

- **Hacer realidad la protección social universal para las personas que viven con, corren el riesgo de contraer o se ven afectadas por el VIH o la tuberculosis**



- ▶ **Hacer realidad la protección social universal para las personas que viven con, corren el riesgo de contraer o se ven afectadas por el VIH o la tuberculosis**

Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2021

Primera edición 2021

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a Publicaciones de la OIT (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, o por correo electrónico a rights@ilo.org, solicitudes que serán bien acogidas.

Las bibliotecas, instituciones y otros usuarios registrados ante una organización de derechos de reproducción pueden hacer copias de acuerdo con las licencias que se les hayan expedido con ese fin. En www.ifrro.org puede encontrar la organización de derechos de reproducción de su país.

Hacer realidad la protección social universal para las personas que viven con, corren el riesgo de contraer o se ven afectadas por el VIH o la tuberculosis

ISBN 978-92-2-035614-2 (Impreso)

ISBN 978-92-2-035615-9 (PDF)

Publicado también en francés : *Faire de la protection sociale universelle une réalité pour les personnes vivant avec, risquant de vivre avec et affectées par le VIH ou la tuberculose*, ISBN : 978-92-2-035616-6 (Impreso) ; 978-92-2-035617-3 (PDF) y en inglés : *Making universal social protection a reality for people living with, at the risk of, and affected by HIV or tuberculosis*, ISBN : 978-92-2-035612-8 (Impreso) ; 978-92-2-035613-5 (PDF).

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las sancione.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Para más información sobre las publicaciones y los productos digitales de la OIT, visite nuestro sitio web: www.ilo.org/publns.

Esta publicación ha sido realizada por el Servicio de Producción, Impresión y Distribución de Documentos y Publicaciones (PRODOC) de la OIT.

*Creación gráfica, concepción tipográfica, compaginación,
edición electrónica y distribución.*

PRODOC vela por la utilización de papel proveniente de bosques gestionados de manera durable y responsable desde el punto de vista medioambiental y social.

Código: CHD-REP

► Agradecimientos

Este documento de trabajo fue elaborado conjuntamente por la Unidad de Política Social del Departamento de Protección Social, el Servicio de Género, Igualdad, Diversidad e Inclusión del Departamento de Condiciones de Trabajo e Igualdad, en cooperación con el Servicio de Administración del Trabajo, Inspección del Trabajo y Seguridad y Salud en el Trabajo del Departamento de Gobernanza y Tripartismo, de la OIT.

Lou Tessier y Sven Engels coordinaron la publicación, que fue redactada por Felice Bakker y Romane Cauqui. Participaron directamente en la revisión del proyecto de texto Ana Catalina Ramírez, Kofi Amekudzi y Olga Gómez Alcázar, a quienes agradecemos su contribución.

También damos las gracias a Brigitte Zug-Castillo, Dirkje Schaaf, Syed Mohammad Afsar, Christina Behrendt e Ian Orton por sus valiosos aportes. De la misma manera, agradecemos a Nobuyuki Nishikiori, del Programa Mundial contra la Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud, que compartió con nosotros los resultados de la encuesta de costos relativos a los pacientes con tuberculosis.



► Índice

Agradecimientos	III
Lista de gráficos	VI
Lista de abreviaturas y acrónimos	VII
Prefacio	VIII
Resumen ejecutivo	IX
1. Introducción	1
2. Protección social: Brechas en la cobertura mundial y sus consecuencias para las personas que viven con el VIH y la tuberculosis	7
2.1. La protección social en el contexto de las respuestas al VIH y la tuberculosis	7
2.2. Las brechas de cobertura de la protección social y su impacto en los grupos de población vulnerables	8
3. Ejemplos de prácticas de integración del VIH y la tuberculosis en los sistemas de protección social	15
3.1. Diseño de las prestaciones para un acceso sin trabas a la atención médica	16
3.1.1. El paquete de intervenciones en salud	16
3.1.2. Niveles de prestaciones y protección financiera frente a los costos de salud	21
3.1.3. Disponibilidad de servicios de salud adaptados	22
3.1.4. Procedimientos administrativos adaptados	23
3.2. Diseño de las prestaciones de seguridad de los ingresos	26
3.3. Adaptar los procedimientos administrativos y construir alianzas para la prevención y la derivación de beneficiarios	28
3.3.1. Sensibilización, prevención y derivación por medio de organizaciones comunitarias	29
3.3.2. Sensibilización, prevención y derivación en el lugar de trabajo	30
3.4. Gobernanza y participación	31
3.5. Financiamiento	33
4. Conclusión y recomendaciones	39
Bibliografía	41
Anexos	46
Anexo 1. Metodología	46
Anexo 2. Descripción general de la inclusión del VIH/sida en las políticas de protección social en los estudios de países	51
Anexo 3. Panorama puntual de la base de datos sobre los 18 países seleccionados	53

► Lista de gráficos

Gráfico 1. Necesidad de una protección social integral: la pesada carga que constituyen la pérdida de ingresos y los costos médicos y no médicos para los pacientes con tuberculosis y sus familias - Instantánea de la distribución de costos por país (en porcentaje de los costos totales incurridos)	7
Gráfico 2. Desarrollo de programas de protección social basados en la legislación nacional, por área de políticas, desde antes de 1900 a 2020 (en porcentaje de países)	9
Gráfico 3. Cobertura efectiva de las prestaciones monetarias de la protección social, estimaciones porcentuales mundiales y regionales por categoría de prestación, 2020 (indicador 1.3.1 de los ODS)	11
Gráfico 4. Porcentaje de medidas de protección social anunciadas con respecto a la COVID-19, por categoría de prestación o contingencia	13
Gráfico 5. Seguridad de los ingresos en case de enfermedad, y protección legal según el tipo de régimen, sobre la base de datos del último año disponible	26
Gráfico 6. Proporción del gasto en tratamiento y prevención del VIH, algunos países, 2018	36
Gráfico 7. Déficit en el financiamiento anual necesario para alcanzar las metas 1.3 y 3.8 de los ODS, por región y nivel de ingresos, 2020 (en porcentaje del PIB)	37

► Lista de abreviaturas y acrónimos

AISS	Asociación Internacional de la Seguridad Social
ARV	medicamento antirretroviral
BRICS	Brasil, Federación de Rusia, India, China y Sudáfrica
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (México)
CHBC	Community and Home-Based Care (Atención Comunitaria y Domiciliaria de Botswana)
Fondo Mundial	Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y el Paludismo
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional (Programa Nacional de Seguro Social de Salud de Indonesia)
MAC	Malaysian AIDS Council (Consejo del Sida de Malasia)
NAA	National AIDS Authority (Dirección Nacional del Sida de Camboya)
NCCAI	National Coordinating Committee on AIDS Intervention (Comité Nacional de Coordinación de las Intervenciones sobre el Sida de Malasia)
NHIF	National Hospital Insurance Fund (Fondo Nacional del Seguro de Hospitalización de Kenya)
NHSO	National Health Security Office (Oficina Nacional de Seguridad Sanitaria de Tailandia)
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OSC	organización de la sociedad civil
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief (Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida)
PTMI	prevención de la transmisión materno-infantil
PVVIH	personas que viven con el VIH
RAMED	Régime d'assistance médicale (Régimen de Asistencia Médica, Marruecos)
SSA	Social Security Administration (Administración del Seguro Social de los Estados Unidos)
ST	Salud en el trabajo
TAR	terapia o tratamiento antirretroviral
TB	Tuberculosis

► **Prefacio**

Pese a que la protección social es un derecho humano, aún no se ha convertido en una realidad universal. Solo la mitad de la población mundial está amparada efectivamente por al menos una prestación monetaria de la protección social, lo que significa que 4.000 millones de personas siguen desprotegidas. En realidad, detrás de esta estimación global se esconden grandes diferencias entre las regiones (por ejemplo, en Asia y África se observan las mayores brechas de cobertura), y también las disparidades que hay entre países y entre grupos de población de un mismo país. Extender la cobertura de la protección social es una necesidad urgente para eliminar la pobreza, reducir la desigualdad, facilitar el acceso a la atención de salud y la educación, promover la igualdad de género y, en un plano más amplio, lograr el bienestar para todos. De ahí que cerrar la brecha de la protección social sea un objetivo central de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

El VIH y la tuberculosis tienen un gran peso en la carga mundial de morbilidad. Las estrategias mundiales para acabar con el sida y la tuberculosis, en la perspectiva de alcanzar la meta 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, enfocan la cobertura de protección social como un pilar fundamental de las respuestas de los países ante estas epidemias. Dichas estrategias destacan aún más las necesidades de protección social que las enfermedades de larga duración plantean a los pacientes y sus hogares, y resaltan el papel preventivo que pueden desempeñar los sistemas de protección social para abordar los factores socioeconómicos que inciden en esas enfermedades. Las brechas en la cobertura de la protección social pueden afectar de manera desproporcionada a las personas que viven con, están en riesgo de contraer o se ven afectadas por el VIH y la tuberculosis, incluidos los grupos de población vulnerables, como los jóvenes, las mujeres y las niñas, las personas con discapacidad, los refugiados, los solicitantes de asilo, los migrantes y quienes padecen de inseguridad alimentaria o desnutrición o se encuentran en situación de emergencia humanitaria. Además, las brechas en la cobertura de protección social afectan de manera desproporcionada a grupos de población clave, como los hombres homosexuales y otros varones que tienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores del sexo, las personas transgénero, las personas que se inyectan drogas y los presos y otras personas encarceladas.

La crisis de la COVID-19 ha agravado los riesgos que corren estos grupos de población, al tiempo que ha llevado la protección social a una encrucijada. La pandemia ha empeorado los problemas que existían previamente, como los altos niveles de inseguridad económica y el aumento de la desigualdad y la informalidad, y ha mostrado la vulnerabilidad de las personas que no pueden contar con una protección social adecuada, entre las cuales suele haber un número desproporcionadamente alto de personas que viven con el VIH y la tuberculosis. En esta coyuntura crítica, las respuestas de corto plazo frente a las crisis deberían transformarse en componentes de los sistemas de protección social basados en los derechos, como el establecimiento de pisos de protección social sólidos, inclusivos y reactivos. Para lograrlo, se requieren mecanismos efectivos que garanticen que los sistemas de protección social atiendan adecuadamente las necesidades de las personas que viven con estas enfermedades e incluyan a todos los grupos vulnerables.

El presente documento de trabajo tiene por objeto poner de relieve ejemplos concretos de prácticas institucionales que han sido modificadas y adaptadas por las instituciones de protección social a fin de mejorar su capacidad de respuesta y su carácter inclusivo con respecto al VIH y la tuberculosis. Esperamos que estas prácticas sirvan de inspiración y alienten a otras instituciones y profesionales en el sector de la protección social a integrar sistemáticamente esta dimensión, con el propósito de maximizar el impacto que los sistemas de protección social tienen sobre la salud y el bienestar de las personas.

Shahra Razavi

Directora

Departamento de Protección Social, OIT

Manuela Tomei

Directora

Departamento de Condiciones de Trabajo
e Igualdad, OIT

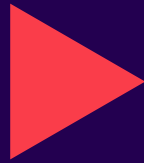
► Resumen ejecutivo

En la meta 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se recoge el compromiso asumido por la comunidad internacional de poner fin a las epidemias de sida y tuberculosis para 2030. Garantizar que los grupos de población que viven con, están en riesgo de contraer o se ven afectados por el VIH o la tuberculosis tengan un acceso efectivo a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento será un factor crucial para la realización de este cometido. A los sistemas de protección social les incumbe un papel fundamental en lo relativo a sufragar los costos médicos y no médicos directos, y también a compensar la pérdida de ingresos ocasionada por la enfermedad.

En el presente documento se proporcionan ejemplos de prácticas institucionales destinadas a mejorar la capacidad de los regímenes nacionales de protección social para incluir a las personas que viven con el VIH y/o la tuberculosis y para responder adecuadamente a sus necesidades. Las principales conclusiones con respecto a estas prácticas se pueden resumir en cuatro puntos esenciales:

- En primer lugar, las prácticas adoptadas por las instituciones de protección social para responder al VIH y la tuberculosis y desplegar esfuerzos activos a fin de incluir a los principales grupos de población vulnerables deben documentarse de forma más eficaz y sistemática con miras a su optimización. Dichas prácticas contribuirán a la preparación de orientaciones y a la integración de enfoques relativos al VIH y la tuberculosis en las herramientas de protección social que hoy se utilizan a nivel mundial, regional y nacional.
- En segundo lugar, los programas, regímenes y prestaciones de protección social centrados únicamente en las personas que viven con el VIH o la tuberculosis conllevan el riesgo de acentuar la estigmatización y discriminación de que son objeto. Por lo tanto, se necesitan esfuerzos activos para conseguir su integración en otros programas y regímenes de protección social más amplios. Este enfoque permitirá asegurar que los sistemas de protección social contribuyan no solo a alcanzar la meta 3.3 de los ODS, sino que también garanticen una cobertura de la protección sanitaria y social efectivamente universal, sin dejar a nadie atrás.
- En tercer lugar, el examen de los programas y regímenes puso de manifiesto la importancia fundamental de que las instituciones de protección social se asocien con las organizaciones que brindan servicios de prevención y de derivación en las comunidades y en el lugar de trabajo, como parte de un esfuerzo sistemático de alcance orientado a los grupos de población clave y vulnerables.
- Por último, la pandemia de COVID-19 ha revelado la existencia de oportunidades en lo que atañe a mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de protección social ante los impactos. En este contexto, la realización de nuevos estudios comparativos sobre el diseño y la gestión de las respuestas de protección social en distintos países permitiría extraer valiosas enseñanzas en cuanto a las políticas más adecuadas sobre protección social y pandemias.

Para ser verdaderamente inclusivos de cara a los grupos de población clave y los grupos vulnerables y responder a sus necesidades, los sistemas de protección social deben tener en cuenta las respuestas al VIH y la tuberculosis. Las necesidades y los desafíos específicos que se plantean a los grupos de población clave y vulnerables subrayan aún más las limitaciones de muchos sistemas nacionales de protección social, en los que la contingencia de la enfermedad –según se describe en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm.102)– suele estar mal cubierta. En esta perspectiva, la respuesta a las epidemias, como el VIH y la tuberculosis, debería integrarse en las herramientas utilizadas por los profesionales de la protección social a nivel mundial y nacional.



1



► 1. Introducción

Mediante la meta 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la comunidad internacional se ha comprometido a poner fin a las epidemias de sida y tuberculosis para 2030. Además, varios otros ODS son pertinentes para las respuestas al VIH, el sida y la tuberculosis. Se trata, en particular, de los siguientes:

- ODS 1 y su meta 1.3 sobre la implantación de sistemas y medidas de protección social apropiados a nivel nacional para todos, incluidos los pisos de protección social;
- ODS 3 y su meta 3.8 sobre la cobertura sanitaria universal; y
- ODS 8 y su meta 8.8 sobre la protección de los derechos laborales y la promoción de entornos laborales seguros y sin riesgos para todos los trabajadores, incluidos los trabajadores migrantes, en particular las mujeres migrantes y las personas con empleos precarios.

Con el fin de hacer el seguimiento de los avances hacia el logro de la meta 3.3 de los ODS, se han definido etapas intermedias tanto para la tuberculosis como para el VIH. Con respecto a la tuberculosis, la estrategia global *Fin de la Tuberculosis* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define tres metas para 2020 (OMS 2015). En primer lugar, se debe atender y ofrecer un tratamiento adecuado por lo menos al 90 por ciento de las personas con tuberculosis (terapia de primera línea, de segunda línea y preventiva, según sea necesario). En segundo lugar, se debe atender a por lo menos el 90 por ciento de los grupos de población clave, definidos como aquellos grupos más vulnerables, desatendidos y expuestos a riesgos. En tercer lugar, se debe conseguir al menos un 90 por ciento de éxito en el tratamiento de todas las personas diagnosticadas con tuberculosis, velando por que se les brinden servicios de tratamiento asequibles, por que sigan el tratamiento hasta el final y de forma correcta, y por que tengan apoyo social.

La *Estrategia mundial contra el sida 2021-2026* se centra en los objetivos relativos a las pruebas y el tratamiento 95-95-95 del VIH, que se espera lograr en todos los subgrupos de población, grupos de edad y entornos geográficos, incluidos los niños que viven con el VIH. Para 2025, el 95 por ciento de todas las personas que viven con el VIH (PVVIH) deberán tener conciencia de su estado, el 95 por ciento de todas las PVVIH deberán haber recibido un tratamiento antirretroviral, y se deberá haber logrado la supresión viral en el 95 por ciento de las personas que reciben dicho tratamiento (ONUSIDA 2021). La Estrategia mundial contra el sida incluye la protección social en el área de resultados 9, que se centra en sistemas integrados para programas de protección sanitaria y social que apoyan el bienestar, los medios de subsistencia y entornos propicios para las personas que viven con, están en riesgo de contraer o se ven afectadas por el VIH.

Para alcanzar esas etapas intermedias y la meta 3.3 de los ODS es necesario, entre otras cosas, asegurar que los grupos de población que viven con, están en riesgo de contraer o se ven afectados por el VIH o la tuberculosis, puedan acceder de forma efectiva a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento. A este respecto, los sistemas de protección social tienen un papel fundamental que desempeñar a través de los siguientes canales:

- la cobertura de los costos médicos directos de la prevención, diagnóstico y tratamiento, que es asumida por regímenes adecuados de protección social en salud;
 - la cobertura de los costos no médicos directos (incluidos los servicios de transporte y nutrición), que es asumida ya sea por regímenes de protección social en salud con un ámbito de acción extendido o por otros programas integrados de protección social (mediante transferencias en efectivo o en especie);
-

- la cobertura de la pérdida del ingreso provocada por una enfermedad (resultante de la incapacidad para trabajar, o del tiempo no trabajado mientras se busca atención médica), asumida por regímenes de protección social adecuados que ofrecen prestaciones de enfermedad.

Cuando se busca asegurar la cobertura social de las personas vulnerables al VIH y la tuberculosis, es de particular importancia tener en cuenta que estos grupos pueden ser objeto de discriminación. Por lo tanto, para ser inclusivos, es posible que los sistemas de protección social tengan que crear vínculos proactivos con nuevos interlocutores para organizar funciones de prevención y derivación, como los servicios de salud ocupacional que operan en los lugares de trabajo y los programas comunitarios.

Este documento se centra en las contribuciones que los regímenes de protección social pueden hacer a los tres canales de acceso señalados anteriormente, en lo relativo a los costos y la pérdida de ingresos incurridos por los pacientes. Su objetivo es identificar prácticas institucionales que mejoren la inclusión y la capacidad de respuesta de los regímenes de protección social de cara al VIH y la tuberculosis. En otras palabras, se trata de prácticas que hayan permitido que los regímenes de protección social incluyan de manera efectiva a grupos de población vulnerable y respondan a la necesidad de protección social relacionada con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del VIH y la tuberculosis.

En primer lugar, el documento presenta un breve panorama de las brechas en la cobertura de protección social en todo el mundo y de la forma en que perjudican a las personas vulnerables o afectadas por el VIH y la tuberculosis. A continuación, se citan ejemplos de prácticas institucionales destinadas a hacer que los regímenes de protección social sean más inclusivos y respondan a las necesidades de las personas vulnerables o afectadas por el VIH y la tuberculosis, independientemente de las diferentes características de diseño de los sistemas de protección social. Estos ejemplos se compilaron a partir de fuentes bibliográficas académicas y publicaciones no oficiales. Sobre la base de los estudios e informes consultados, se seleccionaron 18 países para llevar a cabo una investigación más exhaustiva aplicando una plantilla estándar.¹ La metodología de investigación detallada y los criterios de selección de los países se incluyen en el Anexo 1.

1 Los 18 países son Argelia, Botsuana, Camboya, Costa Rica, Ecuador, Indonesia, Kazajstán, Kenia, Malasia, Marruecos, México, Nepal, Omán, Rumania, Ruanda, Sudáfrica, Tailandia y Vietnam.

► Recuadro 1. Protección social

La protección social comprende un conjunto de medidas destinadas a garantizar un acceso sin trabas a la atención médica y la seguridad del ingreso durante todo el ciclo de vida. Así, proporciona una protección contra el empobrecimiento y un acceso efectivo a los servicios que permiten afrontar las contingencias de la vida.

Por protección social universal se entiende la protección integral, sostenible y adecuada que se brinda durante el ciclo de vida en torno a tres ejes fundamentales:

- **Cobertura universal con respecto a las personas que se benefician de la protección:**
 - Todos quienes la necesiten deben tener un acceso efectivo a la protección social durante todo el ciclo de vida.
- **Protección integral con respecto a los riesgos y contingencias sociales cubiertos:**
 - Se incluyen el acceso a la atención de salud y la seguridad del ingreso en todas las contingencias de la vida (como la enfermedad, maternidad, desempleo, etc.) y la protección contra riesgos nuevos y emergentes, como las necesidades derivadas de los cuidados a largo plazo.
- **Protección adecuada:** – Se trata de prevenir la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social y permitir que las personas lleven una vida sana y digna.

La protección social universal se inscribe firmemente en el marco internacional de derechos humanos: la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102); y la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202). Para hacer realidad esta visión, la OIT aboga por la aplicación de una estrategia bidimensional sustentada en políticas nacionales de protección social arraigadas en los marcos jurídicos correspondientes. En este sentido, la Recomendación núm. 202 insta a los Estados Miembros de la OIT a:

1. **establecer y mantener pisos de protección social:** Esto se conoce como la dimensión horizontal. Se trata de niveles mínimos, no de niveles máximos; por lo tanto, los Estados Miembros también deberían:
2. **asegurar niveles de seguridad social progresivamente más altos:** Esto se conoce como la dimensión vertical.

Como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la extensión de la protección social es una contribución directa a dos objetivos complementarios de los sistemas de protección social universal: el establecimiento de pisos o niveles mínimos de protección social (ODS 1.3) y la cobertura sanitaria universal (ODS 3.8).



► Recuadro 1. Protección social (suite)

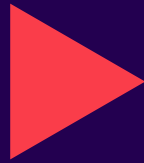
La protección social puede concretarse mediante una serie de instrumentos de política. El seguro social se refiere a los regímenes de protección social que se financian con contribuciones de los trabajadores y los empleadores y (a veces) con subsidios públicos. La asistencia social se refiere a regímenes de protección social que suelen financiarse con los ingresos públicos ordinarios, y pueden ser regímenes universales (para todos), regímenes para categorías de población (por ejemplo, grupos de edad específicos) o regímenes de prestaciones condicionadas a la verificación de recursos (es decir, el derecho a prestaciones dependerá del nivel de ingresos). Tanto los regímenes de seguridad social como los de asistencia social ofrecen prestaciones monetarias y/o en especie (por ejemplo, servicios a las personas).

► Recuadro 2. Servicios de salud en el trabajo

El sistema de salud en el trabajo –y por extensión, los servicios de salud en el trabajo (Servicios de ST)– puede brindar apoyo a los regímenes de protección social, facilitando el acceso a los servicios preventivos para la población activa y proporcionando de forma sistémica la información de referencia sobre los derechos de protección social. Las estructuras establecidas para asegurar la prestación de los servicios de ST¹ pueden funcionar también como canales de acceso eficientes y sostenibles para los programas sobre VIH y tuberculosis en el lugar de trabajo. Por último, los servicios de ST pueden institucionalizar los programas de prevención del VIH y la tuberculosis en el lugar de trabajo, incluyéndolos en los manuales y programas de formación sobre seguridad y salud en el trabajo.

