|  |
| --- |
| ../../Branding/APMG_RGB.pngEvaluaciones de Países Focalizados Evaluación de VIH en Honduras Evaluación de Campo Diciembre 2019 |

# Introducción

Según la definición del Banco Mundial (2018), Honduras es un país de ingresos medios bajos. Tiene una población de alrededor de 9.3 millones de personas, de las cuales 51% vive en entornos urbanos y 48.7% son menores de 18 años de edad (INE*,* 2013).[[1]](#footnote-1) Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA (ONUSIDA, 2018), en 2016 en Honduras había <1000 (<1000 - 1400) nuevas infecciones por virus inmunodeficiencia humana (VIH) y <1000 (<1000 - 1300) muertes relacionadas con el sindrome inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Ese mismo año, hubo un estimado de 21,000 (17,000 – 27,000) personas que viven con VIH (PVVIH), entre las cuales 51% (36% a 65%) estaban accediendo a la terapia antirretroviral (TARV). ONUSIDA (2018) también destaca que las poblaciones clave más afectadas por el VIH en Honduras son trabajadoras sexuales con una prevalencia de VIH del 5.3%; hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con una prevalencia de VIH 11.7%; y mujeres transgénero[[2]](#footnote-2) con una prevalencia de VIH 11.9%. Otras poblaciones vulnerables, según el Plan Estratégico Nacional (PEN) de VIH IV de Honduras, son las poblaciones Garífunas (1.7% de prevalencia de VIH en 2017, con una relación H/M de 0.95), las personas privadas de la libertad (PPL) (1.9% para hombres, 0.6% para mujeres en 2016) y las mujeres embarazadas (0.23% en 2011).

Honduras comenzó a recibir el apoyo financiero del Fondo Mundial para el VIH en 2003. Desde entonces, el Fondo Mundial ha desembolsado US$ 92,254,866 para hacer frente al VIH (Fondo Mundial, 2019).

Según las últimas proyecciones de previsión de elegibilidad, no se espera que Honduras inicie la transición del apoyo antes de 2025 como muy pronto. Los montos de los fondos se están reduciendo progresivamente y el país ya ha comenzado a discutir los planes de transición y sostenibilidad (Fondo Mundial, 2019).

El Equipo de País del Fondo Mundial identificó las siguientes prioridades para esta evaluación:

* ¿Es el Receptor Principal (RP) el que prioriza y establece los objetivos para la cascada 90-90-90 en función de los datos programáticos disponibles sobre poblaciones clave?
* ¿Las áreas geográficas priorizadas / poblaciones clave objetivo han maximizado la búsqueda de nuevos casos de VIH y su vinculación con la atención?
* ¿De qué manera los mecanismos existentes de coordinación del VIH (por ejemplo, la Comisión Nacional de Sida – CONASIDA) y la legislación (por ejemplo, la ley del VIH del 2015) están facilitando (o no) / contribuyendo a acelerar la respuesta al VIH / SIDA?
* ¿Cómo está progresando el programa nacional y de qué manera las inversiones del Fondo Mundial están contribuyendo a alcanzar los objetivos nacionales para reducir la brecha en el primer pilar de la cascada?
* La consistencia de la prestación de servicios de prevención (perfil del personal de salud, proporción de personas examinadas / técnico, etc.) entre los lugares y los proveedores.
* Si los insumos para proporcionar servicios de prevención y prueba (recursos humanos, infraestructura, etc.) son “aptos para el propósito.”
* ¿Cómo está progresando el programa nacional / están contribuyendo las inversiones del Fondo Mundial a llegar a las poblaciones Garífunas con servicios de prevención?
* ¿Qué mecanismos de garantía de calidad existen para la prevención y la prueba del VIH?
* ¿Se han implementado servicios diferenciados de pruebas de VIH? Capture buenas prácticas, si las hay, y las lecciones aprendidas.
* ¿Cómo puede contribuir el Fondo Mundial a ampliar los modelos de prestación de servicios diferenciados para la prevención y las pruebas?
* ¿Cómo avanza el programa nacional / contribuyen las inversiones del Fondo Mundial a mejorar los vínculos entre las intervenciones comunitarias de prevención y tratamiento del VIH y los proveedores públicos de servicios de atención clínica del VIH?
* ¿Cómo avanza el programa nacional / contribuyen las inversiones del Fondo Mundial a:
	+ la descentralización de las pruebas de recuento de CD4, y
	+ reducir la pérdida durante el seguimiento / aumentar la adherencia al tratamiento con TARV?
* ¿Se ha implementado un enfoque de atención diferenciada (por ejemplo, prescripción para varios meses, distribución de TARV comunitaria)?
* ¿Cómo puede contribuir el Fondo Mundial a ampliar los enfoques de atención diferenciada para la prevención y las pruebas?
* ¿En qué medida el programa nacional ha supervisado y evaluado la calidad de las intervenciones de prevención y tratamiento del VIH, incluido el desarrollo de estándares de calidad, sistemas de revisión y / o acreditación de proveedores?
* Evalúe la calidad de los servicios según los estándares nacionales / Paquetes de servicios nacionales de VIH, con un enfoque en pruebas y prevención. ¿Los paquetes están homologados?
* ¿Qué mecanismos de garantía de calidad están implementados para la prevención y la prueba del VIH?
* ¿Qué avances se han hecho al implementar el nuevo sistema integrado de información de salud?
* ¿Cuáles son los principales obstáculos, si los hay, para implementar el sistema y cómo superarlos?
* ¿Se utilizan códigos identificadores únicos (*Unique Identifer Codes – UIC*)? ¿Se aborda sistemáticamente el doble cómputo?
* ¿Las herramientas de recolección de datos están homologadas?
* ¿Hay evidencia de que se cubre la supervisión sistemática programática y de monitoreo y evaluación?
* ¿Hay evidencia de triangulación de datos para informar decisiones?
* ¿Cómo han contribuido las inversiones del Fondo Mundial a aumentar la sostenibilidad de las actividades de prevención entre las poblaciones clave, incluido el apoyo al desarrollo y la implementación de mecanismos de contratación social?
* ¿El programa nacional ha podido encontrar eficiencias para optimizar el uso de los fondos domésticos?
* ¿Qué eficiencias adicionales (compra de TARV, rotación de tareas, gestión de la cadena de suministros, etc.) podrían identificarse?
* ¿Cómo puede el Gobierno reducir / absorber progresivamente el apoyo del Fondo Mundial para comprar reactivos y otros consumibles?
* Los resultados de esta evaluación se utilizarán para informar el proceso de otorgamiento de la nueva subvención para VIH 2019–2021 (continuación del programa), y para informar sobre el desarrollo del nuevo programa nacional de VIH. Las recomendaciones programáticas específicas para mejorar el rendimiento de cualquier área débil identificada serían sumamente útiles.

Honduras fue seleccionada para recibir una evaluación de campo en el cuarto trimestre de 2018. La visita de campo se realizó entre el 29 de octubre y 8 de noviembre de 2018 e incluyó:

* Revisión documental de los materiales proporcionados por el Equipo de País, por el Mecanismo Coordinador de País (MCP), por partes interesadas individuales y por las encontradas mediante búsquedas sistemáticas en Internet (PubMed, Google Scholar);
* Entrevistas a informantes clave incluyendo 113 representantes del gobierno de Honduras, el RP, el Sub-Receptor (SR), trabajadores sanitarios, técnicos de laboratorio, organizaciones de la sociedad civil (OSC) de PVVIH, población Garífuna, HSH, mujeres transgénero y trabajadoras sexuales, y promotores de los derechos humanos;
* Discusiones en grupos focales con poblaciones clave (HSH / mujeres transgénero y trabajadoras sexuales), PVVIH, población Garífuna y médicos de VIH;
* Visitas a locales y observaciones de servicios en nueve centros de salud, dos laboratorios y tres OSC en tres ciudades diferentes: Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba;
* Entrevistas con cinco usuarios anónimos de centros de salud en cuatro centros diferentes; y
* Análisis de datos proporcionados directamente por las partes interesadas; los rendimientos de positividad provenientes de modelos diferenciados y compilación de quejas por derechos humanos.

