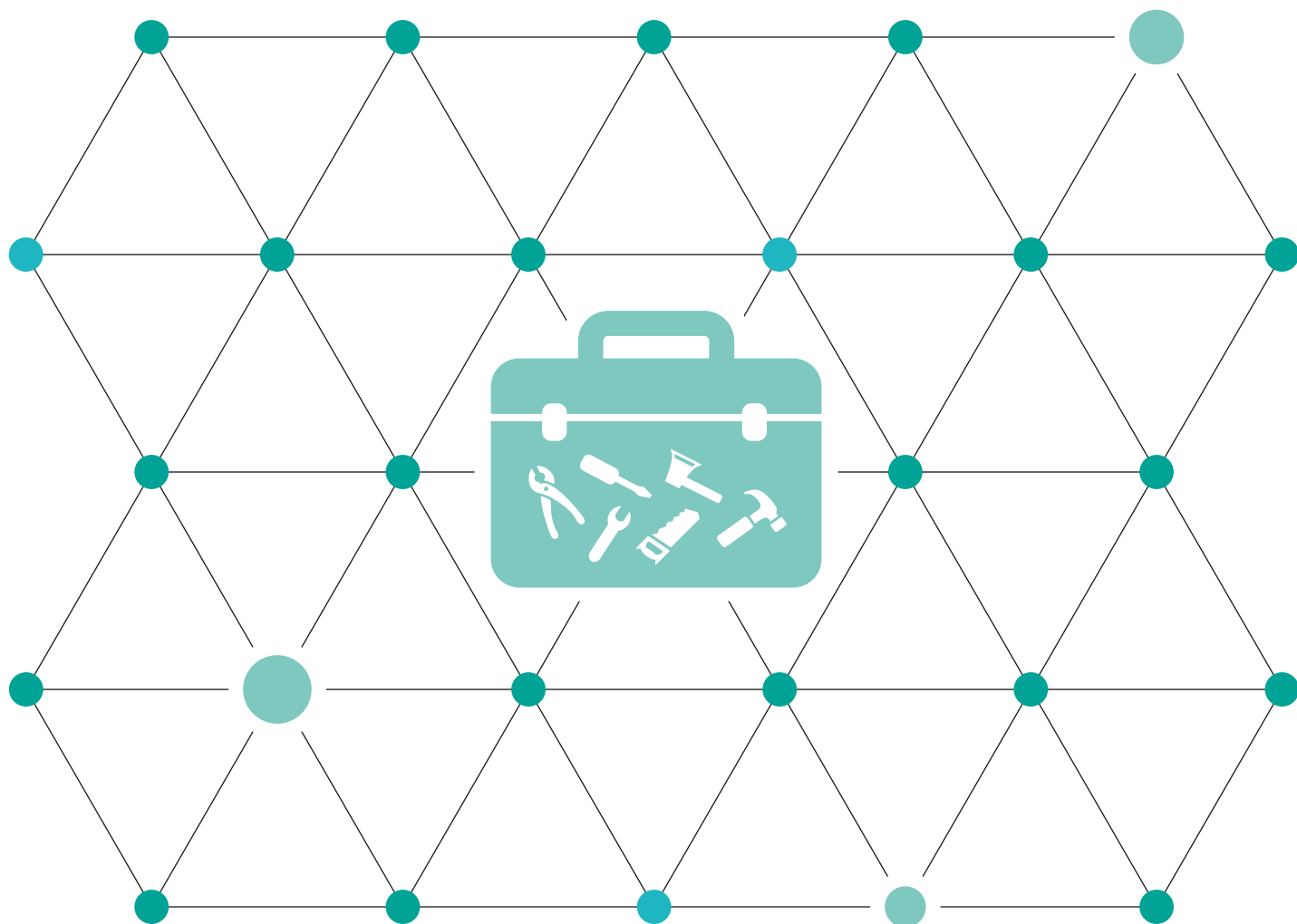


Herramienta de evaluación del VIH y la protección social

Generando evidencia para la creación de políticas y desarrollo de acciones sobre el VIH y la protección social



Contenidos

Resumen ejecutivo	2
Introducción	3
Poblaciones dejadas atrás	4
Protección social	5
Justificación de la herramienta	8
Tipos y objetivo de los programas de protección social	10
Coordinación y gestión de programas de protección social	16
Proceso de tres etapas para llevar a cabo la evaluación	17
Lecciones aprendidas del desarrollo de la herramienta	22
Glosario	24
Anexos	27
Anexo 1. Evaluación de la herramienta de recolección de datos del VIH y la protección social	27
Anexo 2. Informe sobre el diagnóstico del VIH y la protección social	61
Anexo 3. Fuentes potenciales de datos	62
Anexo 4. Ejemplos de programas de protección social	63
Anexo 5. Proyecto de agenda del taller sobre evaluación del VIH y la protección social	66
Referencias	68

Resumen ejecutivo

La herramienta de evaluación del VIH y la protección social sirve para establecer un análisis rápido de los programas de protección social existentes y su sensibilidad (o falta de) a la respuesta que se está dando al VIH en un país y en un lugar determinado. En algunos contextos puede ser necesario realizar un seguimiento e investigaciones adicionales que involucren a los diferentes actores clave, incluidos los directores de los programas de VIH, las personas que trabajan administrando la protección social, los beneficiarios y los representantes de la sociedad civil. La evaluación proporciona a los países y a las comunidades análisis adaptados sobre el VIH y la protección social. La evaluación busca reunir información sobre:

- Los esquemas de protección social que existen en los diferentes países y lugares, y sus propósitos, los criterios de elegibilidad, la cobertura y la sensibilidad al VIH.
- Si las personas que viven con el VIH, las adolescentes y las jóvenes con alto riesgo de infectarse, las poblaciones clave y otras personas que puedan acogerse a los beneficios de protección social, están accediendo a los sistemas de protección social existentes; y, de no ser así, detectar las principales barreras que enfrentan para acceder a estos beneficios de protección social.
- ¿Qué se puede hacer para eliminar las barreras e incluir a estas poblaciones en los programas de protección social existentes?

La información recopilada mediante la herramienta de evaluación tiene como finalidad apoyar la toma de decisiones para fortalecer la sensibilidad al VIH de los sistemas de protección social para llegar mejor a las personas que viven con el VIH, las adolescentes y las mujeres jóvenes, las poblaciones clave y otras poblaciones, y orientar al desarrollo de portales nacionales de protección social sensibles al VIH (por ejemplo, bases de datos electrónicas de programas existentes de protección social sensibles al VIH, como <http://socialprotection.in/>), revisar las estrategias nacionales sobre el sida, procedimiento de inversión en la respuesta al VIH, notas conceptuales del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, Tuberculosis y Malaria y otros programas de bienestar social y alivio de la pobreza. La información podría utilizarse también para catalizar una coprogramación y cofinanciación intersectorial de programas del VIH y la protección social.

Este documento contiene una guía paso a paso sobre cómo realizar una evaluación del VIH y la protección social, a saber: prepararse para realizar la evaluación, incluyendo asegurarse de la apropiación, el liderazgo y el compromiso del gobierno y movilizar el marco apropiado de actores y recursos; realizar la evaluación, incluyendo la formación necesaria sobre el VIH y la protección social, elaborar una herramienta de recopilación de datos y de análisis de datos apropiados, así como la redacción de informes, validación de hallazgos y seguimiento.

Además, este documento contiene anexos con formularios de recopilación de datos y el formato de análisis, la plantilla del informe de evaluación, una lista de fuentes potenciales de datos, ejemplos de protección social, un borrador de agenda para un taller sobre la evaluación del VIH y la protección social y, por último, un glosario de términos utilizados frecuentemente en la evaluación.

Introducción

“Asegurar que el 75% de las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH se beneficien de una protección social sensible al VIH para 2020”.

Estrategia de ONUSIDA
2016—2021

Cada vez hay más consenso en que existen los conocimientos y los métodos para poner fin a la epidemia de sida, vista como una amenaza para la salud pública para el año 2030. No obstante, se necesitan más conocimientos y herramientas, incluyendo una cura y una vacuna. El compromiso político y la financiación sostenible en respuesta al sida son clave para aplicar de manera efectiva los conocimientos y métodos existentes. Para acelerar los avances, los Objetivos de la Acción Acelerada tratan de reducir las nuevas infecciones por el VIH a menos de 500 000, reducir las muertes relacionadas con el sida a menos de 500 000 y eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH para 2020. Reducir las nuevas infecciones por el VIH a menos de 500 000 para 2020 representa una reducción del 75% de las nuevas infecciones por el VIH en comparación con el año 2010 y requiere el logro de un conjunto de objetivos programáticos para las poblaciones con mayor riesgo de infección por el VIH. Una reducción dramática de las muertes relacionadas con el sida requiere que 30 millones de personas tengan acceso al tratamiento del VIH mediante el cumplimiento de las metas 90-90-90 para el año 2020, en las que el 90% de las personas que viven con el VIH conocen su estado serológico; el 90% de las personas que conocen su estado serológico tienen acceso al tratamiento; y el 90% de las personas en tratamiento tienen cargas virales indetectables.

El enfoque de Acción Acelerada trata de ampliar los servicios probados para aquellas poblaciones que se han quedado atrás. Se requieren esfuerzos significativos en los 35 países¹ de la Acción Acelerada, de los cuales 13 se encuentran en África oriental y meridional, y representan el 90% de las personas que contraen nuevas infecciones por el VIH y el 90% de las personas que mueren por causas relacionadas con el sida. Para alcanzar los ambiciosos objetivos es necesario un mayor acceso y uso de los servicios en los lugares clave y en las poblaciones de mayor prioridad, incluidas las personas con mayor riesgo de infección por el VIH: como las trabajadoras y los trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, las personas que se inyectan drogas, prisioneros, niñas adolescentes y mujeres jóvenes y hombres adultos en países de alta prevalencia (1).

Fortalecer los sistemas nacionales de protección social y de la infancia para asegurar que para el año 2020 el 75% de las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH se beneficien de la protección social sensible al VIH es una meta clave en la Declaración Política adoptada en 2016 para poner fin al sida: la Declaración Política de 2016 incluye metas relacionadas con la protección social, tales como la eliminación de la desigualdad de género y todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave, así como el empoderamiento de las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH para que conozcan sus derechos y accedan a la justicia, y a los servicios legales, con el fin de prevenir y combatir las violaciones de los derechos humanos, incluyendo la exclusión del acceso a servicios de protección social sensibles al VIH.

El objetivo de la protección social, que funciona en sinergia con otros objetivos, busca acelerar las acciones que eliminen las barreras para acceder a servicios de protección social sensibles al VIH para:

- Las personas que viven con el VIH.
- Las personas con mayor riesgo de contraer la infección por el VIH, incluyendo a las adolescentes y a las mujeres jóvenes de África oriental y meridional y a las poblaciones clave.
- Personas afectadas por el VIH, incluyendo a los huérfanos y a las familias vulnerables, en particular a las abuelas y a los cuidadores y las cuidadoras.

¹ Kenia, Lesotho, Myanmar, Nigeria, Pakistán, Suazilandia, Ucrania, Vietnam, Zambia, Chad, República Democrática del Congo, Etiopía, Haití, Malawi, Mali, Mozambique, Sudan del Sur, Uganda, República Unida de Tanzania, Zimbabue.

Poblaciones dejadas atrás

Las poblaciones dejadas atrás por la respuesta al VIH varían según el país y el contexto. Estas son las poblaciones más expuestas al riesgo, las más vulnerables y las más afectadas por el VIH debido a su exclusión y discriminación. Esta situación destaca la necesidad de fortalecer los programas para que se pueda llegar a estas personas y satisfacer sus múltiples necesidades en: salud, educación, prestaciones sociales, vivienda, alimentación y nutrición, así como en el área psicosocial y legal. Las poblaciones que son dejadas atrás incluyen aquellas que viven con el VIH, las niñas adolescentes y las jóvenes, los niños y las niñas, las mujeres embarazadas y lactantes que viven con el VIH, las personas encarceladas, los migrantes, las personas desplazadas, las personas que se inyectan drogas, las trabajadoras y los trabajadores sexuales, los hombres que tienen sexo con otros hombres, las personas con discapacidad y las personas de 50 años o más (2).

Cada país y lugar, tomando en cuenta su contexto epidémico y la evidencia relevante, debe priorizar y enfocar sus programas hacia las poblaciones dejadas atrás. Un país tiene la opción de elegir las poblaciones clave más allá de las poblaciones listadas.

Protección social

La protección social es más que dinero en efectivo y transferencias sociales, tales como alimentos y vales. Abarca la financiación económica, la financiación de la salud, los seguros, la asistencia para la obtención de empleo y la asistencia social para reducir la pobreza, la desigualdad, la exclusión y las barreras para acceder a los servicios básicos (3). El objetivo, los grupos beneficiarios, el alcance de los beneficios y la cobertura que proporcionan los diversos programas de protección social en cada país varían ampliamente; sin embargo, la mayoría de los programas de protección social en todo el mundo están diseñados para reducir la pobreza y la vulnerabilidad de las personas pobres.

Los programas de protección social incluyen: programas centrados en aliviar la pobreza y la desigualdad; programas que aumentan el acceso a servicios esenciales como la salud y la educación; programas de vivienda; programas dirigidos a las personas pobres y vulnerables, como los huérfanos y otros niños vulnerables, las adolescentes y las jóvenes, las personas transgénero y las personas de edad avanzada; y los programas que transforman el entorno social, político y económico en el que vive la gente.

Los programas de protección social tienen como objetivo:

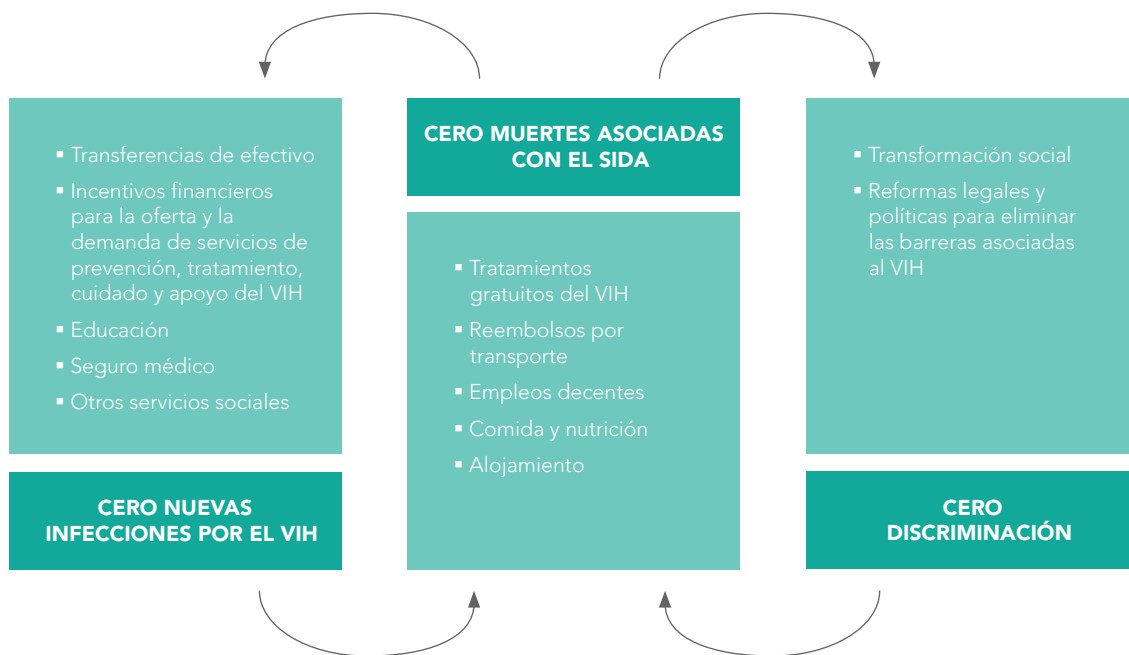
- Proteger los flujos financieros de individuos y hogares vulnerables para resistir los impactos negativos en los ingresos y construir resiliencia con el objetivo de asegurar ingresos para el consumo básico necesario para el cuidado, incluyendo el cuidado infantil, la educación a las niñas y los niños, los alimentos y la nutrición, el agua, la vivienda y otros elementos esenciales.
- Asegurar y aumentar el acceso a servicios médicos y sociales básicos para las personas y hogares vulnerables. Los ejemplos incluyen subsidios escolares en bloque, programas de tutorías, incentivos para aumentar el acceso a la atención de la salud, especialmente para las poblaciones clave, y subsidios para vivienda y calefacción.
- Abogar por una reforma legal y política adecuada para transformar el entorno social en el que viven las personas. Las actividades incluyen abordar la marginación de determinadas poblaciones, reducir la corrupción en los servicios sociales, reducir la desigualdad de género y combatir el estigma y la discriminación que enfrentan las adolescentes y las mujeres jóvenes, así como las poblaciones clave.

Protección social sensible al VIH

Las diferentes funciones de la protección social, por sí solas y en combinación, contribuyen a hacer avanzar la respuesta al sida, aportando a la prevención de las nuevas infecciones por el VIH y a la reducción de las muertes, el estigma y la discriminación relacionados con el sida. La imagen 1 ilustra cómo la protección social contribuye a mejorar la respuesta al sida.