Los servicios de ST son un elemento esencial de las infraestructuras que protegen y promueven la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores. Si bien el objetivo principal de estos servicios es prevenir los accidentes laborales y las enfermedades profesionales, los nuevos desafíos generados por los cambios en la organización del trabajo, las tecnologías de producción y el medio ambiente han requerido que estos servicios se ocupen también de los riesgos ambientales y los riesgos generales presentes en entornos no laborales que pueden menoscabar la capacidad de trabajo y el bienestar de los trabajadores. En este sentido, la Recomendación sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985 (núm. 171), preconiza la colaboración de los servicios de ST con las autoridades sanitarias en el marco de los programas de salud pública.

1 El Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985 (núm.161), en su artículo 1, a), los define como “unos servicios investidos de funciones esencialmente preventivas y encargados de asesorar al empleador, a los trabajadores y a sus representantes en la empresa acerca de: i) los requisitos necesarios para establecer y conservar un medio ambiente de trabajo seguro y sano que favorezca una salud física y mental óptima en relación con el trabajo; y ii) la adaptación del trabajo a las capacidades de los trabajadores, habida cuenta de su estado de salud física y mental”.



2

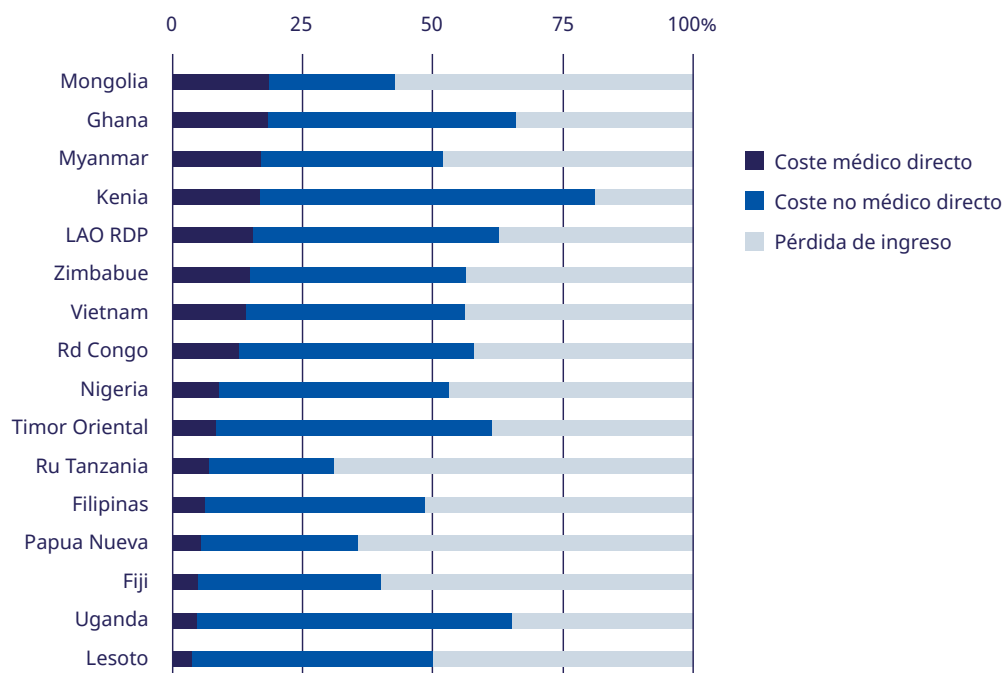


► 2. Protección social: Brechas en la cobertura mundial y sus consecuencias para las personas que viven con el VIH y la tuberculosis

2.1. La protección social en el contexto de las respuestas al VIH y la tuberculosis

El deterioro de la salud causado por el VIH y/o la tuberculosis tiene vastas consecuencias en la vida y los medios de subsistencia de las personas afectadas. Los datos recopilados recientemente mediante encuestas sobre los costos de la tuberculosis para los pacientes en varios países de alta incidencia, que se muestran en el gráfico 1, ilustran la necesidad de que los pacientes cuenten con una cobertura integral de los costos médicos y no médicos directos, así como de la pérdida de sus ingresos (OMS 2017; Pedrazzoli y otros 2018; Hoa y Nhung 2019). En el caso del VIH, las encuestas sobre los costos para los pacientes muestran que, al igual que en el caso de la tuberculosis, éstos están abrumados por la cuantía de los costos médicos y no médicos directos, así como por la pérdida de los ingresos (Mudzengi y otros 2017).

► Gráfico 1. Necesidad de una protección social integral: la pesada carga que constituyen la pérdida de ingresos y los costos médicos y no médicos para los pacientes con tuberculosis y sus familias - Instantánea de la distribución de costos por país (en porcentaje de los costos totales incurridos)



RDP Lao = República Democrática Popular Lao; RD Congo = República Democrática del Congo; RU Tanzania = República Unida de Tanzania. Fuente: OMS 2020.

Un número importante de estudios han mostrado que el VIH y la tuberculosis afectan de manera desproporcionada a ciertos grupos de población clave, tanto por lo que se refiere al riesgo de infección como en lo que atañe a la gravedad de su impacto. Entre los grupos de población clave con respecto al VIH se incluyen los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los trabajadores del sexo, las personas que se inyectan drogas y las personas en prisión. Con respecto a la tuberculosis, se incluyen las personas en prisión, los migrantes, los refugiados, las poblaciones indígenas y las personas que viven con el VIH. El estigma y la discriminación que pesan sobre estos grupos de población, especialmente en el caso de la infección por el VIH o la tuberculosis, tienen un doble impacto, lo que hace que sean más reacios a dar el primer paso y buscar atención médica, y que se muestren menos dispuestos a aceptar el tratamiento adecuado una vez que la han encontrado. De manera similar, es menos probable que conozcan o busquen otras prestaciones de la seguridad social o cuidados de los servicios sociales, y que con frecuencia reciban respuestas inapropiadas si solicitan tales prestaciones y cuidados (OIT 2014).

► **Recuadro 3. La respuesta de la OIT al VIH y el sida**

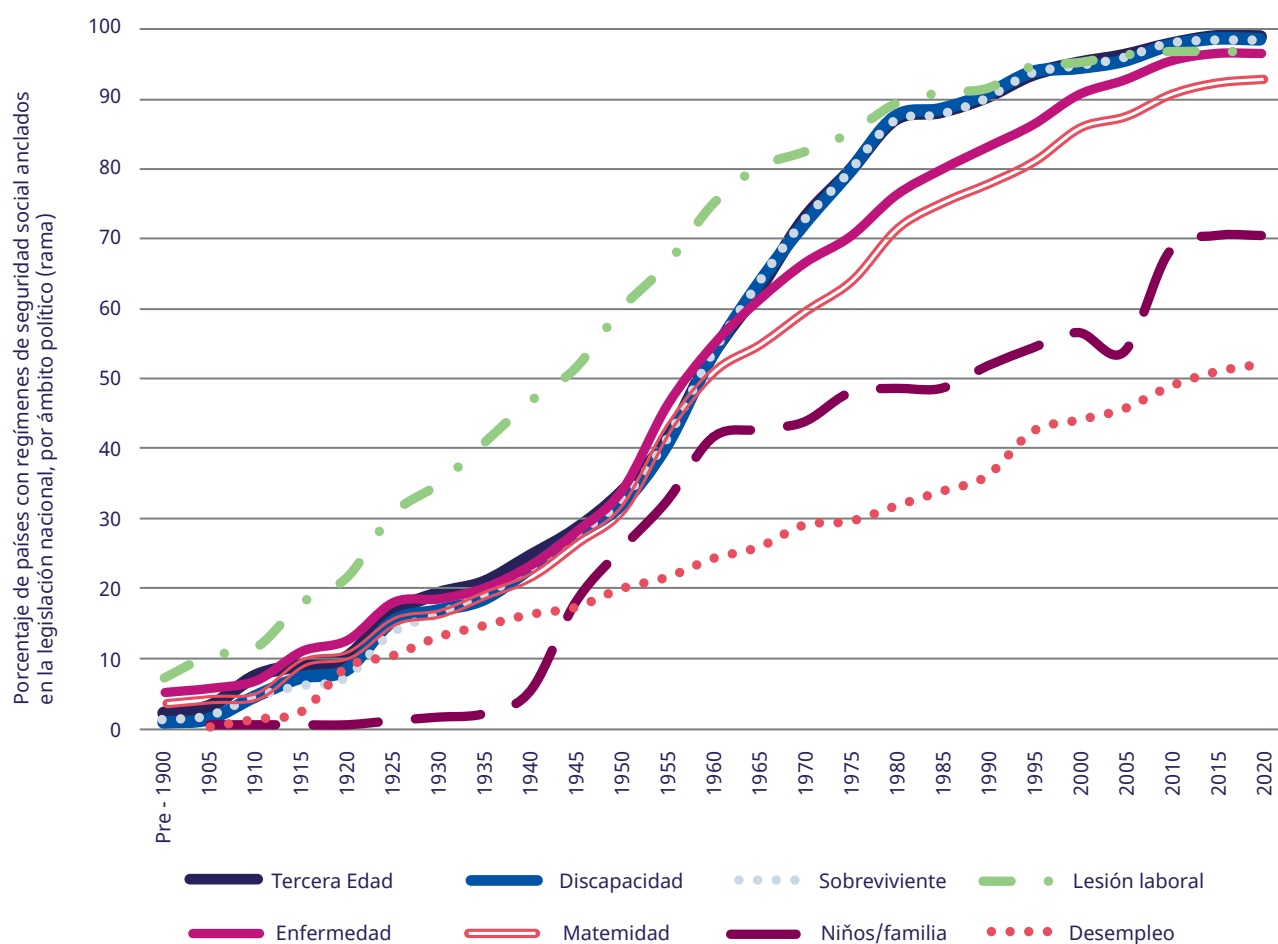
La OIT reconoce que el VIH puede tener un impacto devastador en el trabajo y la productividad y representa una enorme carga para los trabajadores, sus familias y comunidades, las empresas y las economías nacionales. El estigma y la discriminación relacionados con el VIH amenazan los derechos fundamentales en el trabajo y socavan las oportunidades de los trabajadores para obtener un empleo decente y sostenible y beneficiarse de la protección social.

En junio de 2010, congregados en la Conferencia Internacional del Trabajo, los gobiernos, los representantes de los empleadores y los representantes de los trabajadores de los Estados Miembros de la OIT adoptaron la Recomendación sobre el VIH y el sida, 2010 (núm. 200). Esta Recomendación es la primera norma laboral internacional que trata del VIH y el sida en el mundo del trabajo, y se apoya en las oportunidades que brindan las intervenciones en el lugar de trabajo para respaldar las respuestas nacionales al VIH y el sida.

2.2. Las brechas de cobertura de la protección social y su impacto en los grupos de población vulnerables

Los sistemas de protección social pueden actuar como una forma eficaz de mejorar el acceso a los servicios de salud, reduciendo los obstáculos a la demanda de prestaciones, inclusive con respecto al VIH y la tuberculosis, y ayudando a mitigar los impactos sociales y económicos que las enfermedades tienen en las personas. Si bien es cierto que hay una tendencia histórica incuestionable de desarrollo de la protección social, con la consiguiente creación de regímenes de protección social en muchos países (véase el gráfico 2), el derecho a una protección social integral aún no es una realidad para la mayoría de la población mundial (OIT 2021c).

► Gráfico 2. Desarrollo de programas de protección social basados en la legislación nacional, por área de políticas, desde antes de 1900 a 2020 (en porcentaje de países)



Nota: Basado en la información disponible sobre 186 países. Las áreas de política que se toman en consideración son las del Convenio núm. 102. Fuentes: OIT, [Base de datos mundial sobre la protección social](#), basada en la Encuesta de Seguridad Social de la OIT; Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS); Administración del Seguro Social de los Estados Unidos (SSA); distintos [programas de seguridad social de todo el mundo](#); ILOSTAT; fuentes nacionales.

► **Encadré 4. Suivi de la prise en charge de la protection sociale**

Las estimaciones del ámbito de la cobertura legal suelen medir el número de áreas de seguridad social que, de acuerdo con la legislación nacional vigente, incluyen a una población o a grupos específicos de población. Las medidas de la cobertura efectiva dan una imagen de la forma en que se aplican las disposiciones legales en la realidad. En otras palabras, la cobertura efectiva suele ser diferente (y habitualmente inferior) de la cobertura legal, debido al incumplimiento de las disposiciones legales o a problemas en su aplicación, o a otras desviaciones de las políticas aplicadas con respecto al texto de la legislación, como es el caso de las prácticas discriminatorias (OIT 2021c).

La *Base de datos mundial sobre la protección social* de la OIT¹ es la principal fuente mundial de estadísticas nacionales detalladas sobre las diversas dimensiones de los sistemas de protección social, con inclusión de indicadores clave para los responsables de la formulación de políticas, funcionarios de organizaciones internacionales e investigadores. La Base es utilizada tanto para el seguimiento por las Naciones Unidas de las metas de los ODS sobre protección social (Naciones Unidas 2017; Naciones Unidas 2021; Naciones Unidas, Consejo Económico y Social 2017), como para el seguimiento de los indicadores de protección social a nivel nacional.

Los indicadores clave, como el ODS 1.3.1, se recopilan a través de la Encuesta de Seguridad Social de la OIT, herramienta de carácter administrativo que se presenta a los gobiernos desde la década de 1940. Los datos de la Encuesta de Seguridad Social de la OIT se complementan con la información obtenida de otras fuentes, en particular, la base de datos de la AISS y la SSA sobre programas de seguridad social en todo el mundo (también conocida como Perfiles nacionales de los regímenes de seguridad social, de la AISS), que se considera la fuente principal de información sobre los aspectos jurídicos y otras características de los programas de protección social³.

1 Véase: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.action?id=4457>.

2 Véase: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.action?id=10>.

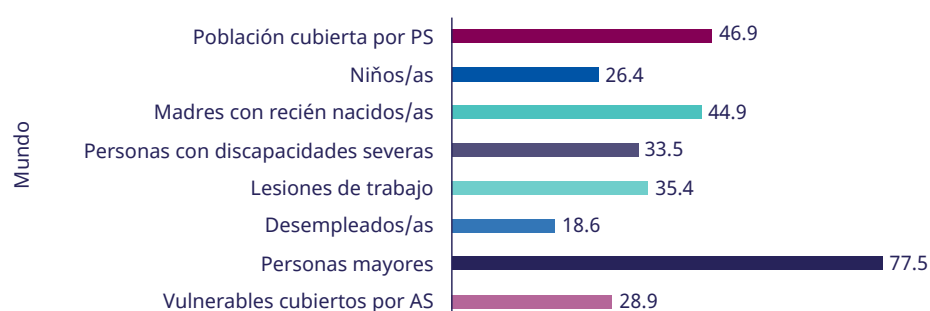
3 Otras fuentes son, por ejemplo:

- El *Social Protection Index* del Banco Asiático de Desarrollo;
- La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y otras comisiones regionales de las Naciones Unidas;
- La Oficina Estadística de la Comisión Europea (Eurostat), incluido el Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS), de Eurostat;
- La base de datos sobre gasto social de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos;
- La base de datos del equipo de pensiones de la Red de Desarrollo Humano y el Atlas de Protección Social: Indicadores de Resiliencia y Equidad (ASPIRE), del Banco Mundial; y
- el Observatorio Mundial de la Salud de la OMS y las Cuentas Nacionales de Salud.

La *Base de datos mundial sobre la protección social*, de la OIT, también se alimenta de informes oficiales nacionales y otras fuentes, que suelen utilizar en gran medida datos procedentes de registros administrativos y datos recopilados por encuestas de una variedad de fuentes, como las encuestas nacionales de ingresos y gastos de los hogares, las encuestas de población activa y las encuestas demográficas y de salud, en la medida en que incluyen variables sobre protección social.

Aun cuando la medición de la cobertura sigue siendo una tarea compleja y multidimensional (véase el recuadro 4), persisten grandes lagunas en la cobertura, la amplitud y la adecuación de los datos, y el derecho humano a la protección social aún no es una realidad para la mitad de la población mundial. Solo el 46,9 por ciento de la población mundial está amparada efectivamente por al menos una prestación monetaria de protección social (meta 1.3.1 de los ODS, véase el gráfico 3), mientras que solo dos tercios de la población están protegidos para atención de salud (OIT 2021c). Los 4.000 millones de personas restantes quedan desprotegidas. Detrás de este promedio mundial se esconden variaciones significativas entre las regiones y dentro de ellas, y en Asia y el Pacífico, los Estados Árabes y África se observan grandes brechas de cobertura con respecto al promedio mundial (OIT 2021c). En esas regiones se encuentra también la gran mayoría de los países con una alta carga de morbilidad del VIH y la tuberculosis.

► **Gráfico 3. Cobertura efectiva de las prestaciones monetarias de la protección social, estimaciones porcentuales mundiales y regionales por categoría de prestación, 2020 (indicador 1.3.1 de los ODS)**



Notas: PS = protección social; AS = asistencia social.

Fuentes: OIT 2021c; *Base de datos mundial sobre la protección social* basada en la Encuesta de Seguridad Social, de la OIT; ILOSTAT; fuentes nacionales.

Las tasas globales de cobertura ocultan aún más las desigualdades entre países, tipos de prestaciones y grupos de población. Por ejemplo, si bien se estima que un tercio de los grupos de población vulnerables de todo el mundo se benefician de las prestaciones monetarias de la asistencia social, esta proporción es inferior al 10 por ciento en África y en los países de bajos ingresos (OIT 2021c). En cuanto a los grupos de población, existe una importante brecha de género en la cobertura legal de la protección social, en el sentido de que la cobertura legal con respecto a la protección social integral para las mujeres y las niñas se sitúa más de ocho puntos porcentuales por debajo de la tasa de cobertura para los hombres y los niños varones (OIT 2021c). Asimismo, existen diferencias entre los tipos de prestaciones proporcionadas, ya que se observan importantes brechas en las prestaciones a corto plazo (como, por ejemplo, los subsidios o asignaciones familiares y las prestaciones en caso de enfermedad, desempleo o discapacidad).

En países donde se registran brechas de cobertura significativas, ya sea debido a diferencias entre la cobertura legal y la cobertura efectiva, o debido a que algunos grupos de población están totalmente desprotegidos, es muy probable que quienes se encuentran en los márgenes de la sociedad terminen por quedar rezagados. Por ejemplo, pese a que un país dado brinde cobertura legal a todos los residentes, es posible que las personas indocumentadas no consigan demostrar que tienen ese derecho y, por lo tanto, no disfruten de una cobertura efectiva; también pueden desalentarse y renunciar a reclamar sus derechos ante instituciones públicas de las que desconfían. Habida cuenta de las características de los grupos de población clave con respecto al VIH y la tuberculosis (es decir, los grupos con alto riesgo de

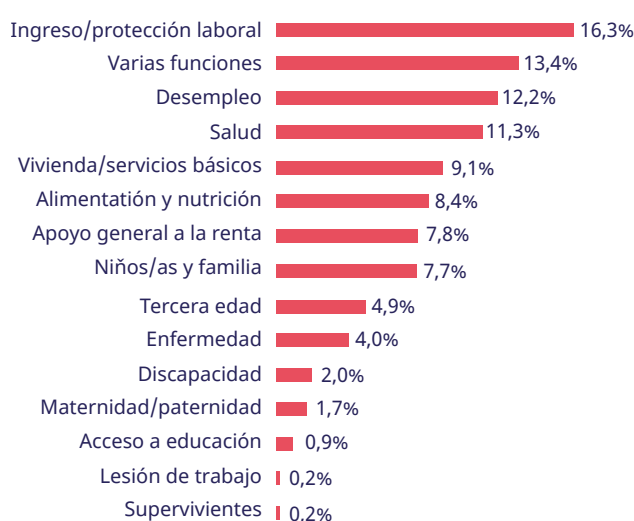


contraer el VIH y la tuberculosis), es fundamental asegurar que se preste especial atención a incluir estos grupos de población en los sistemas de protección social, tanto por consideraciones de equidad como por razones de orden epidemiológico.

Por último, la crisis de la COVID-19 ha destacado la importancia de garantizar el acceso sin trabas a la atención médica y la seguridad básica de los ingresos durante todo el ciclo de vida (OIT 2021d; 2021c). Los países han adoptado un amplio espectro de prestaciones de protección social para responder a la crisis (véase el gráfico 4). Si bien esto es cierto, la mayoría de las medidas se han anunciado como temporales y han revestido la forma de asignaciones especiales en vez de prestaciones de protección social duraderas para cubrir contingencias específicas (como las prestaciones por enfermedad o los subsidios familiares); además, muchas respuestas de protección social estaban mal adaptadas y no tenían en cuenta las circunstancias reales de las personas en situación de pobreza (Alston 2020). Dada la naturaleza transmisible de la COVID-19 y la incertidumbre en cuanto a su trayectoria futura, las enseñanzas que ha dejado la lucha por acabar con el VIH y la tuberculosis (por ejemplo, que hay que garantizar una protección social efectiva en un continuo de prestaciones, asegurar que nadie se quede atrás y luchar contra el estigma) pueden resultar valiosas a la hora de adaptar los regímenes de protección social a la nueva realidad.

Inversamente, la experiencia de la pandemia también puede proporcionar lecciones sobre la forma de adaptar la protección social a fin de apoyar los esfuerzos desplegados por el sistema de salud pública para integrar el VIH y la tuberculosis. La pandemia ha mostrado que, si se actúa con la voluntad necesaria, la protección social puede adaptarse rápidamente a las nuevas realidades y riesgos. Por ejemplo, muchos países han reconocido la COVID-19 como una enfermedad profesional a fin de permitir un acceso más fácil y rápido a las prestaciones correspondientes en virtud del sistema de seguro de enfermedades y accidentes laborales, en particular para los trabajadores de los sectores más expuestos. Además, la gestión de la afección post COVID-19 y sus efectos debilitantes prolongados, encaminada a garantizar la seguridad de los ingresos de quienes la padecen y su posible reinserción laboral a través de la adaptación en el lugar de trabajo, puede tener importantes repercusiones sobre las políticas de gestión del VIH y la tuberculosis.

► Gráfico 4. Porcentaje de medidas de protección social anunciadas con respecto a la COVID-19, por categoría de prestación o contingencia



Fuente: OIT 2020c. Véase también la [Nota metodológica conexa](#).



► 3. Ejemplos de prácticas de integración del VIH y la tuberculosis en los sistemas de protección social

Como se mostró en la sección anterior, los grupos de población que viven con, están en riesgo de contraer se ven afectados por el VIH o la tuberculosis suelen verse confrontados a diversas contingencias y, por lo tanto, necesitarían beneficiarse de un conjunto integral de mecanismos de protección social que les ofrezcan diferentes tipos de prestaciones, y en particular:

- Prestaciones de atención sanitaria que cubran el costo de la atención médica y –lo que a menudo se incluye como una extensión del paquete de prestaciones– que también cubran las necesidades de transporte y alimentación y, de ser necesario, los cuidados médicos a largo plazo.
- Prestaciones por enfermedad que permitan garantizar la seguridad de los ingresos y compensar la pérdida de ingresos debido a la incapacidad para trabajar o al costo de oportunidad inherente a la búsqueda de atención médica, así como prestaciones por discapacidad y para sobrevivientes cuando la enfermedad redunde en la incapacidad permanente para trabajar o la muerte del paciente, de manera que se garantice la seguridad de los ingresos del paciente y de su hogar. Por último, se debe dar apoyo a los ingresos de las personas que prestan cuidados y a los niños en los hogares afectados, para compensar el costo de oportunidad o cualquier pérdida de ingresos ocasionada por el cumplimiento de las responsabilidades de prestación de cuidados en los hogares afectados.