A pesar de la gran cantidad y la extensión de los documentos disponibles para la revisión documental, la mayoría ofrece información original limitada, haciendo referencia o citándose entre sí en la mayoría de los aspectos. En ese sentido, los puntos fuertes y débiles de la respuesta nacional al VIH están bien identificados, pero el material no ofrece evidencia de cuál ha sido el progreso real para abordar los principales desafíos. La evaluación en el país se vio limitada debido a la ausencia de último minuto de un segundo consultor internacional, la falta de datos desglosados y la falta de información de los beneficiarios de atención sanitaria imparciales.

Una información más detallada sobre la metodología y programa de la evaluación está disponible en el [Documento de Información Suplementaria](https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1DFveiGt_gAAHsQ91-wTooBb_uUY3ur7u).

# Hallazgos

**Objetivo 1.Evaluar hasta qué punto – y cómo – las subvenciones del Fondo Mundial han ayudado a los países a alcanzar: a) las metas y objetivos descritos en sus planes estratégicos nacionales de cada enfermedad y en la estrategia general del sector de la salud, y b) las metas y objetivos establecidos en los acuerdos de subvención.**

El Fondo Mundial ha estado invirtiendo desde 2003 para hacer frente a la epidemia del VIH en Honduras. Esto se correlaciona con un refuerzo de las capacidades nacionales para diseñar, monitorear y evaluar estrategias coherentes empíricamente contrastadas que se centran en los impulsores de la enfermedad. La implementación de tales estrategias ha ofrecido resultados desiguales, lo que a su vez conduce a ineficiencias en la respuesta nacional de salud al VIH. Los componentes más vulnerables son los primeros 90 de la cascada del continuo de atención (pruebas), la baja tasa de personas en TARV cuya carga viral es de <1000 copias; la calidad y la solidez del sistema de información, y el entorno propicio legal, político y social que afecta a las poblaciones clave y PVVIH en términos de derechos humanos, estigma y discriminación, pobreza y violencia (MCP, 2015 y 2018).

**Dominio 1.1. Información, planificación e inversión estratégica**

Insumos: El Fondo Mundial ha contribuido a fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación del VIH en Honduras desde que comenzaron las primeras subvenciones en 2003. Otros donantes, como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (*United States Agency for International Development – USAID*) y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention – CDC*) de los Estados Unidos también han contribuido (PENSIDA IV).

Actualmente, el Fondo Mundial cubre cuatro posiciones ubicadas en la Unidad Administrativa de Fondos de Cooperación Exterior / Secretaría de Salud (SESAL) relacionadas con la gestión de subvenciones y una más en la Unidad de Logística de Medicamentos, Insumos y Equipamiento para respaldar la gestión de suministro de producto (Visita de campo).

El apoyo técnico y financiero para elaborar el actual PEN 2015-2019 (PENSIDA IV) fue proporcionado por ONUSIDA. El apoyo para el plan anterior de 2008-2016 (PENSIDA III) fue proporcionado por múltiples socios, incluidos ONUSIDA y el Fondo Mundial. El Fondo Mundial, a través del CONASIDA Nacional, está actualmente apoyando la evaluación intermedia del PENSIDA IV y la elaboración del Plan de Monitoreo y Evaluación del VIH (Visita de campo).

Hasta que se implemente el Plan de Monitoreo y Evaluación del VIH, el país sólo puede referirse al tablero de mando de los indicadores del Fondo Mundial, que no está completo. Una vez implementado (no se proporciona una fecha específica), se espera que el Plan de Monitoreo y Evaluación se utilice para armonizar los datos con la práctica. Sin embargo, esto requerirá cambiar los reglamentos y los modelos de organización en los servicios de salud (Visita de campo).

Productos:Los Planes Estratégicos Nacionales llamados PENSIDA se han desarrollado y adoptado desde 1998. El plan actual, PENSIDA IV, abarca 2015-2019 y actualmente se encuentra en una evaluación intermedia respaldada, entre otros, por el Fondo Mundial.

Los datos desagregados por género y edad para poblaciones clave (HSH, TG, trabajadoras sexuales) y PVVIH que reciben TARV están disponibles en el documento Actualización de progreso y solicitud de desembolso (*Progress Update and Disbursement Request – PUDR*) (Fondo Mundial, 2017). Las estimaciones del tamaño de la población (*population size estimate – PSE*) existen desde 2016 financiadas por el *CDC*, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ONUSIDA y la Fundación de Vivienda Cooperativa (*Cooperative Housing Foundation – CHF*, hoy denominada Comunidades Globales *– Global Communities*) – Fondo Mundial (PENSIDA IV). Los casos de inversión en 2013 y 2017 fueron financiados por ONUSIDA y *USAID*, respectivamente. La última encuesta integrada sobre comportamiento biológico (*integrated bio-behavioral surveillance* – *IBBS*), la Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH / ITS en poblaciones clave (ECVC) de 2012, publicada en 2013, fue financiada por el *CDC* (ECVC, 2012).

Debido a la inestabilidad política, el más alto órgano de gobierno político de CONASIDA no se había reunido durante más de un año al momento de esta evaluación, lo cual crea un vacío en el liderazgo, la discusión estratégica y la coordinación entre las partes interesadas. El trabajo diario, incluidas las actividades apoyadas por el Fondo Mundial (el Plan de Monitoreo y Evaluación del VIH, la evaluación intermedia de PENSIDA IV, el desarrollo de los reglamentos necesarios para aplicar la Ley del VIH a partir de 2015) lo realizan los Subcomités Técnicos formados por funcionarios públicos interesados (Visita de campo).

El proyecto del Plan de Monitoreo y Evaluación del VIH ya está disponible. Dado que no está claro cuándo se reunirá el Plenario Político de CONASIDA, el Subcomité Técnico correspondiente tiene planes de realizar consultas a nivel nacional con múltiples partes interesadas antes de que se adopte finalmente. La evaluación intermedia de PENSIDA IV no se completó en el momento de la visita al país (Visita de campo).

A partir de la información disponible, hasta ahora los datos se han utilizado para adaptar los programas en términos de alcance geográfico y accesibilidad (por ejemplo, ampliación del horario de atención), pero no para revisar los modelos de divulgación y prevención (MCP, 2018; Visita de campo).

Resultados:A lo largo de los años, la información estratégica disponible ha mejorado en cuanto al número de indicadores, pero aún muestra brechas. Si bien el país ha realizado estudios recientes de *IBBS* en poblaciones Garífuna y PPL, carece de cifras epidemiológicas actualizadas para las poblaciones clave más relevantes (HSH, mujeres transgénero, trabajadoras sexuales) desde 2012. Alternativamente, los indicadores del programa (cobertura de pruebas de VIH, aceptabilidad y tasas de positividad) (ver Objetivo 2 para una explicación más detallada) podrían utilizarse para informar la toma de decisiones, pero no ha sido el caso hasta la fecha (Visita de campo).