Los sistemas de protección social harán poco por la respuesta al sida si excluyen o no son apropiados y accesibles a las personas que viven con, están en riesgo de infección o están afectadas por el VIH (4). (Véase Protección Social: Avance de la Respuesta al VIH (5) y Anexo 4 para ejemplos). Con aportaciones técnicas y financieras relativamente pequeñas, los instrumentos de protección social pueden hacerse sensibles al VIH. La protección social es

Imagen 1. Cómo la protección social mejora la respuesta al sida



La protección social hace avanzar en la respuesta al sida abordando las desigualdades sociales y económicas, el estigma y la discriminación que exacerban las conductas de riesgo del VIH y la vulnerabilidad al VIH. Las transferencias en efectivo, el incentivo financiero, la educación, los seguros de salud y otros servicios sociales en curso, previenen el VIH y contribuyen a mitigar el impacto del VIH. El tratamiento gratuito del VIH, los programas de apoyo al transporte, el empleo decente, la alimentación y la nutrición y otros servicios sociales también contribuyen a prevenir la infección por el VIH ya que permiten que las personas que viven con el VIH vivan vidas largas y saludables. El elemento de transformación social de la protección social hace posible que las personas demanden y tengan acceso a servicios de calidad para tratar el VIH.

sensible al VIH cuando incluye a las personas que están en riesgo de infección por el VIH o son susceptibles a las consecuencias de la infección por el VIH (3). El término "sensible al VIH" también se refiere al grado en que las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH son consideradas e incluidas en el diseño e implementación de los esquemas de protección social. El grado de sensibilidad en la protección social puede variar desde la no sensibilidad hasta la sensibilidad perfecta.

Promover una protección social sensible al VIH implica trabajar con programas diseñados para grupos de población amplios (como los empleados, los militares, los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables, los hogares con ingresos inferiores al umbral de pobreza nacional, los jóvenes, las niñas y las mujeres, las mujeres embarazadas, personas con discapacidades y personas de edad avanzada) y velar por que superen las barreras políticas y sociales y las brechas de conocimiento que de otro modo dejarían atrás a las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH.

Cuando la reforma de los programas de protección social es demasiado lenta, ineficiente o encuentra dificultades en el ámbito político para satisfacer las necesidades de las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH, se requieren estrategias de protección social relacionadas específicamente con el VIH que se centren exclusivamente en las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH. La protección social permite avanzar en la respuesta al sida abordando las desigualdades sociales y económicas, el estigma y la discriminación que aumentan las conductas de riesgo relacionadas con el VIH y la vulnerabilidad al VIH. El elemento de transformación social de la protección social permite a las personas exigir y acceder a servicios de calidad. Son esenciales en todos los países y en los contextos epidémicos para hacer frente a los focos de vulnerabilidad y abandono. Estos programas también tienen como objetivo asegurar que los focos de vulnerabilidad y abandono estén cubiertos por estrategias más amplias de protección social.

La protección social sensible al VIH o la protección social integral pueden ser apropiadas para algunas poblaciones en contextos particulares. Para más detalles, vea la Nota de Orientación: VIH y Protección Social (6), Anexo 4, y Protección Social: Avance de la Respuesta al VIH (5).

Justificación de la herramienta

Se reconoce cada vez más el papel de la protección social sensible al VIH en el avance de la respuesta al sida, aumentando así la adopción y el uso de los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH (7-12). Existen muchas barreras, sin embargo, para las personas que viven con, en riesgo de infección o afectadas por el VIH que tienen acceso a servicios de protección social sensibles al VIH. Sin embargo, estas barreras pueden ser eliminadas y existen oportunidades para sacar el mayor partido a la coprogramación en la respuesta al VIH y la protección social. Este instrumento de evaluación busca:

- Cubrir la brecha existente ante las evidencias a nivel nacional entre el VIH y la protección social.
- Identificar los puntos de entrada para la acción conjunta de respuesta al VIH y la protección social.
- Revisar las políticas, los programas y las estrategias de protección social para hacerlos sensibles al VIH.
- Apoyar el desarrollo de políticas, programas y estrategias de protección social sensibles al VIH.
- Apoyar la coprogramación de respuesta al VIH y la protección social en los planes nacionales de respuesta al VIH, los planes de reducción de la pobreza, los planes de asistencia para el desarrollo y las políticas sociales más amplias.

Coprogramación intersectorial

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible enfatiza un enfoque basado en darle prioridad a los más vulnerables para no dejar atrás a nadie. Se trata de crear sinergias entre los objetivos y las metas de desarrollo sostenible. El vínculo entre la protección social y los Objetivos y Metas de Desarrollo Sostenible, particularmente el objetivo 3.3—para el año 2030, acabar con las epidemias de sida, tuberculosis, malaria, enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles—, presenta una gran oportunidad para la coprogramación de la respuesta al VIH, la protección social y una agenda de desarrollo más amplia (13).

La profundización de la desigualdad es una característica predominante de esta era. Para 2020, el 56% de la población mundial vivirá en zonas urbanas, donde las tasas de VIH son más altas y la pobreza está creciendo más rápidamente que en las zonas rurales. Mil millones de personas vivirán en barrios marginales urbanos, que suelen estar superpoblados, contaminados y ser peligrosos, carecen de servicios básicos como agua potable, alimentos, vivienda duradera y saneamiento, y puede aumentar la vulnerabilidad al VIH (14). Los programas de protección social que proporcionan redes de seguridad para las personas vulnerables a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son esenciales para alcanzar las metas y avanzar en la respuesta al sida. Los ODS obligan a los actores clave a la integración de los esfuerzos en todas las metas, en particular en lo concerniente al VIH y la protección social, como se muestra en la Imagen 2.

Imagen 2. VIH y protección social relacionados con los ODS



Apoyar la ampliación de la acción en la respuesta al VIH y la protección social son, ambas, posturas correctas, ya que tienen como fin mejorar la salud y el desarrollo a nivel mundial y son una inversión inteligente para generar eficiencia y eficacia en la respuesta al VIH. La inversión en la respuesta al VIH, los productos básicos de salud, la infraestructura y los recursos humanos no serán eficaces a menos que se haga una inversión estratégica para abordar los factores económico sociales de la epidemia del VIH.

La protección social y otras sinergias estructurales y de comportamiento no se consideran prioridades tan competitivas como, por ejemplo, los condones y los lubricantes, la profilaxis previa a la exposición, la terapia antirretroviral y la circuncisión masculina voluntaria médica, sino más bien como componentes de la propia respuesta (1).

Las pautas de tratamiento recientes fomentan un enfoque que integre el VIH en la protección social. Las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2016 recomiendan que la profilaxis previa a la exposición y la terapia antirretroviral se den con la debida atención integral y apoyo, incluyendo el apoyo a la adherencia al tratamiento, el asesoramiento y las pruebas, el apoyo social y económico, la salud mental y el apoyo emocional, así como el acceso a los servicios de anticoncepción y de salud (15).

Las necesidades de las poblaciones clave, incluidas las adolescentes y las jóvenes y las personas que viven con el VIH, se extienden más allá de la respuesta al sida y del sector de la salud. Estas necesidades se cubrirán mejor cuando la respuesta al sida funcione eficazmente y aproveche los puntos fuertes de movimientos afines, incluyendo los programas de protección social sensibles al VIH, respaldados por las leyes y políticas nacionales. La educación, la alimentación y la nutrición, el registro de nacimientos, las tarjetas de identidad, el transporte, la capacitación en habilidades vocacionales, las tutorías y el apoyo docente, el desarrollo agrícola, la promoción de los medios de subsistencia, el apoyo legal y la protección de la propiedad, pueden maximizar los resultados del desarrollo humano, tales como el aumento al acceso y el uso de los servicios sociales, e incluyendo la salud y la educación sobre el VIH.

Tipos y objetivo de los programas de protección social

Aunque los programas de protección social se agrupan por categorías, los programas de protección social son transversales. Algunas transferencias de efectivo condicionadas pueden funcionar con condiciones obligatorias poco estrictas, mientras que algunos programas en especie pueden proporcionar efectivo a las beneficiarias y los beneficiarios; por ejemplo, algunos programas de emergencia en especie proporcionan transferencias de efectivo a las receptoras y los receptores, en lugar de alimentos. Independientemente del mecanismo de ejecución, las y los actores involucrados en la respuesta al VIH deben trabajar para garantizar que la recepción y entrega de los beneficios no perjudiquen a las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH. Por ejemplo, algunos programas de obras públicas pueden no ser apropiados para las personas que viven con el VIH (quienes pueden estar enfermas) o pueden generar problemas para las mujeres (quienes pueden tener roles de cuidadoras). Los programas de protección social funcionan con mayor eficacia en combinación y transversalidad de las diferentes funciones (16); por ejemplo, las exenciones de pago se usan activamente cuando las personas tienen acceso a alimentos, nutrición, un ingreso básico y los medios para acceder a los servicios sociales exentos de pago.

La tabla 1 ilustra los diferentes tipos de programas de protección social.

Servicios de salud

Muchos servicios de protección social son prestados por el sector de la salud como parte de los servicios de salud integral para aumentar el acceso y el uso de los servicios de salud. Estos servicios, incluidos los servicios de protección social que presta el sector de la salud, son subvencionados por diferentes mecanismos de financiación de la salud. La financiación de la salud se refiere a acuerdos específicos de cada país, que recauda y aporta fondos para proporcionar beneficios de los servicios de salud definidos a nivel nacional, incluidos los servicios de respuesta al VIH. El objetivo de la cobertura universal de la salud — acceso a una salud adecuada para todos a un precio asequible— requiere que los sistemas de financiación de los servicios de salud proporcionen a todas las personas (incluyendo las personas que viven, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH) el acceso a los servicios de salud requeridos y aseguren que el uso de estos servicios no exponga a los usuarios a dificultades financieras (17). La financiación de los servicios de salud puede determinar el alcance de la cobertura de los servicios y la protección financiera para que la gente no incurra en gastos de salud catastróficos y de empobrecimiento asociados al acceso a los mismos.

Los mecanismos comunes de financiación de la salud incluyen sistemas recaudatorios obligatorios financiados con fondos públicos a través del ministerio de salud o de los servicios nacionales de salud, el seguro social de salud, y los sistemas voluntarios de financiación privada como el seguro de salud privado y comunitario (18).

Los sistemas de financiación pública son la forma más extendida de financiación de la salud. Colectan y agrupan los ingresos con carácter obligatorio para proporcionar servicios de salud, generalmente gratuitos en su lugar de empleo, a través de una extensa red de proveedores de servicios de salud gubernamentales, privados, religiosos y otros no gubernamentales. Los países que dependen principalmente de acuerdos de financiación

Tabla 1. Tipos de programas de protección social.

Categoría del programa	Subcategoría del programa
Transferencias de efectivo condicionadas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transferencias de efectivo orientadas a las personas que viven en la pobreza. ▪ Subsidio familiar e infantil (incluidos los beneficios para niños y niñas huérfanos y otros niños y niñas vulnerables). ▪ Beneficios de becas
Transferencias de efectivo no condicionadas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transferencias de efectivo orientadas a las personas viviendo en la pobreza. ▪ Subsidio familiar e infantil (incluidos los beneficios para niños y niñas huérfanos y otros niños y niñas vulnerables). ▪ Beneficios en efectivo de becas ▪ Beneficios de subsidios de vivienda y servicios públicos en efectivo. ▪ Apoyo de emergencia en efectivo. ▪ Pensiones sociales de vejez. ▪ Pensiones y prestaciones sociales por discapacidad. ▪ Subvenciones para los funerales y subsidios para los entierros ▪ Caridad pública-privada, incluyendo Zakat ▪ Otras transferencias en efectivo.
Transferencias en especie no condicionadas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cupones de alimentos y vales. ▪ Programas de distribución de alimentos. ▪ Programas nutricionales (terapéuticos, complementarios y para personas que viven con el VIH o la tuberculosis). ▪ Apoyo de emergencia en especie. ▪ Otros programas alimentarios o en especie.
Alimentación en las escuelas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentación escolar. ▪ Jardines escolares. ▪ Distribución de alimentos o suplementos de alimentos para las escuelas. ▪ Programas de voluntariado escolar para apoyar a hogares vulnerables (por ejemplo, con la agricultura en los hogares).
Obras Públicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comida por trabajo. ▪ Comida por trabajo. ▪ Prestaciones sociales condicionadas
Exenciones de pago	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reducción de gastos médicos y de salud. ▪ Exenciones de pagos en educación. ▪ Exenciones a los pagos de vivienda y servicios públicos.
Otras redes de seguridad social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Otra asistencia social. ▪ Servicios de atención social para niños y jóvenes. ▪ Servicios de asistencia social para la familia. ▪ Servicios de asistencia social para personas con discapacidad. ▪ Servicios de asistencia social para personas mayores. ▪ Otras redes de seguridad social.

Fuentes: Adaptadas con base en las redes de seguridad del Estado. Washington, DC: Banco Mundial; 2015.

pública han logrado una mayor cobertura de la salud y una protección financiera para su población en el acceso a los servicios de salud, especialmente para las personas pobres y vulnerables (19). Estos sistemas movilizan recursos a través de una variedad de mecanismos de contribución, incluidos los impuestos e iniciativas domésticas y externas administradas por los gobiernos, tales como los recursos de regalías o los fondos de equidad de la salud.

Las principales ventajas de la financiación de la salud con fondos públicos son que los riesgos son compartidos por toda la población a nivel nacional. La eficiencia administrativa, el control de costes y la redistribución de los riesgos entre riesgos altos y bajos, y entre grupos de ingresos altos y bajos, son elevados en los sistemas de financiación pública. Los sistemas de financiación pública se enfrentan a riesgos derivados de la impredecibilidad y de la falta de recursos como consecuencia de las necesidades competitivas del gasto público y de las exigencias políticas (18). Estos sistemas pueden ser ineficientes si no se les dota de incentivos o de una supervisión efectiva, y sufren al ser percibidos como servicios de baja calidad (20).

La seguridad social es otra forma de financiación pública. La seguridad social es un seguro médico independiente o cuasi-independiente que depende de las contribuciones obligatorias de los trabajadores y de sus empleadores en sus nóminas. El paquete de beneficios está prescrito y restringido a las personas con un empleo formal, aunque cada vez más los países empiezan a subsidiar la participación de personas dentro de la economía informal. El seguro de salud social tiene las ventajas fundamentales de unos ingresos estables, la participación de interlocutores sociales y su representación, un fuerte apoyo de la población dada la noción percibida de solidaridad social, un acceso equitativo a servicios de salud de alta calidad y a la protección financiera mediante la agrupación de los riesgos altos y bajos a través de los diferentes grupos de ingresos. El seguro de salud social puede ser complejo y difícil de gestionar. Las contribuciones a través de las nóminas pueden reducir la competitividad de las empresas y traducirse en un mayor desempleo (18).

El seguro de salud voluntario es un acuerdo de financiación privada por el cual las contribuciones se pagan de forma privada y voluntaria. Los beneficios de los servicios de salud para esos sistemas voluntarios y privados, a menos que sean subvencionados por los gobiernos, sólo son accesibles para las personas capaces de pagar y son propensos a los fallos de mercado, incluyendo la selección adversa— en las que personas que tienen más probabilidades de utilizar los servicios de salud son las que pagan los planes de salud voluntarios. A menudo se requiere una gran cantidad de suscriptores saludables y de ingresos altos para equilibrar a los suscriptores negativamente auto-seleccionados; este es el principal reto para los sistemas de financiación voluntaria (21). Ningún país ha realizado progresos sustanciales de cobertura universal de la salud mediante los seguros de salud voluntario. La obligación de pagar al seguro y la subvención del seguro son condiciones necesarias para lograr la cobertura universal de la salud (22).

El seguro de salud comunitario es voluntario y generalmente se establece en entornos con mercados laborales informales. La característica específica de este seguro es la participación de la comunidad en la puesta en marcha, la organización y la gestión. Un gran sentido de solidaridad comunitaria local es requerido. El seguro de salud comunitario puede tener efectos positivos para las personas cubiertas si llega a aquellas dentro de la economía informal y a los segmentos más pobres de la población. En la práctica, los planes de seguro de salud comunitarios se enfrentan a un escaso potencial de financiación y de capacidad institucional para cubrir grandes poblaciones, y las personas pobres y vulnerables están excluidas a menos que estén subvencionadas (23). El seguro de salud comunitario puede sufrir por fuertes incentivos para la selección adversa y puede ser asociado a la falta de profesionalidad en el gobierno y la administración (18).

Los sectores de la salud también pueden establecer programas específicos de protección social e incentivos para aumentar el acceso, uso y retención en los servicios de salud para poblaciones particulares como: las mujeres embarazadas que viven con el VIH, las personas que se inyectan drogas, las personas que viven con el VIH y las personas que viven con la tuberculosis (TB). Ejemplos de ello son los incentivos de efectivo y en especie, reembolsos

por el transporte, la vivienda a corto plazo, los programas de alimentación y las exenciones de pagos para alentar a las personas a acceder y utilizar los servicios de salud, como se muestra en los dos ejemplos siguientes.

En la República Democrática del Congo, un programa piloto ofreció a las mujeres que viven con el VIH 5 dólares estadounidenses de incentivo de efectivo en su primera asistencia a una clínica prenatal para la prevención de los servicios de transmisión materno-infantil y 1 dólar estadounidense adicional a la cantidad dada en la visita anterior por cada visita posterior. El incentivo llevó a mejorar la retención y la utilización de los servicios. A las seis semanas después del parto, el 81% de las mujeres que recibieron los incentivos de efectivo aún estaban en el programa, en comparación con el 72% de las mujeres que no recibieron el incentivo. La falta de seguimiento se redujo a cerca de la mitad (47%), y la adhesión a la prevención de los servicios de transmisión materno-infantil, incluida la prestación en el centro de salud, aumentó en un tercio (32%) (9).