Si bien es cierto que en algunos países se ofrece este tipo de prestaciones, no se puede dar por sentado que la coordinación entre las mismas se produzca automáticamente (Schwarzer, Tessier y Gammage 2014; Holmes y otros 2018). La mejora de dicha coordinación puede reducir las barreras prácticas de acceso con que tropiezan las personas que viven con, están en riesgo de contraer o se ven afectadas por el VIH o la tuberculosis. Además, aun cuando es cada vez más frecuente que las prestaciones sanitarias se proporcionen por intermedio del seguro social, tradicionalmente los programas financiados con los ingresos fiscales o los regímenes que integran las prestaciones por enfermedad y, en menor medida, las prestaciones por discapacidad y de sobrevivientes, han estado estrechamente vinculados con la situación laboral formal de los beneficiarios. Esto significa que las personas que trabajan en la economía informal y viven con, están en riesgo de contraer se ven afectadas por el VIH o la tuberculosis suelen carecer de acceso a las prestaciones pertinentes. Por esta razón, las medidas que tienen por objeto extender la cobertura de la protección social a los trabajadores de la economía informal son esenciales para mejorar el acceso de todos a la protección de la salud y la seguridad de los ingresos (OIT 2021a). Por último, valga recordar que en muchos países las prestaciones por enfermedad se han concebido como responsabilidad del empleador, y no como componentes normales de un régimen de seguro social o un programa de asistencia social. Esta carga es resentida como un desincentivo por los empleadores, que evitan contratar o conservar a los trabajadores que viven con, están en riesgo de infección se ven afectados por el VIH y la tuberculosis.

A raíz de estas limitaciones prácticas, han surgido algunas respuestas institucionales para brindar protección a las personas que viven con, están en riesgo de contraer se ven afectadas por el VIH y la tuberculosis; de hecho, en los países estudiados se encontraron algunos ejemplos de prácticas en tal sentido. El estudio bibliográfico mostró la existencia de datos fácticos según los cuales, cuando las respuestas institucionales se coordinan adecuadamente en un conjunto integral de intervenciones que incluyen los servicios de salud y atención médica, es posible moderar los comportamientos sexuales de riesgo, aumentar la aceptación de los servicios biomédicos y de modificación de comportamientos para la prevención del VIH, alentar el recurso voluntario a los servicios de asesoramiento y de pruebas

serológicas, y facilitar el acceso al tratamiento del VIH. En cuanto a la eficacia de las transferencias de efectivo, sus efectos se pueden potenciar cuando éstas se combinan con otras intervenciones, como la atención clínica adaptada a los adolescentes (UNICEF 2017). Además de los efectos favorables de las transferencias de efectivo, los programas de atención también han logrado resultados positivos tanto en el tratamiento del VIH como en su prevención (Chandan y Richter 2008; Cluver y otros 2014). Dicho esto, es una realidad reconocida que las asignaciones en dinero en efectivo no pueden por sí solas compensar los efectos de las barreras no financieras y estructurales a la prestación de cuidados.

3.1. Diseño de las prestaciones para un acceso sin trabas a la atención médica

Las prestaciones de asistencia sanitaria ofrecidas por los regímenes de protección social en salud deben responder eficazmente a las necesidades de las personas que viven con, están en riesgo de contraer o se ven afectadas por el VIH y la tuberculosis. Las prestaciones de asistencia sanitaria más adecuadas engloban varias dimensiones:

- i.) la integralidad del paquete de prestaciones en lo que respecta a los servicios de salud incluidos;
- ii) la parte de los costos generados por la prestación de tales servicios que es sufragada por el régimen de protección social, y la parte, si la hubiera, que debe pagar el beneficiario (desembolso directo); y
- iii) la disponibilidad efectiva de servicios de salud de calidad acordes con lo previsto en el paquete de prestaciones.

3.1.1. El paquete de intervenciones de salud

Es de suma importancia que los responsables de las políticas establezcan una cartera integrada de servicios de protección social para las personas que viven con, están en riesgo de contraer o se ven afectadas por el VIH y la tuberculosis. Los paquetes de beneficios de salud deberían incluir servicios relativos al VIH y la tuberculosis enfocados de manera integral (incluida la atención preventiva y curativa), con arreglo a las normas de la OIT, y considerados como un derecho. En cuanto a las personas que viven con el VIH, es esencial atender sus necesidades específicas, por ejemplo, en materia de prevención (como el suministro de condones, la circuncisión masculina médica voluntaria y la profilaxis previa a la exposición) y de tratamiento de las infecciones oportunistas. Otros temas importantes son los costos relacionados con el control de la carga viral, el recuento de linfocitos CD4, la resistencia a los medicamentos y los efectos secundarios adversos.

En las distintas obras especializadas que se consultaron para la preparación de este documento no se encontró ninguna mención de algún estudio sistemático mundial o regional sobre los paquetes de prestaciones ofrecidos por los regímenes de protección social en salud, ni sobre el grado de inclusión del VIH y la tuberculosis en dichos paquetes. Por lo tanto, no fue posible observar las tendencias globales de la integración de prestaciones, lo que puso en evidencia la falta de información al respecto. En cambio, sí fue posible identificar el nivel de integración de los servicios relativos al VIH y la tuberculosis en los paquetes de prestaciones de algunos países².

2 Los paquetes de beneficios no siempre se detallan con respecto a cada régimen nacional. Algunos regímenes han establecido listas positivas de servicios (es decir, listas en que se enumeran todos los servicios ofrecidos); otros tienen listas negativas (en las que solo se enumeran los servicios excluidos); por último, hay regímenes que no han definido paquetes explícitos (por lo tanto, no es posible saber con precisión qué servicios están incluidos o no).

Asimismo, se observó que la mayoría de los servicios de diagnóstico y tratamiento del VIH y del sida y los medicamentos correspondientes se incluían en los paquetes de prestaciones consultados que ofrecen los regímenes de protección social de países de ingresos altos e incluso de países de ingresos medianos en que hay una alta tasa de personas que viven con el VIH. Específicamente, el tratamiento antirretroviral (TAR) era generalmente universal y gratuito³ (véase un ejemplo en el recuadro 5). En algunos casos, el TAR estaba cubierto solo para los pacientes más pobres (por ejemplo, en Sudáfrica). De manera similar, el tratamiento para la tuberculosis, incluida la tuberculosis farmacorresistente, era mencionado en la mayoría de los paquetes de prestaciones. Las pruebas, así como las intervenciones sanitarias destinadas a prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo, eran también servicios comunes incluidos en los paquetes de prestaciones (véanse ejemplos en el recuadro 6). Si bien el tratamiento figuraba sistemáticamente en los paquetes de prestaciones (la experiencia de Tailandia, sintetizada en el recuadro 7, ilustra la evolución a este respecto), el grado de inclusión de otros servicios, como los de carácter preventivo, difería ampliamente entre los distintos países y regímenes de protección social.

Es interesante señalar que, en países como Indonesia y Argelia, los servicios de salud que se ocupan de la tuberculosis o el VIH fueron incluidos en los paquetes de prestaciones de los regímenes de protección social en salud luego de que éstos fueran reformados para integrar en una única institución de gestión de los regímenes que habían estado dispersos hasta entonces. En Argelia, en lo que atañe a la tuberculosis, los diversos regímenes de seguridad social se integraron en la década de 1990; este proceso llevó a la inclusión de los servicios que tratan la tuberculosis en el sistema general (Argelia 2011). En Indonesia, el Programa Nacional de Seguro Social de Salud, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), se puso en marcha en enero de 2014 mediante la consolidación de los regímenes de seguro social de salud y los programas de asistencia que habían estado fragmentados a nivel nacional y provincial, con inclusión de los destinados a los empleados del sector público (OIT 2019a). En esa ocasión, se decidió incluir los servicios de diagnóstico y tratamiento del VIH y la tuberculosis en el paquete de prestaciones (Health Policy Plus 2018). En mayo de 2019, el JKN había alcanzado un nivel de cobertura de 83 por ciento de la población, logro notable en un país de 264 millones de personas repartidas en 8.000 islas habitadas (Health Policy Plus 2019).

Algunos paquetes de prestaciones de atención sanitaria también deben ampliarse cuando no incluyen la atención a largo plazo, lo que ocurre con frecuencia, ya que a nivel mundial existe un déficit de cobertura para este tipo de servicio (Scheil-Adlung 2015). El programa de Atención Comunitaria y Domiciliaria de Botsuana (CHBC) es un buen ejemplo de respuesta a esta carencia (véase el recuadro 10).

3 Por ejemplo, en Argelia, Botsuana, Ecuador, Indonesia, Malasia, México, Nepal, Omán, Sudáfrica, Tailandia y Vietnam.

► **Recuadro 5. Inclusión del tratamiento antirretroviral y de los medicamentos para enfermedades oportunistas en el paquete de prestaciones de la Caisse Nationale d'Assurance Sociale (CNAS) de Argelia**

En Argelia, el sistema de seguro social CNAS considera que la infección por VIH es una enfermedad a largo plazo, para la que se proporcionan TAR y medicamentos gratuitos en relación con las enfermedades oportunistas (Oulebsir 2011). La prevención, el diagnóstico y el tratamiento forman parte del paquete de prestaciones. Además, se ofrecen pruebas y asesoramiento en 60 centros que se integraron en las estructuras de salud locales de las wilayas (condados) entre 2010 y 2014. El Comité Nacional de Prevención y Lucha contra las Infecciones Sexualmente Transmisibles y el Sida (CNPLS) se encarga de brindar asesoramiento y recomendaciones, así como de la coordinación, el seguimiento y la evaluación de todas las actividades relacionadas con la prevención y lucha contra las infecciones de transmisión sexual y el VIH (Argelia 2012).

► **Recuadro 6. Integración de las pruebas de VIH y de la prevención de la transmisión materno-infantil en el paquete de prestaciones de salud**

Botsuana fue el primer país de África en introducir las pruebas rutinarias de detección del VIH y uno de los primeros en emprender un programa nacional de TAR. Para evitar que hubiera estructuras paralelas y a fin de crear capacidad dentro del sistema existente, dicho programa nacional se integró directamente en el sistema de prestación de servicios de salud establecido (Estados Unidos, 2004). Las pruebas de VIH se ofrecen como parte de los exámenes médicos de rutina en clínicas públicas y privadas. Sin embargo, el carácter obligatorio de la prueba de detección del VIH se estableció por vía legislativa. Esta ley ha sido impugnada por muchas organizaciones de la sociedad civil y de derechos humanos de Botsuana (Avert, sin fecha), las que argumentan que la obligación de la prueba de VIH podría agravar el estigma y la discriminación que pesan sobre las personas que viven con VIH en ese país¹.

En 2018, Malasia se convirtió en el primer país de la región del Pacífico Occidental en obtener la certificación de la erradicación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis. Malasia había establecido los servicios de prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI) en 1998, cuando se iniciaron las pruebas nacionales de detección en las madres en período prenatal. En ese contexto, las madres que vivían con el VIH recibieron tratamiento antirretroviral gratuito, se administró profilaxis antirretroviral a los lactantes expuestos al VIH y se impuso estrictamente la utilización rutinaria de las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa para detectar el VIH.

1 La Recomendación sobre el VIH y el sida, 2010 (núm. 200), y el *Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo* postulan que las pruebas de detección deben ser verdaderamente voluntarias y realizarse sin coacción alguna.

► **Recuadro 6. Integración de las pruebas de VIH y de la prevención de la transmisión materno-infantil en el paquete de prestaciones**

Por su parte, Omán introdujo en 2009 una política de cribado universal en el marco de la atención prenatal. El programa omaní de prevención de la transmisión materno-infantil ha destacado la importancia del asesoramiento de los pacientes como parte de las pruebas de detección de VIH; se espera que ese enfoque contribuya a restablecer los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarios, lo que a su vez permitirá el acceso a las pruebas (voluntarias) para aquellos grupos que actualmente no son detectados por los programas de cribado (Omán 2014).

► **Recuadro 7. El VIH y el sida en los paquetes de prestaciones de los regímenes de protección social en salud de Tailandia**

La implementación del Programa Nacional de Sida de Tailandia incumbe al Ministerio de Salud Pública y la Oficina Nacional de Seguridad Sanitaria (NHSO). El Ministerio actúa como regulador de las cuestiones sanitarias y proveedor de servicios de salud. La NHSO está encargada de las adquisiciones y la administración del programa en el marco del sistema de salud, y es responsable de la prestación de tratamientos y cuidados con respecto al VIH y el sida, de las pruebas de detección y el asesoramiento sobre el VIH, y de la prevención positiva (definida como un enfoque destinado a reducir la transmisión del VIH al hacer participar en las actividades preventivas a las personas que viven con el virus). El Régimen de Seguridad Social y el Régimen de Prestaciones Médicas para Funcionarios actúan como compradores de servicios destinados, respectivamente, a los trabajadores en general y a los funcionarios públicos. El Régimen de Cobertura Universal está destinado a los ciudadanos no comprendidos en ninguno de los dos regímenes públicos mencionados, y es administrado por la NHSO y financiado por los impuestos generales (PNUD y Tailandia 2017). Los esfuerzos de prevención y tratamiento emprendidos por Tailandia han reducido significativamente la incidencia de nuevas infecciones en las últimas dos décadas. Entre los componentes principales de la estrategia adoptada para lograr este objetivo figuran la ampliación de los programas de detección del VIH a fin de facilitar el diagnóstico temprano de la infección y estimular la inversión en mecanismos que apoyen el inicio inmediato del tratamiento antirretroviral (Muccini y otros 2019). Desde 2014, Tailandia ha adoptado directrices nacionales en las que se recomienda practicar la profilaxis previa a la exposición como componente de los paquetes integrales de prevención del VIH destinados a las personas que, aun cuando no viven con el VIH, corren un alto riesgo de contraer el virus; dicha profilaxis está disponible en todos los regímenes de prestaciones a contar del año fiscal 2020 (Sangiam 2019).

► **Recuadro 8. El programa de Atención Comunitaria y Domiciliaria (CHBC) de Botsuana**

El Gobierno de Botsuana introdujo la estrategia CHBC en 1995 para proporcionar servicios sanitarios integrales a domicilio y a nivel comunitario, con el fin de satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de los enfermos terminales, incluidas las personas con VIH y sus familias. El programa se implementa en el marco de una asociación entre el Ministerio de Salud y la División de Personas Indigentes y Pensiones de Vejez, del Ministerio de Autoridades Locales.

El Gobierno de Botsuana implementa el programa en colaboración con organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones comunitarias. El Ministerio de Salud tiene por cometido formular políticas y protocolos de orientación profesional; por su parte, el Ministerio de Autoridades Locales, a través de su Departamento de Servicios Sociales, es responsable de la formulación de políticas y normas para la prestación de orientaciones técnicas sobre el componente de bienestar social. El programa CHBC brinda atención médica, atención de enfermería, apoyo psicosocial, servicios de información, educación y comunicación para el cambio de comportamiento, servicios de asesoramiento y apoyo espiritual. Sus medios de apoyo más importantes son:

- i) la cesta de alimentos que los pacientes reciben cada mes; y
- ii) el transporte de los pacientes beneficiarios de la CHBC a los lugares de control médico.

El número de pacientes beneficiarios de la CHBC ha disminuido en los últimos años, principalmente debido a la introducción del tratamiento antirretroviral gratuito y a la consiguiente reducción de las tasas de mortalidad entre las personas con VIH. De un máximo de 12.988 beneficiarios alcanzado en 2003/2004, dicho número se había reducido a 1.208 en mayo de 2013. El programa CHBC se concibió para brindar atención sanitaria de calidad en el hogar a pacientes terminales, en un momento en el que las instalaciones sanitarias comenzaban a verse desbordadas. En la actualidad, el programa atiende también a personas afectadas por otras enfermedades crónicas, como la diabetes, que requieren dietas especiales (Ellis y otros 2010).

3.1.2. Niveles de prestaciones y protección financiera frente a los costos de salud

Como se mencionó anteriormente, los servicios de tratamiento y (en cierta medida) los de diagnóstico estaban incluidos en varios de los paquetes de prestaciones de salud examinados. Cuando tal era el caso, el costo del tratamiento, y en particular el costo de los medicamentos (por ejemplo, para el TAR, o el tratamiento de la tuberculosis farmacorresistente), estaba por lo general cubierto en su totalidad por el régimen de seguridad social o requería copagos muy pequeños por parte de los pacientes. Por ejemplo, en Marruecos, las prestaciones relativas al VIH se han incorporado al Régimen de Asistencia Médica (RAMED), cuyo objetivo es ayudar a las personas vulnerables y pobres a acceder a la atención médica. Las personas que viven con el VIH y que cumplen los criterios de elegibilidad se benefician de las tarjetas RAMED, además de los medicamentos antirretrovirales (ARV), y tienen acceso gratuito a otros servicios (laboratorio, medicamentos, etc.) (Marruecos 2014). Las personas comprendidas en los grupos de población pobres y vulnerables e inscritas en el RAMED están exentas del pago de los gastos hospitalarios en los establecimientos públicos.

Debido a diversos factores, todavía es posible que los pacientes tengan que realizar pagos directos, que consumen una parte importante de los ingresos de los hogares, en concepto de tratamientos para el VIH o la tuberculosis. El examen de los regímenes de seguridad social puso de manifiesto los factores siguientes:

- Falta de conocimiento de sus derechos y prerrogativas por parte de los pacientes, pero a veces también por parte de los proveedores.
- Comprensión limitada de los servicios incluidos y falta de cobertura de costos (o un bajo nivel de cobertura) con respecto a los servicios de salud necesarios para el tratamiento de la enfermedad de que se trate; por ejemplo, solo son gratuitos los medicamentos, y los pacientes deben sufragar los costos de consulta.
- Algunos regímenes aplican un sistema de derivación de pacientes entre los diferentes niveles de atención sanitaria, lo que se considera una buena práctica para racionalizar la utilización de los servicios de salud y hacer hincapié en la atención primaria. En esta estructura, los beneficiarios están vinculados a un proveedor de servicios de salud local encargado de asegurar el nivel primario de atención. Sin embargo, el miedo al estigma puede incitar a las personas a buscar atención médica relativa al VIH y la tuberculosis en otros establecimientos sanitarios, incurriendo así en costos de transporte adicionales, pero también limitando su capacidad para sufragar los costos conexos. En Tailandia, por ejemplo, los afiliados al Régimen de Cobertura Universal deben registrarse en el Sistema de Salud de su distrito de residencia y no tienen acceso gratuito a proveedores situados fuera de la red que se les ha asignado, a menos que sean derivados a la misma (PNUD y Tailandia 2017).
- También es posible incurrir en costos no médicos directos relativos al tratamiento, los cuales quizás no estén cubiertos por el paquete de prestaciones o cualquier otro régimen de protección social. Puede tratarse, por ejemplo, de los costos de transporte al lugar de tratamiento y los costos de alimentación relativos a los cambios en la dieta que se necesitan para mejorar la eficacia del tratamiento. En Indonesia, por ejemplo, el análisis de incidencia de las prestaciones reveló la existencia de desigualdades significativas en la distribución de las prestaciones de atención hospitalaria del Programa Nacional de Seguro Social de Salud (JKN) entre distintos grupos geográficos y socioeconómicos (Health Policy Plus 2019), lo que subrayó la necesidad de integrar el transporte en los paquetes de prestaciones. La incidencia de los costos de transporte suele ser señalada con frecuencia, y su importancia es potenciada por el grado de centralización de los servicios relacionados con el VIH y la tuberculosis, así como por la intensidad del estigma asociado a la enfermedad, que puede empujar a las personas a buscar atención lejos de su lugar de residencia habitual a fin de mantener su anonimato. El desabastecimiento de medicamentos, sobre todo en áreas remotas donde la disponibilidad de servicios de salud de calidad es a menudo problemática, también puede hacer que las personas afectadas asuman costos de transporte adicionales para llegar hasta los proveedores que disponen de existencias suficientes.

Además de tener que hacer pagos cuantiosos de su bolsillo, los pacientes también pueden sufrir una pérdida de ingresos relacionada con la búsqueda de atención o con su incapacidad para trabajar debido a la enfermedad y a que no perciben ninguna prestación monetaria por enfermedad u otras prestaciones de la protección social (véase más adelante la sección 3.2, sobre el apoyo a los ingresos).

Por ejemplo, Nguyen y otros (2017) sugieren que las personas que viven con el VIH en Vietnam y sus familias corren un alto riesgo de pérdida financiera debido a los pagos que deben sufragar directamente, incluso cuando el tratamiento antirretroviral se proporciona gratuitamente; otros estudios anteriores indican que más de un tercio de los hogares en que hay PVVIH han tenido gastos catastróficos. Los autores señalan la falta de información sobre el seguro social de salud, y sobre todo de información fidedigna sobre las prestaciones en lo que respecta al reembolso, la calidad de los servicios y la protección de la información.

En el caso de la tuberculosis multirresistente, estos factores son particularmente importantes, ya que la enfermedad es de larga duración. Una encuesta sobre los costos para los pacientes con tuberculosis (TB) realizada en Kenia en 2018 destacó que, a pesar de los avances en el suministro gratuito de servicios de diagnóstico y tratamiento de la TB, todavía existía una alta proporción de hogares afectados por esta enfermedad y abrumados por los costos catastróficos de la misma.⁴ En general, el 26,5 por ciento de los hogares afectados por la tuberculosis y el 86,4 por ciento de los hogares afectados por la TB farmacorresistente habían experimentado costos catastróficos. Éstos se derivaban de los servicios de diagnóstico y tratamiento, a lo que se sumaban los costos no médicos correspondientes a la nutrición o los suplementos alimenticios. Para asumir dichos costos, el 27,8 por ciento de los pacientes con TB habían recurrido a formas de desahorro, como contraer préstamos, gastar los ahorros y vender bienes para costear los gastos (Kenia 2018). Otros estudios realizados en Vietnam en 2016 arrojaron resultados similares; se estimó que en ese país el 63 por ciento de los hogares de pacientes con TB y el 98 por ciento de los hogares de pacientes con TB multirresistente experimentaron costos catastróficos. En promedio, el costo incurrido por hogar era de 1.068 dólares de los Estados Unidos por episodio de TB sensible a fármacos y de 4.289 dólares por episodio de TB resistente a múltiples fármacos. La proporción de hogares vietnamitas que se encontraban por debajo de la línea de pobreza internacional pasó del 3,7 por ciento antes de la TB al 21,4 por ciento después de la TB (Hoa y Nhung 2019).

3.1.3. Disponibilidad de servicios de salud adaptados

Para poner fin de forma cabal con el sida y la tuberculosis y, en términos más generales, conseguir la cobertura sanitaria universal, es necesario ampliar el ámbito de actuación de los proveedores de servicios de salud. Pese a que se han emprendido diversas iniciativas encaminadas a mejorar el acceso a la prevención, diagnóstico, tratamiento, atención y apoyo para las PVVIH, en particular mediante la capacitación y contratación de trabajadores de salud comunitarios (como se ha hecho en varios países), los esfuerzos de desarrollo de los recursos humanos y de la infraestructura necesarios para ofrecer y mantener estos servicios en el marco de los sistemas nacionales de salud han sido con frecuencia insuficientes. En Camboya, por ejemplo, en 2014 había solo 0,17 médicos por cada 1.000 personas, y muchos médicos complementaban sus ingresos trabajando fuera de las clínicas públicas (OMS 2019b). Como han señalado algunos expertos (Allinder y Dattilo 2017), la capacidad del Gobierno para poner en práctica una supervisión eficaz a fin de asegurar que los proveedores del sector privado apliquen las directrices nacionales, es limitada. En consecuencia, el financiamiento externo y la prestación de servicios de salud sobre el VIH por parte de las ONG siguen siendo preponderantes en Camboya. Ahora bien, debido a las limitaciones de financiamiento y a los grandes esfuerzos desplegados para mejorar la eficiencia de los servicios, el número de ONG que reciben apoyo a través de subvenciones del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y el Paludismo (Fondo Mundial) se reducirá de 19 a seis

4 Con arreglo a la definición corriente de la OMS, por “costos catastróficos” se entienden los costos totales generados por la tuberculosis que exceden de 20 por ciento del ingreso anual de los hogares.