Las estrategias nacionales son actualizadas y evaluadas con regularidad. Gracias a la disponibilidad de mejores datos, cada nuevo PEN ha prestado más atención a los impulsores del VIH y a las comunidades más afectadas, incluidos los determinantes sociales y legales y la necesidad de proporcionar servicios adaptados a las necesidades de las poblaciones clave (PENSIDA II, III, y IV).

El alcance y la cobertura de los servicios han aumentado en tanto que los Servicios de Atención Integral (SAI) se han multiplicado y los recursos humanos han sido absorbidos por el país. Sin embargo, las brechas continúan en términos de cobertura geográfica, por ejemplo no todos los centros ofrecen pruebas de VIH y asesoramiento (*HIV testing and counseling – HTC*), los componentes del servicio (no todas los SAI ofrecen los mismos servicios o tienen el mismo personal[[3]](#footnote-3)) y el uso normativo de herramientas específicas (pruebas de VIH, lubricantes, accesibilidad a la carga viral, pruebas de CD4). Ver Objetivo 2 para obtener una descripción detallada de cada herramienta.

Se habido un incremento de apoyo financiero público doméstico al VIH en Honduras, concentrándose en el tratamiento. Las actividades de prevención para poblaciones clave todavía dependen en gran medida de los donantes internacionales. El apoyo político y financiero nacional para hacer frente a las barreras de derechos humanos y del estigma y la discriminación es prácticamente inexistente. El país aún necesita un apoyo técnico y financiero sustancial para desarrollar un sistema de información integral, integrado y funcional relacionado con el VIH (SESAL, 2016a).

Los informantes clave están de acuerdo en que las subvenciones del Fondo Mundial han contribuido a desarrollar un sector de prestación de servicios más sólido y estable, pero existen riesgos de que algunas áreas (prevención, apoyo a poblaciones clave, entorno propicio) se vean afectadas cuando se complete la transición a la responsabilidad nacional (Visita de campo).

**Dominio 1.2. Sistemas de salud resilientes y sostenibles**

Insumos: El Fondo Mundial ha apoyado tradicionalmente la compra de condones y lubricantes para poblaciones clave. También ha financiado el refuerzo de los recursos humanos en las clínicas de VIH / ITS, como la Unidad de manejo de las infecciones de transmisión sexual y la Vigilancia centinela y control de las infecciones de transmisión sexual (VICTIS), así como la mejora de la infraestructura y la compra de equipos médicos para diagnosticar el VIH y las ITS. Estas intervenciones se complementan con contribuciones de otros donantes internacionales (MCP, 2015).

Históricamente, el Fondo Mundial también ha apoyado el suministro de TARV, aunque esto ha sido asumido por el gobierno que, actualmente, cubre entre el 93% y el 98% (según la fuente) de la medicación. El Fondo Mundial financia los reactivos y el material necesario para los recuentos de CD4 y las mediciones de carga viral, así como los elementos del paquete de prevención (condones, lubricantes, folletos) para las poblaciones clave. La mayoría de las pruebas de VIH se compran con el apoyo del Fondo Mundial, complementado por el gobierno nacional (Visita de campo).

Las subvenciones previas (antes de 2015) incluían un componente para el fortalecimiento del sistema comunitario. Este componente no se encuentra presente en la subvención actual, sólo hay una referencia a la prestación de asistencia técnica para mejorar las capacidades de organización y gestión de la comunidad. Esto ha sido utilizado por el RP para fortalecer las capacidades de los receptores secundarios (RS). Finalmente, las actividades de monitoreo comunitario no están siendo apoyadas con recursos domésticos ni con subvenciones del Fondo Mundial (Visita de campo).

Productos:En 2015, el país creó un nuevo sistema de gestión de existencias para cubrir medicamentos y otros productos, con períodos mínimos y máximos de reabastecimiento. El único agotamiento reciente ha sido la combinación tenofovir-emtricitabina (desde abril de 2018 y aún en curso en el momento de la misión en el país). Al parecer, esto se debió al hecho de que el proveedor seleccionado suministró píldoras de calidad insatisfactoria que se retiraron de la cadena de distribución. Se seleccionó un nuevo proveedor, quien advirtió que necesitaría varias semanas para cumplir los objetivos de fabricación (Visita de campo).

Las capacidades de los laboratorios se han fortalecido significativamente gracias a las contribuciones del Fondo Mundial. La mayoría de los SAI tienen equipos de prueba de CD4, y los pocos SAI de menor tamaño que no los tienen pueden fácilmente utilizar el equipo del centro asociado más cercano. Gracias al Fondo Mundial, el laboratorio nacional de referencia está equipado con dispositivos de medición de carga viral, reactivos y un proveedor de mensajería para muestras que puede atender a todo el país. Al contrario de lo que sucedió en el pasado, las mediciones de carga viral se comunican a los SAI a más tardar en una semana después de recibida la muestra en el laboratorio nacional y, frecuentemente, dentro de las 48 horas.

Actualmente, los servicios comunitarios de VIH no están siendo apoyados con recursos domésticos, aunque existen los mecanismos legales y administrativos para hacerlo.

Resultados: La información disponible indica que las disfunciones en el sistema de gestión de la cadena de adquisiciones y suministros (*procurement and supply chain management – PSM*) persisten, lo que conduce a un acceso limitado o desabastecimientos en por lo menos los siguientes elementos:

* Condones: disponibles en la VICITS y los SAI, pero en otros centros de salud están restringidos a los usuarios de los servicios de planificación familiar (Visita de campo);
* Lubricantes: disponibles únicamente a través del paquete definido de servicios de prevención ofrecidos por el Fondo Mundial y otros socios para el desarrollo; el gobierno nacional no proporciona lubricantes en sus servicios de VIH;
* Prueba de VIH: disponible únicamente en el 42% de todos los centros de salud pública (OPS, 2017);
* Prueba rápida de sífilis: no está disponible en todos los centros de salud pública (no hay datos específicos disponibles) (OPS, 2017); y
* Recuentos de CD4: las compras de reactivos se descentralizaron recientemente, lo que permitió que las regiones y los grandes centros de salud administraran su propio presupuesto y mecanismos de compra, un escenario que llevó a precios más elevados (deseconomías de escala y posible corrupción) y, en consecuencia, desabastecimientos (Visita de campo).

El presupuesto de salud actual no incluye la asignación a los servicios comunitarios. El monitoreo comunitario de los asuntos de PSM no está financiado, y no se realiza de manera proactiva y estructurada. A través de las redes comunitarias, los pacientes comunican la falta de acceso a las OSC que intentan encontrar una solución. Sin embargo, dado que el CONASIDA fue desmantelado y su personal asignado a otros departamentos, no hay una contraparte clara con quien negociar (Visita de campo).

**Dominio 1.3. Entornos legales, políticos y financieros propicios y sostenibles**

Insumos:El Fondo Mundial ha incluido apoyo para hacer frente a las barreras legales, políticas, de derechos humanos y de género con el fin de abordar las necesidades del VIH y de las poblaciones clave. Estas actividades incluyen: cambios legales, capacitación y sensibilización de los funcionarios públicos (profesionales de la salud y del orden público), incidencia política para el reconocimiento efectivo de los derechos humanos de las poblaciones vulnerables, vigilancia de las violaciones de derechos humanos de personas con VIH, poblaciones clave, y mujeres y niñas sobrevivientes de abuso sexual, promoción de un enfoque de VIH integrado con las cuestiones de género en las oficinas municipales para mujeres, y capacitación en derechos humanos para miembros de la comunidad. Algunas de las actividades han sido canalizadas a través del Comisionado Nacional de Derechos Humanos (CONADEH) y otros a través de CONASIDA (MCP, 2015 y 2018).