Las estrategias de protección social sensibles al VIH tienen el potencial de mejorar el acceso de las personas a los servicios de atención del VIH y la TB y reducir la vulnerabilidad de las personas al VIH y a la TB, mejorando la posición socioeconómica de los hogares y la seguridad alimentaria en términos de disponibilidad de alimentos y diversidad alimentaria. Una evaluación del papel del programa Bolsa Familia de Brasil — una de las mayores transferencias de efectivo en el mundo — sobre las tasas de curación de la tuberculosis en Brasil, encontró un 82,1% de curación de la TB entre las personas beneficiarias de la transferencia de efectivo; esto supuso un 5,2% más que entre las personas no beneficiadas por la transferencia de efectivo. La asociación fue más alta entre los pacientes que no recibieron tratamiento de corta duración, lo que sugiere que la transferencia de efectivo tiene potencialmente efectos mayores, especialmente entre las personas que tienen menos posibilidades de acceso y de ser retenidas en el cuidado estándar de la TB (25).

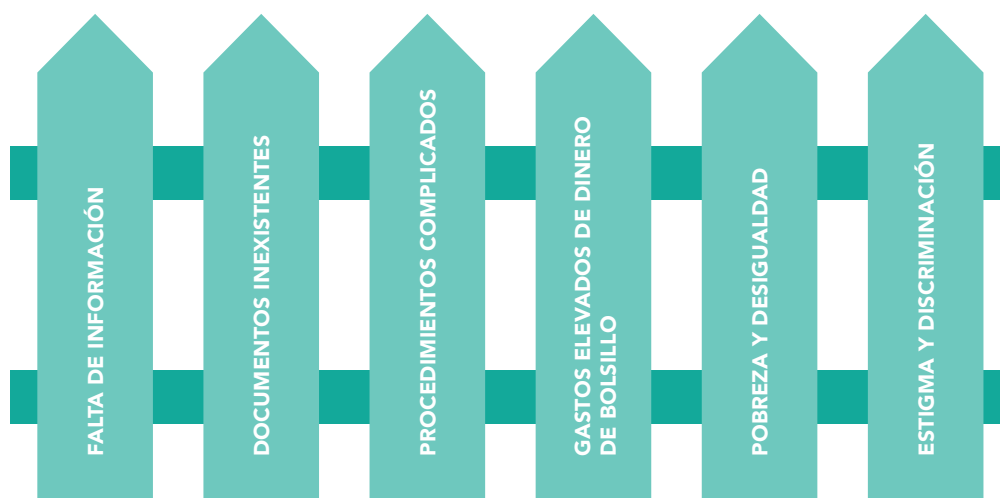
La TB es la infección oportunista más frecuente en las personas que viven con el VIH, estén o no en tratamiento del VIH (26). La tuberculosis sigue siendo la principal causa de hospitalización y muertes hospitalarias entre adultos y niños que viven con el VIH (27). El VIH y la tuberculosis agravan de manera independiente y colectiva la pobreza al reducir la fuerza física y la capacidad de trabajo de los pacientes, lo que en última instancia conduce a la pérdida de ingresos (28).

Barreras para acceder a los servicios de protección social sensibles al VIH

Las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH se enfrentan a numerosas barreras para acceder a los servicios de protección social sensibles al VIH. Estas barreras pueden ser políticas o programáticas, o una combinación de ambas. Más allá de la ausencia de programas de protección social, las barreras incluyen la inexistencia de programas de protección social sensibles al VIH y los sistemas de prestación de servicios o políticas que explícitamente excluyen a las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH. La cobertura limitada y los paquetes de prestaciones de los sistemas existentes también pueden constituir una barrera a la política de acceso a los sistemas de protección social sensibles al VIH para las personas que viven con, están en riesgo de infección o se ven afectadas por el VIH. Por ejemplo, los inmigrantes, los refugiados, los viajeros y los trabajadores móviles suelen caer en tierra de nadie pues no pueden acceder a los beneficios en su hogar y no son elegibles para el acceso a los beneficios en su país o lugar de destino (29).

Las barreras del programa incluyen la falta de información sobre los programas disponibles de protección social sensibles al VIH, la falta de documentos como los documentos nacionales de identidad y los certificados de nacimiento que otorgan la elegibilidad y el derecho a servicios, los procedimientos engorrosos y complicados, el estigma y la discriminación, y los gastos de bolsillo elevados (Imagen 3). En algunos casos, las personas que viven con el VIH, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH son personas pobres y ya desfavorecidas.

Imagen 3. Barreras de los programas para acceder a los beneficios de la protección social



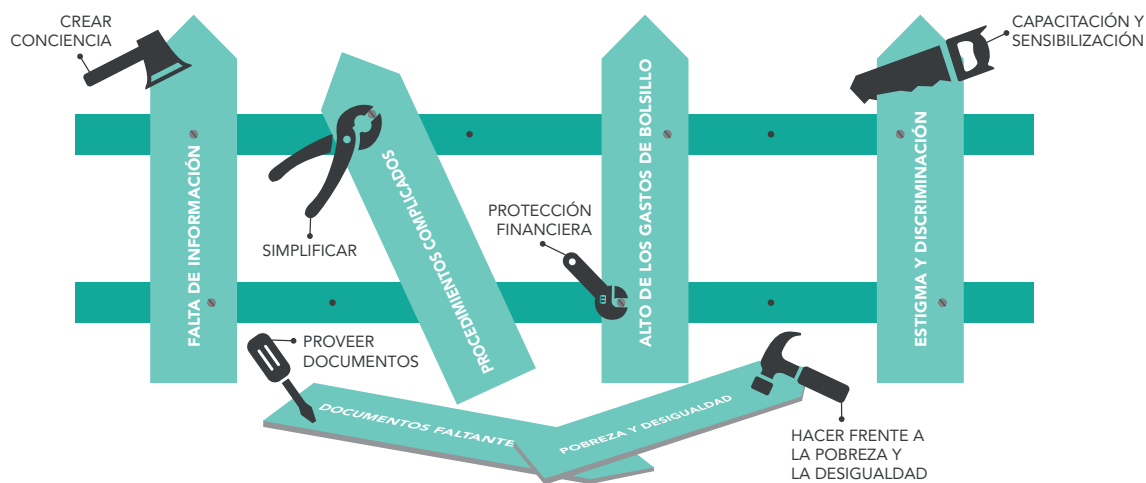
Las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH pueden ser discriminadas o autoestigmatizarse y excluirse del acceso a sistemas de protección social sensibles al VIH por diversas razones. Pueden pertenecer a poblaciones clave como las trabajadoras y los trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, las personas que se inyectan drogas o las personas transexuales. Los migrantes, las minorías étnicas, los pueblos indígenas, las personas pobres que viven en contextos rurales y urbanos, los grupos marginados y las personas en la cárcel o que han salido recientemente de ella, suelen ser «los últimos de la fila» o están excluidos activamente de los servicios públicos y privados (30). En algunos países, sólo algunos empleados del sector privado, las trabajadoras y los trabajadores gubernamentales y militares están cubiertos por sistemas de protección social.

Aunque los servicios de protección social sensibles al VIH pueden ser gratuitos al momento de uso, el proceso de obtención de servicios puede conllevar costos económicos que no son asequibles para los receptores; tales costos incluyen el transporte para llegar al punto del servicio, los salarios que se dejan de obtener y los tiempos de espera. Por ejemplo, la terapia antirretroviral puede ser gratuita al momento del uso, pero los receptores pueden tener que pagar por pruebas o comprar fármacos para infecciones oportunistas en farmacias privadas debido al desabastecimiento en hospitales públicos (31) o porque estos servicios no están exentos de tasas.

Acciones para eliminar las barreras para acceder a programas de protección social sensibles al VIH

Los responsables de formular políticas y los encargados de la implementación de la protección social pueden necesitar apoyo técnico para comprender el impacto financiero y programático de las medidas para eliminar las barreras de acceso a la protección sensible al VIH. Pueden requerir apoyo para la coprogramación intersectorial, la cofinanciación (32), la identificación del espacio fiscal y otros aspectos para implementar las acciones. También pueden requerir apoyo para fortalecer sistemas como la focalización, la gestión financiera y el desarrollo de programas de monitoreo y evaluación creíbles para aumentar la sensibilidad al VIH de un programa o sistema de protección social.

Imagen 4. Acciones para eliminar las barreras de acceso a la protección social sensible al VIH



Se pueden llevar a cabo muchas actividades para eliminar las barreras que impiden acceder a los sistemas de protección social sensibles al VIH para las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH, como por ejemplo (Imagen 4):

- Iniciar nuevas estrategias para subsanar las deficiencias y consolidar múltiples estrategias en un programa integral más amplio.
- Revisar los procesos de focalización para llegar más eficazmente a las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH, en los programas de protección social.
- Ampliar la cobertura geográfica categórica de los programas de protección social sensibles al VIH para satisfacer las necesidades de equidad y otras consideraciones.
- Crear conciencia entre las poblaciones afectadas, incluyendo a las personas que viven con el VIH y a las poblaciones clave, sobre los programas existentes de protección social sensibles al VIH y sus derechos.
- Simplificar los procesos para acceder a programas de protección social sensibles al VIH, incluyendo el establecimiento de canales únicos de entrega para permitir que las personas tengan acceso a beneficios integrales de protección social desde un solo lugar.
- Proporcionar tarjetas nacionales de identidad y certificados de nacimiento para el reconocimiento gubernamental de las personas que no reciben servicios de protección social, con el fin de recibir servicios de protección social sensibles al VIH.
- Capacitar a los administradores y proveedores de la protección social, incluyendo a las compañías de seguros, para que lleguen más eficazmente a las personas que viven con, en riesgo de infección o afectadas por el VIH, cuando estas poblaciones son elegibles, incluyendo los esfuerzos para eliminar el estigma y la discriminación en torno al acceso de los beneficios de la protección social de las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH.

Los esfuerzos para eliminar las barreras para acceder a los sistemas de protección social sensibles al VIH también requieren de un apoyo institucional focalizado para la administración y la gestión de la protección social, los sistemas de consulta y los vínculos entre los servicios de bienestar social y las entidades de servicios de salud. La infraestructura, el personal, el equipo de oficina y los vehículos para la prestación efectiva de la protección social son a menudo escasos al nivel local donde se prestan los servicios.

Coordinación y gestión de programas de protección social

Dentro de un país y de una provincia o distrito puede haber una gama de servicios de salud y programas de protección social que contengan diferentes servicios de protección social que sean coordinados y proporcionados por múltiples agencias gubernamentales y actores no gubernamentales, y diferentes niveles de gobierno. En la mayoría de los casos, la función de coordinación se asigna al ministerio más directamente relacionado con la protección social, como el Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio de Inclusión Social o la Autoridad Nacional de Seguridad Social. En estos casos, el Ministerio coordinador convoca a las entidades a participar en la implementación de la estrategia de protección social. Por ejemplo, en Brasil, el Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre coordina la Estrategia de Protección Social de Brasil. En Kenia, la coordinación se divide en tres Ministerios: el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Seguridad Social y Servicios y el Ministerio de Descentralización y Planificación (33).

Otro método de coordinación es a través de una comisión de coordinación o comité, a menudo referido como Comité Nacional Ministerial. El Comité se crea específicamente para coordinar la estrategia. En muchos casos, este Comité está adscrito a la presidencia. Por ejemplo, en Benín, el *Comité Socle de Protection Sociale* es responsable de la coordinación relacionada con la estrategia de protección social. Debido a su proximidad al presidente, estos comités suelen tener mayores poderes de convocatoria y coordinación de lo que de otra manera tendrían. En muchos otros casos, el comité puede caer bajo la dirección de un Ministerio competente como el Ministerio de Finanzas y Planificación Económica, el Ministerio de Salud y Bienestar Social o el Ministerio de Trabajo (33).

Para una gestión eficaz de los programas de protección social, los países han desarrollado sistemas de gestión de la información de diversa complejidad. Los registros sociales que contienen listas de individuos y hogares elegibles para participar en un programa, los registros de beneficiarios que contienen la lista actual de beneficiarios de un programa y los sistemas de seguimiento y de evaluación figuran entre las herramientas más utilizadas para la administración y la gestión de los sistemas de protección social. Es clave que los actores de la respuesta al VIH aseguren que las personas elegibles que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH se vean reflejadas en estos sistemas de gestión.

La mejora de la coordinación y la gestión de los programas de protección social entre los diferentes departamentos gubernamentales, incluyendo salud, educación y agricultura, y entre los distintos organismos no gubernamentales, como los organismos internacionales y bilaterales y los donantes, y a diferentes niveles gubernamentales, sigue siendo una prioridad clave para los programas exitosos de protección social. (34)

Proceso de tres etapas para llevar a cabo la evaluación

Las tres etapas siguientes proporcionan orientación a los actores de la respuesta al VIH y de la protección social que buscan llevar a cabo una evaluación del VIH y la protección social. Estas ilustran los puntos clave desde la preparación hasta la realización de la evaluación, la redacción de informes, la validación y las actividades de seguimiento que deben tenerse en cuenta para realizar una evaluación útil del VIH y la protección social.

ETAPA 1

Preparación para realizar la evaluación

Las autoridades nacionales de respuesta al sida y la protección social, en particular los directores nacionales de los programas de sida y sus designados, los directores nacionales de los programas de protección social y otros ministerios que se ocupan de la gestión de la respuesta al VIH y la protección social deberían realizar la evaluación del VIH y la protección social. Las autoridades gubernamentales deberían contar con el apoyo de un equipo que incluya al director de país de ONUSIDA, los y las representantes designadas y designados y relevantes de entre los copatrocinadores de ONUSIDA.

Paso 1: asegurar un compromiso de alto nivel

El compromiso político de alto nivel es clave para el éxito de la evaluación del VIH y la protección social. Con el fin de lograr un compromiso de alto nivel, las instituciones gubernamentales principales, en particular las autoridades nacionales de respuesta al sida y la protección social, deberían realizar las siguientes tareas conjuntamente con los actores clave:

- Detectar a los responsables gubernamentales clave, los actores de desarrollo y los representantes de la sociedad civil para que participen en la evaluación.
- Identificar los desafíos y las oportunidades para desarrollar un apoyo de alto nivel y preparar las estrategias para asegurar este apoyo.
- Preparar una breve nota conceptual de una página sobre por qué es importante llevar a cabo una evaluación del VIH y la protección social y cómo se prevé que mejore la respuesta nacional al sida y se fortalezca la sensibilidad al VIH de los programas y planes de protección social.
- Elaborar un proyecto de plan de recursos para la evaluación. El plan puede incluir un presupuesto estimado, los recursos humanos que se necesitan para llevar a cabo la evaluación y las fuentes de financiación para el plan.
- Compartir la nota conceptual y la herramienta con los responsables clave. Analizar con ellos y pedir sus aportaciones, implicación y compromiso en el proceso de desarrollo de la evaluación.

Paso 2: establecer un equipo de evaluación del VIH y protección social

Las autoridades nacionales de lucha contra el sida y la protección social, con el apoyo de ONUSIDA y de los copatrocinadores relevantes, deberían formar un equipo central para realizar la evaluación.

Las autoridades deben identificar e invitar a personas de las instituciones relevantes a formar parte del equipo central para realizar la evaluación. El equipo central debería incluir personal de alto nivel de la oficina nacional de estadística, los Ministerios de Salud, Finanzas, Agricultura, Trabajo y los socios clave para el desarrollo, como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés) Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR, por sus siglas en inglés), el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, los donantes y los representantes de la sociedad civil, incluyendo las redes de mujeres que viven con el VIH y las poblaciones clave. Es importante garantizar que los miembros del equipo y sus instituciones se comprometan explícitamente a realizar la evaluación.

Se debe velar por que el equipo sea multidisciplinario, esté bien informado y refleje el carácter multisectorial de la protección social. Los miembros deben tener la experiencia competente y conocimiento de la programación sobre el VIH, incluida la información sobre la respuesta nacional al sida, el enfoque estratégico, la financiación, la cobertura, las políticas y las estimaciones. Del mismo modo, las autoridades de protección social deben ser competentes en las políticas, la financiación, la programación y la cobertura de programas y los programas de protección social sensibles al VIH a nivel nacional y subnacional.

Debe establecerse un balance para asegurar la combinación adecuada de conocimientos técnicos de programas de VIH y protección social, capacidad política para avanzar en los resultados y dinámicas de grupo adecuadas para un debate productivo en el equipo. El equipo debe estar limitado a 10 miembros para asegurar la participación significativa de los miembros y facilitar la toma de decisiones y acciones oportunas.

En consonancia con el principio de mayor participación de las personas que viven con el VIH (MPPV), deben realizarse esfuerzos específicos para garantizar que las poblaciones afectadas por el VIH, incluyendo a las personas que viven con el VIH, las adolescentes y las mujeres jóvenes y las y los representantes de las poblaciones clave, formen parte del equipo que realiza la evaluación y sean capaces de participar en todo el proceso.

Paso 3: recopilar, clasificar y almacenar los documentos relevantes

El equipo debe recopilar los datos de tres fuentes: (35) un estudio de documentos de referencia existentes, incluidos informes de programas de protección social, cuentas nacionales de salud o informes nacionales de la evaluación de los gastos relacionados con el sida y las bases de datos de monitoreo y evaluación donde existan; (33) análisis secundario de la información existente; (36) y las respectivas áreas de especialización de los miembros del equipo. Antes de realizar el estudio los equipos deben realizar una revisión de los documentos para determinar el conjunto de documentos que serán más relevantes para la evaluación.

El equipo puede tener que considerar evaluar la credibilidad y la objetividad de los documentos. Siempre que sea posible, el equipo podrá realizar un análisis secundario de los datos de las encuestas o programas existentes para comprender las diferentes tendencias y las pautas relacionadas con el VIH y la protección social.