(ONUSIDA 2018d). Según algunos estudios, el acceso al amplio paquete de prestaciones del régimen nacional de seguro de salud de Vietnam se ve obstaculizado por las insuficiencias de equipamiento en los establecimientos de salud y por la calidad deficiente de los servicios de atención primaria (OIT 2019c). En Indonesia se ha planteado una preocupación similar con respecto a la disponibilidad de medios de atención del VIH entre los proveedores de servicios de salud del JKN (Banco Mundial y Universidad de Indonesia, 2016). La centralización persistente de los servicios de tratamiento del VIH en los establecimientos de atención secundaria y terciaria reduce el éxito del tratamiento. En la provincia de KwaZulu-Natal (Sudáfrica) se ha observado que las tasas de utilización del tratamiento disminuyen a medida que aumenta la distancia que una persona tiene que recorrer para obtener los servicios de tratamiento (ONUSIDA 2014).

La calidad de la atención y el servicio y, en particular, la actitud de los profesionales y el personal de los centros de salud hacia los pacientes son vitales para suscitar la adhesión de las personas interesadas y conseguir que sigan participando en los tratamientos. Según Lertkanokkun y otros (2013), en Tailandia, casi el 60 por ciento de los proveedores de servicios de salud tenían actitudes negativas hacia los pacientes con tuberculosis. Otro estudio realizado en una muestra del personal de enfermería que trabaja en hospitales de 1.200 camas en Bangkok puso de relieve que el 37 por ciento de dicho personal no estaba dispuesto a atender a pacientes infectados por el VIH y la hepatitis C (Ishimaru y otros 2018). Los datos recopilados en Camboya sugieren que el estigma y la discriminación continúan siendo un obstáculo para convencer a los grupos de población clave y vulnerables que acepten las pruebas de detección y los servicios de tratamiento. Se requieren esfuerzos sostenidos para mejorar la calidad y credibilidad de los servicios de salud públicos y maximizar su utilización (Morishita y otros 2016). En Nepal, el Gobierno ha reconocido la necesidad de mejorar la capacidad de los proveedores de servicios de salud. El Ministerio de Salud nepalés, en coordinación con el Ministerio de Educación, ha previsto impartir formación a todos los trabajadores de la salud en los ámbitos de la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH, como parte de los planes de estudios oficiales en medicina y enfermería (Nepal 2017).

Además, la instauración de una cultura positiva de seguridad y salud y la oferta de una educación profesional adecuada puede contribuir a reducir el estigma que padecen los pacientes y mejorar aún más la calidad de la atención sanitaria (Ishimaru y otros 2018). El hecho de que los trabajadores de la salud no estén dispuestos a atender a los pacientes refuerza el estigma y el miedo que pesan sobre las enfermedades. Además, los propios proveedores de servicios de salud pueden ser objeto de estigma. Teniendo esto en cuenta, los países han adoptado directrices y políticas nacionales para proteger la seguridad y la salud del personal sanitario, sobre todo debido al mayor riesgo de transmisión que existe en los entornos de atención de la salud (OMS y OIT 2010). Por ejemplo, a raíz del aumento en la incidencia de la tuberculosis entre los trabajadores de la salud de Malasia, las autoridades elaboraron directrices relativas a la prevención y gestión de la tuberculosis, destinadas a este personal (Malasia 2012). En Sudáfrica, las Pautas Nacionales para la Gestión de la Tuberculosis adoptadas en 2014 incluyen medidas de control de infecciones para los trabajadores de la salud y abordan la cuestión de la influencia que la actitud y el comportamiento de los trabajadores de la salud puede ejercer en el cumplimiento de la obligación de brindar tratamiento de los pacientes con TB (Sudáfrica, 2014).

3.1.4. Procedimientos administrativos adaptados

Hay datos que muestran que los procedimientos administrativos pueden ser obstáculos importantes al acceso a los servicios de salud para las personas que trabajan en la economía informal y para algunos grupos vulnerables específicos. Sin embargo, es cierto que la información sobre las prácticas administrativas adoptadas específicamente para los grupos de población vulnerables o que viven con el VIH y la tuberculosis es todavía insuficiente. Dicho esto, se conocen algunos ejemplos de iniciativas que promueven la inclusión de grupos específicos, como los migrantes. En efecto, los trabajadores migrantes o itinerantes se ven confrontados a dificultades administrativas adicionales, como la falta de transferibilidad de los servicios a nivel internacional y la discontinuidad de los servicios de atención sanitaria. Para remediar esta situación, muchos sistemas de protección social reconocen la necesidad de proporcionar servicios gratuitos o asequibles para los no nacionales. Por ejemplo, desde

septiembre de 2019, el Gobierno de Botsuana ha decidido brindar tratamiento gratuito contra el VIH a los no nacionales residentes (ONUSIDA 2019). Ecuador también garantiza la atención médica para los refugiados y migrantes que viven con el VIH, y Argelia proporciona tratamiento antirretroviral gratuito a los migrantes y refugiados (ONUSIDA 2018b; 2017b). En el recuadro 9 se proporcionan ejemplos de las prácticas observadas en Tailandia.

► **Recuadro 9. Ejemplos de características de accesibilidad para migrantes en Tailandia**

Los migrantes son grupos de población clave y vulnerables en el marco de las respuestas al VIH y la tuberculosis. Su vulnerabilidad ante la discriminación plantea un desafío particular a la cobertura de protección social, y requiere inversiones específicas en iniciativas para llegar a ellos (OIT 2017; 2019b). Según las informaciones recogidas, los migrantes que recurren a los servicios de salud tienen problemas económicos, lingüísticos, culturales y legales y, en consecuencia, dificultades para seguir los tratamientos en su totalidad. El miedo a perder el empleo es otro factor que influye negativamente en el pleno cumplimiento de los tratamientos (Tailandia 2017).

En el marco del seguro médico obligatorio para migrantes, Tailandia ha establecido servicios innovadores adaptados a estas personas, como la atención brindada por trabajadores sanitarios comunitarios voluntarios, el acceso a clínicas móviles para las comunidades de migrantes, la divulgación de información bilingüe (principalmente, tailandés e idiomas hablados en Myanmar) en carteles y otros soportes en los centros de salud, y medios de divulgación en el lugar de trabajo (Tangcharoensathien, Thwin y Patcharanarumola 2017). Además, los Ministerios de Salud y Trabajo han elaborado un mecanismo de detección de la tuberculosis para los trabajadores migrantes. Los hospitales situados en zonas con grandes concentraciones de trabajadores migrantes ofrecen exámenes médicos anuales y tratamientos, y organizan actividades de promoción de la salud y de prevención y vigilancia intensiva de enfermedades. Cuando los trabajadores migrantes se someten a controles médicos, se les hace la prueba de tuberculosis. Si el resultado es positivo, los trabajadores migrantes infectados son remitidos a un grupo de apoyo para pacientes con tuberculosis (Vittaporn y Boonmongkon 2016).

Algunos países ofrecen acceso gratuito a los servicios de VIH y TB como parte de un paquete de prestaciones disponible solo para grupos de población que cumplen con criterios de elegibilidad específicos. Los procesos administrativos mediante los cuales se evalúa dicha elegibilidad (especialmente en el caso de los regímenes de protección sujetos a la verificación de recursos) pueden constituir obstáculos importantes al acceso a los servicios de salud para las personas que viven con el VIH y la tuberculosis. A menudo, la verificación del nivel de recursos se basa exclusivamente en un ingreso estimado, y no tiene en cuenta los costos médicos incurridos por el beneficiario, lo que puede excluir a personas que viven con el VIH y la tuberculosis y que, a pesar de tener un ingreso superior al nivel de pobreza que da derecho a las prestaciones gratuitas, tal vez se encuentran por debajo de ese nivel si se toman en consideración sus costos médicos reales. En el recuadro 10 se describen las reflexiones sobre las políticas relativas a los criterios de elegibilidad para acceder a la protección social en salud y los servicios de VIH en Camboya.

► **Recuadro 10. Identificación de la población en situación de pobreza y elegibilidad para las prestaciones de protección social destinadas a las personas que viven con el VIH en Camboya**

En Camboya, las personas que viven con el VIH pueden inscribirse en el Fondo de Solidaridad Sanitaria (Health Equity Fund), régimen de protección social en salud que brinda asistencia financiera para sufragar los costos de atención médica. La Dirección Nacional del Sida (NAA, por su acrónimo en inglés) pidió la realización de un estudio sobre los costos que conllevaría la ampliación de la cobertura del Fondo de Solidaridad Sanitaria a más personas que viven con el VIH en Camboya, a fin de determinar cuál sería el enfoque más efectivo y sostenible para poner en práctica las disposiciones de la circular Sor Chor Nor núm. 213¹. Este análisis fue realizado por el proyecto Health Policy Plus, de la Agencia para el Desarrollo Internacional, de los Estados Unidos, que propuso tres hipótesis de cobertura de costos en caso de ampliación:

- Hipótesis 1 : Cobertura de base, similar a la ya existente, en cuyo marco el 18 por ciento de las PVVIH posee una tarjeta IDPoor (que identifica a los hogares pobres).
- Hipótesis 2: Además de las PVVIH elegibles que ya tienen una tarjeta IDPoor (18 por ciento), la cobertura incluye a las PVVIH que son elegibles, pero no tienen todavía una tarjeta IDPoor (un 20 por ciento adicional).
- Hipótesis 3: Cobertura del Fondo de Solidaridad Sanitaria para todas las PVVIH, conforme a lo indicado en la Sor Chor Nor núm. 213, independientemente de su nivel socioeconómico.

La NAA lleva a cabo encuestas periódicas para identificar a las PVVIH con las mayores necesidades, y determina si fueron registradas o no a través del proceso de atribución de las IDPoor. La encuesta de la NAA de 2017 estimó que, de un total de 27.117 personas con VIH, el 18 por ciento ya tenía una tarjeta IDPoor; otro 20 por ciento fue identificado como elegible para obtener la tarjeta IDPoor. Basándose en la Sor Chor Nor núm. 213, la NAA está trabajando actualmente con el Ministerio de Planificación para identificar mecanismos que permitan inscribir a todas las PVVIH que no tienen tarjetas IDPoor.

1 Esta circular normativa, que fue ratificada por el Consejo de Ministros y aprobada por el Primer Ministro en febrero de 2019, reconoce a todas las PVVIH como miembros de una población vulnerable que tienen derecho a la tarjeta de recursos del Fondo de Solidaridad Sanitaria.

Fuentes: Jain y Srey 2020, y National AIDS Authority 2018, citadas en Kolesar, Jacobs y Chan, de próxima publicación.

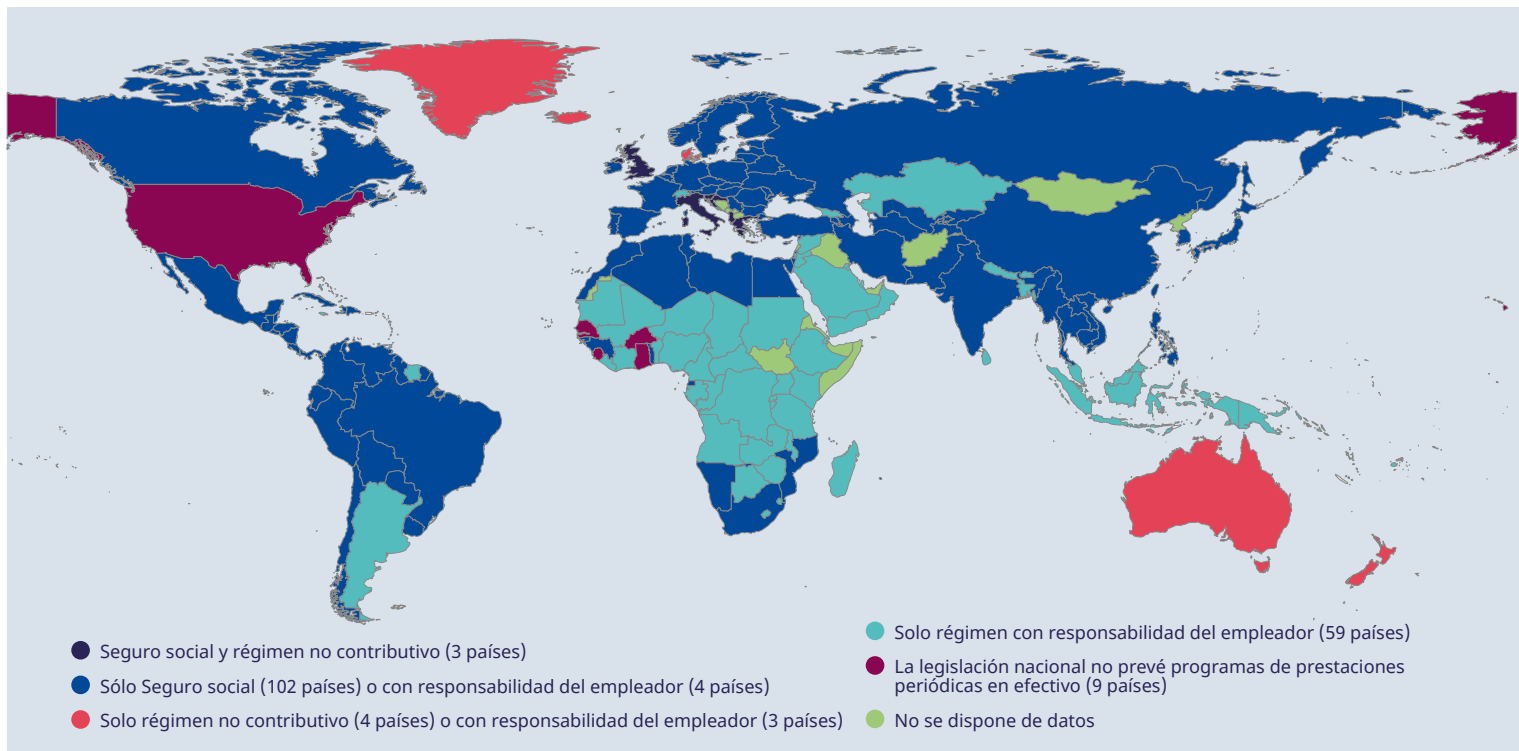
Valga señalar que los procedimientos administrativos pueden tener un impacto en la protección financiera que reciben efectivamente las personas beneficiarias. Por ejemplo, los procedimientos complejos y mal adaptados pueden incitar a los pacientes a buscar atención médica fuera de la red de proveedores de servicios de salud incluidos en un régimen. Unos estudios realizados en Vietnam mostraron que la falta de confidencialidad es una barrera considerable para extender el ámbito de las pruebas gratuitas del VIH entre los grupos de población clave y vulnerables (Vietnam 2014). Del mismo modo, en lo que atañe a las personas que siguen un tratamiento a largo plazo, se debe prever la posibilidad de adaptar la periodicidad con la que pueden renovar la prescripción de medicamentos y obtenerlos en farmacia. Como quedó demostrado por la práctica de muchos regímenes de protección social en salud durante la crisis de COVID-19, el despacho de las recetas cada tres a seis meses a través de proveedores de productos farmacéuticos geográficamente accesibles reduce la carga administrativa del paciente (OIT 2021b).

3.2. Diseño de las prestaciones de seguridad de los ingresos

Las normas sobre seguridad social adoptadas por la OIT subrayan la necesidad de que los trabajadores y los hogares reciban apoyo en caso de enfermedad o cuando requieran atención médica, a fin de asegurar que conserven sus ingresos. El mecanismo utilizado con tal fin son las prestaciones monetarias por enfermedad. Sin embargo, los regímenes de este tipo no suelen existir en los países con una alta tasa de morbilidad, como se ilustra en el gráfico 5. De hecho, la cobertura legal para el apoyo a los ingresos en caso de enfermedad es inexistente en muchos países con alta carga de morbilidad del VIH y la tuberculosis, especialmente en África, donde la responsabilidad de la seguridad del ingreso recae principalmente en el empleador, y no en el sistema de protección social, del que se excluye sobre todo a los trabajadores de la economía informal (OIT 2020a y 2020b). Por lo tanto, teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes con VIH y tuberculosis cuando se ven confrontados a la pérdida de ingresos y la inexistencia de regímenes de prestaciones por enfermedad, algunos países han decidido que los pacientes con VIH y/o tuberculosis y sus familias tengan acceso a las prestaciones previstas específicamente para el VIH y la tuberculosis o a otros programas de protección social, como las prestaciones por discapacidad o las transferencias de dinero efectivo para las familias.

► Gráfico 5. Seguridad de los ingresos en caso de enfermedad, y protección legal según el tipo de régimen, sobre la base de datos del último año disponible

Fuentes: OIT, *Base de datos mundial sobre la protección social*, basada en la Encuesta de Seguridad Social de la OIT;



AISS/SSA, programas de seguridad social en todo el mundo; ILOSTAT; fuentes nacionales.

De las obras consultadas se desprende que los programas de protección social focalizados únicamente en las personas que viven con el VIH podrían agravar el estigma y la discriminación contra éstas; en cambio, en dichos textos se hace hincapié en la necesidad de integrar a las PVVIH como beneficiarias en programas de protección social más amplios. Los argumentos a favor de esta perspectiva sostienen que la contribución de los regímenes de protección social a las respuestas al VIH y el sida sería mínima si estos regímenes excluyen a las personas que viven con, están en riesgo de contraer o se ven afectadas por el VIH, o no son apropiados y accesibles para estas personas (OIT 2017), y que las intervenciones multisectoriales son indispensables para abordar los vectores y las consecuencias del VIH y el sida, reducir la prevalencia del VIH, brindar atención y tratamiento a las PVVIH y atenuar el impacto de la epidemia.

Como se mencionó anteriormente, a menudo hace falta complementar el paquete de prestaciones de atención sanitaria con prestaciones para la alimentación. La encuesta sobre los costos para los pacientes con tuberculosis realizada en Kenia en 2018 recalca la necesidad de adoptar programas de protección social que ayuden a los pacientes con TB durante su tratamiento y recuperación. La encuesta reveló que la mitad de los pacientes con TB padecían desnutrición, de moderada a grave, en el momento del diagnóstico. También puso de manifiesto la doble carga que pesa sobre las personas enfermas debido a la disminución de sus ingresos y al aumento de los gastos en artículos tales como alimentos y suplementos nutricionales, lo que empuja (aún más) a las personas hacia la pobreza. En el informe de encuesta se enfatizaba la necesidad de ir más allá de los aspectos médicos e incluir en las prestaciones la nutrición/apoyo alimentario de los pacientes y sus necesidades de transporte, a fin de reducir la carga financiera que debían soportar y de garantizarles realmente una atención médica asequible (Kenia 2018). De manera análoga, en los resultados de la encuesta realizada en Vietnam se abogaba por la adopción de políticas nacionales para reducir los costos directos e indirectos en que incurren los pacientes (Hoa y Nhung 2019). En Botsuana, el programa de alimentación para grupos vulnerables, que ofrece transferencias alimentarias no condicionadas en especie, distribuye comidas y suplementos nutricionales entre las personas vulnerables ante la desnutrición y las mujeres en edad fértil de hogares pobres o de bajos ingresos durante los períodos de sequía, así como entre los pacientes con TB.

Algunos países han decidido otorgar a los pacientes con VIH y/o tuberculosis el acceso a las prestaciones por discapacidad, por ejemplo, en forma de prestaciones no contributivas (OIT y ONUSIDA 2014). Puede ocurrir que en un país determinado no existan regímenes de prestaciones por enfermedad y que, por lo tanto, las prestaciones por VIH, sida y tuberculosis estén integradas en otro plan existente de prestaciones por discapacidad, como se ilustra en el recuadro 11.

► Recuadro 11. Acceso a las prestaciones por discapacidad para pacientes con VIH y tuberculosis

En Ecuador, el programa “Bono Joaquín Gallegos Lara” otorga transferencias monetarias condicionadas al familiar o la persona responsable del cuidado de una persona, en particular un niño, que tiene una discapacidad grave o una enfermedad catastrófica como el VIH. Su finalidad es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y enfermedades de larga duración, y dar apoyo a quienes les brindan los cuidados de manera que puedan atenderlas a tiempo completo (Ecuador 2012).

En Sudáfrica también se proporciona una subvención por discapacidad a las PVVIH, si la enfermedad causa una limitación de su actividad laboral y si el recuento de linfocitos CD4 de la persona se sitúa por debajo de un umbral determinado. Este es el único régimen no contributivo para sudafricanos que brinda prestaciones para garantizar la seguridad de los ingresos en caso de pérdida de la capacidad laboral debido a la infección por el VIH, así como atención médica gratuita (Banco Mundial y OIT 2016).

Los programas de asistencia social que brindan transferencias de efectivo a las familias vulnerables con niños a cargo son mecanismos de protección social mediante prestaciones monetarias ampliamente utilizados y conocidos, que varios países aprovechan como vías de acceso para extender la protección social a las personas vulnerables al VIH o la tuberculosis, o afectadas por estas enfermedades. En algunos de estos países, los programas de asistencia social han adoptado criterios de elegibilidad relacionados con el estado de VIH o tuberculosis en el hogar. Tal es el caso de los países que registran un alto índice de infecciones, donde las enfermedades han provocado muchas muertes, y que no cuentan con un plan sólido de prestaciones para los sobrevivientes. En Botsuana, los niños que viven con el VIH pueden acogerse al Plan de Acción a Corto Plazo, del Programa de Cuidado de los Huérfanos, el cual proporciona transferencias en efectivo a los hogares que cuidan de huérfanos. Los niños y sus cuidadores reciben así asistencia para costear las necesidades educativas, acceso a servicios médicos gratuitos en los centros de salud públicos, subsidios para transporte y diversas ayudas de apoyo a los ingresos. En otras partes del África subsahariana, donde suele observarse el fenómeno de las familias cuya generación intermedia ha desaparecido debido al VIH/sida, las pensiones de la seguridad social pueden funcionar de facto como subsidios familiares y permitir que los abuelos cuiden de los nietos huérfanos.

3.3. Adaptar los procedimientos administrativos y construir alianzas para la prevención y la derivación de beneficiarios

Incluso cuando existen programas de protección social abiertos a los grupos de población clave y vulnerables, la falta de información, la complejidad de los procedimientos, el miedo al estigma y la discriminación, y la falta de documentación necesaria para pretender a la elegibilidad, como las cédulas nacionales de identidad (en los casos en que se exijan), pueden impedir el acceso a los mismos. Ello implica que los grupos de población clave y vulnerables que necesitan protección social tal vez se abstengan de buscarla, lo que dificulta particularmente los esfuerzos por prestarles asistencia.