Productos**:**Históricamente, el Fondo Mundial ha apoyado múltiples actividades, como la divulgación en persona entre las poblaciones clave para ofrecer información y servicios de apoyo, apoyo para archivar y monitorear reclamaciones legales, campañas de comunicación masivas para cambiar las actitudes hacia el VIH, implementación y difusión del Índice de estigma en PVVIH, apoyo basado en el grupo de PVVIH para reducir el estigma y la discriminación entre las propias poblaciones clave, sensibilización y capacitación dirigida a los proveedores de atención sanitaria y los agentes del orden público, y sensibilización para los legisladores (MCP, 2015 y 2018).

Estas actividades contribuyeron a reformar la Ley del SIDA en 2015, incorporando varias mejoras: la excepción del pago de honorarios por servicios para acceder a la atención sanitaria o a medicamentos para las PVVIH, el derecho a la educación y al trabajo, prohibiendo expresamente la discriminación y la exclusión en base al estado de VIH, y la creación de un sistema de sanciones por violaciones de los derechos de PVVIH, incluidas demoras injustificadas en la prestación de atención sanitaria (MCP, 2015 y 2018). Sin embargo, la Ley del VIH necesita reglamentos para implementar efectivamente su contenido. El Fondo Mundial ha apoyado a CONASIDA con servicios de consultoría para desarrollar los reglamentos, pero aún no se han adoptado, y no hay un calendario claro para que esto ocurra (Visita de campo).

Las actividades recientes dirigidas a reducir el estigma y la discriminación y las violaciones a los derechos humanos implementadas por CONADEH con el apoyo del Fondo Mundial han incluido (comunicación por correo electrónico de CONADEH, 2018):

* Sensibilización y capacitación educativa para miembros de la policía, llegando a 721 personas en 2017 y 1993 en 2018 (enero-septiembre);
* Sensibilización y capacitación educativa para trabajadores de la salud, llegando a 535 personas en 2017 y 821 en 2018 (enero-septiembre);
* Actividades de sensibilización para tomadores de decisiones a nivel municipal, que alcanzaron a 81 individuos en 2017 y 236 en 2018 (enero-septiembre);
* Acciones para fortalecer las capacidades de las Redes de Promoción y Defensa de los Derechos Humanos: 220 miembros alcanzados en 2017 y 260 en 2018; y
* Campañas de eventos masivos: siete eventos el 18 de mayo de 2017 (Día Nacional de Respuesta al VIH), 11 eventos en el Día Mundial del SIDA, 2017 y seis eventos el 18 de mayo de 2018 (Día Nacional de Respuesta al VIH).

El CONADEH también procesó quejas relacionadas con el VIH y las poblaciones clave. Estas son las cifras de 2017 y 2018 (enero-septiembre):

**Tabla 1: Quejas relacionadas con el VIH y las poblaciones clave, 2017**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Población** | **Recibidas**  | **Concluidas**  |
| Lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales. (LGTBI)/PPL/Garífuna/Trabajadoras Sexuales | 293 | 182 |
| PVVIH | 48 | 32 |
| **Total** | **341** | **214** |

**Tabla 2: Quejas relacionadas con el VIH y las poblaciones clave, 2018 (enero-septiembre)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Población** | **Recibidas**  | **Concluidas**  |
| LGTBI/PPL/Garífuna/Trabajadoras Sexuales | 369 | 262 |
| PVVIH | 34 | 30 |
| **Total**  | **403** | **291** |

*Fuente:* CONADEH, *comunicación por correo electrónico, 2018*

Según el CONADEH, las quejas son relativas a una amplia gama de áreas: salud y acceso a la justicia, trabajo, educación y familia, y un gran número de instituciones como la SESAL, prisiones, policía, puertos, Secretaría de Educación y la vida privada (discriminación en el hogar). El CONADEH no ha proporcionado cifras detalladas de quejas distribuidas por área e institución. No hay datos sobre las quejas recibidas por la Red de Promoción y Defensa de los Derechos Humanos que no llegaron a CONADEH, ya sea porque se resolvieron a nivel local o porque la persona afectada decidió retirar la queja.

No queda claro qué significa en realidad una queja marcada como “concluida”, ya que puede referirse al derecho violado restituido, a condición de la orientación personal, o que la conclusión de la queja sea un delito o un delito menor. En caso de actos ilegales, la persona debe acudir a los tribunales, lo que rara vez ocurre debido a la falta de recursos y apoyo, al temor a represalias y a la percepción de indefensión e impunidad (Visita de campo).

Resultados: La tabla a continuación, con datos del *PUDR* de 2017, muestra el porcentaje de poblaciones clave que están sometiéndose a pruebas en comparación con su respectivo *PSE* en 2015 y 2017. El RP actualmente está recopilando datos sobre las tasas de aceptabilidad de las pruebas por poblaciones clave y RS a fin de comprender mejor la distribución de la brecha de la prueba por grupo y ubicación. En cualquier caso, las tasas de prueba más bajas en trabajadoras sexuales y Garífunas parecen ser consistentes con una menor cobertura en esas poblaciones (ver tabla 3; Visita de campo).

**Tabla 3: Porcentaje de poblaciones clave sometidas a pruebas de HIV en 2015 y 2017 frente al *PSE***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poblaciones clave** | ***PSE*** | **Base de 2015 frente a *PSE*** | **Sometidas a pruebas en 2017 frente a *PSE*** | **% sometido a pruebas en 2017 a través de actividades apoyadas por el Fondo Mundial** |
| HSH | 40,949 | 33.80% | 38.85% | 75.60% |
| Mujeres transgénero | 2,975 | 12.50% | 20.44% | 64.60% |
| Trabajadoras sexuales | 22,771 | 45.70% | 25.55% | 57.60% |
| Garífuna  | 30,079 | 58.60% | 29.68% | 90.5% |
| PPL | 16,920 | 47.00%(no frente a *PSE*, sino en base a encuesta) | 40.09% | 100% |

*Fuente:* PUDR*, 2017*

El país no tiene información sobre el número de personas de cada población clave que toma TARV y, por lo tanto, no se puede hacer una comparación con respecto a posibles mejoras en el acceso a la terapia del VIH.

Las partes interesadas no están de acuerdo en lo que respecta al estigma y las barreras de discriminación para acceder a los servicios de atención sanitaria. Mientras las OSC afirman que esas barreras siguen siendo significativas, las autoridades públicas y los trabajadores sanitarios dicen lo contrario, que los casos son anecdóticos y que se resuelven fácilmente. La información de los grupos focales no agregó evidencia imparcial, ya que la mayoría de los participantes estaban vinculados a las OSC. De los cuatro beneficiarios anónimos entrevistados directamente en las salas de espera de los centros de salud, ninguno de ellos expresó tener problemas relacionados con el estigma o la discriminación al acceder a servicios relacionados con el VIH (Visita de campo).