Las fuentes potenciales de información que deben reunirse con antelación figuran en los Anexos 1 - Métodos de recolección de datos y 3.

¿Dónde debe llevarse a cabo la evaluación?

Dado que esta evaluación es un análisis rápido de los programas de protección social existentes y su sensibilidad al VIH, la interrelación o la falta de relación con la respuesta al VIH, la evaluación debe realizarse a nivel nacional. Las evaluaciones de seguimiento detalladas, donde sea necesario y requerido, deben realizarse a nivel subnacional (provincia) y sub-subnacional (distrito). En algunos países, especialmente aquellos con epidemias concentradas, la evaluación puede realizarse en una ciudad o distrito particular que tenga la mayor carga de VIH. El nivel subnacional debería consolidar los informes en un nivel subnacional dado. Debe enviarse una copia del informe a nivel subnacional a las autoridades nacionales de protección social y de sida del país. Cuando sea necesario, los informes subnacionales contribuirán a la evaluación nacional.

La ventaja de este proceso es que, como mínimo, cada país tendría una evaluación nacional del VIH y la protección social que, en caso de aumento con la situación epidémica local, pueda proporcionar información para desarrollar acciones pragmáticas para fortalecer el acceso a servicios de protección social sensibles al VIH para las poblaciones dejadas atrás por la respuesta al sida.

ETAPA 2

Realizar la evaluación

Organizar un taller de evaluación del VIH y la protección social

Un taller sobre el VIH y la protección social debería ser organizado por las autoridades nacionales de respuesta al sida y la protección social para el equipo central con el apoyo técnico de los miembros del Equipo Conjunto de ONUSIDA. El taller está basado en una capacitación y finalización de la evaluación. La capacitación debería cubrir ampliamente temas como la situación de la epidemia del VIH, los tipos y las funciones de los programas de protección social, el acceso a los servicios de protección social en los centros de atención de salud y los mecanismos de administración de la herramienta de evaluación del VIH y la protección social.

Se sugiere reservar hasta una semana para realizar el taller de evaluación. Las poblaciones que no tienen un empleo remunerado, incluidas las personas que viven con el VIH o que están en riesgo de infección o afectadas por el VIH, pueden necesitar apoyo específico con, por ejemplo, el transporte para asegurar su participación continua en el taller.

Dado que se espera que los miembros del grupo sean expertos en diferentes aspectos del VIH, la protección social y la administración de la evaluación, podrían ser alentados para presentar aspectos de la formación. La formación debe concluir con una demostración práctica de cómo completar los cuestionarios y redactar un informe. El anexo 5 contiene un proyecto de agenda de talleres de evaluación del VIH y la protección social que puede adaptarse al contexto nacional y local. Una vez completada la parte de capacitación del taller, el equipo puede proceder a completar la evaluación electrónicamente.

Es esencial que la información incluida en la evaluación sea debidamente documentada y referenciada. Por ejemplo, si el equipo de evaluación indica que a los migrantes se les excluye del tratamiento de respuesta al VIH, entonces una fuente de esta información debe ser indicada apropiadamente en la plantilla de recolección de datos.

ETAPA 3

Los representantes del ministerio de protección social y de las autoridades nacionales de respuesta al sida, en colaboración con los directores de país de ONUSIDA, deberían verificar que el formulario está debidamente cumplimentado y firmar la recopilación completa de los datos. Una vez se completan y presentan los datos, un informe de evaluación en bruto se hace disponible electrónicamente para el país o el lugar con relativa rapidez para que el equipo escriba un informe narrativo.

Análisis de los datos, presentación de los informes y validación de los resultados

Análisis

De acuerdo con la información recolectada, se debe realizar un análisis basado en la herramienta y formular las recomendaciones. Las principales preguntas para guiar el análisis y el formato de análisis sugerido se incluyen en el Anexo 1. Los datos recopilados deben analizarse para que los programas de protección social, dentro de sus objetivos actuales y metas, sean accesibles a las personas que viven con el VIH. Esto puede requerir que se aborden las barreras más cruciales para acceder a la protección social sensible al VIH para las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH.

Sobre la base del análisis, debe redactarse un informe, que incluya las recomendaciones pertinentes. Dado que la mayoría de los programas de protección social sensibles al VIH aún no han alcanzado la cobertura nacional, puede ser necesario que en algunos casos el informe incluya recomendaciones para abogar por la expansión de los programas de protección social existentes, especialmente si estos programas cubren a las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectados por el VIH. En algunos casos puede ser necesario diseñar programas de protección social específicos y altamente focalizados para llegar a las poblaciones particularmente excluidas o vulnerables, en lugar de revisar los programas nacionales existentes de protección social establecidos para alcanzar objetivos más amplios relacionados con el desarrollo. Esto puede requerir la identificación de nuevas fuentes de apoyo financiero para implementar las recomendaciones. En la medida de lo posible, las recomendaciones deben ser específicas del contexto y deben adaptarse a contextos nacionales, subnacionales y sub-subnacionales.

Informe y validación

El informe debe ser compartido y respaldado por las y los actores clave de la respuesta al VIH y la protección social en un evento público para aumentar la visibilidad, la toma de conciencia de los hallazgos y generar apoyo político. Representantes de alto nivel de los gobiernos, las Naciones Unidas, los donantes y la sociedad civil, incluyendo a las personas que viven con el VIH y los representantes de otras poblaciones clave deberían ser invitados a participar en la validación del informe de la evaluación. Los hallazgos deben ser reportados de forma clara y sencilla con gráficos que transmitan los mensajes clave. Debería extraerse un resumen ejecutivo del informe principal y ponerse a disposición durante la reunión de validación para facilitar la asimilación de los principales hallazgos y recomendaciones de la investigación.

Seguimiento

La forma y la duración de la implementación de las recomendaciones variarán según el contexto, el lugar y el tipo de recomendaciones. El equipo debe continuar, en cualquier caso, para emprender acciones para fortalecer la voluntad política y la apropiación de los hallazgos, fortaleciendo la capacidad para la ejecución de los programas, identificando las fuentes de financiación de la protección social sensibles al VIH y el desarrollo de programas complementarios. Compartir evidencia sobre los avances para implementar las recomendaciones sobre la mejora de la vida de las personas es importante para mantener la voluntad política y el compromiso de una implementación sostenida de las recomendaciones.

La construcción de capacidades puede suponer un aumento en la cantidad de equipo y el número de funcionarios y de personal de formación en las distintas recomendaciones e instrumentos relacionados con la protección social, incluyendo la eliminación del estigma y la discriminación asociados con el acceso a la protección social de las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH. También puede implicar la creación de un mayor conocimiento de la protección social para las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH, para aumentar la calidad y la demanda de los servicios de protección social.

Lecciones aprendidas del desarrollo de la herramienta

La herramienta fue desarrollada por miembros del Equipo de Tareas Interinstitucional (IATT, por sus siglas en inglés) sobre atención y apoyo a la protección social. Este Equipo de Tareas Interinstitucional está copresidido por UNICEF y el Banco Mundial y coordinado por la Secretaría de ONUSIDA, UNICEF, PNUD, OIT, OMS, PMA, EE.UU. El Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR, por sus siglas en inglés) y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés), las ONG *AIDSFONDS*, previamente conocida como *STOPAIDS NOW!*, y *World Vision International*, así como la Universidad de Oxford, contribuyeron activamente al desarrollo de la herramienta. Se recibieron aportaciones adicionales por parte de los participantes del PNUD en la *Consulta de protección social sensible al VIH* dirigida por Medio Oriente y África del Norte (MENA, por sus siglas en inglés) y celebrada del 4 al 6 de agosto de 2015 en Sharm- elSheij, Egipto. La OIT patrocinó *VIH y sida y el mundo del trabajo: una perspectiva de prevención y protección social*, capacitación que tuvo lugar del 12 al 16 de octubre de 2015 en Turín (Italia), y los participantes del taller *Realizando una evaluación del VIH y la protección social* celebrada el 1 de diciembre durante la 18ª Conferencia Internacional sobre sida /Infecciones de Transmisión Sexual (ICASA, por sus siglas en inglés) en Harare, Zimbabwe.

La herramienta fue probada en Lusaka, Zambia, del 4 al 5 de febrero de 2016, seguida de otra prueba piloto en Nairobi, Kenia, del 8 al 9 de febrero de 2016. Cada una de las pruebas piloto contó con la presencia de 36 personas, incluyendo funcionarios de alto nivel del gobierno que trabajan en la respuesta al VIH, la protección social, los representantes de la sociedad civil, incluyendo las personas que viven con el VIH, las poblaciones clave, las personas con discapacidad y los miembros del Equipo Conjunto de las Naciones Unidas. Ambas pruebas piloto tuvieron el firme apoyo de los gobiernos, UNICEF y ONUSIDA y los copatrocinadores de país de ONUSIDA. Las sugerencias derivadas de las pruebas piloto se utilizaron para fortalecer la herramienta. Las lecciones aprendidas incluyen:

- Garantizar el nivel adecuado de apropiación y liderazgo del gobierno en la realización de la evaluación. En Zambia, el Director del CNA y el Ministro de Desarrollo Comunitario y Servicios Sociales no solo participaron en la preparación de la prueba piloto, sino que participaron activamente en el taller de la prueba piloto. El compromiso de los dos líderes ayudó a asegurar que la combinación apropiada de personal clave del gobierno y personal no gubernamental participaran activamente durante la duración de la prueba piloto.
- Programar las oportunidades adecuadas para realizar la evaluación. El liderazgo activo de UNICEF en las pruebas piloto de Zambia y Kenia aseguraron que el momento apropiado fuera elegido para realizar la evaluación que alimentó los procesos de políticas adecuadas. En Zambia, se estaba elaborando la nota conceptual del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, mientras que en Kenia se estaba examinando el sistema de gestión de la protección social.
- Los grupos de las y los jóvenes, las personas que viven con el VIH, las poblaciones clave y los representantes de la sociedad civil pueden necesitar transporte directo y otro apoyo logístico para que puedan participar durante toda la evaluación. En ambos países

asistieron representantes de las y los jóvenes, personas viviendo con el VIH y poblaciones clave. En Kenia se incluyeron representantes de *Women Fight AIDS in Kenia* (WOFAK, por sus siglas en inglés) y *Bar Hostess Empowerment and Support Program* (BHESP, por su nombre en inglés), mientras que en Zambia se incluyeron representantes de *Network of Zambian People Living with HIV* (NZP +, por su nombre en inglés), la Red Nacional de Jóvenes sobre Población y Desarrollo y la Asociación Nacional de Personas con Discapacidad, entre otros. Estos grupos no habrían participado sin el apoyo en transporte por parte de UNICEF para el proyecto piloto de Kenia, y por parte de ONUSIDA para el proyecto piloto de Zambia.

A pesar de las lecciones aprendidas, ambos proyectos piloto mostraron que la herramienta podría ayudar a identificar los principales programas de protección social sensibles al VIH que existen y generaron recomendaciones para tomar acciones para aumentar la sensibilidad al VIH de los programas identificados.

Glosario

Subvención en bloque. Subvención monetaria o no monetaria otorgada a una institución de servicios sociales por una organización gubernamental o no gubernamental con disposiciones generales sobre cómo se gasta la subvención. Un ejemplo es el dinero o materiales escolares dados a una escuela a cambio de la exención de gravámenes para los alumnos identificados en la escuela por un período de tiempo abierto o determinado. Otro ejemplo es una donación monetaria o no monetaria otorgada a un centro de salud a cambio de que una población acceda a un paquete de servicios de salud de ese centro de salud sin costo alguno para la persona por un período de tiempo abierto o determinado (35).

Transferencia de efectivo. Pagos de efectivo no contributivos regulares y predecibles dados a las personas pobres y vulnerables para reducir la pobreza y la vulnerabilidad. Las transferencias de efectivo abarcan una gama de instrumentos, incluyendo pensiones sociales, subsidios infantiles y programas de obras públicas, y tienen una gama de características de diseño:

- Las transferencias monetarias condicionadas requieren que los beneficiarios cumplan con las condiciones de conducta especificadas, como aumentar la matrícula de las niñas y los niños y la asistencia escolar a por lo menos el 80% de las clases, tener vacunas actualizadas o visitas regulares a centros de salud prenatales por mujeres embarazadas.
- Las transferencias condicionadas en especie implican formas de cumplimiento, tales como asegurar un nivel de asistencia escolar mensual a cambio de recibir alimentos u otras transferencias en especie.
- Las transferencias monetarias no condicionadas no incluyen requisitos de comportamiento específicos para recibir la transferencia.
- Las transferencias en especie no condicionadas abarcan la distribución de transferencias en especie sin ningún tipo de condición o corresponsabilidad (33).

Acción acelerada. Enfoque introducido y promovido por ONUSIDA para acelerar la implementación de los enfoques esenciales de prevención, tratamiento y derechos humanos que permitirán a la respuesta al sida ir por delante de la epidemia del VIH. Este enfoque, a alcanzar en el año 2020, tiene el objetivo de encaminar al mundo a poner fin a la epidemia de sida en el 2030 (36).

Igualdad de género. Igual consideración, valor y ventaja a los diferentes comportamientos, las aspiraciones y las necesidades de las mujeres y los hombres. La igualdad de género significa que no hay discriminación por razón de género de una persona en la asignación de recursos o beneficios o en el acceso a los servicios. La igualdad de género puede medirse en términos de si existe igualdad de oportunidades o igualdad de resultados (36).

Nota Conceptual del Fondo Mundial. Formato de una propuesta presentada por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial) para definir una solicitud y pedir nuevos fondos del Fondo Mundial para cualquiera de las tres enfermedades o para el apoyo transversal para la salud y fortalecimiento del sistema comunitario (36).

Atención de la salud. Diagnóstico, servicios paliativos y preventivos e intervenciones a individuos o poblaciones para mantener y mejorar la salud.

Financiamiento de la salud. Disposiciones concretas de cada país que recolecten y reúnan fondos para proporcionar los beneficios de los servicios de salud definidos a nivel nacional. Los mecanismos comunes de financiación de la salud incluyen sistemas obligatorios financiados con fondos públicos a través del ministerio de salud o de los servicios nacionales de salud, el seguro social de salud y los planes voluntarios de financiación privada, como el seguro de salud privado y comunitario.

Sector de la salud. Incluye una serie de organizaciones y servicios relacionados con la salud, tales como servicios de salud públicos y privados (incluidos los de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y atención), ministerios de salud, organizaciones no gubernamentales relacionadas con la salud, y organizaciones profesionales específicas para la salud. También incluye instituciones que aportan directamente al sistema de atención de la salud, como la industria farmacéutica y las instituciones de enseñanza (36).

Procedimiento de inversión. Documento que justifica la optimización de las inversiones en la respuesta al VIH. El caso es una descripción de los retornos de la inversión en la respuesta optimizada al VIH en un país a largo plazo (normalmente más de 10 años). Se resume el estado de la epidemia y la respuesta al VIH, se describen los programas prioritarios a implementar y las poblaciones y áreas geográficas sobre las que se debe enfocar para lograr el mayor impacto y se indican los recursos que se necesitan.

Poblaciones clave. ONUSIDA considera que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las trabajadoras y los trabajadores del sexo, hombres gay y otros hombres, y las personas que se inyectan drogas como los principales grupos de población clave. Estas poblaciones sufren por las leyes punitivas o las políticas estigmatizantes, y pueden estar entre las más expuestas al VIH. Su compromiso es fundamental para una respuesta exitosa al sida en todas partes: son clave para la epidemia y clave para la respuesta. Los países deben definir las poblaciones específicas que son clave para su epidemia y su respuesta en base al contexto epidemiológico y social (36).

Lesbianas. Mujeres atraídas por otras mujeres. Una lesbiana puede o no tener relaciones sexuales con mujeres, y una mujer que tiene relaciones sexuales con mujeres puede o no ser lesbiana. El término "mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres" debe usarse salvo que las personas o grupos se identifiquen como lesbianas (36).

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Varones que tienen relaciones sexuales con varones, independientemente de si también tienen relaciones sexuales con mujeres o tienen una identidad personal o social gay o bisexual. Este concepto es útil porque también incluye a hombres que se autoidentifican como heterosexuales pero que tienen relaciones sexuales con otros hombres (36).

Trabajador migrante. Persona que está o ha estado ocupada en una actividad remunerada en un Estado del cual no es nacional. La migración interna, incluso para el trabajo estacional, también puede ser importante en el contexto de las epidemias del VIH en algunos países (36).

Modos de transmisión. Abreviatura para el estudio de la incidencia del VIH por modos de transmisión. Se refiere a un modelo epidemiológico desarrollado por ONUSIDA para ayudar a los países a calcular la incidencia del VIH por el modo de transmisión. El modelo incorpora insumos biológicos y de comportamiento, como el VIH y la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual, las conductas de riesgo y las probabilidades de transmisión (36). Las herramientas de modelización para la planificación de programas de VIH como los Modelos de Eficiencia Distributiva (AEM, por sus siglas en inglés), los Objetivos y Optimización también pueden ser utilizados en el estudio de la incidencia del VIH por modos de transmisión.

Persona con discapacidad. Persona con discapacidad física, mental, intelectual o sensorial a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su plena y efectiva participación en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás (36).

Programa de obras públicas. Forma de protección social en la que los participantes se comprometen con actividades manuales orientadas al trabajo, como la construcción o rehabilitación de activos comunitarios e infraestructura pública. Los ejemplos incluyen trabajos estacionales de mano de obra intensiva para poblaciones pobres y con inseguridad alimentaria (33).