Solventar este tipo de situaciones es absolutamente crucial para el éxito de las intervenciones de prevención y derivación. Hay dos tipos de organizaciones que tienen especial relevancia a tal efecto:

- **Organizaciones comunitarias** – A menudo, estas organizaciones han desempeñado varias funciones, como la identificación, organización y representación de los beneficiarios, así como su información y derivación, pero también se han ocupado de proporcionar directamente servicios de salud (prevención y promoción, y a veces también el seguimiento del tratamiento) y servicios de apoyo social.
- **Lugares de trabajo** – Los comités de salud y seguridad en el trabajo, integrados por representantes de los empleadores y trabajadores, así como de los servicios de salud en el trabajo, pueden actuar como importante punto de entrada y acceso para un gran número de trabajadores vulnerables. En lo que concierne a la tuberculosis y el VIH, el lugar de trabajo ofrece buenas oportunidades para difundir mensajes educativos y organizar programas de cambio de comportamiento; además, la presencia regular de los trabajadores en un mismo lugar puede facilitar el diagnóstico temprano y la adhesión a los tratamientos (ONUSIDA, OIT y OMS 2012). Como se subraya en la estrategia adoptada por el Consejo de Administración de la OIT (*Respuesta de la OIT al VIH y al sida: acelerar los progresos de aquí a 2030* (octubre de 2019)), las políticas y programas integrales sobre VIH y tuberculosis en el lugar de trabajo que se ponen en práctica en asociación con otras partes interesadas facilitan el acceso cotidiano a la prevención, tratamiento, atención y apoyo, al promoverse entre los trabajadores y las trabajadoras en el lugar mismo donde pasan la mayor parte de su vida cotidiana. Además, al conceder a los trabajadores la flexibilidad necesaria para adaptar (temporalmente) sus horarios de trabajo o el lugar donde prestan servicios a la evolución de la gravedad de su enfermedad se les permitirá mantener su actividad en el mercado laboral, mejorando así la productividad general (OIT 2019d). Tales políticas también redundarían en beneficios para los trabajadores afectados por la forma prolongada de la COVID-19.

En la siguiente sección se analizan algunos ejemplos de alianzas constituidas en torno a los servicios de prevención y derivación que han mejorado su prestación tanto en la comunidad como en el lugar de trabajo.

3.3.1. Sensibilización, prevención y derivación por medio de organizaciones comunitarias

Algunos países tienen servicios dirigidos por la comunidad, y los proveedores de los mismos son miembros de la población a la que se proponen servir. Esto crea una atmósfera propicia para el cliente y para abordar algunos de los problemas relativos al acceso y la discriminación. En Camboya, por ejemplo, desde 2017 se ha implementado un enfoque integrado de gestión de casos a través de un mecanismo comunitario. Este enfoque de acción comunitaria incluye la participación plena de las agrupaciones comunitarias y organizaciones de la sociedad civil en la prestación de servicios de prevención y tratamiento, y sirve como puente entre la comunidad y los establecimientos que proporcionan dichos servicios. En Nepal, las comunidades de PVVIH de todo el país participan en actividades de apoyo al tratamiento y la atención, y también velan por el bienestar general de más de 13.000 personas que viven con el VIH. El Programa de Atención Comunitaria y Domiciliaria implementado en 40 distritos por y para las PVVIH ha desempeñado un papel esencial en la retención de los pacientes y su adhesión al tratamiento. Según el informe nacional de 2018 sobre los progresos logrados en el país, en este Programa recae fundamentalmente el mérito de haber mantenido una tasa de retención de más del 85 por ciento en el tratamiento antirretroviral 12 meses después de su inicio (Nepal 2018).

Algunos países han establecido mecanismos de contratación mediante los cuales el sistema de protección social delega en las organizaciones de base una serie de servicios y funciones, como la de derivar a los beneficiarios hacia los regímenes de protección social pertinentes. En México, las organizaciones de la sociedad civil y las ONG tienen un largo historial de participación en la respuesta al VIH, especialmente en relación con los grupos de población clave y vulnerables. Desde la década de 1990, la sociedad civil se esfuerza por lograr que el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (CENSIDA) asegure que todos los mexicanos tengan acceso al tratamiento antirretroviral. El CENSIDA comenzó a colaborar con ONG, impulsando conjuntamente programas que mejoraran su aceptación entre el público objetivo. En esa perspectiva, desarrolló un sistema de convocatoria anual de proyectos –sobre temas como la educación, la prevención, las pruebas de VIH o la distribución de condones y jeringas– cuya ejecución estaría a cargo de las ONG. En los últimos años, el CENSIDA destinó un presupuesto anual de 110 millones de pesos (unos 5,5 millones de dólares de los Estados Unidos) a sus actividades de colaboración con ONG. Sin embargo, en febrero de 2019, el Gobierno bloqueó los fondos asignados a las ONG con el fin de evitar la corrupción y la intervención de intermediarios. Desde entonces, existe el riesgo de que los grupos de población vulnerables, que a menudo no tienen medios para viajar a los centros de tratamiento, pierdan el acceso a las pruebas y el tratamiento adecuados (Agren 2019). En Malasia, el gobierno colabora con el Consejo del SIDA (MAC, por su acrónimo en inglés), organización coordinadora que reúne a aproximadamente 50 organizaciones afines de la sociedad civil. El MAC proporciona apoyo técnico y supervisión a las organizaciones asociadas para llevar adelante programas de prevención del VIH a nivel del país, y opera con arreglo a un enfoque nacional, en asociación con el Gobierno. Desde 2003, actuando a través del MAC, el Gobierno ha extendido su financiamiento a las organizaciones de la sociedad civil (OSC) por una cuantía equivalente a más de 26,7 millones de dólares estadounidenses al año, es decir, casi la mitad del gasto nacional total en VIH (Malasia 2015). En Costa Rica, la ley 8718 requiere que la Junta de Protección Social asigne el uno por ciento de la utilidad neta de las loterías nacionales a las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la investigación, la prevención y la atención del VIH (Costa Rica 2009). Sin embargo, el acceso a dichos recursos no siempre es un proceso fácil para las OSC, que a veces no disponen de la estructura de gestión y el nivel de profesionalización exigidos para tener derecho al financiamiento público. Este es un punto importante al que las instituciones de protección social deben prestar atención, porque muestra claramente que la contratación de OSC puede ser necesaria para conseguir un nivel de aceptación suficiente entre los grupos de población más vulnerables. Al mismo tiempo, este proceso puede requerir que las instituciones de protección social establezcan un marco de contratación propicio a fin de que los mecanismos de colaboración con las OSC sean aceptables tanto para las autoridades financieras públicas como para la propia estructura organizativa de las OSC.

La sensibilización y la formación de alianzas también pueden servir para evitar errores y no adoptar sistemas que proponen programas de asistencia social con altos índices de exclusión, simplificando así los trámites administrativos que deben afrontar las PVVIH y los pacientes con tuberculosis para acceder a la protección social. En algunos países, el acceso a los programas de protección social está abierto a quienes han sido identificados como pobres y vulnerables o a los grupos de población clave y vulnerables. Sus prestaciones, condicionadas a la verificación de los recursos, suelen depender de los sistemas centrados en la mitigación de la pobreza, ya que en muchos países con grandes economías informales el acceso a los registros administrativos de ingresos suele ser muy problemático. Los sistemas centrados en la pobreza han sido objeto de un extenso debate en el ámbito de la protección social, ya que el proceso de identificación suele ser complicado y costoso y conlleva un alto riesgo de errores de inclusión o exclusión (Kidd, Gelders y Bailey-Athias 2017). Por lo general, el proceso se centra principalmente en consideraciones relativas a los ingresos, que no son necesariamente los factores más importantes cuando se trata de asegurar la protección de hogares afectados por el VIH y la tuberculosis, cuyos costos incurridos son también mucho más altos (véase un ejemplo en el recuadro 10).

3.3.2. Sensibilización, prevención y derivación en el lugar de trabajo

La mayoría de los países han adoptado directrices, políticas, leyes y códigos para abordar la transmisión del VIH y la tuberculosis en el lugar de trabajo, y proporcionan orientación a los empleadores y trabajadores sobre la forma de controlar estas enfermedades. Mientras que la tuberculosis suele estar incluida en las orientaciones generales sobre seguridad y salud en el trabajo, muchos gobiernos han formulado en cambio directrices específicas para la aplicación de medidas de prevención y control del VIH en el lugar de trabajo, reconociendo así los impactos negativos del VIH en las empresas y los lugares de trabajo (por ejemplo, los Gobiernos de Botsuana, Camboya, Indonesia, Malasia y Vietnam). Dichas directrices incluyen casi siempre el establecimiento de sistemas y políticas de organización que permitan prevenir y controlar el VIH en el lugar de trabajo, así como la planificación y puesta en práctica de las actividades pertinentes. En Malasia, los comités del lugar de trabajo tienen la responsabilidad de redactar una política laboral sobre el VIH y el sida que se remite al Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo para su revisión y aprobación (Secretaría de la ASEAN 2015). De manera similar, en 2006, el Ministerio de Trabajo y Formación Profesional de Camboya promulgó los *Prakas*⁵ relativos a la creación de los comités sobre el VIH y el sida en las empresas y establecimientos, y a la prevención del VIH y el sida en el lugar de trabajo.

Aun cuando estos mecanismos laborales pueden desempeñar una importante función en lo relativo a la prevención y a la derivación de pacientes hacia el sistema de protección social, su coordinación está poco documentada. En el curso de la preparación de este documento se observó que la coordinación entre los programas de la protección social y los programas en el lugar de trabajo se definía explícitamente cuando la infección por el VIH y la tuberculosis eran reconocidas como enfermedades profesionales. En Vietnam, en virtud de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, de 2015, los trabajadores que se infectan con el VIH como consecuencia de un accidente del trabajo tienen derecho a una prestación monetaria prevista en el régimen de prestaciones por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, así como a todos los servicios sanitarios que se ofrecen a través del sistema nacional de seguro de enfermedad, a condición de que estén inscritos en el régimen de seguro social de enfermedad. Si un trabajador no está afiliado a dicho régimen de seguro, la responsabilidad de sufragar los costos recae en el empleador.⁶

5 Decretos ministeriales.

6 La protección en caso de accidente del trabajo o enfermedad profesional ha sido objeto de varios convenios y recomendaciones adoptados por la OIT desde sus inicios. Según el Convenio núm.102 de la OIT (parte VI), dicha protección debe comprender todas las contingencias que incidan negativamente en la salud y sean ocasionadas por un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, y toda incapacidad para trabajar y obtener ingresos, ya sea temporal o permanente, y total o parcial, que se derive de tales contingencias. El Convenio (núm. 121) y la Recomendación (núm. 121) sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1964, establecen normas más estrictas, principalmente en lo que respecta al ámbito de cobertura de la población y al nivel de las prestaciones que deben proporcionarse.

En los lugares de trabajo se pueden ofrecer programas de pruebas y asesoramiento voluntarios, los cuales son una plataforma interesante para proporcionar directamente intervenciones de prevención y servicios de derivación, así como para ayudar a los trabajadores a encontrar su camino en el sistema de protección social. En el recuadro 12 se presenta el ejemplo de una intervención en Kenia, que tuvo como objetivo incrementar el potencial resultante de vincular la promoción de la salud en el lugar de trabajo con el sistema de protección social.

► **Recuadro 12. Articular la promoción de la salud con la protección social en el lugar de trabajo, en el contexto de la respuesta al VIH en Kenia**

En una situación en la que el 84 por ciento de los trabajadores prestaban servicio en la economía informal, y en la que muy pocos de ellos estaban amparados por programas de protección social, Kenia puso en marcha mecanismos de afiliación voluntaria que han tenido un éxito limitado. Si bien el Fondo Nacional de Seguro de Hospitalización (NHIF) abarca a más de tres millones de trabajadores, solo el 10 por ciento de ellos se han afiliado voluntariamente a dicho régimen. De hecho, muchos trabajadores y sus familias no conocen las prestaciones del Fondo ni saben cómo afiliarse. Esta es una cuestión importante para las personas que viven con el VIH, ya que, aun cuando el tratamiento antirretroviral es gratuito a través del Programa Nacional de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y del Sida, otros costos, como los de las consultas médicas, no están cubiertos. La afiliación al NHIF es, por tanto, complementaria, ya que permite acceder a las prestaciones citadas.

En el marco de la Iniciativa de Asesoramiento y Pruebas Voluntarias para los Trabajadores (o Iniciativa VCT@WORK), puesta en marcha en 2013, Kenia mejoró el acceso a las pruebas de detección del VIH entre los trabajadores tanto en la economía formal como en la informal, y facilitó su incorporación a los regímenes nacionales de protección social (OIT y ONUSIDA 2017). En particular, se ofreció a los interesados asesoramiento y apoyo para inscribirse en el NHIF.

3.4. Gobernanza y participación

La participación de las comunidades y los grupos de población clave en los procesos de gobernanza y toma de decisiones sobre protección social es importante (Ooms y Kruja 2019; PITCH 2019), y se ha destacado con especial énfasis en el marco de la respuesta al VIH. El término general “comunidades” incluye a las personas que viven con el VIH, sus agrupaciones y redes, y también a diversas otras entidades, como las ONG, las organizaciones de prestación de servicios relativos al sida y las organizaciones de inspiración religiosa (ONUSIDA 2016). Las organizaciones dirigidas por comunidades y basadas en éstas también incluyen a organizaciones de grupos de población clave y otros sectores de población afectados por el VIH y el sida, así como a las personas afectadas por la tuberculosis. Es un hecho reconocido que dichas organizaciones han estado a la vanguardia en la respuesta al sida, en la prestación de servicios no médicos, como la defensa de los intereses de los afectados y la prevención (Jay y otros 2016), y en la captación de servicios (ONUSIDA 2016). Estas comunidades son participantes vitales en la gobernanza y los procesos nacionales de toma de decisiones sobre los temas en cuestión (ONUSIDA 2016). Por lo tanto, muchos investigadores ponen de relieve la importancia de la contribución de dichas comunidades al diseño de nuevos sistemas de salud y protección social o a la adaptación de los sistemas existentes (Cluver y otros 2014). En el anexo 2 se ofrece un panorama general sobre la inclusión del VIH en las políticas de protección social de los países estudiados.

En lo que concierne a la protección social, la participación de los grupos de población clave y vulnerables es fundamental por las siguientes razones:

- Si bien es cierto que las instituciones de gobernanza suelen tener algunos procesos formales de participación y consulta, a menudo no incluyen a grupos muy remotos y vulnerables que están confrontados a privaciones de múltiple naturaleza, lo cual engendra una situación en que las necesidades de estos grupos son insuficientemente consideradas a efectos del diseño de las prestaciones y servicios de protección social ofrecidos.
- Los regímenes de protección social tienen dificultades para hacer el seguimiento de la cobertura de los grupos de población mencionados y formarse una idea de las brechas que surgen en dicha cobertura. En realidad, el estado con respecto al VIH y la tuberculosis no se registra en los datos administrativos sobre los beneficiarios que recopilan las instituciones de protección social, merece la pena destacar que tampoco se recomienda hacerlo, a fin de evitar toda posibilidad de discriminación o estigma. En otras palabras, si no se llevan a cabo encuestas periódicas entre los grupos de población clave y vulnerables, que incluyan preguntas específicas sobre el acceso a los regímenes de protección social, las instituciones de protección social podrán difícilmente descubrir la magnitud de sus brechas y cuáles son los factores que las provocan. Ahora bien, la participación en los procesos de gobernanza y seguimiento puede remediar parcialmente esta situación.
- La participación permite asegurar la identificación y la eliminación de las barreras de acceso que están específicamente vinculadas a la estructura del régimen de protección o a sus procedimientos administrativos. En esta perspectiva, el sistema de las Naciones Unidas ha elaborado una herramienta de evaluación que facilita la identificación de tales barreras y que podría ser útil para tales procesos participativos (ONUSIDA 2017a).

Pese a que se han logrado avances significativos en la integración de los procesos participativos en lo que se refiere a las instituciones encargadas específicamente de las respuestas al VIH y la tuberculosis⁷ (Burrows y otros 2016; ONUSIDA 2018c; PITCH 2019), la mayoría de los datos recopilados indican que tal no ha sido el caso en las instituciones y procesos de protección social. Diversos estudios recientes han explorado el impacto potencial que la integración de los servicios proporcionados por la comunidad tendría en la toma de decisiones y las actividades de promoción, y particularmente en la formulación de modelos innovadores en materia de prestación de servicios de salud, de avances en el respeto de los derechos humanos y de acceso a los servicios de salud para todas las personas (ONUSIDA 2016; Ooms y Kruja 2019). Aún no se han estudiado el impacto y las prácticas en el ámbito de la protección social.

7 En algunos casos, es necesario crear mecanismos específicos para asegurar que las comunidades no queden desprovistas de fondos. Éstos podrían revestir diversas formas, como, por ejemplo, delegaciones de la sociedad civil, o dispositivos de participación en órganos rectores y en la coordinación del Fondo Mundial, y también coaliciones nacionales para la prevención del VIH.

► **Recuadro 13. Prácticas de gobernanza participativa a partir de la respuesta al VIH**

En Nepal, el Grupo de Población Joven Clave Afectada (YKAP, por su acrónimo en inglés), que se ocupa de jóvenes que se inyectan drogas, trabajadores sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero, participó en la elaboración del Plan Estratégico Nacional sobre el VIH 2016-2021. El YKAP ayudó a identificar brechas y necesidades que deben abordarse en el Plan Estratégico por medio de discusiones temáticas con las principales partes interesadas (Nepal 2018).

En Camboya, la Dirección Nacional del Sida, en colaboración con asociados entre los que se incluyen OSC y grupos comunitarios, se esfuerza por crear un entorno propicio y empoderar a las PVVIH y los grupos de población clave para que puedan participar de manera significativa en los procesos nacionales de planificación, puesta en práctica y seguimiento de la respuesta al VIH, así como en la presentación de los informes pertinentes (ONUSIDA 2018a).

En Malasia, el Consejo del Sida forma parte del Comité Interministerial sobre el VIH y el SIDA y el Comité Nacional de Coordinación de las Intervenciones sobre el Sida (NCCAI), en los que representa la voz de la sociedad civil y trata de fortalecer los sistemas comunitarios para una respuesta eficaz a la epidemia. Además, con el fin de asegurar una mitigación significativa del impacto social, las PVVIH y los grupos de población vulnerables han participado en la toma de decisiones a nivel nacional a través de su participación en el NCCAI y en el Mecanismo de Coordinación Nacional del Fondo Mundial (Malasia 2015).

3.5. Financiamiento

A principios del siglo XXI, las muertes provocadas por las epidemias del VIH, la tuberculosis y el paludismo habían alcanzado niveles abrumadores en todo el mundo, al tiempo que los altos precios de los medicamentos y la escasez general de recursos en los países con tasas de morbilidad elevadas planteaban un gran desafío a la hora de abordar estas enfermedades. Su naturaleza transmisible también significaba que, a menos que se lograra poner freno a dichas enfermedades en todos los países y todos los grupos de población, existía el riesgo de que los progresos obtenidos en un lugar fuesen totalmente contrarrestados por el aumento de las infecciones en otra parte. Aunque se estaban dando grandes pasos para atenuar la gravedad de las enfermedades, los cuidados médicos quedaban fuera del alcance de muchos. Esto era especialmente cierto para los grupos marginados, cuyas necesidades específicas eran generalmente ignoradas en las iniciativas y estrategias nacionales de salud debido al estigma y la discriminación. Como consecuencia, en muchos países se habían establecido procedimientos específicos para gestionar la respuesta al VIH, la tuberculosis y el paludismo de una manera algo diferente a la respuesta prevista para otras enfermedades. En un cierto número de casos se había buscado el apoyo de fuentes financieras externas, mediante enfoques de financiamiento innovadores, como los programas del Fondo Mundial, las alianzas público-privadas y, en algunos lugares, la intervención de asociados externos e internos ajenos al sistema de salud pública tradicional. La absorción por los gobiernos de los costos de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de tales enfermedades, con cargo a los recursos públicos nacionales, es una etapa importante hacia la integración de dichos programas en los sistemas nacionales de protección social y salud (véase el recuadro 14).

En los países donde una parte del financiamiento procede de donantes internacionales, las autoridades se están esforzando por incrementar el gasto público nacional en previsión de la eventual reducción del apoyo financiero aportado por los donantes. Por ejemplo, Camboya, Indonesia y Vietnam han reconocido

la necesidad de adoptar un enfoque más estratégico para el uso de los recursos disponibles, mientras se preparan para asumir una parte cada vez mayor de la carga financiera de la respuesta a las enfermedades (ONUSIDA 2018a). En cierta medida, esto obedece a que, al aumentar su ingreso nacional hasta niveles medios o altos, algunos países ya no cumplen los requisitos para recibir apoyo financiero, por ejemplo, del Fondo Mundial o del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR).⁸ En Vietnam, se previó una importante disminución del financiamiento aportado por el PEPFAR para la compra de medicamentos antirretrovirales (ARV), que iba a ser probablemente sufragada por el régimen nacional de seguro de enfermedad. Vietnam reconoció que los programas del PEPFAR eran un vehículo esencial para financiar de manera sostenible el mantenimiento y la expansión de los servicios de atención y tratamiento del VIH. Por ende, consideró que la integración de los servicios de VIH era una estrategia eficiente, y también una forma de facilitar su sostenibilidad política a largo plazo.

Desde 2006, el Fondo Mundial ha estado ayudando a Rwanda a alcanzar la cobertura de salud universal, proporcionando subsidios a las familias más pobres para sufragar sus cotizaciones al seguro social de salud. Así, el Fondo ha financiado las contribuciones, en su totalidad o en parte, de aproximadamente dos millones de ruandeses, entre los que se incluyen huérfanos, PVVIH y el segmento más pobre de la población (Nyandekwe, Nzayirambaho y Kakoma 2014; Zeng y otros 2014).

► **Recuadro 14. Transición al financiamiento nacional**

La disponibilidad de recursos nacionales es fundamental para la sostenibilidad a largo plazo de los programas sobre el VIH y el sida; estos recursos han constituido la mayor parte del gasto mundial en VIH desde 2000. Los recursos públicos han seguido aumentando en todos los países, independientemente de su nivel de ingresos. Con respecto a los países estudiados para este documento, la asistencia al desarrollo destinada a la salud representó la mayor parte del gasto en VIH y sida en los países de ingresos bajos y los países con una tasa de morbilidad extremadamente alta¹. Por ejemplo, un estudio puso de manifiesto que, entre todos los servicios que se ocupan del VIH y el sida en Camboya, los tratamientos antirretrovirales son los que más dependen de los donantes, y que más de dos tercios de todos los costos son financiados por el gobierno de los Estados Unidos o el Fondo Mundial. La mayor parte de este gasto se destina a la adquisición de medicamentos antirretrovirales y de medicamentos contra afecciones específicas relacionadas con el VIH (Thin, Prum y Johns 2019). En los países de ingresos altos e ingresos medianos altos, la respuesta al VIH y el sida se financia principalmente con el gasto público interno (por ejemplo, 80 por ciento en Argelia, 89 por ciento en Tailandia y 95 por ciento en Ecuador), salvo algunas excepciones. En cambio, en Botsuana, más de un tercio del gasto en VIH y sida proviene de fuentes internacionales, pese a que este país está clasificado como de ingresos medianos altos desde 2005.

1 Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network 2018.