*“El Fondo Mundial ha ayudado mucho a aumentar las capacidades técnicas del país. Sin embargo, esto no ha sido acompañado por una respuesta adecuada por parte del Estado.” – Funcionario público*

*“El desmantelamiento del Programa Nacional contra el VIH privó al país de una herramienta clave para enfrentar la epidemia del VIH.” –Exfuncionario del Programa Nacional de VIH*

## Tablero de mando de los Indicadores Clave: Objetivo 1

|  |
| --- |
| **Claves del Tablero de mando** |
| **1** | Muy bajo |
| **2** | Bajo |
| **3** | Moderado |
| **4** | Bueno  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicador** | **Puntuación** | **Justificación** | **Fuente de los Datos** |
| **Planificación estratégica:** Disponibilidad de Plan Estratégico Nacional  | **4** | El PEN está vigente y se complementa con planes operativos con indicación de costos anuales. | PEN |
| **Inversión estratégica:** Adecuación de metas y objetivos para el contexto epidémico | **3** | Las metas, objetivos e inversiones en el PEN son consistentes con los datos y análisis disponibles, pero la brecha de financiamiento acumulada en 2017 fue de US$ 38M. | PEN |
| **Desempeño:** Logro de los objetivos establecidos en el acuerdo de subvención [[4]](#footnote-4)  | **3** | La puntuación de calificación de la subvención más reciente fue B1 para el año 2017. No hay datos más recientes disponibles. | Fondo Mundial Carta de retroalimentación 2018 |
| **Sistemas de Salud Resilientes y Sostenibles:** Desabastecimiento de productos básicos[[5]](#footnote-5) | **1** | Se notifican desabastecimientos para las pruebas rápidas de sífilis, pruebas de VIH, diagnósticos de CD4 y TARV. | OPS, 2017; Visita de campo. |
| **Sistemas de Salud Resilientes y Sostenibles:** Reconocimiento y realización del papel que desempeña la respuesta y los sistemas comunitarios en la respuesta nacional | **3** | Se reconoce el papel de las ONG para abordar las necesidades de VIH entre poblaciones clave, incluida la población Garífuna, pero el financiamiento proviene de donantes (Fondo Mundial, *USAID*). | PEN; Visita de campo. |
| **Entornos legales, políticos y financieros propicios y sostenibles[[6]](#footnote-6):** Identificar y abordar las barreras legales, de derechos y de género a los resultados de salud para personas y poblaciones  | **3** | Proyecto línea de base de derechos humanos terminado y las actividades definidas, pero en 2015 y 2016 sólo se asignaron US$ 119,119 y US$ 6,024 a este componente, respectivamente. El Fondo Mundial fue la única fuente de financiamiento. Los resultados y el impacto fueron bastante modestos. | Fondo Mundial, 2018 |
| **Puntuación compuesta a través de todos los componentes relevantes (6)**  | 2.67 |  |  |

**Objetivo 2*.* Evaluar hasta qué punto los sistemas de prestación de servicios (establecimientos de salud y comunitarios) brindan servicios de calidad.**

Como se describe más adelante, el sistema de información de salud en Honduras es débil y no está integrado y, por lo tanto, la mayor parte de la información se basa en datos fragmentarios, incompletos y limitados. De lo que está disponible, se puede inferir que las inversiones del Fondo Mundial han contribuido enormemente a ampliar el acceso al tratamiento y, consecuentemente, a reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el SIDA. Sin embargo, a pesar del apoyo continuo del Fondo Mundial y otros socios para el desarrollo que ofrecen herramientas de prevención y pruebas, la cantidad de PVVIH que no están vinculadas al sistema de salud, que no reciben tratamiento y que, por ende, no tienen supresión viral es elevada. El hecho de que casi la mitad de PVVIH (10343 de 21,461; SESAL, 2018a), la mayoría de las cuales posiblemente no conocen su estado (aunque las cifras pueden ser diferentes para cada población clave; ver a continuación para una discusión detallada), no están vinculados al sistema de salud, lo cual conduce a tasas significativas de diagnóstico tardío, con consecuencias tanto para la salud del paciente como para el uso de los recursos del sistema de salud. También limita severamente los beneficios para la salud pública (transmisibilidad reducida) que podrían obtenerse de un mayor porcentaje de pacientes que reducen las prácticas de riesgo al conocer su estado seropositivo y de pacientes con carga viral suprimida. Sin embargo, existe un desequilibrio de género en esta realidad: se calcula que el 70.94% de las mujeres estimadas VIH positivo están en tratamiento, en comparación con 45.68% de hombres (*PUDR*, 2017).

**Dominio 2.1. Prevención**

Insumos:Los programas apoyados por el Fondo Mundial en Honduras han ofrecido tradicionalmente toda la gama de herramientas de prevención para las poblaciones clave: campañas de sensibilización, información y educación, divulgación específica para poblaciones clave con mensajes de cambio de comportamiento adaptados y suministro de condones. El suministro de lubricantes se ha limitado a HSH y mujeres transgénero. El Fondo Mundial también ha apoyado el tratamiento para la prevención de la transmisión materno infantil (PTMI) y la compra de medicamentos antirretrovirales que podrían utilizarse para la profilaxis después de la exposición al VIH (MCP, 2015 y 2018).

En la subvención actual, se incluye un paquete definido de prevención que se proporcionará a las poblaciones clave (HSH, TG, trabajadores sexuales, PPL, población Garífuna). El paquete incluye material educativo impreso, condones, lubricantes y charlas educativas, aunque en la práctica los lubricantes se ofrecen sólo a HSH y mujeres transgénero. El paquete de prevención está vinculado a la oferta de prueba de VIH y se distribuye a través de actividades de divulgación de poblaciones clave específicas: unidades móviles de *HTC*, actividades de *HTC* en OSC y ampliación de horarios y servicios en las clínicas exclusivas para poblaciones clave conocidas como VICITS (MCP, 2015 y 2018).

La subvención actual también cubre actividades para reducir la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita, que incluye la capacitación de profesionales sanitarios, una mayor cobertura de la atención prenatal, la promoción de pruebas rápidas para VIH y sífilis, la vinculación con los servicios sanitarios y la iniciación en TARV (MCP, 2015 y 2018).

Productos:El apoyo del Fondo Mundial producido campañas y materiales de información, educación y comunicación (IEC) tanto impresos como en línea. También ha conducido al establecimiento de programas de divulgación para poblaciones clave y vulnerables que reciben un paquete definido de servicios de prevención (condones, lubricantes para HSH y mujeres transgénero, materiales de IEC, ofertas de pruebas, derivación a servicios de salud) (MCP, 2015 y 2018; Visita de campo).

Resultados:A pesar de que se está cubriendo un área cada vez más grande desde 2003, cuando tuvo inicio la inversión del Fondo Mundial, el porcentaje de poblaciones clave alcanzado con un paquete definido de servicios de prevención sólo ha aumentado para HSH (ligeramente), mujeres transgénero y PPL. La cobertura es más baja en trabajadoras sexuales y poblaciones Garífuna. La menor cobertura entre los Garífunas puede explicarse por las barreras culturales, la movilidad, el estigma y la discriminación en los servicios de salud, la distancia geográfica y la negación del VIH (Alvarez Rodríguez et al., 2017). No hay estudios específicos que puedan explicar la menor cobertura entre trabajadoras sexuales, aunque los informantes de campo sugieren como posibles motivos la movilidad, el trabajo sexual clandestino y la dificultad para acceder a los barrios controlados por pandillas. Se dan razones similares para mujeres transgénero para quienes, a pesar de una mayor cobertura en comparación con 2015, sigue siendo la mitad del objetivo nacional para 2017 (Visita de campo).