Trabajadora y trabajador sexual. Mujer, varón o persona transgénero adulta mayor de 18 años que recibe dinero o bienes a cambio de servicios sexuales consentidos, ya sea regularmente u ocasionalmente, y que puede o no identificarse como trabajadora o trabajador sexual (37).

Protección social. Conjunto de políticas y programas destinados a prevenir o proteger a los grupos vulnerables de personas contra la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social a lo largo de su ciclo de vida. La protección social puede ser proporcionada a través de efectivo o en especie, a través de planes no contributivos, proporcionando beneficios universales, categóricos u orientados a la pobreza tales como asistencia social o redes de seguridad social. Los planes contributivos con seguro social son la forma más común; construyen capital humano y activos productivos y aumentan el acceso a empleos productivos (33).

Red de seguridad social. Medida no contributiva diseñada para prestar un apoyo regular y previsible a las personas pobres y vulnerables. Las redes de seguridad social también se denominan redes de seguridad, asistencia social y transferencias sociales. Son un componente de los sistemas de protección social más amplios (33).

Transgénero. Término paraguas que describe a las personas cuya identidad y expresión de género no se ajustan a las normas y expectativas tradicionalmente asociadas con su sexo al nacer. Las personas transexuales engloban personas que han recibido cirugía de reasignación de género, personas que han tenido intervenciones médicas relacionadas con el género, otras distintas a la cirugía (como la terapia hormonal), y personas que se identifican como personas sin género, géneros múltiples o géneros alternativos (36).

Anexos

Anexo 1. Evaluación de la herramienta de recolección de datos del VIH y la protección social

1.0 Identificación

El propósito de esta sección es recolectar datos sobre el lugar del país en el que se realiza la evaluación, quién es responsable de la evaluación y quién participó en la evaluación. Esta información será el identificador clave del conjunto de datos y ayudará a comprender las especificidades nacionales y regionales de los datos recopilados.

Identificación				
01. Identificación del lugar	1. Clasificación geográfica		2. Nombre del país	
02. Nombres de las personas responsables de la evaluación				
1. Nombre	2. Género	3. Afiliación a alguna organización	4. Función/título	5. Correo electrónico
1.				
2.				
03. Data collection team members				
1. Nombre	2. Género	3. Afiliación a alguna organización	4. Función/título	5. Correo electrónico
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

1.1 Estrategia de protección social y sensibilidad al VIH

Esta subsección examina si existe una política / una estrategia / un marco / una política de protección social y, en caso afirmativo, si es sensible al VIH.

¿Tiene el país una estrategia de protección social? (Sí / No) En caso afirmativo, ¿la estrategia de protección social es sensible al VIH? (Sí / No) Puntuación de sensibilidad al VIH (cálculo automático basado en las respuestas introducidas)

2.0 Servicios de salud

Teniendo en cuenta el papel fundamental que desempeña el sector de la salud en la respuesta al sida, una sección sobre los servicios de salud es incluida para entender los diferentes planes de salud existentes, para aumentar el acceso a la atención sanitaria e identificar oportunidades para aumentar el acceso a la atención de las personas que viven con, están en riesgo de infección o afectadas por el VIH. Esta sección busca entender los diferentes planes disponibles, su enfoque y qué poblaciones tienen más barreras para acceder a estos planes.

2.0 En su país liste las poblaciones que se encuentran con las mayores barreras para acceder a los planes

1.	2.	3.	4.
5.			

2.10 ¿Alguno de los siguientes planes de salud es operacional en su país? (Marcar todo lo que corresponda)	2.11 ¿Es el plan operacional?		2.12 Si es que sí en el 2.11 escribir el nombre del plan. De lo contrario, salte a la siguiente fila.	2.13 ¿Cuál es la población beneficiaria del plan? (seleccionar todo lo que corresponda) Las niñas y los niños, huérfanos, las niñas y los niños vulnerables, hombres, mujeres, las mujeres embarazadas, las pensionistas, las personas sin hogar, las personas pobres y vulnerables, las poblaciones rurales, los viudos y las viudas, las personas transgénero, las personas que viven con el VIH, las personas que viven con la TB, los refugiados, las personas desplazadas, los migrantes, los trabajadores empleados formalmente, los trabajadores empleados informalmente, otros, NA.	2.14 ¿Cuál es el grupo de edad de la población beneficiaria? (listar todo lo que corresponda). x años 1. (<4) 2. (5<x<9) 3. (10<x<14) 4. (15<x<19) 5. (20<x<24) 6. (25<x<29) 7. (30<x<34) 8. (35<x<40) 9. (40<x<59) 10. (x>60) 11. Todos los grupos de edad	2.15 Donde sea aplicable, ¿cuál es el monto del beneficio, período y marco de tiempo del plan?		2.16 ¿Cuál es el nombre de la agencia(s) que lo implementa?
	2.11a Sí	2.11b No				2.15a Moneda local	2.15b Dólares estadounidenses	
1. Impuestos/ financiación del gobierno que ofrece los servicios de salud gratuitos al momento del uso								
2. Obligatorio/ seguro social que tiene como beneficiarios a grupos de población específicos								
3. Seguro de salud voluntario								
4. Seguro de salud comunitario								
5. Otras formas de financiación de la atención de la salud								
Planes en especie								
6. Vivienda a corto plazo								
7. Programa de alimentación								

2.10-2.16 continuación

8. Plan de transporte								
9. Otro apoyo en especie (especificar)								
Fuentes (por favor cumplimentar la fuente de su información para cada plan detallado a continuación):								
1. Impuestos/ financiación del gobierno que ofrece los servicios de salud gratuitos al momento del uso								
2. Obligatorio/ seguro social que tiene como beneficiarios a grupos de población específicos								
3. Seguro de salud voluntario								
4. Seguro de salud comunitario								
5. Otras formas de financiación de la atención de la salud (especificar)								
Planes en especie								
6. Vivienda a corto plazo								
7. Programa de alimentación								
8. Plan de transporte								
9. Otro apoyo en especie (especificar)								

El período de recuperación de todos los datos es de los últimos seis meses.

Lista de verificación para el análisis de las preguntas 1.1–2.16: disponibilidad de planes de salud

Preguntas	Lista de verificación para el análisis	Métodos de recolección de datos	Análisis básico y presentación de hallazgos
<p>1.1 Indicar si el programa es sensible o no al VIH</p> <p>2.0–2.05 Listar las poblaciones que afrontan las mayores barreras para acceder a los servicios de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicar los identificadores del país donde la evaluación se está realizando ▪ Indicar si la estrategia o el marco de trabajo es sensible o no al VIH ▪ Listar las poblaciones que afrontan las mayores barreras para acceder a los servicios de salud ▪ Número absoluto de los grupos de población que afrontan las mayores barreras para acceder a los servicios de salud 	<p>Métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudio ▪ Análisis secundario de los datos existente ▪ Debate de grupo <p>Fuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuentas nacionales de salud ▪ Políticas del seguro de salud nacional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicar si la estrategia es o no sensible al VIH ▪ Para cada pregunta, si procede, realizar tabulaciones y correlaciones de frecuencia e ilustrar los resultados
<p>2.10–2.12 ¿Alguno de los siguientes planes es operacional en su país?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Listar planes que sean operacionales ▪ Número absoluto de planes que son operacionales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planes del seguro de salud ▪ Informes y documentos administrativos de la protección social nacional 	
<p>2.13–2.14 ¿Cuál es la población beneficiaria y sus grupos de edad?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombres de los planes que son operacionales, su grupo beneficiario y los grupos de edad de las poblaciones beneficiarias. Especificar el grupo de edad de las poblaciones beneficiarias (años): (<4), 2; (5–9), 3; (10–14), 4; (15–19), 5; (20–24), 6; (25–29), 7; (30–34), 8; (35–40), 9; (40–59), 10; (>60), 11. Todos los grupos de edad ▪ Número absoluto de los distintos grupos beneficiados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informes y documentos de organizaciones no gubernamentales y personas que viven con el VIH ▪ Documentos administrativos de la protección social en el sector privado 	
<p>2.15 ¿Cuál es el monto del beneficio?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Especificar el monto de los fondos gastados, el período y el calendario de provisión de los beneficios de los servicios de salud en moneda local y en dólares estadounidenses al tipo de cambio vigente bajo cada plan e indíquelo como un porcentaje del gasto total en salud en su distrito; donde el beneficio sea en especie, traduzca el costo del beneficio en moneda local en dólares usando el tipo de cambio vigente ▪ Valor absoluto de la moneda local y valor en dólares estadounidenses del beneficio y el porcentaje del total 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informes de evaluación de género de la respuesta al sida ▪ Plan nacional de VIH ▪ Planes operacionales de PEPFAR para país ▪ Informes regionales del Instituto de Administración del Seguro Social ▪ Equipo de Evaluación del VIH y la Protección Social (miembros del Equipo Conjunto de las Naciones Unidas sobre el sida, personas que viven con el VIH, poblaciones clave) 	
<p>2.16 ¿Cuál es el nombre de la(s) agencia (s) que lo implementa(n)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombres de las agencias que lo implementan (identificar las agencias que lo implementan ayuda a localizar los puntos de influencia) 		

2.2 Accesibilidad a los servicios de salud

Esta subsección se centra en la población 1 identificada en 2.0

2.20 Esta sección se relaciona con los planes de salud que identificó como operacionales en 2.10 (marcar todo lo que corresponda; si no ir a la pregunta 3)	2.20 ¿Está la población (1) identificada en 2.0 afrontando las mayores barreras de acceso a los planes de salud? (Escribir el nombre de cada plan e indicar todas las barreras)								2.21 ¿Qué se puede hacer para incluir a esta población en los planes de financiación de la salud?				
	2.20a Sí	2.20b No	2.20c Nombre del plan	2.20d Barrera 1	2.20e Barrera 2	2.20f Barrera 3	2.20g Barrera 4	2.20h Alguna otra barrera	2.21a ¿Qué (Actividad 1) se puede hacer para eliminar la barrera 1?	2.21b ¿Qué (Actividad 2) se puede hacer para eliminar la barrera 2?	2.21c ¿Qué (Actividad 3) se puede hacer para eliminar la barrera 3?	2.21d ¿Qué (Actividad 4) se puede hacer para eliminar la barrera 4?	2.21e ¿Qué (Actividad 5) se puede hacer para eliminar la barrera 5?
1. Impuestos/ financiación del gobierno que ofrece los servicios de salud gratuitos al momento del uso													
2. Obligatorio/ seguro social que tiene como beneficiarios a grupos de población específicos													
3. Seguro de salud voluntario													
4. Seguro de salud comunitario													
5. Otras formas de financiación de la atención de la salud (especificar)													
Planes en especie													
6. Vivienda a corto plazo													
7. Programa de alimentación													
8. Planes de transporte													
9. Otro apoyo en especie (especificar)													

Fuentes (por favor cumplimentar la fuente de su información para cada plan detallado a continuación):	
1. Impuestos/ financiación del gobierno que ofrece los servicios de salud gratuitos al momento del uso	
2. Obligatorio/ seguro social que tiene como beneficiarios a grupos de población específicos	
3. Seguro de salud voluntario	
4. Seguro de salud comunitario	
5. Otras formas de financiación de la atención de la salud (especificar)	
Planes en especie	
6. Vivienda a corto plazo	
7. Programa de alimentación	
8. Plan de transporte	
9. Otro apoyo en especie (especificar)	

El período de recuperación de todos los datos es de los últimos seis meses.

Esta subsección se centra en la población 2 identificada en 2.0.

2.30 Esta sección se relaciona con los planes de salud que identificó como operacionales en 2.10 (marcar todo lo que corresponda; si no ir a la pregunta 3)	2.30 ¿Está la población (2) identificada en 2.0 afrontando las mayores barreras de acceso a los planes de salud? (Escribir el nombre del plan e indicar todas las razones de las barreras)								2.31 ¿Qué se puede hacer para incluir a esta población en los planes de financiación de la salud?				
	2.30a Sí	2.30b No	2.30c Nombre del plan	2.30d Barrera 1	2.30e Barrera 2	2.30f Barrera 3	2.30g Barrera 4	2.30h Alguna otra barrera	2.31a ¿Qué (Actividad 1) se puede hacer para eliminar la barrera 1?	2.31b ¿Qué (Actividad 2) se puede hacer para eliminar la barrera 2?	2.31c ¿Qué (Actividad 3) se puede hacer para eliminar la barrera 3?	2.31d ¿Qué (Actividad 4) se puede hacer para eliminar la barrera 4?	2.31e ¿Qué (Actividad 5) se puede hacer para eliminar la barrera 5?
1. Impuestos/ financiación del gobierno que ofrece los servicios de salud gratuitos al momento del uso													
2. Obligatorio/ seguro social que tiene como beneficiarios a grupos de población específicos													
3. Seguro de salud voluntario													
4. Seguro de salud comunitario													
5. Otras formas de financiación de la atención de la salud (especificar)													
Planes en especie													
6. Vivienda a corto plazo													
7. Programa de alimentación													
8. Plan de transporte													
9. Otro apoyo en especie (especificar)													

Fuentes (por favor cumplimentar la fuente de su información para cada plan detallado a continuación):	
1. Impuestos/ financiación del gobierno que ofrece los servicios de salud gratuitos al momento del uso	
2. Obligatorio/ seguro social que tiene como beneficiarios a grupos de población específicos	
3. Seguro de salud voluntario	
4. Seguro de salud comunitario	
5. Otras formas de financiación de la atención de la salud (especificar)	
Planes en especie	
6. Vivienda a corto plazo	
7. Programa de alimentación	
8. Plan de transporte	
9. Otro apoyo en especie (especificar)	

El período de recuperación de todos los datos es de los últimos seis meses.

Esta subsección se centra en la población 3 identificada en la sección 2.0.

2.40 Esta sección se relaciona con los planes de salud que identificó como operacionales en el 2.10 (marcar todo lo que corresponda; si no ir a la pregunta 3)	2.40 ¿Está la población (3) identificada en 2.0 afrontando las mayores barreras de acceso a los planes de salud? (Write down name of scheme and check all reasons for barriers)								2.41 ¿Qué se puede hacer para incluir a esta población en los planes de financiación de la salud?				
	2.40a Sí	2.40b No	2.40c Nombre del plan	2.40d Barrera 1	2.40e Barrera 2	2.40f Barrera 3	2.40g Barrera 4	2.40h Alguna otra barrera	2.41a ¿Qué (Actividad 1) se puede hacer para eliminar la barrera 1?	2.41b ¿Qué (Actividad 2) se puede hacer para eliminar la barrera 2?	2.41c ¿Qué (Actividad 3) se puede hacer para eliminar la barrera 3?	2.41d ¿Qué (Actividad 4) se puede hacer para eliminar la barrera 4?	2.41e ¿Qué (Actividad 5) se puede hacer para eliminar la barrera 5?
1. Impuestos/ financiación del gobierno que ofrece los servicios de salud gratuitos al momento del uso													
2. Obligatorio/ seguro social que tiene como beneficiarios a grupos de población específicos													
3. Seguro de salud voluntario													
4. Seguro de salud comunitario													
5. Otras formas de financiación de la atención de la salud (especificar)													
Planes en especie													
6. Vivienda a corto plazo													
7. Programa de alimentación													
8. Plan de transporte													
9. Otro apoyo en especie (especificar)													

2.40-2.41 continuación

Fuentes (por favor cumplimentar la fuente de su información para cada plan detallado a continuación):	
1. Impuestos/ financiación del gobierno que ofrece los servicios de salud gratuitos al momento del uso	
2. Obligatorio/ seguro social que tiene como beneficiarios a grupos de población específicos	
3. Seguro de salud voluntario	
4. Seguro de salud comunitario	
5. Otras formas de financiación de la atención de la salud (especificar)	
Planes en especie	
6. Vivienda a corto plazo	
7. Programa de alimentación	
8. Plan de transporte	
9. Otro apoyo en especie (especificar)	

El período de recuperación de todos los datos es de los últimos seis meses.

Esta subsección se centra en la población 4 identificada en la sección 2.0.

2.50 Esta sección se relaciona con los planes de salud que identificó como operacionales en 2.10 (marcar todo lo que corresponda; si no ir a la pregunta 3)	2.50 ¿Está la población (4) identificada en 2.0 afrontando las mayores barreras de acceso a los planes de salud? (Escribir el nombre del plan e indicar todas las razones de las barreras)								2.51 ¿Qué se puede hacer para incluir a esta población en los planes de financiación de la salud?				
	2.50a Sí	2.50b No	2.50c Nombre del plan	2.50d Barrera 1	2.50e Barrera 2	2.50f Barrera 3	2.50g Barrera 4	2.50h Alguna otra barrera	2.51a ¿Qué (Actividad 1) se puede hacer para eliminar la barrera 1?	2.51b ¿Qué (Actividad 2) se puede hacer para eliminar la barrera 2?	2.51c ¿Qué (Actividad 3) se puede hacer para eliminar la barrera 3?	2.51d ¿Qué (Actividad 4) se puede hacer para eliminar la barrera 4?	2.51e ¿Qué (Actividad 5) se puede hacer para eliminar la barrera 5?
1. Impuestos/ financiación del gobierno que ofrece los servicios de salud gratuitos al momento del uso													
2. Obligatorio/ seguro social que tiene como beneficiarios a grupos de población específicos													
3. Seguro de salud voluntario													
4. Seguro de salud comunitario													
5. Otras formas de financiación de la atención de la salud (especificar)													
Planes en especie													
6. Vivienda a corto plazo													
7. Programa de alimentación													
8. Plan de transporte													
9. Otro apoyo en especie (especificar)													

2.50-2.51 continuación

Fuentes (por favor cumplimentar la fuente de su información para cada plan detallado a continuación):	
1. Impuestos/ financiación del gobierno que ofrece los servicios de salud gratuitos al momento del uso	
2. Obligatorio/ seguro social que tiene como beneficiarios a grupos de población específicos	
3. Seguro de salud voluntario	
4. Seguro de salud comunitario	
5. Otras formas de financiación de la atención de la salud (especificar)	
Planes en especie	
6. Vivienda a corto plazo	
7. Programa de alimentación	
8. Plan de transporte	
9. Otro apoyo en especie (especificar)	

El período de recuperación de todos los datos es de los últimos seis meses.