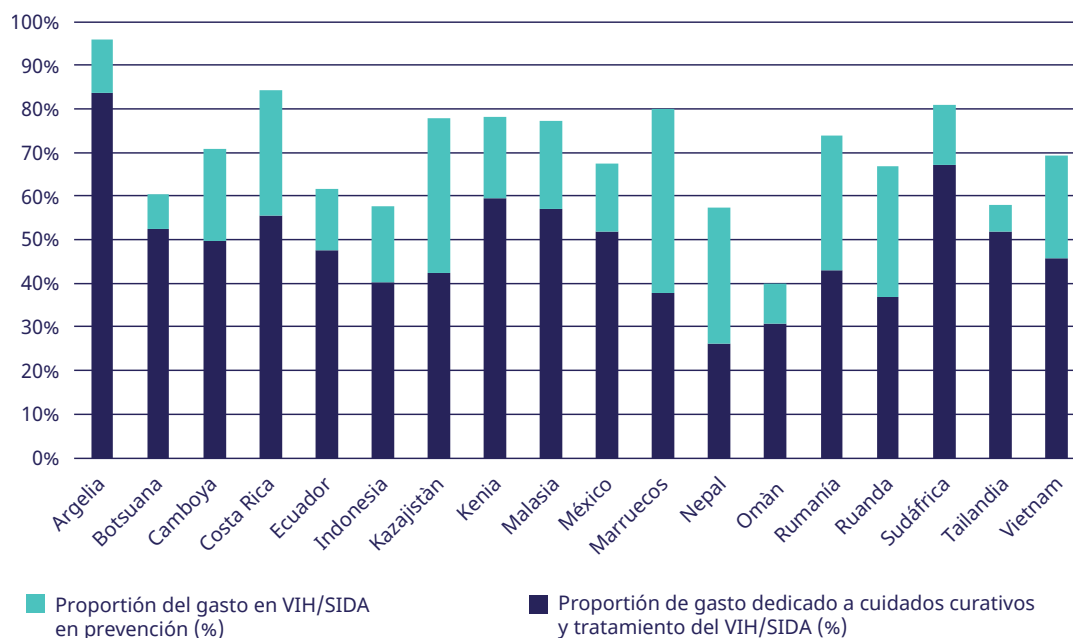
8 El PEPFAR, que fue establecido en 2003, es el mayor compromiso de asistencia asumido por un país con respecto a una única enfermedad. Hasta la fecha, ha hecho contribuciones por más de 90.000 millones de dólares de los Estados Unidos, incluso para el financiamiento del Fondo Mundial. Pese a que el anterior Gobierno de los EE. UU. (2017-2021) había propuesto reducir significativamente su contribución, el Congreso de EE. UU., por su parte, ha rechazado hasta ahora los recortes propuestos.

► Recuadro 14. Transición al financiamiento nacional (Suite)

Según la OMS (2019a), la lucha contra la tuberculosis sigue teniendo un financiamiento insuficiente. Esta Organización calculó que, pese a que el financiamiento para la prevención y la atención de la tuberculosis en 2019 se elevó a 6.800 millones de dólares de Estados Unidos, frente a 6.400 millones de dólares en 2018, el déficit en ese año fue de 3.300 millones de dólares. Los recursos nacionales representaron el 87 por ciento de los fondos disponibles. Esta cifra agregada se obtuvo en gran medida con la contribución del grupo de países conocidos como BRICS (Brasil, Federación de Rusia, India, China y Sudáfrica). Los países BRICS aportaron el 53 por ciento del financiamiento disponible en 2019, y el 95 por ciento de dicho financiamiento proviene de fuentes nacionales (OMS 2019c). Para otros países de ingresos bajos e ingresos medianos, la contribución de los donantes internacionales sigue siendo crucial, ya que representa el 38 por ciento del financiamiento disponible en los 25 países con alta carga de morbilidad de la tuberculosis, sin considerar a los BRICS, y el 49 por ciento del financiamiento disponible en los países de ingresos bajos. El financiamiento internacional, esencial para muchos programas que se llevan adelante en países de ingresos bajos y medianos, ascendió a 900 millones de dólares en 2019, o 13 por ciento del financiamiento total dedicado a la tuberculosis; el 73 por ciento de esos 900 millones provinieron del Fondo Mundial (OMS 2019c). El mayor donante bilateral es el Gobierno de los Estados Unidos, que proporciona casi el 50 por ciento de los fondos asignados para la tuberculosis por el conjunto de los donantes internacionales, si se incluyen los fondos canalizados y asignados por el Fondo Mundial (OMS 2019c). El financiamiento nacional destinado a la tuberculosis parecía ser predominante en la mayoría de los países estudiados, mientras que los demás contaban con un financiamiento procedente de fuentes nacionales e internacionales, en proporciones relativamente equitativas. El financiamiento internacional era predominante solo en Ruanda, donde representaba el 97 por ciento del gasto total en tuberculosis.

Aun cuando algunos programas de protección social en salud incluyen aspectos de los servicios de prevención del VIH y el sida, la mayor parte del financiamiento se centra en el tratamiento (véase el gráfico 6). En los países estudiados, el déficit de financiamiento para los servicios de prevención fue colmado esencialmente por fuentes internacionales, a veces mediante programas ejecutados principalmente por ONG (como en Argelia, Camboya e Indonesia). Valga señalar que, en Tailandia, el Gobierno ha establecido por ley los llamados "impuestos sobre el pecado", destinados a financiar la fundación de promoción de la salud conocida como ThaiHealth. Se trata de utilizar un recargo adicional del dos por ciento sobre los impuestos especiales que gravan el tabaco y el alcohol para financiar campañas de la sociedad civil relativas a diversos riesgos graves para la salud, como el VIH y el sida (*Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies* 2015).

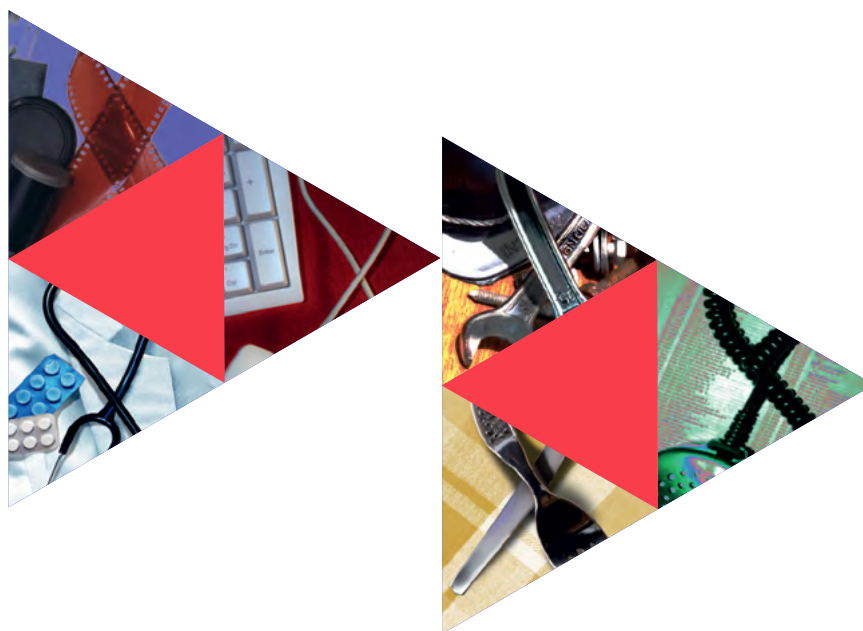
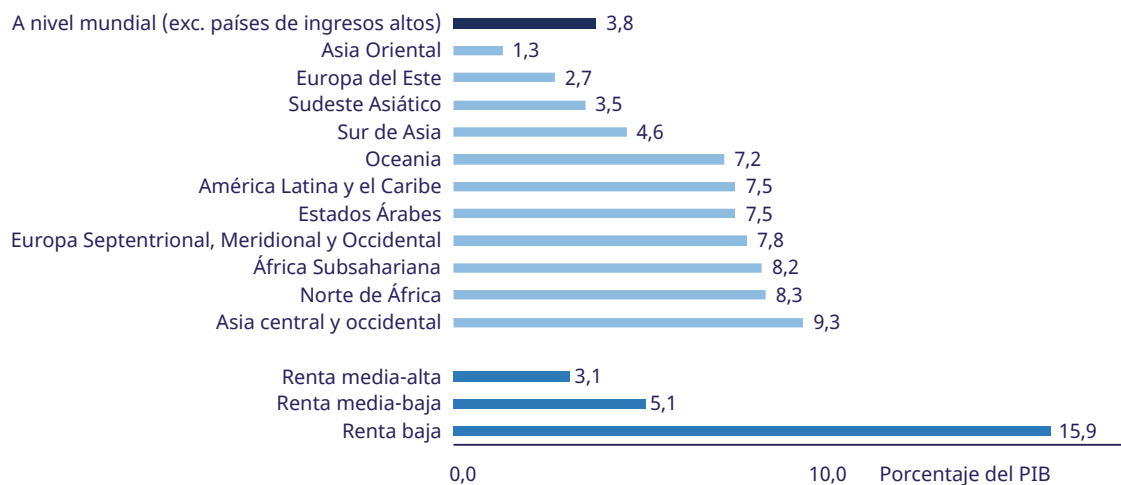
► Gráfico 6. Proporción del gasto en tratamiento y prevención del VIH, algunos países, 2018



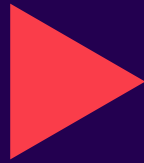
Fuente: Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network 2018.

La mayoría de las brechas en la cobertura de la protección social examinadas en la primera sección del presente estudio se originan en la inversión insuficiente en los sistemas de salud y protección social. Teniendo esto presente, el logro de avances hacia la inclusión de las personas vulnerables al VIH y la tuberculosis, o afectadas por estos, en los regímenes de protección social y la adaptación de dichos regímenes para responder a las necesidades específicas de dichas personas no puede ser viable si no se hacen esfuerzos para obtener más y mejores recursos. Como se ilustra en el gráfico 7, el déficit de financiamiento anual para alcanzar las metas de los ODS sobre protección social y cobertura sanitaria universal sigue siendo importante, especialmente en África.

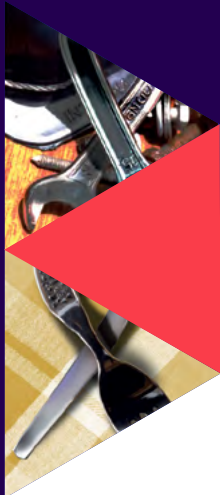
Gráfico 7. Déficit en el financiamiento anual necesario para alcanzar las metas 1.3 y 3.8 de los ODS, por región y nivel de ingresos, 2020 (en porcentaje del PIB)⁹



9 La estimación de costos se basa en el siguiente paquete de prestaciones genéricas: a) prestaciones por hijos a cargo para todos los niños de 0 a 5 años, fijadas en el 25 por ciento del umbral de pobreza nacional; b) prestaciones de maternidad equivalentes al 100 por ciento del umbral de pobreza nacional, durante cuatro meses en torno al parto; c) prestaciones por discapacidad para personas con discapacidad grave, equivalentes al 100 por ciento del umbral de pobreza nacional; d) prestaciones de vejez para todas las personas de 65 años o más, también equivalentes al 100 por ciento del umbral de pobreza nacional; y e) acceso a la asistencia sanitaria esencial, según lo estimado por la OMS (Stenberg y otros 2017). Fuentes: OIT, *Base de datos mundial sobre la protección social*, basada en la Encuesta de Seguridad Social, de la OIT; FMI; CEPAL; OMS; fuentes nacionales.



4



► 4. Conclusión y recomendaciones

Con el fin de ampliar la cobertura de protección social a las personas vulnerables al VIH y la tuberculosis y de hacer que los sistemas de protección social presten mayor atención a las cuestiones del VIH y la tuberculosis, se pueden formular recomendaciones con respecto a tres dimensiones clave.

Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de protección social – La movilización cada vez mayor de recursos nacionales y la integración horizontal paulatina de los programas sobre el VIH y la tuberculosis en los sistemas nacionales son necesarias para mantener respuestas eficaces y eficientes al VIH y la tuberculosis. Asimismo, hay que potenciar la capacidad de respuesta a fin de asegurar que los costos relativos a la prevención, diagnóstico, tratamiento y otras prestaciones no médicas se incluyan de manera efectiva en los regímenes de protección social y las estrategias nacionales de financiamiento de la atención sanitaria. También es necesario ajustar las funcionalidades de los regímenes de protección social para mejorar su capacidad de respuesta ante las necesidades especiales de las personas que viven con el VIH y/o la tuberculosis, especialmente en lo que atañe a asegurar el acceso a un paquete de prestaciones de salud adaptado, a alimentos nutritivos, a medios de transporte hacia los centros de atención sanitaria y a recursos que compensen la pérdida de ingresos. Otra necesidad importante es lograr una coordinación efectiva entre los diferentes regímenes de protección social que permita establecer una articulación eficaz entre el apoyo a la prestación de cuidados y el apoyo a los ingresos.

Mejorar la capacidad de inclusión – Lograr respuestas eficaces al VIH y la tuberculosis exige que los sistemas de protección social y sanitaria actúen con un alto nivel de inclusión. Sin embargo, las personas que están en mayor riesgo y las que viven con el VIH y la tuberculosis son a menudo difíciles de alcanzar, y los grupos de población clave y vulnerables suelen ser estigmatizados y marginados. A menudo, los sistemas de protección social tienen dificultades para ofrecer una cobertura constante a los grupos de población clave y vulnerables afectados o en riesgo de contraer la tuberculosis y el VIH. Estos grupos de personas enfrentan barreras de acceso arraigadas en múltiples vulnerabilidades, como las resultantes de encontrarse en lugares lejanos o aislados, la exclusión social, el estigma, la marginación y una capacidad limitada para contribuir a un régimen de seguro social. De igual manera, estas personas también tropiezan con dificultades para cumplir con los criterios de elegibilidad establecidos por los regímenes de asistencia social. Además, existen barreras legales, como la criminalización de ciertos comportamientos, por ejemplo, las relaciones entre personas del mismo sexo o el trabajo sexual, y la falta de documentos de identidad, como en el caso de las personas transgénero, que impiden o hacen difícil que algunos grupos de población clave tengan acceso a los programas de protección social. Asegurar que las personas en situación de riesgo de contraer el VIH y/o la tuberculosis o que viven con las enfermedades, y sus familias, estén incluidas en los regímenes de protección social existentes, y extender la cobertura de estos regímenes no solo son pasos necesarios, sino centrales, para honrar el lema de la Agenda para el Desarrollo Sostenible de “no dejar a nadie atrás”.

Potenciar la participación y las alianzas – Para ser verdaderamente inclusivos, los grupos de población clave y vulnerable deben tener voz en la estructura de gobernanza de los sistemas de protección social. Esto implica necesariamente que los regímenes y sistemas en cuestión se esfuercen activamente para implementar de manera efectiva los principios de gobernanza participativa, hacer respetar la transparencia y emplear mecanismos de queja eficientes. También requiere que se forjen vínculos con las organizaciones comunitarias y los lugares de trabajo.

Cuando se consideren las recomendaciones anteriores, será importante tener en cuenta que el hecho de depender de datos e informes secundarios y obras disponibles en el dominio público ha limitado el alcance de los resultados que se presentan en este documento de trabajo, los cuales ya han sido publicados y documentados previamente. En todo caso, valga destacar en particular la falta de exámenes sistemáticos y estudios longitudinales. Así, se identificaron lagunas de información con respecto a cuatro aspectos clave, lo que abre oportunidades para la realización de investigaciones futuras:

- En primer lugar, se dispone de escasa información sobre las prácticas de promoción de la salud en el lugar de trabajo, así como sobre sus vínculos con los sistemas de protección social, con la excepción

del reconocimiento del VIH y la tuberculosis como enfermedades profesionales. De manera similar, la información fáctica sobre las condiciones necesarias y las disposiciones administrativas para que las instituciones de protección social deleguen algunas funciones de prevención y derivación a ONG y OSC sigue siendo anecdótica. De hecho, habida cuenta de que los grupos de población clave pueden estar sufriendo privaciones de diversa índole y tal vez se sienten alejados del entorno institucional, las OSC, las organizaciones comunitarias y las ONG pueden ser canales indispensables para que las instituciones de protección social puedan llegar a dichos grupos. Tradicionalmente, los mecanismos mundiales de financiamiento han prestado una gran atención al financiamiento de este tipo de organizaciones. Sin embargo, a medida que los países se apartan paulatinamente de esos mecanismos mundiales de financiamiento y asumen más costos relacionados con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, es importante que se sigan explorando los mecanismos existentes para asociarse con las organizaciones más cercanas a los grupos de población vulnerables. Aunque los posibles nexos y las razones que justifican la coordinación son conceptualmente claros, los documentos que tratan de tales prácticas institucionales de coordinación son limitados, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos.

- En segundo lugar, hay muy pocos estudios especializados en los que se documenten las prácticas que dan buenos resultados en cuanto a mejorar el acceso a la protección social desde una perspectiva institucional. La mayor parte de las obras consultadas proporcionan datos sobre las barreras para acceder a los servicios de salud, pero hay pocas que brinden orientación sobre las mejores prácticas a disposición de las instituciones de protección social para asegurar la eficacia de los servicios destinados a los grupos de población clave y vulnerables que tropiezan con tales barreras, en lo que atañe a la sensibilización, afiliación, financiamiento, etc. La ausencia de dicha documentación es problemática cuando se trata de formular recomendaciones prácticas para que tales instituciones adopten medidas rápidas y modifiquen sus prácticas.
- En tercer lugar, las estadísticas sobre la cobertura de protección social de los grupos de población clave y vulnerables son limitadas. Por ello, es difícil apreciar cuál es el grado de inclusión de los regímenes de protección social existentes. Si bien no se recomienda que tales regímenes hagan un seguimiento del estado de VIH o tuberculosis de sus beneficiarios, o de cualquier otra característica personal que pueda identificarlos como grupos de población clave, sería conveniente que las encuestas en los grupos de población clave y vulnerables estimen la cobertura de protección social de manera regular y con métodos coherentes. Esto permitiría disponer de la base de información necesaria para describir las brechas en la cobertura de la población de una manera más precisa.
- En cuarto lugar, en los casos en que los programas de protección social están destinados específicamente a las personas que viven con el VIH o las personas afectadas por el VIH o la tuberculosis, es posible que éstas no estén dispuestas a recibir las prestaciones por temor al estigma y la discriminación, porque abrigan dudas en cuanto a la confidencialidad y a las actitudes de los proveedores de atención médica o simplemente porque les falta información. En consecuencia, es importante que los grupos de población clave y vulnerables sean incluidos en la formulación de las estrategias y programas, así como en la prestación de servicios, a fin de asegurar que éstos respondan a sus necesidades específicas y respeten las normas sobre no discriminación y calidad.

Los resultados y las limitaciones observados sugieren posibles direcciones para las investigaciones futuras, incluso a través de la recopilación de datos empíricos de primera mano sobre las tres dimensiones antes mencionadas. Además, para ser verdaderamente inclusivos con respecto a los grupos de población clave y vulnerables y responder a sus necesidades, los sistemas de protección social deberían tener en cuenta sistemáticamente las respuestas al VIH y la tuberculosis. En esta perspectiva, sería importante incorporar el VIH y la tuberculosis en el conjunto de herramientas utilizadas por los profesionales de la protección social a nivel mundial y nacional. La OIT, que codirige la Iniciativa del Piso de Protección Social de las Naciones Unidas, la Junta de Cooperación Interinstitucional en materia de Protección Social y la Alianza Mundial para la Protección Social Universal (USP2030), se encuentra en una posición única para liderar ese trabajo. Por último, la pandemia de COVID-19 ha revelado oportunidades en cuanto a mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de protección social ante los impactos; en este contexto, la realización de nuevas investigaciones comparativas sobre el diseño y la gestión de las respuestas de protección social impulsadas en distintos países podría servir para obtener enseñanzas valiosas sobre políticas en materia de protección social y pandemias.

► Bibliografía

Agren, David (2019). "Is the HIV/AIDS Response in Jeopardy in Mexico?", en *The Lancet HIV* 6 (8): págs. 493–494.

Allinder, Sara M., y Lillian Dattilo (2017). *U.S. HIV Investment in Cambodia: Small Program, Big Opportunity*. Center for Strategic and International Studies.

Alston, Philip (2020). *Looking Back to Look Ahead: A Rights-based Approach to Social Protection in the Post-COVID-19 Economic Recovery*. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH).

Argelia, Ministerio de Salud, Población y Reforma Hospitalaria, Departamento de Prevención (2011). *Manuel de la lutte antituberculeuse à l'usage des personnels médicaux*.

Argelia, Ministerio de Salud, Población y Reforma Hospitalaria, Departamento General de Prevención y Fomento Sanitario (2012). *Plan National Stratégique de lutte contre les IST/VIH/sida 2013–2015*.

Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies (2015). "The Kingdom of Thailand Health System Review", en *Health Systems in Transition* Vol. 5 No. 5.

Avert (sin fecha). "HIV and AIDS in Botswana", disponible en la dirección: <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/botswana>.

Banco Mundial y OIT (2016). *Universal Social Protection: Country Case Studies*.

Banco Mundial y Universidad de Indonesia, Centre for Health Research (2016). "Integration of HIV into the National Social Health Insurance Program", Policy Note.

Burrows, Dave, Gemma Oberth, Danielle Parsons y Lou McCallum. 2016. *Transitions from Donor Funding to Domestic Reliance for HIV Responses: Recommendations for Transitioning Countries*. APM Global Health.

Chandan, Upjeet, y Linda Richter (2008). *Programmes to Strengthen Families: Reviewing the Evidence from High Income Countries*. JLICA.

Cluver, Lucie, F. Mark Orkin, Mark E. Boyes y Lorraine Sherr (2014). "Cash Plus Care: Social Protection Cumulatively Mitigates HIV-Risk Behaviour among Adolescents in South Africa", en *AIDS* 28 (Supplement 3): S389–S397.

Costa Rica, Social Protection Board (2009). *Manual de Criterios para la distribución de recursos (Ley N° 8718 (Artículos 8 y 13 Distribución de la utilidad neta de las loterías, juegos y otros productos de azar))*.

Ecuador, Presidencia de la República (2012). "Bono Joaquín Gallegos Lara beneficia a cerca de 23 mil cuidadores de personas con discapacidad severa", disponible en la dirección: <https://www.presidencia.gob.ec/bono-joaquin-gallegos-lara-beneficia-a-cerca-de-23-mil-cuidadores-de-personas-con-discapacidad-severa/>.

Ellis, Frank, Nicholas Freeland, Dolly Nitseane, Tebogo Seleka, Stephen Turner y Philip White (2010). *A Social Development Policy Framework for Botswana: Phase I: Situation Analysis*. Gobierno de Botswana.

Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades – CDC (2004). "Introduction of Routine HIV Testing in Prenatal Care – Botswana, 2004", en *Morbidity and Mortality Weekly Report* 53 (46): págs. 1083–1086.

Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network (2018). "Spending on Health and HIV/AIDS: Domestic Health Spending and Development Assistance in 188 Countries, 1995–2015", en *The Lancet* 391: págs. 1799–1829.

Health Policy Plus (2018). *Options to Finance the Rapid Scale-up of the HIV Response in Indonesia: The Role of the National Health Insurance Scheme (JKN) and Local Governments*.

——— (2019). *Financial Sustainability of Indonesia's Jaminan Kesehatan Nasional: Performance, Prospects and Policy Options*.

Hoang, N.B., y N.V. Nhung (2019). "National Tuberculosis Patients Cost Survey: Research Findings Lead to Change in Policy and Practice, Viet Nam", en *Public Health Action* 9 (2): págs. 50–52.

Holmes, Rebecca, Lucy Scott, Nathalie Both y Blessings Chinsinga (2018). *Strengthening Institutional Coordination of Social Protection in Malawi: An Analysis of Coordination Structures and Options*. Overseas Development Institute.