**Tabla 4: Porcentaje de poblaciones clave cubierto por el paquete definido de servicios de prevención en 2015 y 2017 frente al *PSE***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poblaciones clave** | ***PSE*** | **Base 2015 frente *PSE*** | **Alcanzados en 2017 frente *PSE*** | **% alcanzados en 2017 frente al objetivo nacional** | **% alcanzados en 2017 a través de actividades financiadas por el Fondo Mundial** |
| HSH | 40,949 | 43.80% | 49.92% | 83% | 65.20% |
| Mujeres transgénero | 2,975 | 9.80% | 31.10% | 52% | 62.80% |
| Trabajadoras sexuales | 22,771 | 37.40% | 28.05% | 56% | 57.30% |
| Garífuna  | 30,079 | 39.60% | 29.67% | 39% | 90.5% |
| PPL | 16,920 | 21.30%(no frente *PSE*, sino en base a encuesta) | 64.90% | 93% | 100% |

*Fuente:* PUDR*, 2017*

Geográficamente, las actividades de divulgación de prevención comenzaron en las ciudades más grandes del país (Tegucigalpa, San Pedro Sula, La Ceiba), pero se han expandido progresivamente a áreas suburbanas y rurales. Más recientemente, se ha realizado un esfuerzo mayor para dar prioridad a las intervenciones en lugares donde la prevalencia del VIH es más elevada, es decir, la Costa Atlántica y el Corredor Central. El reciente cese del Proyecto *LINKAGES* ha dejado al Fondo Mundial como el financiador principal de las actividades de divulgación para poblaciones clave en esas áreas (Visita de campo). El RP, el SR, y los sub-sub-receptores (SSR) combinan esta información con la identificación de puntos de acceso y lugares donde los miembros de las poblaciones clave potencialmente viven, se reúnen o trabajan. Las unidades móviles se utilizan para llevar a cabo actividades de divulgación y ofrecer el paquete de servicios definido, incluida una prueba del VIH. Cuando hay un diagnóstico de VIH+, se invita a los clientes a proporcionar información para rastrear a los socios (Visita de campo).

El material de prevención financiado con recursos domésticos se compone casi exclusivamente de la compra y distribución de condones masculinos como parte del presupuesto y la política nacional de planificación familiar. Las OSC informan que los centros de salud no especializados se niegan a proporcionar condones a las poblaciones clave porque los condones deben proporcionarse a los clientes de planificación familiar. Además, las OSC indican que algunas VICITS han negado el acceso a los materiales de prevención financiados por el Fondo Mundial a algunas personas porque no creen que sean HSH o trabajadoras sexuales (Visita de campo).

Con respecto a la PTMI, de las 158,910 pruebas realizadas en mujeres embarazadas, se detectaron 99 casos de VIH en 2016 (0.06 rendimiento positivo). En el mismo año, de las 174 embarazadas seropositivas con vinculación al sistema de salud, 168 (96.5%) recibieron TARV. Esto representa 53.8% del total de mujeres embarazadas seropositivas que se estima existen en el país (312). De los 209 niños expuestos prenatalmente al VIH, tres fueron infectados por el VIH (1.43%) (SESAL, 2018a).

**Dominio 2.2. Cribado / prueba y diagnóstico / conocimiento del estado**

Insumos: Las inversiones del Fondo Mundial han incluido el apoyo para los servicios de detección y pruebas, pruebas y consejería para la comunidad, compra y suministro de kits de prueba y apoyo de laboratorio, y el apoyo para pruebas en poblaciones de difícil acceso, incluidas las zonas rurales, las poblaciones indígenas y las prisiones.

Actualmente, el Fondo Mundial apoya actividades de difusión dirigidas a poblaciones clave, incluidas unidades móviles de *HTC*, divulgación por pares puerta a puerta, divulgación en las redes sociales, sesiones de *HTC* en las instalaciones de OSC los sábados por la mañana y ampliación de los horarios de apertura en VICITS. Estas actividades se concentran en las ciudades de Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba, y las aldeas en sus respectivos departamentos, que se consideran las áreas de mayor prevalencia (Visita de campo).

Productos: Las inversiones han llevado a ofrecer pruebas de VIH a través de promotores pares de base comunitaria, redes sociales y aplicaciones, seguimiento de asociados, horarios de apertura más amplios en clínicas que ofrecen pruebas de VIH (VICITS) y otros servicios relacionados. La cantidad de pruebas de VIH que se ofrecen en los servicios de salud para la TB ha aumentado de manera impresionante, alcanzando cerca del 100% de los casos diagnosticados de TB. Las pruebas que se ofrecen en las clínicas prenatales también han aumentado, pero sigue habiendo brechas importantes. Varios factores, como las deficiencias en la gestión de adquisiciones y suministros, la descentralización de la compra de pruebas que ha dado como resultado precios más elevados y menos cantidades adquiridas, y el uso incorrecto de las pruebas (detección universal de pacientes que requieren cirugía) han llevado al persistente desabastecimiento de kits de prueba en algunos centros (OPS, 2017; Visita de campo).

Resultados:Gracias a las inversiones del Fondo Mundial y el Plan de emergencia del presidente de los Estados Unidos para el alivio del SIDA (*President's Emergency Plan for AIDS Relief – PEPFAR*), principalmente, y al aumento de los esfuerzos nacionales, la cobertura de servicios de prueba ha aumentado en Honduras a través de años, aunque siguen existiendo brechas importantes. De hecho, 735 centros de salud ofrecen servicios de pruebas de VIH en todo el país, lo que representa el 42% del total de los centros de salud. Esto significa que el 58% no presta ese servicio (OPS, 2017).

El análisis en cascada de 2013 y 2016 indica un aumento del 8% en el número de PVVIH que conocen su estado, aunque esta cifra se basa en datos de cohortes hospitalarios, no en bases de datos nominales a nivel nacional[[7]](#footnote-7). En cualquier caso, no se dispone de datos consistentes para desagregar esa cifra por poblaciones clave (HSH, mujeres transgénero, trabajadoras sexuales). Una encuesta reciente entre las poblaciones Garífunas en los departamentos de Atlántida y Cortés en 2017 muestra que el 33.2% de las personas seropositivas conocen su estado (Álvarez-Rodríguez, et al., 2017).

No hay datos agregados nacionales sobre las tasas de positividad de todas las actividades de prueba por poblaciones clave. Las tasas de positividad están disponibles en VICITS cada año desde 2015, y recientemente a partir de las actividades de prueba apoyadas por los tres socios de cooperación: el Fondo Global a través de beneficiarios locales, el *CDC* a través de la Universidad de Valle Guatemala (UVG) y *USAID* a través de la Organización Panamericana de Mercadeo Social (*Pan-American Social Marketing Organization – PASMO*).

* VICITS: Incluye todas las pruebas realizadas en las 8 clínicas en 2017, por poblaciones clave.
* El Fondo Mundial: incluye todas las pruebas realizadas en actividades de divulgación en las tres áreas recientemente priorizadas con mayor prevalencia del VIH durante el tercer trimestre de 2018. Estas actividades son básicamente contactos realizados en persona o, en menor medida, contactos en las redes sociales (HSH) a través de promotores pares. Sin embargo, los datos de 2017 en áreas supuestamente menos prevalentes no fueron significativamente diferentes: HSH 0.80%, mujeres transgénero 5.70%, trabajadoras sexuales 0.5%, poblaciones Garífunas 0.24% y PPL 0.4%.
* *USAID*, en asociación con *PASMO*, ha estado utilizando dos enfoques: uno es el programa tradicional de divulgación en persona con una prueba directa de VIH ofrecida en el local y estimulada por incentivos (obsequios, ayuda para el transporte). El otro enfoque más reciente es la divulgación en las redes sociales por parte de promotores pares que ofrecen un cupón para una prueba de VIH en una clínica privada cercana a la localidad del usuario y asociada al programa.
* *CDC*, en asociación con la UVG, está brindando asistencia técnica al país para evaluar la efectividad de los diferentes modelos de acceso a VICITS, utilizando la tasa de positividad como indicador.