Esta subsección se centra en la población indicada en "alguna otra" en la sección 2.0.

2.60 Esta sección se relaciona con los planes de salud que identificó como operacionales en 2.10 (marcar todo lo que corresponda; si no ir a la pregunta 3)	2.60. ¿Está la población ("alguna otra") identificada en 2.0 afrontando las mayores barreras de acceso a los planes de salud? (Escribir el nombre del plan e indicar todas las barreras)								2.61 ¿Qué se puede hacer para incluir a esta población en los planes de financiación de la salud?				
	2.60a Sí	2.60b No	2.60c Nombre del plan	2.60d Barrera 1	2.60e Barrera 2	2.60f Barrera 3	2.60g Barrera 4	2.60h Alguna otra barrera	2.61a ¿Qué (Actividad 1) se puede hacer para eliminar la barrera 1?	2.61b ¿Qué (Actividad 2) se puede hacer para eliminar la barrera 2?	2.61c ¿Qué (Actividad 3) se puede hacer para eliminar la barrera 3?	2.61d ¿Qué (Actividad 4) se puede hacer para eliminar la barrera 4?	2.61e ¿Qué (Actividad 5) se puede hacer para eliminar la barrera 5?
1. Impuestos/ financiación del gobierno que ofrece los servicios de salud gratuitos al momento del uso													
2. Obligatorio/ seguro social que tiene como beneficiarios a grupos de población específicos													
3. Seguro de salud voluntario													
4. Seguro de salud comunitario													
5. Otras formas de financiación de la atención de la salud (especificar)													
Planes en especie													
6. Vivienda a corto plazo													
7. Programa de alimentación													
8. Plan de transporte													
9. Otro apoyo en especie (especificar)													

2.60-2.61 continuación

Fuentes (por favor cumplimentar la fuente de su información para cada plan detallado a continuación):	
1. Impuestos/ financiación del gobierno que ofrece los servicios de salud gratuitos al momento del uso	
2. Obligatorio/ seguro social que tiene como beneficiarios a grupos de población específicos	
3. Seguro de salud voluntario	
4. Seguro de salud comunitario	
5. Otras formas de financiación de la atención de la salud (especificar)	
Planes en especie	
6. Vivienda a corto plazo	
7. Programa de alimentación	
8. Plan de transporte	
9. Otro apoyo en especie (especificar)	

El período de recuperación de todos los datos es de los últimos seis meses.

Lista de verificación para el análisis 2.20–2.61: accesibilidad a los planes de salud

Preguntas	Lista de verificación para el análisis	Métodos de recolección de datos	Análisis básico y presentación de hallazgos
<p>2.20–2.61 Estos temas se relacionan con las poblaciones identificadas en 2.0 como las que afrontan las mayores barreras para acceder a los servicios de salud</p> <p>Para cada población, una lista de planes en las que se afronta las barreras de acceso es indicada, seguida de las razones para las barreras y qué se puede hacer para eliminar cada barrera correspondiente</p> <p>¿Es la población identificada en 2.0 la que está afrontando las mayores barreras de acceso a determinados planes de salud que son operacionales?, ¿cuáles son esas barreras y qué se puede hacer para eliminar las barreras?</p> <p>Nota: This section has forms that need to be completed fully—one for each of the populations. Additional electronic forms will be made available.</p>	<p>Para cada población:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lista y nombres de los planes en los que la población identificada afronta las mayores barreras de acceso a los servicios de salud ▪ Número absoluto de los planes de salud que la población tiene las mayores barreras para acceder ▪ Barreras afrontadas por cada población ▪ Número de barreras afrontadas por cada población ▪ Actividades que pueden hacerse para eliminar las barreras ▪ Número y tipos de actividades que pueden hacerse para eliminar barreras 	<p>Métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudio ▪ Análisis secundario de los datos existentes ▪ Debate de grupo <p>Fuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Políticas de seguro de salud nacional ▪ Planes de seguro de salud ▪ Informes y documentos administrativos de protección social nacional ▪ Informes y documentos de organizaciones no gubernamentales y personas que viven con el VIH ▪ Documentos administrativos de protección social del sector privado ▪ Informes de evaluación de género de la respuesta al sida ▪ Plan nacional de VIH ▪ Planes operacionales de PEPFAR para país ▪ Informes regionales del Instituto de Administración del Seguro Social ▪ Equipo de Evaluación del VIH y la Protección Social (miembros del Equipo Conjunto de las Naciones Unidas sobre el sida, personas que viven con el VIH, poblaciones clave) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para cada pregunta, si procede, realizar tabulaciones y correlaciones de frecuencia e ilustrar los resultados ▪ Determinar patrones y tendencias ▪ Identificar brechas en el acceso a los servicios de salud, razones para esas brechas y qué se puede hacer para cerrar esas brechas ▪ Describir buenas prácticas ▪ Identificar efectos inesperados (positivos y negativos)

3.0 Disponibilidad de los sistemas de protección social sensibles al VIH (sin incluir los sistemas sanitarios)

Esta sección busca reunir datos para establecer el enfoque y la cobertura de los programas de protección social sensibles al VIH. Examina qué tipos de programas de protección social sensibles al VIH están disponibles, sus nombres, las poblaciones beneficiarias y las edades, el monto del beneficio y los nombres de los organismos de ejecución. Los miembros del equipo de recopilación de datos deben completar esta tabla e indicar las fuentes de información. Para mayor claridad en la terminología, consulte el glosario de los términos.

3.10 ¿Alguno de los siguientes programas es operacional en su país? (Marcar todo lo que corresponda)	3.10 ¿El programa es operacional?		3.11 En caso afirmativo en 3.10 escribir el nombre del programa, de lo contrario pase a la siguiente fila	3.12 ¿Cuál es la población beneficiaria del programa?	3.13 ¿Cuál es el grupo de edad de la población beneficiaria? (listar todo lo que corresponda) (años) 1. (<4); 2. (5-9); 3. (10-14); 4. (15-19); 5. (20-24); 6. (25-29); 7. (30-34); 8. (35-39); 9. (40-59); 10. (>60); 11. Todos los grupos de edad	3.14 ¿Cuál es el monto del beneficio del programa por mes?		3.15 ¿Cuál es el nombre de la agencia(s) que lo implementa(n)?
	3.10a Sí	3.10b No				3.14a Moneda local	3.14b Dólares americanos	
1. Transferencia de efectivo condicionado								
2. Transferencia de efectivo no condicionado								
3. Becas								
4. Exenciones de pago								
5. Programas de comida y nutrición								
6. Programas de obras públicas								
7. Apoyo de emergencia								
8. Pensiones no contributivas								
9. Otros pagos regulares de efectivo								
Planes en especie								
10. Subsidios en vivienda								
11. Alimentación en escuelas								
12. Becas escolares en bloques								

3.10-3.15 continuación

13. Apoyo docente								
14. Otros apoyos en especie								
Fuentes (por favor cumplimentar la fuente de su información para cada plan detallado a continuación):								
1. Transferencia de efectivo condicionada								
2. Transferencia de efectivo no condicionada								
3. Becas								
4. Exenciones de pago								
5. Programas de comida y nutrición								
6. Programas de obras públicas								
7. Apoyo de emergencia								
8. Pensiones no contributivas								
9. Otros pagos regulares de efectivo								
Planes en especie								
10. Subsidios en vivienda								
11. Alimentación en escuelas								
12. Becas escolares en bloques								
13. Apoyo docente								
14. Otros apoyos en especie								

El período de recuperación de todos los datos es de los últimos seis meses.

Lista de verificación para el análisis de las preguntas 3.10–3.15: accesibilidad a los programas de protección social sensibles al VIH

Preguntas	Lista de verificación para el análisis	Métodos de recolección de datos	Análisis básico y presentación de hallazgos
3.10 ¿Alguno de estos programas es operacional en su país?	<ul style="list-style-type: none"> Listar los programas que son operacionales en su país Número absoluto de programas que son operacionales Número absoluto (y/o %) de las distintas categorías de las poblaciones beneficiarias 	<p>Métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudio Análisis secundario de los datos existentes Debate de grupo <p>Fuentes:</p>	<ul style="list-style-type: none"> Para cada pregunta, si procede, realizar tabulaciones y correlaciones de frecuencia e ilustrar los resultados Identifique brechas en la disponibilidad del alcance de la protección social en las 5 poblaciones Para las preguntas 3.15, valor de los beneficios que se pueden utilizar para análisis secundarios Para las preguntas 3.16, escribir los tipos, los nombres y las agencias de implementación del programa de protección social; esta información es relevante para entender lo que existe y quién está implementando los programas
3.11–3.14 ¿Cuál es la población beneficiaria y su grupo de edad?	<ul style="list-style-type: none"> Listar nombres de poblaciones beneficiarias y sus grupos de edad Especificar la población beneficiaria, i.e. hombres que tienen sexo con otros hombres, personas transgénero, personas que viven con el VIH, migrantes, adolescentes, mujeres lactantes y embarazadas, etc. Especificar el grupo de edad de la población beneficiaria (años): 1. (<4); 2. (5–9); 3. (10–14); 4. (15–19); 5. (20–24); 6. (25–29); 7. (30–34); 8. (35–40); 9. (40–59); 10. (>60); 11. Todos los grupos de edad Número absoluto (y/o %) de los diferentes grupos de población beneficiaria 	<ul style="list-style-type: none"> Informes de evaluación sobre el diálogo de la protección social mínima Políticas de seguro de salud nacional Planes de seguro de salud Informes y documentos administrativos de protección social nacional Informes y documentos de organizaciones no gubernamentales y personas que viven con el VIH Documentos administrativos de protección social del sector privado Informes de evaluación de género de la respuesta al sida 	
3.14b ¿Cuál es el monto de los beneficios?	<ul style="list-style-type: none"> Especificar el monto de los beneficios en la moneda local y los dólares estadounidenses al tipo de cambio vigente; donde el beneficio es en especie, el grupo debería trasladar el coste del beneficio en la moneda local y dólares estadounidenses. Valor absoluto en moneda local y el valor de los beneficios en dólares estadounidenses. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan nacional de respuesta al VIH Planes operacionales de PEPFAR para país Informes regionales del Instituto de Administración del Seguro Social 	
3.15 ¿Cuál es el nombre de la(s) agencia (s) que lo implementan?	<ul style="list-style-type: none"> Nombres de los programas de protección social 		

3.2 El acceso a los programas de protección social excluye el acceso a los servicios de salud

Esta sección analiza el acceso a los programas de protección social sensibles al VIH existentes en cinco poblaciones. Se examinan las mayores barreras que incluyen las políticas, las legales y las socioeconómicas que impiden el acceso a programas de protección social sensibles al VIH en las cinco poblaciones. Esta sección también analiza qué se puede hacer para eliminar las barreras para acceder a programas de protección social sensibles al VIH para estas poblaciones.

3.2 Listar las poblaciones que en su país enfrentan las mayores barreras en el acceso a los servicios de protección social sensibles al VIH

1.	2.	3.	4.
5.			

3.2b Por cada una de las poblaciones listadas en 3.2, indicar el número de personas dentro del grupo de población que accede a los beneficios de la protección social sensibles al VIH

1.	2.	3.	4.
5.			

3.2c Por cada población listada en 3.2 y 3.2b, indicar la población estimada de este grupo en su país o área

(Estos datos deberían estar disponibles en base a los estudios de Modos de Transmisión (MOT, por sus siglas en inglés), encuestas de censos, encuestas de hogares, etc.)

1.	2.	3.	4.
5.			

Esta subsección se centra en la población 1 identificada en el 3.2.

3.30 Esta pregunta se relaciona con los programas que usted marcó en el 1.00 (marcar todo lo que corresponda; si no, pase a la pregunta 2)	3.30 ¿Está la población 1 indicada en 3.20 afrontando las mayores barreras en el acceso a los programas? (Escribir el nombre de la población e indicar las barreras)							3.31 ¿Qué se puede hacer para eliminar las barreras que afronta la población 1 identificada en el 3.20 en el acceso a los programas de protección social sensibles al VIH? (Liste a partir del menú desplegable qué se puede hacer para incluir a la población 1 en los servicios de protección social)				
	3.30a Sí	3.30b No	3.30c En caso de que sí, en el 3.30a, listar la barrera 1	3.30d En caso de que sí, en el 3.30a, listar la barrera 2	3.30e En caso de que sí, en el 3.30a, listar la barrera 3	3.30f En caso de que sí, en el 3.30a, listar la barrera 4	3.30g En caso de que sí, en el 3.30a, listar la barrera 5	3.31a ¿Qué (Actividad 1) se puede hacer para eliminar la barrera 1?	3.31b ¿Qué (Actividad 2) se puede hacer para eliminar la barrera 2?	3.31c ¿Qué (Actividad 3) se puede hacer para eliminar la barrera 3?	3.31d ¿Qué (Actividad 4) se puede hacer para eliminar la barrera 4?	3.31e ¿Qué (Actividad 5) se puede hacer para eliminar la barrera 5?
1. Transferencia de efectivo condicionada												
2. Transferencia de efectivo no condicionada												
3. Becas												
4. Exenciones de pago												
5. Programas de comida y nutrición												
6. Programas de obras públicas												
7. Apoyo de emergencia												
8. Pensiones no contributivas												
9. Otros pagos regulares de efectivo												
Planes en especie												
10. Subsidios en vivienda												
11. Alimentación en escuelas												
12. Becas escolares en bloques												
13. Apoyo docente												
14. Otros apoyos en especie												

Fuentes (por favor cumplimentar la fuente de su información para cada plan detallado a continuación):	
1. Transferencia de efectivo condicionada	
2. Transferencia de efectivo no condicionada	
3. Becas	
4. Exenciones de pago	
5. Programas de comida y nutrición	
6. Programas de obras públicas	
7. Apoyo de emergencia	
8. Pensiones no contributivas	
9. Otros pagos regulares de efectivo	
Planes en especie	
10. Subsidios en vivienda	
11. Alimentación en escuelas	
12. Becas escolares en bloques	
13. Apoyo docente	
14. Otros apoyos en especie	

El período de recuperación de todos los datos es de los últimos seis meses.

Esta subsección se centra en la población 2 identificada en 3.2.

3.40 Esta pregunta se relaciona con los programas que usted marcó en el 1.00 (marcar todo lo que corresponda; si no, pase a la pregunta 2)	3.40 ¿Está la población 2 indicada en el 3.20 afrontando las mayores barreras en el acceso a los programas? (Escribir el nombre de la población y elegir las barreras)						3.41 ¿Qué se puede hacer para eliminar las barreras que afronta la población 2 identificada en el 3.20 en el acceso a los programas de protección social sensibles al VIH? (Listar a partir del menú desplegable qué se puede hacer para incluir a la población 2 en los servicios de protección social)					
	3.40a Sí	3.40b No	3.40c En caso de que sí, en el 3.40a, listar la barrera 1	3.40d En caso de que sí, en el 3.40a, listar la barrera 2	3.40e En caso de que sí, en el 3.40a, listar la barrera 3	3.40f En caso de que sí, en el 3.40a, listar la barrera 4	3.40g En caso de que sí, en el 3.40a, listar la barrera 5	3.41a ¿Qué (Actividad 1) se puede hacer para eliminar la barrera 1?	3.41b ¿Qué (Actividad 2) se puede hacer para eliminar la barrera 2?	3.41c ¿Qué (Actividad 3) se puede hacer para eliminar la barrera 3?	3.41d ¿Qué (Actividad 4) se puede hacer para eliminar la barrera 4?	3.41e What (activity 5) can be done to remove barrier 5?
1. Transferencia de efectivo condicionada												
2. Transferencia de efectivo no condicionada												
3. Becas												
4. Exenciones de pago												
5. Programas de comida y nutrición												
6. Programas de obras públicas												
7. Apoyo de emergencia												
8. Pensiones no contributivas												
9. Otros pagos regulares de efectivo												
Planes en especie												
10. Subsidios en vivienda												
11. Alimentación en escuelas												
12. Becas escolares en bloques												
13. Apoyo docente												
14. Otros apoyos en especie												

Fuentes (por favor cumplimentar la fuente de su información para cada plan detallado a continuación):	
1. Transferencia de efectivo condicionada	
2. Transferencia de efectivo no condicionada	
3. Becas	
4. Exenciones de pago	
5. Programas de comida y nutrición	
6. Programas de obras públicas	
7. Apoyo de emergencia	
8. Pensiones no contributivas	
9. Otros pagos regulares de efectivo	
Planes en especie	
10. Subsidios en vivienda	
11. Alimentación en escuelas	
12. Becas escolares en bloques	
13. Apoyo docente	
14. Otros apoyos en especie	

El período de recuperación de todos los datos es de los últimos seis meses.

Esta subsección se centra en la población 3.