Ishimaru, Tomohiro, Koji Wada, Sara Arphorn y Derek R. Smith (2018). "Willingness to Care for Blood-borne Virus-infected Patients in Thailand", en *Occupational Medicine* 68 (3): págs. 192–198.

Jay, Jonathan, Kent Buse, Marielle Hart, David Wilson, Robert Marten, Scott Kellerman, Morolake Odetoynbo, Jonathan D. Quick, Timothy Evans, Peter Piot, Mark Dybul y Agnes Binagwaho (2016). "Building from the HIV Response toward Universal Health Coverage", en *PLoS Medicine* 13 (8).

Kenya, Ministerio de Salud (2018). *The First Kenya Tuberculosis Patient Cost Survey*.

Kidd, Stephen, Bjorn Gelders y Diloá Bailey-Athias (2017). "Exclusion by Design: An Assessment of the Effectiveness of the Proxy Means Test Poverty Targeting Mechanism", Extensión de la Seguridad Social de la OIT, ESS, Documento núm. 56.

Kolesar, Robert John, Bart Jacobs y Narith Chan (de próxima publicación). *Extending Social Health Protection in Cambodia*.

Malasia, Ministerio de Salud (2012). *Guidelines on the Prevention and Management of Tuberculosis for Health Care Workers in Ministry of Health Malaysia*.

——— (2015). *Malaysia National Strategic Plan on Ending AIDS 2016–2030*.

Marruecos, Ministerio de Salud (2014). *Mise en œuvre de la déclaration politique sur le VIH/sida : Rapport national 2014*.

Morishita, Fukushi, Rajendra-Prasad Yadav, Mao Tan Eang, Saly Saint y Nobuyuki Nishikiori (2016). "Mitigating Financial Burden of Tuberculosis through Active Case Finding Targeting Household and Neighbourhood Contacts in Cambodia", en *PLOS ONE* 11 (9).

Muccini, Camilla, Trevor A. Crowell, Eugène Kroon, Carlo Sacdalan, Reshmie Remautarsing, Pich Seekaew, Praphan Phanuphak, Jintanat Ananworanich, Donn J. Colby y Nittaya Phanuphak (2019). "Leveraging Early HIV Diagnosis and Treatment in Thailand to Conduct HIV Cure Research", en *AIDS Research Therapy* 16 (1).

Mudzengi, Don, Sedona Sweeney, Piotr Hippner, Tendesayi Kufa, Katherine Fielding, Alison D. Grant, Gavin Churchyard y Anna Vassall (2017). "The Patient Costs of Care for Those with TB and HIV: A Cross-sectional Study from South Africa", en *Health Policy and Planning* 32 (Supplement 4): iv48–iv56.

Naciones Unidas (2017). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2017*.

——— (2021). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2021*, disponible en la https://unstats.un.org/sdgs/report/2021/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2021_Spanish.pdf.

Naciones Unidas, Consejo Económico y Social (2017). *Progresos en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Informe del Secretario General*, documento E/2017/66.

Nepal, Ministerio de Salud, National Centre for AIDS and STD Control (2017). *National HIV Strategic Plan 2016–2021*.

——— (2018). *Country Progress Report Nepal: To Contribute to Global AIDS Monitoring Report 2017*.

Nguyen, Quyen Le Thi, Tuong Van Phan, Bach Xuan Tran, Long Hoang Nguyen, Chau Ngo, Huong Thi Thu Phan y Carl A. Latkin (2017). "Health Insurance for Patients with HIV/AIDS in Vietnam: Coverage and Barriers", en *BMC Health Services Research* 17 (1): pág. 519.

Nyandekwe, Médard, Manassé Nzayirambaho y Jean Baptiste Kakoma (2014). "Universal Health Coverage in Rwanda: Dream or Reality", en *Pan African Medical Journal* 17: pág. 232.

OIT (2014). *Access to and Effects of Social Protection on Workers Living with HIV and Their Households: An Analytical Report*.

——— (2017). *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017–2019: La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible*.

——— (2019a). "Indonesia: Easing Access to the National Health Insurance through a Mobile Application", ILO Social Protection Floors in Action Brief.

——— (2019b). *Protección social universal para la dignidad humana, la justicia social y el desarrollo sostenible: Estudio General relativo a la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202), 108.a reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, 2019, Informe III (parte B)*.

——— (2019c). "Expanding Social Health Protection: Towards Equitable Coverage in Viet Nam", ILO Social Protection Floors in Action Brief.

——— (2019d). *Respuesta de la OIT al VIH y al sida: acelerar los progresos de aquí a 2030*, documento GB.337/POL/1.

——— (2020a). "Prestaciones de enfermedad: Introducción", Serie de notas informativas *Foco en la protección social*.

——— (2020b). "Prestaciones de enfermedad durante la licencia de enfermedad y la cuarentena: Respuestas de los países y consideraciones de política en el contexto de la pandemia de COVID-19", Serie de notas informativas *Foco en la protección social*.

——— (2020c). "Social Protection Responses to the COVID-19 Crisis around the World", Serie de notas informativas *Foco en la protección social*.

——— (2021a). *Extending Social Security to Workers in the Informal Economy: Lessons from International Experience*, segunda edición.

——— (2021b). "Press Release on Safer Workplaces by Integrating HIV and COVID-19 Prevention Programme", comunicado de prensa del 22 de febrero de 2021.

——— (2021c). *World Social Protection Report 2020–22: Social Protection at the Crossroads – In Pursuit of a Better Future* (Resumen en español, de 10 páginas: *Informe Mundial sobre la Protección Social 2020–2022: La protección social en la encrucijada: en busca de un futuro mejor*).

——— (2021d). "¿Rumbo a pisos de protección social sólidos? El papel de las prestaciones no contributivas durante la crisis de la COVID-19 y más allá", Serie de notas informativas *Foco en la protección social*.

OIT y ONUSIDA (2017). *VCT@WORK: Voluntary Confidential Counselling and HIV Testing for Workers*.

——— (2014). "Social Protection and HIV", *Getting to Zero in the Work Place Brief*.

Omán, Gobierno de (2014). *Country Progress Report*. ONUSIDA.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2015). *La estrategia Fin de la Tuberculosis*.

——— (2017). *Tuberculosis Patient Cost Surveys: A Handbook*.

——— (2019a). “Siete millones de personas reciben niveles sin precedentes de tratamiento antituberculoso que salva vidas, pero tres millones de personas todavía no lo reciben”, comunicado de prensa, 17 de octubre de 2019.

——— (2019b). “Density of Physicians (Total Number per 1000 Population, Latest Available Year)”, Global Health Observatory database. Disponible en la dirección [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/physicians-density-\(per-1000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/physicians-density-(per-1000-population)).

——— (2019c). *Global Tuberculosis Report 2019*.

——— (2020). *Global Tuberculosis Report 2020*.

OMS y OIT (2010). *Joint WHO/ILO Policy Guidelines on Improving Health Worker Access to Prevention, Treatment and Care Services for HIV and TB*.

ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida) (2014). *90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida*.

——— (2016). *Stronger Together: From Health and Community Systems to Systems for Health*.

——— (2017a). *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*.

——— (2017b). *Narrative Report on the Response to HIV/AIDS*.

——— (2018a). *Country Progress Report: Cambodia*.

——— (2018b). “Las innovaciones de Ecuador para la prevención del VIH en sus ciudades”, disponible en la dirección <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2018/november/ecuador-innovates-around-hiv-prevention-in-its-cities>.

——— (2018c). *Implementation of the HIV Prevention 2020 Road Map: First Progress Report*.

——— (2018d). *Towards Ending AIDS in Cambodia: Transition Readiness Assessment*.

——— (2019). “Botswana Extends Free HIV Treatment to Non-Citizens”, disponible en la dirección: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/september/20190924_Botswana_treatment_non-nationals.

——— (2021). *Estrategia mundial contra el sida 2021–2026: Acabar con las desigualdades. Acabar con el sida*.

ONUSIDA, OIT y OMS (2012). *Working Together with Businesses: Guidance on TB and TB/HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care in the Workplace*. OMS.

Ooms, Gorik, y Krista Kruja (2019). “The Integration of the Global HIV/AIDS Response into Universal Health Coverage: Desirable, Perhaps Possible, but Far from Easy”, en *Globalization and Health* 15:41.

Oulebsir, Nassima (2011). “La CNAS reconnaît le sida comme maladie de longue durée”, en *DjaZairess*, boletín en línea, 9 de diciembre.

Pedrazzoli, Debora, Andrew Siroka, Delia Boccia, Frank Bonsu, Kenneth Nartey, Rein Houben y Josephine Borghi (2018). “How Affordable Is TB Care? Findings from a Nationwide TB Patient Cost Survey in Ghana”, en *Tropical Medicine & International Health* 23 (8): págs. 870–878.

PITCH (Partnership to Inspire, Transform and Connect the HIV Response) (2019). *Towards Transformative Integration of the HIV and AIDS Response into Universal Health Coverage: Building on the Strengths and Successes of the HIV and AIDS Response – Experiences from Indonesia, Kenya, Uganda and Ukraine*.

PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) y Tailandia, Ministerio de Salud Pública y Oficina Nacional de Seguridad Sanitaria (2017). *The Journey of Universal Access to Antiretroviral Treatment in Thailand*. PNUD.

Sangiam, Tanakom (2019). “PrEP HIV-Prevention Med Makes Progress in Thailand.” Boletín de la agencia noticiosa tailandesa *NNT*, 29 de octubre.

Scheil-Adlung, Xenia (2015). "Long-term Care Protection for Older Persons: A Review of Coverage Deficits in 46 Countries", Extensión de la Seguridad Social de la OIT, ESS, Documento núm. 50.

Schwarzer, Helmut, Lou Tessier y Sarah Gammage (2014). *Coordinación institucional y pisos de protección social: Experiencias de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, México, Uruguay)*. Extensión de la Seguridad Social de la OIT, ESS, Documento núm. 40.

Secretaría de la ASEAN (Asociación de Naciones de Asia Sudoriental) (2015). *Compilation of ASEAN Good Practices on the Implementation of Policies and Programmes on the Prevention and Management of HIV & AIDS in the Workplace*.

Sudáfrica, Departamento Nacional de Salud (2014). *National Tuberculosis Management Guidelines*.

Tailandia, Ministerio de Salud Pública (2017). *Thailand Operational Plan to End Tuberculosis 2017–2021*.

Tangcharoensathien, Viroj, Aye Aye Thwin y Walaiporn Patcharanarumola (2017). "Implementing Health Insurance for Migrants, Thailand", en *World Health Organization Bulletin* (95): págs.146–151.

Thin, Kouland, Virak Prum y Benjamin Johns (2019). "The Cost of HIV Services at Health Facilities in Cambodia", en *PLOS ONE* 14 (5): pág. 17.

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2017). "HIV-Sensitive Social Protection: With Focus on Creating Linkages between Social Cash Transfer Programmes and HIV Services".

Viet Nam, National Committee for AIDS, Drug and Prostitution Prevention and Control (2014). *Vietnam AIDS Response Progress Report 2014*.

Vittaporn, Supa, y Pimpawun Boonmongkon (2016). "Thailand's Health Screening Policy and Practices: The Case of Burmese Migrants with Tuberculosis", en *Kasetsart Journal of Social Sciences* 37 (3): págs. 170–174.

Zeng, Wu, Angelique K. Rwiyereka, Peter R. Amico, Carlos Ávila-Figueroa y Donald S. Shepard (2014). "Efficiency of HIV/AIDS Health Centers and Effect of Community-based Health Insurance and Performance-based Financing on HIV/AIDS Service Delivery in Rwanda", en *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 90 (4): págs. 740–746.

► Anexos

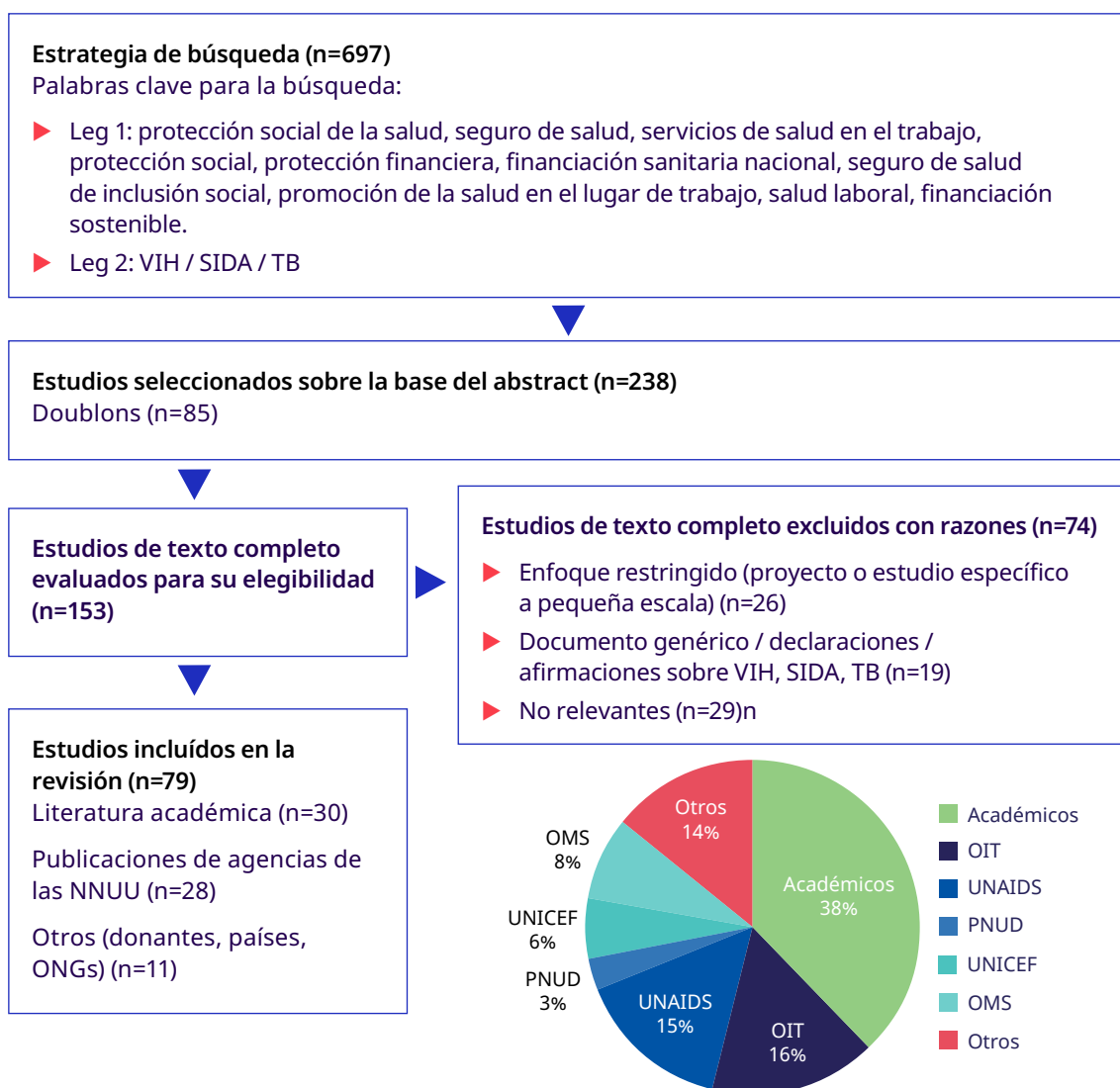
Anexo 1. Metodología

Durante el proceso de estudio inicial, se examinó una amplia gama de documentos accesibles en la OIT o en bases de datos públicas, entre los que se incluían revistas académicas, investigaciones inéditas, publicaciones no oficiales, informes institucionales e informes de proyectos y programas.

A partir de las cuestiones objeto de investigación, se realizaron varias búsquedas con diversas combinaciones de palabras clave, que abarcaron desde las combinaciones más específicas, las cuales arrojaron escasos resultados, hasta la proposición de uno o más conceptos y el uso de una terminología más amplia con miras a aumentar la sensibilidad de respuesta. Las búsquedas se llevaron a cabo en Google, Google Scholar, Medline y la base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas (análisis bibliográficos).

En el gráfico A1 se ilustra el número de documentos identificados, seleccionados para un análisis de su resumen o síntesis, y seleccionados para un análisis del texto completo.

► Gráfico A1. Primer análisis bibliográfico



Este primer análisis bibliográfico tuvo por objeto identificar la amplitud de la información disponible sobre el tema en cuestión y si ya se había realizado alguna investigación previa centrada en este tema y basada en un número geográficamente diverso de estudios de países. El análisis de 79 documentos pertinentes reveló que gran parte de la literatura y los datos disponibles a nivel mundial sobre la protección social y/o los servicios de salud en el trabajo, el VIH y la tuberculosis se centraban en el estudio de tres temas principales: i) las necesidades de protección social de las personas que viven con, están en riesgo de contraer o se ven afectadas por el VIH o la tuberculosis; ii) las barreras de acceso que enfrentan estas poblaciones en lo que respecta a la protección social; y iii) el papel de la seguridad y salud en el trabajo y los servicios conexos en el lugar de trabajo, por lo que se refiere al VIH y la tuberculosis en sectores económicos específicos (y en particular en el sector de la salud).

En los estudios e informes mundiales analizados, el nivel de detalle a menudo no permitió la identificación de las prácticas o medidas específicas adoptadas por las instituciones de protección social y/o los servicios de salud en el trabajo para incluir de manera efectiva a las poblaciones en riesgo de contraer o afectadas por el VIH y la tuberculosis. En cambio, se consideró más apropiado realizar un examen en profundidad de estos sistemas en algunos países escogidos con el fin de identificar dichas prácticas institucionales, así como toda buena práctica que pueda ser útil en otros lugares. El gráfico A2 ilustra el proceso de selección de los países examinados.

► Gráfico A2. Proceso de selección de los países



Base de datos que recopila los siguientes indicadores:

- Adultos / niños que viven con el VIH
- Prevalencia del VIH entre los adultos
- Nuevas infecciones por el VIH entre adultos / niños
- Incidencia del VIH entre adultos / niños
- Número / cobertura de mujeres que recibieron ARV para la PTMH
- Porcentaje de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico / están en tratamiento antirretroviral / que logran la supresión viral (objetivo 90-90-90)
- Gasto en prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH (total, nacional, privado e internacional)
- Cambio en la incidencia del VIH / mortalidad relacionada con el SIDA / mortalidad por tuberculosis / incidencia de la tuberculosis
- Gasto de bolsillo en VIH y SIDA
- Proporción del gasto en VIH y SIDA en atención curativa y tratamiento / prevención
- Cambio en el porcentaje del gasto nacional en VIH
- Existencia de una referencia al VIH dentro de las políticas de protección social / reconocimiento de las personas que viven con el VIH como beneficiarios / participación de la población clave en la gobernanza del sistema
- Estatus de transición del Fondo Mundial para el VIH
- Existencia de un marco normativo nacional en materia de salud y seguridad en el trabajo / programa de salud y seguridad en el trabajo previsto por la ley / políticas

Puntuación: Para cada indicador, se atribuyó a los países una puntuación de 0 (la más baja) a 1 (la más alta) con 4 puntuaciones posibles: 0, 0,33, 0,66 y 1. Las 15 puntuaciones se ponderaron en función de la relevancia de cada indicador y se promediaron para obtener una puntuación final para clasificar a los países.

Consideraciones adicionales:

- países para los que la primera revisión bibliográfica había identificado informaron de buenas prácticas en cuanto a la integración del VIH y la tuberculosis en los servicios de protección social y salud laboral;
- países en los que la OIT intervino en la integración del VIH en los sistemas de protección social o de seguridad y salud en el trabajo;
- countries where the social protection system has been dynamic in tackling issues of extension of coverage;
- países en los que el sistema de protección social ha sido dinámico a la hora de abordar los problemas de ampliación de la cobertura; y
- países en los que la OIT cuenta con especialistas a los que se puede recurrir para verificar los hechos y recopilar los documentos necesarios.

Se creó una base de datos mundial que incluye información relativa a 250 países y territorios sobre los siguientes aspectos: la epidemiología en relación con el VIH y la TB; el gasto en VIH y TB; el sistema de protección social y su reconocimiento de la TB y el VIH; las estructuras de gobernanza y la participación de los grupos de población clave y vulnerables en la elaboración de políticas/directrices/estrategias relacionadas con su salud; y la existencia de programas y políticas nacionales sobre seguridad y salud en el trabajo. Los indicadores utilizados y sus fuentes figuran en el cuadro A1, a continuación. Sobre esta base se estableció una lista corta inicial de 50 países respecto de los cuales se llevó a cabo un ejercicio de puntuación. Esta puntuación, y las consideraciones prácticas adicionales para el estudio¹⁰, se utilizaron con el fin de seleccionar 18 países¹¹ respecto de los cuales se llevó a cabo una búsqueda sistemática de información con arreglo a una plantilla estándar y una serie de cuestiones clave de investigación (recuadro A1).

► **Cuadro A1. Indicadores utilizados para seleccionar los estudios de caso por país**

Indicador	Fuente
► Adultos que viven con el VIH ► Niños que viven con el VIH	ONUSIDA/AIDSinfo (2018), cifras basadas en estimaciones modelizadas sobre el VIH
► Prevalencia del VIH entre los adultos	
► Nuevas infecciones por VIH entre los adultos ► Nuevas infecciones por VIH entre los niños	
► Incidencia del VIH entre los adultos ► Incidencia del VIH entre los niños	
► Número de mujeres que recibieron ARV para la PTMI ► Cobertura de las mujeres que recibieron ARV para la PTMI	
► Porcentaje de PVVIH que conocen su estado ► Porcentaje de personas que conocen su estado y que reciben un TAR ► Porcentaje de personas que reciben un TAR y que han logrado reducir la carga viral	
► Gasto total en VIH ► Gasto nacional en VIH ► Gasto privado en VIH ► Gasto internacional en VIH	
► Incidencia en las coinfecciones de VIH/TB ► Incidencia de la TB ► Número de adultos infectados por la TB ► Número de niños infectados por la TB ► Cambios en la incidencia de la TB desde 2010 ► Mortalidad por TB ► Cambios en la mortalidad por TB entre las personas que viven con el VIH desde 2010	

10 Consideraciones adicionales:

- i. países en que el primer análisis bibliográfico había identificado buenas prácticas respecto de la integración del VIH y la TB en los servicios de protección social y de salud en el trabajo;
- ii. países en que la OIT había intervenido con respecto a la integración del VIH en los sistemas de protección social o los sistemas de seguridad y salud en el trabajo;
- iii. países en que el sistema de protección social había abordado enérgicamente las cuestiones relativas a la ampliación de su cobertura;
- iv. inclusión de una combinación de países de ingresos bajos, medianos y altos; y
- v. países donde la OIT tenía expertos cuya intervención se podía solicitar para verificar hechos y recopilar documentos, según fuera necesario.

11 Argelia, Botsuana, Camboya, Costa Rica, Ecuador, Indonesia, Kazajstán, Kenia, Malasia, Marruecos, México, Nepal, Omán, Rumania, Ruanda, Sudáfrica, Tailandia y Vietnam.