Sin embargo, es importante mencionar que tanto el Fondo Mundial como el *CDC* (como asistencia técnica para demostrar el rendimiento positivo por modelo diferenciado) apoyan horarios de apertura más amplios en algunos servicios de VICITS u ofrecen servicios del VICITS fuera del local (en las instalaciones de las OSC), lo cual quiere decir que puede haber duplicidad de datos.

**Tabla 6: Tasas de positividad por modelo de servicio y, cuando están disponibles, por poblaciones clave**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Servicio** | **Tasa de positividad** | **Período** | **Fuente** |
| VICITS – SESAL | HSH | **12.42%** | Enero-diciembre 2017 | SESAL |
| Mujeres transgénero | **9.70%** |
| Trabajadoras sexuales | 2.00% |
| Apoyo del Fondo Mundial a través de los RS | HSH | 1.4% | Julio-septiembre 2018 | *Global Communities* |
| Mujeres transgénero | **7.30%** |
| Trabajadoras sexuales | 0.14% |
| Garífuna People | 0.10% |
| PPL | 0.30% |
| *USAID* a través de *PASMO*  | HSH (todos los modelos)  | 3.00% | Octubre 2017- septiembre 2018  | *PASMO* |
| Mujeres transgénero (todos los modelos) | **24.00%** |
| Divulgación en persona (HSH & Mujeres transgénero) | 2.80% |
| Social media (HSH y Mujeres transgénero) | **7.23%** |
| Asistencia técnica de *CDC* a través de la UVG para evaluar modelos diferenciados.Cubre tres VICITS en Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba, y HSH, Mujeres transgénero y Trabajadoras sexuales combinados | Institucional (horario normal de la mañana) | 6.60% | Octubre 2017-agosto 2018 | *CDC*/UVG |
| Horario ampliado (abre por la noche) | **18.58%** |
| Extramuros (servicio prestado en un local diferente) | 4.00% |
| Como unidad móvil | 2.78% |

**Dominio 2.3 Vinculación con el tratamiento y la atención**

Insumos: El Fondo Mundial apoya el fortalecimiento de la respuesta (ampliación del horario de apertura, capacitación para los servicios favorable con las poblaciones clave, acompañamiento de personas recientemente diagnosticadas por un miembro de las ONG), contribuyendo a que la vinculación con la atención sea mayor. En algunos centros, las inversiones posibilitan la existencia de navegadores pares[[8]](#footnote-8) que ayudan a las poblaciones clave que han sido diagnosticadas con VIH a través del sistema de salud. La búsqueda de casos perdidos también se implementa con la colaboración de grupos comunitarios, financiada por la subvención del Fondo Mundial (Visita de campo).

Productos: Los servicios de divulgación están disponibles para poblaciones clave y vulnerables proporcionadas por ONG y organizaciones comunitarias. Las poblaciones clave y vulnerables también pueden acceder a ocho clínicas públicas (VICITS), cuyos servicios de divulgación cuentan con el respaldo del Fondo Mundial, aunque no cubren todo el país. Las inversiones han hecho posible la existencia de navegadores pares para vincularse y navegar por los SAI, aunque la efectividad varía de un centro a otro (Visita de campo).

Resultados: Según el análisis de la cascada del continuo de atención, entre 2013 y 2016 el número de personas vinculadas a los SAI (de las cuales había 54 en 2016) aumentó de 82.5% a 85.5% y de ellas, 80% y 83.5%, respectivamente, iniciaron tratamiento. La pérdida durante el seguimiento en 2016 fue 10%, pero no existen cifras pasadas disponibles para realizar comparaciones históricas (SESAL, 2018a).

Sin embargo, estas cifras se basan en las cohortes de los hospitales. Dado que la base de datos no es nominal y que algunas partes interesadas sospechan que los registros hospitalarios no son precisos o no se informan con precisión, las cifras pueden no ser totalmente confiables (Visita de campo).

**Dominio 2.4 Tratamiento, atención clínica y monitoreo**

Insumos: Desde 2003, cuando se puso en marcha la primera subvención en el país, el Fondo Mundial ha estado apoyando toda la gama de actividades relacionadas con el tratamiento, la atención clínica y el monitoreo. Sin embargo, el país se ha estado haciendo cargo gradualmente, y actualmente los recursos nacionales cubren entre el 93% y el 98% (dependiendo de la fuente) del costo de TARV (Visita de campo). El Fondo Mundial sigue apoyando el tratamiento de primera línea con TARV para una cohorte de pacientes que se están monitoreando para estimar la supervivencia 12 meses después del inicio del tratamiento, y la terapia de rescate / tercera línea para los pacientes que no tienen otras opciones.

El Fondo Mundial también apoya la capacitación en sensibilidad para profesionales sanitarios, el desarrollo de protocolos y directrices nacionales, así como la vinculación y permanencia en el sistema de salud y la búsqueda de casos perdidos (MCP, 2015; Visita de campo).

También se presta apoyo para supervisar las quejas y la defensa de los derechos, además de mejorar las opciones de acceso al tratamiento y disponibilidad (ampliación del horario de atención) (MCP, 2015; Visita de campo).

El Fondo Mundial financia la compra de equipos y reactivos para el recuento de CD4 y mediciones de carga viral. También apoya al servicio logístico para llevar muestras de sangre de todas los SAI al Laboratorio Nacional de VIH en la capital.

Productos: La cantidad de personal sanitario que se está sensibilizando y capacitando es considerable: 535 profesionales en 2017 y 821 en 2018 (enero a septiembre) (comunicación por correo electrónico de CONADEH, 2018). Sin embargo, siguen existiendo importantes brechas debido a la elevada rotación de personal y la falta de una política regular y consistente de los recién llegados de la capacitación (Visita de campo).

Desde 2015, el país ha intentado adaptar las combinaciones de TARV que se ofrecen a los pacientes en conformidad con sus Pautas de tratamiento optimizadas, adaptadas de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OPS, 2017). Sin embargo, el país ha mantenido un calendario obsoleto de visitas para PVVIH. La mayoría de los pacientes deben asistir a los SAI una vez al mes, y sólo ocasionalmente cada dos meses. Cada vez, los pacientes deben ver al médico para una revisión médica estándar antes de que puedan obtener su TARV. Las visitas están programadas temprano por la mañana para todos, lo que requiere largas horas de espera. A los pacientes que llegan más tarde de la hora límite para ser incluidos en la cola se les niega el servicio ese día y se los remite al consejero o al psicólogo antes de ser reprogramados para otra fecha, situación que los pacientes afectados interpretan como castigo (Visita de campo). Este modelo de servicio tiene un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes: implica un consumo intensivo de tiempo que afecta las responsabilidades domésticas (lo que tiene implicaciones de género) o solicitar permiso para faltar al trabajo repetidas veces y reiterados gastos de transporte. También resulta en un uso muy intenso de los recursos humanos en los centros de salud, ya que los profesionales deben ver a los pacientes frecuentemente sin ninguna justificación médica.

En San Pedro Sula está a punto de comenzar un modelo diferenciado de servicio de tratamiento como piloto, el cual implicará visitas médicas más espaciadas y recogida trimestral de TARV para los pacientes adherentes (Visita de campo).