3.50 Esta pregunta se relaciona con los programas que usted marcó en el 1.00 (marcar todo lo que corresponda; si no, pase a la pregunta 2)	3.50 ¿Está la población 3 indicada en el 3.20 afrontando las mayores barreras en el acceso a los programas? (Escribir el nombre de la población y elegir las barreras)						3.51 ¿Qué se puede hacer para eliminar las barreras que afronta la población 3 identificada en el 3.20 en el acceso a los programas de protección social sensibles al VIH? (Listar a partir del menú desplegable qué se puede hacer para incluir a la población 3 en los servicios de protección social)					
	3.50a Sí	3.50b No	3.50c En caso de que sí, en el 3.50a, listar la barrera 1	3.50d En caso de que sí, en el 3.50a, listar la barrera 2	3.50e En caso de que sí, en el 3.50a, listar la barrera 3	3.50f En caso de que sí, en el 3.50a, listar la barrera 4	3.50g En caso de que sí, en el 3.50a, listar la barrera 5	3.51a ¿Qué (Actividad 1) se puede hacer para eliminar la barrera 1?	3.51b ¿Qué (Actividad 2) se puede hacer para eliminar la barrera 2?	3.51c ¿Qué (Actividad 3) se puede hacer para eliminar la barrera 3?	3.51d ¿Qué (Actividad 4) se puede hacer para eliminar la barrera 4?	3.51e ¿Qué (Actividad 5) se puede hacer para eliminar la barrera 5?
1. Transferencia de efectivo condicionada												
2. Transferencia de efectivo no condicionada												
3. Becas												
4. Exenciones de pago												
5. Programas de comida y nutrición												
6. Programas de obras públicas												
7. Apoyo de emergencia												
8. Pensiones no contributivas												
9. Otros pagos regulares de efectivo												
Planes en especie												
10. Subsidios en vivienda												
11. Alimentación en escuelas												
12. Becas escolares en bloques												
13. Apoyo docente												
14. Otros apoyos en especie												

Fuentes (por favor cumplimentar la fuente de su información para cada plan detallado a continuación):	
1. Transferencia de efectivo condicionada	
2. Transferencia de efectivo no condicionada	
3. Becas	
4. Exenciones de pago	
5. Programas de comida y nutrición	
6. Programas de obras públicas	
7. Apoyo de emergencia	
8. Pensiones no contributivas	
9. Otros pagos regulares de efectivo	
Planes en especie	
10. Subsidios en vivienda	
11. Alimentación en escuelas	
12. Becas escolares en bloques	
13. Apoyo docente	
14. Otros apoyos en especie	

El período de recuperación de todos los datos es de los últimos seis meses.

Esta subsección se centra en la población 4

3.60 Esta pregunta se relaciona con los programas que usted marcó en el 1.00 (marcar todo lo que corresponda; si no, pase a la pregunta 2)	3.60 ¿Está la población 4 indicada en el 3.20 afrontando las mayores barreras en el acceso a los programas? (Escribir el nombre de la población y elegir las barreras)						3.61 ¿Qué se puede hacer para eliminar las barreras que afronta la población 4 identificada en el 3.20 en el acceso a los programas de protección social sensibles al VIH? (Listar a partir del menú desplegable qué se puede hacer para incluir a la población 4 en los servicios de protección social)					
	3.60a Sí	3.60b No	3.60c En caso de que sí, en el 3.60a, liste la barrera 1	3.60d En caso de que sí, en el 3.360a, liste la barrera 2	3.60e En caso de que sí, en el 3.60a, liste la barrera 3	3.60f En caso de que sí, en el 3.60a, liste la barrera 4	3.60g En caso de que sí, en el 3.60a, liste la barrera 5	3.61a ¿Qué (Actividad 1) se puede hacer para eliminar la barrera 1?	3.61b ¿Qué (Actividad 2) se puede hacer para eliminar la barrera 2?	3.61c ¿Qué (Actividad 3) se puede hacer para eliminar la barrera 3?	3.61d ¿Qué (Actividad 4) se puede hacer para eliminar la barrera 4?	3.61e ¿Qué (Actividad 1) puede hacerse para eliminar la barrera 5?
1. Transferencia de efectivo condicionada												
2. Transferencia de efectivo no condicionada												
3. Becas												
4. Exenciones de pago												
5. Programas de comida y nutrición												
6. Programas de obras públicas												
7. Apoyo de emergencia												
8. Pensiones no contributivas												
9. Otros pagos regulares de efectivo												
Planes en especie												
10. Subsidios en vivienda												
11. Alimentación en escuelas												
12. Becas escolares en bloques												
13. Apoyo docente												
14. Otros apoyos en especie												

Fuentes (por favor cumplimentar la fuente de su información para cada plan detallado a continuación):	
1. Transferencia de efectivo condicionada	
2. Transferencia de efectivo no condicionada	
3. Becas	
4. Exenciones de pago	
5. Programas de comida y nutrición	
6. Programas de obras públicas	
7. Apoyo de emergencia	
8. Pensiones no contributivas	
9. Otros pagos regulares de efectivo	
Planes en especie	
10. Subsidios en vivienda	
11. Alimentación en escuelas	
12. Becas escolares en bloques	
13. Apoyo docente	
14. Otros apoyos en especie	

El período de recuperación de todos los datos es de los últimos seis meses.

Esta subsección se centra en la población indicada en “alguna otra” en 3.20.

3.70 Esta pregunta se relaciona con los programas que usted marcó en el 1.00 (marcar todo lo que corresponda; si no, pase a la pregunta 2)	3.70 ¿Está la población 5 indicada en el 3.20 afrontando las mayores barreras en el acceso a los programas? (Escribir el nombre de la población y elegir las barreras)						3.71 ¿Qué se puede hacer para eliminar las barreras que afronta la población 5 identificada en el 3.20 en el acceso a los programas de protección social sensibles al VIH? (Listar a partir del menú desplegable qué se puede hacer para incluir a la población 5 en los servicios de protección social)					
	3.70a Sí	3.70b No	3.70c En caso de que sí, en el 3.30a, liste la barrera 1	3.70d En caso de que sí, en el 3.30a, liste la barrera 2	3.70e En caso de que sí, en el 3.30a, liste la barrera 3	3.70f En caso de que sí, en el 3.30a, liste la barrera 4	3.70g En caso de que sí, en el 3.30a, liste la barrera 5	3.71a ¿Qué (Actividad 1) se puede hacer para eliminar la barrera 1?	3.71b ¿Qué (Actividad 2) se puede hacer para eliminar la barrera 2?	3.71c ¿Qué (Actividad 3) se puede hacer para eliminar la barrera 3?	3.71d ¿Qué (Actividad 4) se puede hacer para eliminar la barrera 4?	3.71e ¿Qué (Actividad 5) se puede hacer para eliminar la barrera 5?
1. Transferencia de efectivo condicionada												
2. Transferencia de efectivo no condicionada												
3. Becas												
4. Exenciones de pago												
5. Programas de comida y nutrición												
6. Programas de obras públicas												
7. Apoyo de emergencia												
8. Pensiones no contributivas												
9. Otros pagos regulares de efectivo												
Planes en especie												
10. Subsidios en vivienda												
11. Alimentación en escuelas												
12. Becas escolares en bloques												
13. Apoyo docente												
14. Otros apoyos en especie												

3.70-3.71 continuación

Fuentes (por favor cumplimentar la fuente de su información para cada plan detallado a continuación):	
1. Transferencia de efectivo condicionada	
2. Transferencia de efectivo no condicionada	
3. Becas	
4. Exenciones de pago	
5. Programas de comida y nutrición	
6. Programas de obras públicas	
7. Apoyo de emergencia	
8. Pensiones no contributivas	
9. Otros pagos regulares de efectivo	
Planes en especie	
10. Subsidios en vivienda	
11. Alimentación en escuelas	
12. Becas escolares en bloques	
13. Apoyo docente	
14. Otros apoyos en especie	

El período de recuperación de todos los datos es de los últimos seis meses.

Lista de verificación para el análisis de las preguntas 3.30–3.7: acceso a los programas de protección social

Preguntas	Lista de verificación para el análisis	Métodos de recolección de datos	Análisis básico y presentación de hallazgos
<p>3.30–3.71e Estas preguntas se relacionan con las poblaciones identificadas en 3.20 como las mayores barreras en el acceso a determinados planes de protección social</p> <p>Para cada población, se indica una lista de los planes a los que se enfrentan las barreras de acceso, seguidas por las causas de las barreras y qué se puede hacer para eliminar cada barrera correspondiente</p> <p>Está la población identificada en 2.0 enfrentando las mayores barreras en el acceso a planes particulares de protección social que sean operacionales, ¿cuáles son esas barreras y qué se puede hacer para eliminar las barreras?</p> <p>Nota: Esta sección tiene formularios que deben ser cumplimentados en su totalidad, uno para cada una de las poblaciones. Formularios electrónicos adicionales se harán disponibles.</p>	<p>Para cada población:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de cada población que accede a los beneficios de la protección social ▪ Número estimado de cada población en el país o el área ▪ Proporción de cada población que accede a los planes ▪ Planes en los que la población afronta las mayores barreras para acceder ▪ Número y nombres de los planes de protección social a los que la población tiene las mayores barreras para acceder ▪ Barreras afrontadas por cada población ▪ Número de barreras afrontadas por cada población ▪ Actividades que pueden realizarse para eliminar las barreras ▪ Número de actividades que se pueden realizar para eliminar las barreras 	<p>Métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudio ▪ Análisis secundario de datos existentes ▪ Debates de grupo <p>Fuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informes de evaluación sobre el diálogo de la protección social mínima ▪ Estudios sobre Modos de Transmisión (MOT, por sus siglas en inglés), encuestas demográficas y de salud, encuestas de hogares ▪ Espectro de ONUSIDA ▪ Políticas de seguro de salud nacional ▪ Planes de seguro de salud ▪ Informes y documentos administrativos de protección social nacional ▪ Informes y documentos de organizaciones no gubernamentales y personas que viven con el VIH ▪ Documentos administrativos de protección social del sector privado ▪ Informes de evaluación de género de la respuesta al sida ▪ Plan nacional de VIH ▪ Planes operacionales de PEPFAR para país ▪ Informes regionales del Instituto de Administración del Seguro Social ▪ Equipo de Evaluación del VIH y la Protección Social (miembros del Equipo Conjunto de las Naciones Unidas sobre el sida, personas que viven con el VIH, poblaciones clave) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para cada pregunta, si procede, realizar tabulaciones y correlaciones de frecuencia e ilustrar los resultados ▪ % de cada grupo de población que accede a los beneficios de la protección social (cuando sea posible desglosar por género) ▪ Identificar las brechas en el acceso a los planes de protección social, los motivos de la existencia de estas brechas y cómo se puede hacer para cerrar las brechas

4.0 Coordinación, gestión y mecanismos de rendición de cuentas

Para que los programas de protección social funcionen de manera sostenible, la apropiación por parte del gobierno y la coordinación y armonización eficaz de la ayuda son fundamentales. Diferentes organismos gubernamentales y ministerios implementan diversos aspectos de los programas de protección social, que requieren fuertes relaciones de colaboración y coordinación. Cuando existan oportunidades de representación directa de las personas que trabajan con el VIH en los organismos de coordinación de la protección social, estas personas deberían estar representadas en foros adecuados donde puedan abogar por el fortalecimiento de los programas de protección social sensibles al VIH. Las personas que trabajan en la respuesta al sida también deben estar representadas en los planes de salud bajo la protección de la salud social, que a menudo son administrados por el ministerio de salud de forma independiente a otros programas nacionales de protección social. De igual modo, los actores de protección social deberían estar representados en los mecanismos nacionales de coprogramación de la protección social y el VIH.

4.00 ¿Hay mecanismos de coordinación en su distrito para la protección social y los servicios de salud?	4.1 ¿Los mecanismos de coordinación son operacionales?		4.2 En caso de que sí en 4.1, escribir el nombre del mecanismo de coordinación; si no existe mecanismo para los servicios de salud, para	4.3 En caso de que sí en 4.1, ¿está la respuesta al sida representada en el mecanismo de coordinación?		4.4 En caso de que no, ¿qué puede hacerse para incluir la respuesta del sida en el mecanismo de coordinación?
	4.1a Sí	4.1b No		4.3a Sí	4.3b No	
1. Protección social						
2. Protección social						
3. Protección social						
4. Protección social						
5. Protección social						
6. Protección social						
Servicios de salud						
7. Planes de salud						
8. Planes de salud						
9. Planes de salud						
10. Planes de salud						

4.00-4.4 continuación

Fuentes (por favor cumplimentar la fuente de su información para cada plan detallado a continuación):	
1. Protección social	
2. Protección social	
3. Protección social	
4. Protección social	
5. Protección social	
6. Protección social	
Servicios de salud	
7. Planes de salud	
8. Planes de salud	
9. Planes de salud	
10. Planes de salud	

El período de recuperación de todos los datos es de los últimos seis meses.

Lista de verificación para el análisis de las preguntas 4.0–4.40: coordinación, gestión y rendición de cuentas

Preguntas	Lista de verificación para el análisis	Métodos de recolección de datos	Análisis básico y presentación de hallazgos
<p>4.00 ¿Existen mecanismos de coordinación para la protección social, incluida la financiación de la salud, operacionales en su país?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lista y nombres de los mecanismos de coordinación y gobernanza de la protección social, incluidos los planes de salud ▪ Números absolutos de los mecanismos de coordinación y gobernanza de la protección social, incluidos los planes de salud 	<p>Métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudio ▪ Análisis secundario de los datos existentes ▪ Debate de grupo <p>Fuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informes de evaluación sobre el diálogo de la protección social mínima 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para cada pregunta, realizar tabulaciones de frecuencia e ilustrar los resultados en un formato que transmita mejor la información ▪ Si es posible, determinar tendencia
<p>4.2 ¿Está la respuesta al sida representada en los mecanismos de coordinación y gobernanza?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombres de los mecanismos de coordinación y gobernanza de la protección social, incluidos los planes de salud, que incluyan la representación de la respuesta al sida ▪ Número absoluto (y / o%) de coordinación y mecanismos de gobernanza de la protección social que incluya la representación de la respuesta al sida 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Políticas de protección social nacional ▪ Estrategia de protección social nacional ▪ Informes y documentos administrativos de protección social nacional ▪ Informes y documentos de organizaciones no gubernamentales 	
<p>4.4 Si la respuesta al sida no está representada, ¿qué se puede hacer para que la respuesta al sida esté representada en los mecanismos de coordinación y gobernanza de los programas de protección social?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acciones que se han de realizar para que la respuesta al sida se vea representada en los mecanismos de coordinación y gobernanza 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentos administrativos de protección social del sector privado ▪ Informes de evaluación de género de la respuesta al sida ▪ Plan nacional de VIH ▪ Planes operacionales de PEPFAR para país ▪ Informes regionales del Instituto de Administración del Seguro Social ▪ Equipo de Evaluación del VIH y la Protección Social (miembros del Equipo Conjunto de las Naciones Unidas sobre el sida, personas que viven con el VIH, poblaciones clave) 	

Anexo 2. Informe sobre el diagnóstico del VIH y la protección social

Portada

- Título de la evaluación, clasificación geográfica, nombre del país, nombre de la provincia, nombre del distrito
- Nombres de las personas responsables de la investigación
- Nombres del equipo de evaluación del VIH y la protección social
- Resumen ejecutivo (breve resumen del informe, incluidas las preguntas de la evaluación, la metodología utilizada, las conclusiones clave y las recomendaciones)

Cuerpo del informe

- Introducción
- Antecedentes y contexto
- Preguntas de evaluación
- Composición del equipo de evaluación del VIH y la protección social
- Metodología utilizada
- Limitaciones

Principales hallazgos

- Resaltar los hallazgos más importantes
- Organizar los hallazgos en torno a las preguntas de evaluación
- Utilizar imágenes, gráficos y tablas para resaltar los principales hallazgos

Conclusión

- Proporcionar una evaluación de los hallazgos relacionados con las preguntas de la evaluación

Recomendaciones

- Identificar las acciones clave emergentes de la evaluación que deben ser llevadas adelante teniendo en cuenta el contexto del distrito / provincia o país y el conocimiento del equipo de evaluación del VIH y la protección social

Referencias

- Indicar los documentos y las obras consultados

Anexo 3. Fuentes potenciales de datos

- Estimación del tamaño de las poblaciones clave
- Encuesta de grupos de indicadores múltiples —mujeres y niños y niñas
- Estudio sobre modos de transmisión del VIH
- Estimaciones y proyecciones del VIH
- Informes de la evaluación de género en la respuesta nacional al sida
- Informes de evaluación sobre el diálogo de la protección social mínima
- Informes regionales del Instituto de Administración del Seguro Social (con descripciones de los programas nacionales de seguridad social específicos del país, incluyendo elegibilidad, fuentes de financiamiento, etc.)
- Política nacional de la protección social
- Estrategias nacionales de la protección social
- Planes nacionales de erradicación de la pobreza
- Planes estratégicos nacionales de respuesta al VIH
- Notas conceptuales sobre el VIH para el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
- Encuesta demográfica y de salud más reciente
- Encuestas de indicadores del sida
- Vigilancia centinela
- Encuestas integradas de vigilancia bio-conductual
- Datos de programa de rutina
- Estudios de grupos sobre la incidencia y la supervivencia del VIH
- Investigación de los países en revistas arbitradas
- Informes conjuntos del sistema de monitoreo del programa
- Justificación de inversiones en VIH
- Evaluaciones de programas objetivo
- Índice del estigma
- Censo de la población

Anexo 4. Ejemplos de programas de protección social

País	Nombre del plan de protección social	Objetivo del plan	Población beneficiaria del programa	Prestación del programa	Agencia que implementa el plan
Brasil²	Bolsa Familia	Reducir la pobreza entre las personas pobres mediante transferencias de efectivo condicionadas dirigidas al desarrollo del capital humano	Familias con unos ingresos mensuales per cápita de menos de 140 reales (44 dólares estadounidenses) o menos de 70 reales (22 dólares estadounidenses) sin considerar la composición del hogar	<p>Familias con unos ingresos mensuales per cápita de menos de 140 reales (44 dólares estadounidenses) reciben 22 reales (22 dólares estadounidenses) por hija o hijo hasta los 14 o menos, hasta un máximo de tres hijas o hijos, y otros 33 reales (10 dólares estadounidenses) por cada hija o hijo por encima de los 15-16 años, hasta un máximo de dos hijas o hijos.</p> <p>Familias con un ingreso mensual per cápita de menos de 70 reales (22 dólares estadounidenses) reciben un adicional de 68 reales (21 dólares estadounidenses) condicionados al envío de las hijas y los hijos a la escuela y que accedan a vacunaciones y otros servicios sociales y de salud</p>	Secretaría de Ingresos Ciudadanos del Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre
Camboya³	Iniciativa de Liderazgo Budista	Mejorar la protección social para las personas pobres y grupos vulnerables específicos	Personas que viven y están más afectados por el VIH, y los huérfanos y las niñas y los niños vulnerables	<p>Para las niñas y los niños: transferencias de efectivo y en especie, y efectivo para el transporte para las niñas y los niños que viven con el VIH para recoger la terapia antiretroviral</p> <p>Para las adultas y los adultos: transferencias de efectivo y en especie, y efectivo para el transporte para las niñas y los niños que viven con el VIH para recoger la terapia antiretroviral</p>	Ministerio de Cultura y Religión

² Pobreza y prosperidad compartida en las regiones metropolitanas de Brasil. Washington, DC: Grupo del Banco Mundial; 2015.