Indicador	Fuente
► Cambios en la incidencia del VIH ► Cambios en la mortalidad relacionada con el sida	ONUSIDA/AIDSINFO (2018), cifras basadas en estimaciones modelizadas sobre el VIH
► Tasa de éxito del tratamiento de la TB	Resultados del tratamiento de la TB según la OMS (2016); datos remitidos por los países para el Informe Mundial sobre la Tuberculosis
► Gasto total en TB ► Gasto nacional en TB ► Gasto nacional en TB como porcentaje del gasto total ► Gasto internacional en TB como porcentaje del gasto total	Presupuesto de la OMS para la TB (2018), datos remitidos por los países para el Informe Mundial sobre la Tuberculosis
► Gasto directo de los pacientes del VIH y el sida como parte del gasto total en el VIH y el sida ► Proporción del gasto dedicado a cuidados curativos y tratamiento del VIH/sida ► Proporción del gasto dedicado a la prevención del VIH y el sida ► Cambios en el porcentaje del gasto nacional dedicado al VIH	<i>The Lancet</i> (2018), datos modelizados
► La política sobre protección social: ► se refiere al VIH ► reconoce a las personas afectadas por el VIH como beneficiarios clave ► reconoce a las PVVIH como beneficiarios clave ► reconoce a los grupos de población clave como beneficiarios clave ► Estrategia/política nacional que guía la respuesta al sida ► Seguimiento nacional integrado en la respuesta al sida ► El/la prevención/diagnóstico/tratamiento del VIH está incluido(a) en el paquete de prestaciones sanitarias del seguro nacional de salud/régimen nacional de cobertura de la atención sanitaria ► Mecanismo/plataforma de coordinación de la protección social ► El Consejo Nacional del Sida incluye entidades de protección social	ONUSIDA, análisis de la legislación y las políticas (2018), respuestas de los países
► La política nacional dispone que el “diagnóstico rápido recomendado por la OMS (WRD)” debe ser la prueba inicial de diagnóstico para todas las personas supuestamente infectadas por la TB ► La política nacional establece el acceso universal a las pruebas de sensibilidad a medicamentos ► Seguimiento gratuito al diagnóstico	TB (2017), actualizadas por país
► Proporción de personas que viven con el VIH y reciben tratamiento preventivo de la TB	ONUSIDA – Portal AIDSInfo (2017)
► Situación de la transición a partir del Fondo Mundial, respecto del VIH	Fondo Mundial (2018)
► Programa nacional de seguridad y salud en el trabajo establecido por ley/ mediante políticas ► Marco regulador nacional sobre seguridad y salud en el trabajo ► La política/programa nacional sobre seguridad y salud en el trabajo incluye una política/estrategia/plan sobre promoción de la salud o sobre el VIH	Base de datos mundial de legislación en materia de seguridad y salud en el trabajo, de la OIT (LEGOSH)

► **Recuadro A1. Cuestiones que orientaron la investigación para los estudios de caso**

Cuando, durante la preparación del documento, se consideró la cuestión de la capacidad de inclusión de los regímenes, se tuvo como objetivo identificar los esfuerzos desplegados por las instituciones de protección social para integrar de manera efectiva a los grupos de población que viven con, están en riesgo de contraer o se ven afectados por el VIH o la tuberculosis. Tal capacidad de inclusión supone que:

- la estructura de gobernanza de las instituciones brinda un espacio para que se hagan oír las voces de los grupos de población que viven con, están en riesgo de contraer o se ven afectados por el VIH o la tuberculosis;
- los procedimientos administrativos para la afiliación y el acceso a las prestaciones son efectivamente accesibles y están adaptados a la población objetivo, que puede encontrarse lejos de las estructuras institucionales;
- a fin de atender a los grupos particularmente vulnerables y difíciles de incluir en la cobertura, se establecen programas de sensibilización y alianzas con entidades competentes para informar/derivar a los miembros de esos grupos y/o facilitar su afiliación;

Cuando, durante la preparación del documento, se consideró la cuestión de la capacidad de respuesta, se tuvo como objetivo identificar los esfuerzos desplegados por los regímenes y las instituciones de protección social para responder a las necesidades de los grupos de población que viven con, están en riesgo de contraer o se ven afectados por el VIH o la tuberculosis. Dicha capacidad de respuesta supone que:

- la financiación de las intervenciones en beneficio de dichos grupos es sostenible y está gestionada por las instituciones encargadas de asegurar la atención sanitaria de toda la población;
- el paquete de prestaciones incluye los servicios de salud necesarios para garantizar que la prevención, el diagnóstico y el tratamiento estén disponibles y sean asequibles;
- los servicios de salud cuentan con los equipos, procesos y recursos humanos capacitados y disponibles para atender las necesidades de la población objetivo;
- las prestaciones sanitarias son acompañadas y coordinadas con otras prestaciones de protección social que facilitan el acceso a la salud (como, por ejemplo, medios de transporte, recursos de nutrición y fondos de compensación por la pérdida de los ingresos);

Cuando, durante la preparación del documento, se consideró la cuestión de la coordinación, se tuvo como objetivo identificar los vínculos y los mecanismos de colaboración establecidos entre los regímenes e instituciones de protección social y los servicios de salud en el trabajo. Tal colaboración supone que:

- el mundo del trabajo está integrado, tanto en el plano de las políticas como en la práctica, en las estrategias nacionales sobre VIH, sida y tuberculosis;
- en los casos en que la prevención no es brindada únicamente por los establecimientos de salud pública, se han establecido mecanismos de coordinación apropiados y canales de financiamiento con las organizaciones competentes (las cuales pueden ser los servicios de salud en el trabajo, u organizaciones no gubernamentales que colaboran con programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo);
- se han adoptado medidas de seguridad y salud para prevenir la exposición de los trabajadores al VIH y la tuberculosis, especialmente en las ocupaciones de mayor riesgo, incluidas las del sector de la salud; y
- en coordinación con los programas nacionales sobre VIH y tuberculosis, se ofrecen servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias en el lugar de trabajo, o a través de éste, y se han establecido mecanismos de derivación de pacientes para facilitar el acceso al tratamiento y la atención sanitaria.

Anexo 2. Descripción general de la inclusión del VIH/sida en las políticas de protección social en los estudios de países

País	Política de Protección Social				Cuenta con una estrategia/política nacional que guía la respuesta al sida	Cuenta con mecanismos/una plataforma de coordinación de la protección social
	Aborda el VIH	Reconoce que las personas afectadas por el VIH son los principales beneficiarios	Reconoce que las PVVIH son los principales beneficiarios	Reconoce que los grupos de población clave son los principales beneficiarios		
Argelia	Sí	Sí	Sí	No	Estrategia específica para abordar el sida	Sí, e incluyen a representantes del programa nacional sobre el sida
Botsuana	Sí	Sí	Sí	No	La estrategia se está elaborando	Sí, e incluyen a representantes del programa nacional sobre el sida
Camboya	Sí	Sí	No	No	Estrategia específica para abordar el sida	Sí, e incluyen a representantes del programa nacional sobre el sida
Costa Rica	Sí	Sí	Sí	Sí	Estrategia específica para abordar el sida	Sí, pero no incluyen a representantes del programa nacional sobre el sida
Ecuador	Sí	Sí	Sí	Sí	Estrategia sanitaria que integra el sida	Sí, e incluyen a representantes del programa nacional sobre el sida
Indonesia	Sí	Sí	Sí	Sí	n/d	Sí, e incluyen a representantes del programa nacional sobre el sida
Kazajstán	Sí	Sí	Sí	Sí	Estrategia sanitaria que integra el sida	Sí, e incluyen a representantes del programa nacional sobre el sida
Kenia	Sí	Sí	Sí	No	Estrategia específica para abordar el sida	Sí, e incluyen a representantes del programa nacional sobre el sida
Malasia	Sí	Sí	Sí	Sí	Estrategia específica para abordar el sida	Sí, e incluyen a representantes del programa nacional sobre el sida

País	Política de Protección Social (Suite)				Cuenta con una estrategia/ política nacional que guía la respuesta al sida	Cuenta con mecanismos/una plataforma de coordinación de la protección social
	Aborda el VIH	Reconoce que las personas afectadas por el VIH son los principales beneficiarios	Reconoce que las PVVIH son los principales beneficiarios	Reconoce que los grupos de población clave son los principales beneficiarios		
México	Sí	No	Sí	Sí	Estrategia específica para abordar el sida	Sí, e incluyen a representantes del programa nacional sobre el sida
Marruecos	No	Sí	No	No	Estrategia específica para abordar el sida	Sí, pero no incluyen a representantes del programa nacional sobre el sida
Nepal	Sí	Sí	Sí	Sí	Estrategia específica para abordar el sida	Sí, e incluyen a representantes del programa nacional sobre el sida
Omán	No	No	No	No	No	Sí, pero no incluyen a representantes del programa nacional sobre el sida
Rumania	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Ruanda	Sí	Sí	Sí	n/d	Estrategia específica para abordar el sida	Sí, e incluyen a representantes del programa nacional sobre el sida
Sudáfrica	Sí	Sí	Sí	No	Estrategia sanitaria que integra el sida	Sí, pero no incluyen a representantes del programa nacional sobre el sida
Malasia	Sí	Sí	Sí	Sí	n/d	Sí, pero no incluyen a representantes del programa nacional sobre el sida
Tailandia	Sí	n/d	Sí	Sí	Estrategia específica para abordar el sida	n/d
Vietnam	Sí	Sí	Sí	No	Estrategia específica para abordar el sida	Sí, e incluyen a representantes del programa nacional sobre el sida

Anexo 3. Panorama puntual de la base de datos sobre los 18 países seleccionados

País	EPIDEMIOLOGÍA													GASTO				
	Número de adultos que viven con el VIH, 2018	Número de niños que viven con el VIH, 2018	Prevalencia del VIH entre los adultos, 2018	Nuevas infecciones por el VIH entre los adultos, 2018	Nuevas infecciones por el VIH entre los niños, 2018	Incidencia del VIH entre los adultos, por cada 1.000, 2018	Incidencia del VIH entre los niños, por cada 1000, 2018	Incidencia en coinfecciones de VIH y tuberculosis, 2017	Número de mujeres que recibieron la terapia antirretroviral para la PTMH	Cobertura de mujeres que recibieron TAR para la PTMH (%)	Porcentaje de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico (2018)	Porcentaje de personas que conocen su estado serológico que reciben TAR (2018)	Porcentaje de personas con TAR que logran la supresión viral	Cambio en la incidencia del VIH desde 2010 (2018)	Cambio en la mortalidad relacionada con el sida desde 2010 (2018)	Cambio en la mortalidad por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH desde 2010 (basado en ONUSIDA, 2017)	Gasto total en VIH	Año
Argelia	15 000	<500	<0,1	1 200	<100	0,05	0,01	0,43	324	74	86	93	68	0,25	0,01	54%	31 899 471	2017
Botsuana	350 000	14 000	20,3	8 200	<500	7,4	1,27	144	12 359	>95	91	92	>95	-0,39	-0,19	-62%	158 991 774	2017
Camboya	70 000	3 300	0,5	<1000	<200	0,1	0,06	8,2	619	85	82	>95	>95	-0,25	0,14	-68%	21 820 542	2015
Costa Rica	15 000	n/a	0,4	<1000	n/a	0,4	n/a	0,86	35	n/a	n/a	n/a	n/a	-0,24	-0,09	-36%	48 044 490	2018
Ecuador	43 000	<1000	0,4	2 200	<100	0,2	0,03	5,7	368	>95	76	75	89	-0,33	0,37	100%	15 614 260	2018
Indonesia	620 000	18 000	0,4	43 000	3 500	0,3	0,14	14	1 818	15	51	33	n/a	-0,25	-0,54	-37%	173 477 066	2016
Kazajstán	25 000	<500	0,2	2 600	<100	0,2	0,03	2,9	360	59	88	66	65	0,00	-0,19	19%	33 594 038	2018
Kenia	1400 000	120 000	4,7	38 000	7 600	1,62	1,12	91	57 523	91	89	77	n/a	-0,39	0,29	-57%	1174 884 586	2017
Malasia	87 000	<500	0,4	5 600	<100	0,31	<0,01	5,7	257	>95	86	55	n/a	-0,06	0,11	-14%	36 935 753	n/a
México	230 000	2 300	0,2	11 000	<200	0,14	0,02	2,7	n/a	n/a	76	93	89	-0,13	n/a	108%	n/a	n/a
Marruecos	21 000	<1000	<0,1	<1000	<100	0,04	0,02	1,1	216	61	76	86	91	n/a	n/a	0%	39 062 783	2017
Nepal	29 000	1 400	0,1	<1000	<100	0,05	0,03	3	146	51	71	79	n/a	-0,64	-0,36	n/a	15 759 395	2018
Omán	3 200	n/a	0,2	<500	n/a	0,1	n/a	0,08	35	n/a	48	84	87	0,00	0,01	0%	4 324 861	2014
Rumanía	18 000	<100	0,1	<1000	<100	0,1	<0,01	n/a	232	>95	87	78	80	0,00	-0,29	-55%	70 977 789	2017
Ruanda	210 000	12 000	2,5	3 200	<500	0,5	0,2	13	8 552	>95	94	93	85	-0,62	-0,33	-48%	217 589 955	2015
Sudáfrica	7500 000	260 000	20,4	220 000	14 000	8,7	n/a	340	247 690	87	90	68	87	-0,44	-0,10	-32%	2432 035 050	2017
Tailandia	480 000	3 200	1,1	6 300	<100	0,2	0,01	16	3 787	>95	94	80	>95	-0,50	-0,42	-62%	287 278 782	2013
Vietnam	220 000	5 000	0,3	5 400	<500	0,1	0,04	4,7	1 932	81	n/a	n/a	n/a	-0,67	-0,416184971	-73%	95 446 487	2012

País	EPIDEMIOLOGÍA						GASTO DEL PROGRAMA					SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL			
	Incidencia de la tuberculosis en 2017 (por 100 000)	Número de adultos infectados por la tuberculosis, 2017	Número de niños infectados por la tuberculosis, 2017	Cambio en la incidencia de la TB desde 2010	Tasa de éxito del tratamiento de la tuberculosis, 2016 (%)	Mortalidad por tuberculosis (por 100 000)	Gasto total en TB (\$)	Gasto nacional en TB (\$)	Gasto nacional en TB (% del gasto total)	Gasto internacional en tuberculosis (\$)	Gasto internacional en TB (% del gasto total)	La política nacional indica que la prueba de diagnóstico inicial para todas las personas que se presume que tienen TB es la prueba de detección de la tuberculosis (DST)	La política nacional indica el acceso universal a la DST	Seguimiento gratuito del dx	Proporción de personas que viven con el VIH que reciben terapia preventiva contra la TB (2016/2017)
Argelia	70	25 000	3 900	-9,1	n/a	7,7	n/a	n/a	n/a	0	n/a	No	Sí	Sí	n/a
Botsuana	300	80 000	11 000	-42,1	79	52	8 238 455	5 838 455	70,9%	2 400 000	29,1%	Sí	Sí	Sí	n/a
Camboya	326	46 000	6 500	-25,2	94	22	13 288 714	4 559 546	34,3%	8 729 168	65,7%	No	No	Sí	21
Costa Rica	9,7	420	56	-30,7	84	1	n/a	n/a	n/a	0	n/a	No	Sí	Sí	n/a
Ecuador	43	6 300	840	7,5	72	4,1	481 322	481 322	100,0%	0	0,0%	No	Sí	Sí	5,9
Indonesia	319	792 000	49 000	-6,7	86	44	149 445 763	101 565 995	68,0%	47 879 768	32,0%	Sí	Sí	Sí	15,6
Kazajstán	66	11 000	1 200	-54,5	88	1,1	133 845 328	126 856 666	94,8%	6 988 662	5,2%	Sí	Sí	Sí	44
Kenia	319	138 000	21 000	-39,9	81	86	26 780 771	13 794 399	51,5%	12 986 372	48,5%	Sí	Sí	Sí	n/a
Malasia	93	26 000	3 800	22,4	80	4,9	15 980 000	15 980 000	100,0%	0	0,0%	Sí	Sí	Sí	78,8
México	22	25 000	3 000	4,8	79	2,2	12 013 738	12 013 738	100,0%	0	0,0%	No	No	Sí	2,3
Marruecos	99	31 000	4 200	-2,0	87	8,3	16 295 500	15 520 000	95,2%	775 500	4,8%	No	No	Sí	27
Nepal	152	40 000	5 100	-6,7	91	24	17 779 708	9 782 800	55,0%	7 996 908	45,0%	Sí	Sí	Sí	n/a
Omán	6,7	280	35	-44,2	51	0,5	n/a	n/a	n/a	0	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Rumanía	72	13 000	1 600	-31,4	86	4,9	13 539 670	10 250 000	75,7%	3 289 670	24,3%	No	Sí	Sí	n/a
Ruanda	57	6 400	590	-30,5	86	7,5	6 423 616	219 484	3,4%	6 204 132	96,6%	No	Sí	Sí	n/a
Sudáfrica	567	283 000	39 000	-40,2	82	138	268 895 236	247 352 379	92,0%	21 542 857	8,0%	Sí	Sí	Sí	52,9
Surinam	29	140	19	-37,0	68	3,7	818 806	401 026	49,0%	417 780	51,0%	Sí	Sí	Sí	n/a
Tailandia	156	100 000	8 100	-13,8	83	18	25 860 749	22 387 230	86,6%	3 473 519	13,4%	Sí	Sí	Sí	n/a
Vietnam	129	109 000	15 000	-16,8	92	13	27 367 269	7 917 308	28,9%	19 449 961	71,1%	No	Sí	Sí	31,4

GOBERNANZA - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN CLAVE							SST			
País	en el desarrollo de políticas/directrices/estrategias relacionadas con su salud:						OHS ofrecido por la ley-política	La política / programa nacional de SST incluye la promoción de la salud o el VIH / política / estrategia / plan de salud	La política/programa nacional de SST incluye vínculos con el plan de protección social de la salud / el seguro nacional de salud	los servicios de salud en el lugar de trabajo ofrecen prevención / diagnóstico / tratamiento a los trabajadores afectados por el VIH / la tuberculosis;
	OSH	Trabajadores del sexo	Personas que se inyectan drogas	Personas transgénero	Ex/actualmente presos					
Argelia	Sí	Sí	Sí	No	Sí		No hay datos disponibles.	n/a		
Botsuana	Sí	Sí	No	Sí	No		No hay datos disponibles.	Código de buenas prácticas: VIH/SIDA y empleo. Política nacional de Botsuana sobre el VIH/SIDA		
Camboya	Sí	Sí	Sí	Sí	No			n/a		
Costa Rica	Sí	Sí	No	Sí	No			Sí. Decreto núm. 27894-S, reglamento de la ley general sobre VIH-SIDA. (§§ 26-28)	El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a través del Departamento de Bienestar Social, cuenta con una Oficina de Seguridad y Salud Ocupacional.	
Ecuador	Sí	Sí	No	Sí	No		No hay datos disponibles.	Sí. Acuerdo Ministerial núm. 00398 que prohíbe el despido a los trabajadores que padecen de VIH/SIDA. (§§ 1-5)	El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a través del Departamento de Bienestar Social, cuenta con una Oficina de Seguridad y Salud Ocupacional que tiene como objetivo mejorar las condiciones de trabajo en materia de SST en todos los lugares de trabajo e instituciones privadas o públicas.	
Indonesia	n/a	n/a	n/a	No	No				n/a	
Kazajistán	Sí	Sí	Sí	No	Sí		No hay datos disponibles.	n/d	n/a	
Kenia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí	n/a	El "Ministerio de Trabajo, Seguridad Social y Servicios" es la autoridad nacional competente en materia de seguridad y salud en el trabajo.	
Malasia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí			"(1) El Ministro puede dictar reglamentos para o con respecto a la seguridad, la salud y el bienestar de las personas en el trabajo a fin de lograr los objetivos de esta Ley.		

GOBERNANZA - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN CLAVE en el desarrollo de políticas/directrices/estrategias relacionadas con su salud:							SST (Suite)		
País	HSH	Trabajadores del sexo	Personas que se inyectan drogas	Personas transgénero	Ex/actualmente presos	OHS ofrecido por la ley-política	La política / programa nacional de SST incluye la promoción de la salud o el VIH / política / estrategia / plan	La política/programa nacional de SST incluye vínculos con el plan de protección social de la salud / el seguro nacional de salud	Los servicios de salud en el lugar de trabajo ofrecen prevención / diagnóstico / tratamiento a los trabajadores afectados por el VIH / la tuberculosis;
México	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No.	n/a	La Secretaría de Trabajo y Previsión Social es responsable de la administración general de las cuestiones de SST. La Secretaría de Trabajo y Previsión Social cuenta con un Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.	
Marruecos	Sí	Sí	Sí	No	No	No hay datos disponibles.	n/a	n/a	
Nepal	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí			n/a	
Omán	No	No	No	No	No	Sí.	n/a	El Ministerio de Trabajo es la principal institución responsable de garantizar las cuestiones generales de SST. También existe un Comité Nacional de SST y un departamento de seguridad y salud en el trabajo de la Dirección General de Bienestar de los Trabajadores.	
Rumanía	n/a	n/a	No	No	No	Sí.	n/a	El Ministerio de Trabajo es la autoridad nacional en materia de SST. Otras instituciones con competencias en materia de SST: ► El Ministerio de Sanidad se encarga de la medicina del trabajo. ► La Inspección de Trabajo. ► El Instituto Nacional de Investigación y Desarrollo para la Protección del Trabajo.	

GOBERNANZA - PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN CLAVE							SST (Suite)			
País	en el desarrollo de políticas/directrices/estrategias relacionadas con su salud:						OHS ofrecido por la ley-política	La política / programa nacional de SST incluye la promoción de la salud o el VIH / política / estrategia / plan	La política/programa nacional de SST incluye vínculos con el plan de protección social de la salud / el seguro nacional de salud	Los servicios de salud en el lugar de trabajo ofrecen prevención / diagnóstico / tratamiento a los trabajadores afectados por el VIH / la tuberculosis;
	Trabajadores del sexo	Personas que se inyectan drogas	Personas transgénero	Ex/ actualmente presos						
Ruanda	Sí	Sí	No	No	No	No	No hay datos disponibles.	"El Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades: sensibilizar a los trabajadores sobre cuestiones relacionadas con la seguridad y la salud en el trabajo y desarrollar una cultura de prevención de accidentes y riesgos laborales y de lucha contra el SIDA o cualquier otro peligro para la salud pública."	El Ministerio de Servicios Públicos y Trabajo es la autoridad nacional competente en materia de seguridad y salud en el trabajo.	
Sudáfrica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No hay datos disponibles.	El empresario tiene la obligación de proporcionar y mantener, en la medida de lo posible, un lugar de trabajo seguro y sin riesgos para la salud de sus empleados. Además, el empresario está obligado a garantizar que el riesgo de transmisión del VIH en el lugar de trabajo sea mínimo.	La ley exige que el Ministro de Trabajo designe a un funcionario del Departamento como inspector jefe a efectos de la OHSA	
Tailandia	n/a	n/a	n/a	n/a	No	Sí.		Las cuestiones relativas al VIH en el lugar de trabajo no están prescritas en la Ley de SST de 2011.	El Departamento de Protección Laboral y Bienestar (DLPW) - Ministerio de Trabajo, es la principal organización encargada de la administración de la SST y de la aplicación de la Ley de SST	
Vietnam	Sí	Sí	Sí	No	Sí.			La Ley de control de la contracción del VIH/ SIDA 64/2006/QH11 estipula que:		



Servicio de Género, Igualdad, Diversidad e Inclusión - Departamento
de Condiciones de Trabajo e Igualdad
www.ilo.org/aids

Unidad de Políticas Sociales - Departamento de Protección Social
www.ilo.org/secsoc

Servicio de Administración del Trabajo, Inspección del Trabajo
y Seguridad y Salud en el Trabajo – Departamento de Gobernanza
y Tripartismo
www.ilo.org/osh

Organización Internacional del Trabajo (OIT)
Route des Morillons 4
1211 Ginebra 22
Suiza