³ Una revisión de los planes de protección social de Camboya para incorporar la sensibilidad al VIH. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2013.

País	Nombre del plan de protección social	Objetivo del plan	Población beneficiaria del programa	Prestación del programa	Agencia que implementa el plan
China	Cinco Garantías	Mejorar las condiciones de vida para las personas extremadamente pobres (que viven por debajo de la línea de la pobreza con 2300 renmibis por mes (360 dólares) en el 2011)	Las tres "poblaciones del no"—no pueden trabajar, no tienen ahorros o ingresos, no tienen familiares	Gastos de subsistencia, atención de la salud y la vivienda; los beneficios varían según las regiones	Oficina de asuntos civiles comarcal y consejos de aldea
Etiopía	Programa de seguridad productiva	Capacitar a las personas con inseguridad alimentaria crónica para que resistan los choques, construyan activos y puedan procurarse la alimentación	Población rural que enfrenta la inseguridad alimentaria y la hambruna	La combinación de transferencias de alimentos y dinero está condicionada a la participación de miembros sanos del hogar en las actividades de fortalecimiento de los medios de subsistencia, tales como la rehabilitación de las tierras y las vías fluviales y el desarrollo de la infraestructura	Sector de Gestión del Riesgo de Desastres y Seguridad Alimentaria en el Ministerio de Agricultura
India	Plan (Yojanna) Nacional de Pensión de Viudedad Indira Ghandi	Proveer un nivel mínimo de asistencia social, tal y como se estipula en el Artículo 41 de la Constitución de la India	Las viudas por debajo de la línea de pobreza de entre 40 y 64 años (ahora modificado para incluir a las viudas de entre 18 y 39 años)	Transferencias mensuales de 400 rupias	Ministerio de Desarrollo Rural a través de los Municipios y el sistema de gobierno local: Panchayats
México⁴	Sistema para la protección social en salud: Seguro Popular	Reducir la desigualdad en la salud y la protección financiera entre los mexicanos que tienen y los que no tienen seguridad social	Abierto a todos los mexicanos sin seguridad social; conformado por 4 planes para los diferentes beneficios y dirigidos a las poblaciones específicas; Fondo para la Protección contra los Desastres Catastróficos, incluyendo atención terciaria para enfermedades infantiles	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seguro Popular ofrece atención integral primaria y de la mayoría de la atención secundaria 2. El Fondo para la Protección de Gastos Catastróficos financia las intervenciones de atención terciaria de alto costo seleccionadas, incluyendo cánceres y enfermedades cardiovasculares y neurovasculares 3. El seguro de salud para una nueva generación se dirige a los niños nacidos después del 1 de diciembre de 2006 	Los servicios de salud pública gestionados por las redes proporcionan los beneficios

⁴ El sistema mexicano de protección social en salud y la protección financiera de los ciudadanos sin seguridad social. Washington, DC: Departamento de Desarrollo Humano, Oficina Regional del Banco Mundial para América Latina y el Caribe; 2012.

País	Nombre del plan de protección social	Objetivo del plan	Población beneficiaria del programa	Prestación del programa	Agencia que implementa el plan
				4. Embarazo Saludable orienta a las mujeres embarazadas a acceder a los servicios gratuitos al momento del uso para la atención prenatal, la asistencia hospitalaria basada en el parto y la atención posparto	
Nigeria⁵	Programa de Educación para las Niñas	Fomentar la inscripción y la retención en las escuelas primarias y secundarias y mejorar los resultados académicos para las niñas beneficiarias en los 10 estados del norte de Nigeria		Transferencias de efectivo condicionadas a familias pobres; trabajo de asesoramiento a líderes tradicionales, padres y maestros islámicos; becas para profesoras y comités de gestión escolar	Ministerio Federal de Educación y UNICEF (Ministerio de Educación y Junta Estatal Universal de Educación Básica)
Sudáfrica	Subsidio de apoyo infantil	Aborda niveles altos de pobreza y de desigualdad post-apartheid	Todos los niños de entre 0 y 18 años cuyas familias cumplen con los criterios de elegibilidad		Agencia de Seguridad Social de Sudáfrica en el Departamento de Desarrollo Social
República Unida de Tanzania⁶	Programa de Obras Públicas	Brinda ingresos de efectivo a los beneficiarios a través de la contratación en proyectos de construcción y de rehabilitación de infraestructuras aprobados	Personas con capacidad de trabajar pertenecientes a hogares pobres	Un salario que esté un 20% por debajo del salario establecido en el mercado para la mano de obra no cualificada (criterios de autoselección para determinar la población beneficiaria)	Programa de la de la División de Obras Públicas del Fondo de Acción Social de Tanzania Unidad de Gestión

⁵ Samuels F, Blake C, Akinrimisi B. Vulnerabilidades del VIH y el potencial para fortalecer las respuestas de protección social en el contexto del VIH en Nigeria. Londres: Instituto de Desarrollo de Ultramar; 2012.

⁶ El Fondo de Acción Social de Tanzania (TASF, por sus siglas en inglés) Manual del Programa de Obras Públicas. Dar es Salaam: Fondo de Acción Social de Tanzania; 2003.

Anexo 5. Proyecto de agenda del taller sobre evaluación del VIH y la protección social

[Lugar y ciudad de evaluación]

Día 1: [fecha]

Hora (horas)	Actividad
09.00–09.30	<p>Observaciones—consejo nacional de sida</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bienvenida y observaciones por el consejo nacional de sida. ▪ Comentarios de las organizaciones de la sociedad civil que representan a las personas que viven con el VIH y poblaciones clave. ▪ Palabras del director del ONUSIDA en el país. ▪ Palabras de apertura del ministro de servicios sociales.
09.30–10.30	<p>Objetivos del taller—consejo nacional de sida</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Situación del VIH / SIDA en el país y seguimiento y evaluación—consejo nacional sobre el sida. ▪ Situación de la protección social en el país—ministerio de protección social. ▪ Situación en el país de las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave— representativas de las personas que viven con el VIH. ▪ Preguntas y debate
10.30–11.00	<p>Pausa para café</p>
11.00–12.30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perspectiva mundial y regional sobre la protección social y el VIH y las evidencias y las implicaciones de las políticas para la Acción Acelerada—Copatrocinadores de ONUSIDA. ▪ Ejemplos de buenas prácticas en la respuesta al VIH y la protección social—organización de la sociedad civil. ▪ Ejemplos de buenas prácticas en la respuesta al VIH y la protección social—ONUSIDA. ▪ Preguntas y debate
12.30–14.00	<p>Comida</p>
14.00–15.30	<p>Evidencia de la protección social para la prevención y el tratamiento del VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Efectivo en protección social + atención a adolescentes. ▪ Protección social sensible al VIH para poblaciones clave. ▪ Protección social y evidencias emergentes sobre la prevención y el tratamiento del VIH—copatrocinadores de ONUSIDA.
15.30–16.00	<p>Pausa para café</p>
16.00–16.45	<p>Introducción al VIH y la Herramienta de Evaluación de la Protección Social.</p>
16.45–17.00	<p>Distribuya la herramienta impresa para la familiarización y recolección de la información—tarea.</p>

Día 2: [fecha]

Hora (horas)	Actividad
09.00–09.30	Recapitulación del día 1
09.30–10.30	Grupo de trabajo <ul style="list-style-type: none">▪ Cumplimentar electrónicamente el cuestionario sobre el VIH y la Protección Social.
10.30–11.00	Pausa para café
11.00–12.30	Grupo de trabajo <ul style="list-style-type: none">▪ Continuar completando el cuestionario electrónicamente
12.30–14.00	Comida
14.00–15.30	Grupo de trabajo <ul style="list-style-type: none">▪ Continuar completando el cuestionario electrónicamente
15.30–16.00	Pausa para café
16.00–16.30	Presentación del informe resumido <p>(El informe resumido se generará automáticamente una vez que el cuestionario completado sea enviado electrónicamente).</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Preguntas y debate.▪ Camino a seguir—ONUSIDA / ministerio de servicios sociales / consejo nacional sobre el sida / organización de la sociedad civil.
16.30–17.00	Comentarios de cierre <ul style="list-style-type: none">▪ Representante de la organización de la sociedad civil.▪ Director de ONUSIDA en el país.▪ Ministerio de servicios sociales.▪ Director del Consejo Nacional sobre el sida

Referencias

1. Dehne KL, Dallabetta G, Wilson D, GP Garnett, Laga M, Benomar E, et al. Prevención del VIH 2020: un marco para la ejecución y un llamado a la acción. *Lancet VIH*. 2016; 3: e323–e332.
2. El informe de brecha. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2014
3. Nota de orientación sobre el VIH y la protección social. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2011
4. Rodrigues-Garcia R. Investigación multinacional sobre “acceso” y “efectos” de las políticas y programas de protección social de los trabajadores que viven con el VIH y sus hogares Organización Internacional del Trabajo: un informe de síntesis. Ginebra: 2014.
5. Protección social: avance de la respuesta al VIH. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA; 2015.
6. Nota de orientación: VIH y la protección social. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA; 2014.
7. Thornton RL. La demanda de, y el impacto del conocimiento del estado del VIH. *Revista American Economic Review*. 2008; 98: 1829–1863.
8. McGovern ME, Herbst K, Tanser F, Mutevedzi T, Canning D, Gareta D, et al. Un bono de comida para el hogar incrementa el consentimiento para las pruebas de VIH en el hogar en las zonas rurales de KwaZulu-Natal. Resumen 1102. Presentado en la Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, Seattle, WA, 23–26 de febrero de 2015.
9. Yotebieng M. Eficacia de las transferencias de efectivo condicionadas para aumentar la retención en la atención y la adherencia a los servicios de PTMI: un ensayo controlado aleatorizado. Resumen TUA 0202. Presentado en la Octava Conferencia de la Sociedad Internacional del sida sobre Patogénesis, Tratamiento y Prevención del VIH, Vancouver, 19–22 de julio de 2015.
10. Farber S, Tate J, Frank C, Ardito D, Kozal M, Justice AC, Scott Braithwaite R. Un estudio de incentivos financieros para reducir el ARN del VIH en plasma entre los pacientes en tratamiento. *Revista AIDS and Behavior* 2013; 17: 2293–2300.
11. Bradley H, Viall AH, Wortley PM, Dempsey A, Hauck H, Skarbinski J. Ryan White Asistencia para el programa de VIH / sida y resultados del tratamiento del VIH. *Revista Clinical Infectious Diseases*. 2016; 62: 90–98.
12. Thirumurthy, H., Masters, S.H., Rao, S., Murray, K., Prasad, R., Zivin, J.G., Agot, K. (2016). Efectos de Proporcionar Compensación Fija y Recompensas por Sorteo en la Aceptación de la Circuncisión Médica Masculina en Kenia: Un Ensayo Aleatorizado. *Revista Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999), 72 (Suplemento 4), S309–S315. [Http://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001045](http://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001045)
13. Conectando los Puntos: Nota de Estrategia. VIH, salud y desarrollo 2016–2021. PNUD 2016.

14. En la estrategia de Acción Acelerada para poner fin al sida: ONUSIDA 2016–2021. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2015.
15. Directrices consolidadas sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para la prueba y la prevención de la infección del VIH: recomendación para un enfoque en salud pública. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
16. Cluver LD, Orkin MF, Yakubovich AR, Sherr L. Combinación de la protección social para reducir la conducta de riesgo de infección del VIH entre los adolescentes en Sudáfrica. Presentado en la Conferencia Internacional sobre el sida, Melbourne, 20–25 de julio de 2014.
17. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud—el camino hacia la cobertura universal de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
18. Gottret P, Schieber G. Financiamiento de la salud revisado: guía de un médico. Washington, DC: Banco Mundial; 2006.
19. Aumento de los ingresos para la salud en apoyo a la organización United Healthcare : cuestiones estratégicas para los encargados de formular políticas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
20. Informe sobre la protección social mundial 2014-15: creando recuperación económica, desarrollo social inclusivo y justicia. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2014.
21. Pettigrew LM, Mathauer I. Gastos voluntarios en seguros de salud en países de ingresos bajos y medios: exploración de las tendencias durante 1995–2012 e implicaciones políticas para el progreso hacia la cobertura universal de la salud. *Revista International Journal for Equity in Health*. 2016, 15: 67
22. Kutzin J. ¿Cualquier cosa en el camino hacia la cobertura sanitaria universal? Núm. Boletín de Organización Mundial de la Salud. 2012; 90: 867–868.
23. Wang H, Pielemeier N. Seguro de salud comunitario: un enfoque evolutivo para lograr la cobertura universal en los países de ingresos bajos. *Revista Life Science*. 2012; 6: 320–329.
24. Boccia D, Hargreaves J, Lönnroth K, Jaramillo E, Weiss J, Uplekar M, et al. Transferencia de efectivo e intervenciones de microfinanzas para el control de la tuberculosis: revisión de la evidencia del impacto y las implicaciones políticas, *Revista Internacional Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2011; 15 (Suplemento 2): S37–S49.
25. Torrens AW, Rasella D, Boccia D, Maciel ELN, Nery JS, Olson ZD, et al. Efectividad de un programa de transferencia de efectivo condicionada en la tasa de curación de la TB: un estudio de cohortes retrospectivo en Brasil. *Revista Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine*. 2016; 110: 199–206.

26. Directrices consolidadas sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
27. Ford N, Matteelli A, Shubber Z, Hermans S, Meintjes G, Grinsztejn B, et al. La TB como causa de hospitalización y mortalidad intrahospitalaria entre las personas que viven con el VIH en todo el mundo: una revisión sistemática y un meta-análisis. *Revista Journal of the International AIDS Society*. 2016; 19: 20 714.
28. Foster N, Vassall A, Cleary S, Cunnam L, Churchyard G, Sinanovic E. La carga económica del diagnóstico y el tratamiento de la TB en Sudáfrica. *Revista Social Science & Medicine*. 2015; 130: 42e50.
29. “Pedimos justicia”: el fracaso de Europa para proteger a Roma de la violencia racista. Londres: Amnistía Internacional; 2014 (<http://www.amnesty.org/en/news/roma-europe-demanding-justice-and-protection-face-violence-2014-04-08>)
30. Enfoques innovadores en la India: protección social sensible al VIH en la India, PNUD 2014.
31. Acceso y efectos de la protección social sobre los trabajadores que viven con el VIH y sus hogares: un informe analítico. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2014.
32. Remme M, Vassalla A, Lutz B, Luna J, Watts C. Financiación de las intervenciones estructurales: ir más allá del valor total del VIH para las evaluaciones monetarias. *Sida*. 2014; 28: 425–434.
33. El estado de las redes de seguridad social 2015. Washington, DC: Banco Mundial; 2015.
34. Protección social para el desarrollo sostenible: diálogos entre África y Brasil. Río de Janeiro: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; Centro Mundial para el Desarrollo Sostenible (Río+Centro); 2016.
35. Revisión de la cartera de PEPFAR HKID: la infancia en la epidemia del VIH/sida. Washington, DC: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; 2011.
36. Directrices de Terminología de ONUSIDA. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2015.
37. Nota de orientación sobre el VIH y el trabajo sexual. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2012.
38. Metas de Desarrollo Sostenible: 17 metas para transformar nuestro mundo. Nueva York: Naciones Unidas (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>).

Copyright © 2017
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).
Todos los derechos reservados.

Las denominaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de ONUSIDA sobre la condición jurídica de ningún país, territorio, ciudad o zona o de sus autoridades, ni sobre la delimitación de sus fronteras o límites. ONUSIDA no garantiza que la información publicada en esta publicación sea completa y correcta y no será responsable de los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de su uso.

ONUSIDA/JC2879S



Al servicio
de las personas
y las naciones



ONUSIDA
Programa Conjunto de las Naciones
Unidas sobre el VIH/SIDA

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666

unaids.org