Según se informa, los centros de salud disponen de mecanismos de quejas y comentarios. En 2017, el CONADEH recibió 11 quejas relacionadas con los servicios de salud y 13 en 2018 (enero a septiembre) (comunicación por correo electrónico de CONADEH, 2018). Es difícil de interpretar el bajo número, ya que puede ser el resultado del mayor esfuerzo para sensibilizar a los trabajadores sanitarios (según afirman CONADEH y SESAL) o puede haber una menor disposición a quejarse entre los pacientes debido a una percepción de inutilidad, impunidad del personal y temor a represalias (según afirman las OSC) (Visita de campo). Por otra parte, CONADEH sólo recibe las quejas que hayan sido formalmente presentadas por personas involucradas (lo cual no se hace a menos que haya un fuerte apoyo por parte de la comunidad) después de que la Red de Promotores de Derechos Humanos no haya logrado abordar el problema a nivel local. Lamentablemente, ni CONADEH ni la Red compilan las quejas que se tratan de forma local (Visita de campo).

Las pruebas de CD4 están formalmente disponibles para todas las PVVIH que acceden a los SAI, pero la sociedad civil ha informado sobre desabastecimientos, y las autoridades públicas lo han reconocido. El principal motivo de la escasez de reactivos para el recuento de CD4 parece ser la descentralización del proceso de adquisición, lo que llevó a deseconomías de escala, precios más altos y menores cantidades adquiridas con el mismo presupuesto. El país se encuentra actualmente en proceso de modernizar la adquisición de reactivos CD4 (Visita de campo).

Hasta hace poco, el acceso a las mediciones de carga viral era difícil y los resultados se comunicaban con largos retrasos, incluso meses después de la extracción de la muestra. La situación ha mejorado notablemente desde 2017. Todas las muestras se recogen regularmente por mensajería y se envían al Laboratorio Nacional de VIH en un plazo de 24 horas. La temperatura de la muestra se verifica en la recepción y, si es válida, se envía para su manejo antes de insertarla en el equipo de reacción en cadena de la polimerasa, que funciona durante toda la noche. Los médicos de los SAI primero recibirán los resultados de medición de carga viral a través de las redes sociales (generalmente por WhatsApp) en menos de una semana después de la recepción de la muestra, y luego en formato impreso unos días después (Visita de campo). El Laboratorio Nacional de VIH realizó alrededor de 11,000 pruebas de carga viral en 2017, lo que representa aproximadamente una medición de carga viral por paciente con TARV por año en promedio. Dado que este es un promedio, puede tergiversar la situación real, ya que algunos pacientes pueden haber tenido una medición, otros dos (o incluso más) y otros ninguna por año (Visita de campo).

El bajo nivel de utilización del servicio de carga viral se debe a la cantidad insuficiente de muestras enviadas desde los SAI al Laboratorio Nacional de VIH. Esto parece haberse originado debido a una combinación de factores, entre los que se incluye que los pacientes que no se presentan a las visitas médicas, o se presentan tarde en días en que los laboratorios del hospital ya no los aceptan para la extracción de sangre a partir de cierta hora (después de las 10 am, en la mayoría de los centros), y / o debido a que los SAI no realizan el seguimiento sobre cuándo debe hacerse una medición de carga viral cada paciente (Visita de campo).

Resultados: A lo largo de los años ha habido un aumento en la cobertura geográfica de los servicios de tratamiento a través de los SAI, que al presente se mantienen principalmente con recursos domésticos. Las brechas continúan siendo considerables, y aún el 48% de las PVVIH estimadas no tienen vinculación a ellas debido a razones socioeconómicas, culturales, geográficas y de seguridad, así como a aspectos de estigma y discriminación (PENSIDA IV).

La capacitación del personal no está optimizada debido a la elevada rotación y la falta de políticas de capacitación estables. El número de personas diagnosticadas en tratamiento es superior al 80% desde al menos 2013, pero las personas con carga viral suprimida disminuyeron en un 9% entre 2013 y 2016 (SESAL, 2018a). Sin embargo, no está claro si el menor número de personas con carga viral suprimida se debe más a problemas de adherencia o fracaso del tratamiento o a la falta de acceso a las mediciones de carga viral (ver más arriba), o a una combinación de ambos (Visita de campo).

**Dominio 2.5 Enfoque y métodos para garantizar la calidad**

Insumos:El Fondo Mundial ha estado apoyando al país para interpretar los datos procedentes de las encuestas e implementaciones de los programas, especialmente para adaptar los enfoques para la divulgación, la prevención y las pruebas de poblaciones clave, y la prestación de servicios de atención sanitaria (Visita de campo). Esto ha llevado a la elaboración e implementación de procedimientos operativos normalizados para garantizar el control de calidad de la respuesta al VIH (ver más abajo).

Otros socios para el desarrollo (*USAID*, *CDC*, *PEPFAR*, ONUSIDA, OPS-OMS) también han desempeñado un papel relevante en la prestación de asistencia técnica para generar evidencia de mejor calidad, enfoques empíricamente contrastados y guías y protocolos técnicos (PENSIDA II, III, y IV).

Productos:El país posee una serie de normas y protocolos técnicos (manejo de ITS, pacientes pediátricos, estigma y discriminación, mujeres embarazadas seropositivas, la profilaxis después de la exposición al VIH, paquete de servicios definidos en ITS y VIH), evaluaciones (relacionadas con la información insuficiente de casos de VIH, PPL y VIH, asuntos de género en la respuesta nacional al VIH), recopilación de datos (*PSE*, cascada del continuo de atención, indicadores de impacto) y modelos (casos de inversión en VIH) destinados a monitorear y mejorar la calidad de servicios (MCP, 2018).

Los protocolos más importantes que se utilizan actualmente son las "Guías para aumentar la capacidad de supervisión", seis en total, que cubren diferentes áreas de atención médica: ITS, pediatría, adolescentes y adultos, consejería, pruebas de VIH y PTMI (Unidad de control de calidad, 2017). Estas guías se enfocan en verificar que la visita médica se desarrolle de conformidad con las normas de buenas prácticas con el fin de ayudar a los profesionales de la sanidad a mejorar, y no tienen en cuenta los indicadores de impacto (tales como tasas de positividad, porcentaje de pacientes con carga viral suprimida o la calidad de vida que informa el paciente) como indicadores de calidad (Visita de campo).

Resultados:Hasta ahora, no ha habido un uso claro de las evaluaciones de calidad, incluidos los indicadores de impacto, para discutir y adoptar modelos diferenciados de servicios para aumentar la eficacia de la respuesta nacional. Las autoridades públicas parecen haber comenzado recientemente a considerar los datos de calidad y de impacto para repensar el alcance de las poblaciones clave (priorizando los enfoques de *HTC* con mayores tasas de positividad) y un servicio de atención médica más eficiente para las PVVIH (pilotar un nuevo programa de visitas médicas más conveniente para los pacientes y que consuma menos recursos humanos) (Visita de campo).

 *“Las personas no se presentan a las visitas médicas porque no pueden. Puede haber madres con responsabilidades domésticas, o personas que viven lejos del centro de salud que, por razones de confidencialidad, no pueden pagar el transporte, o personas que no pueden darse el lujo de perder tantos días de trabajo. Los profesionales de la salud no entienden eso, y nos castigan, enviándonos al consejero. No es un problema de adherencia, sino un problema social”. – Representante de OSC*

## Tablero de mando de los Indicadores Clave: Objetivo 2

|  |
| --- |
| **Claves del Tablero de mando** |
| **1** | Muy bajo |
| **2** | Bajo |
| **3** | Moderado |
| **4** | Bueno  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicador**  | **Puntuación** | **Justificación** | **Fuente de los Datos** |
| **Poblaciones clave alcanzadas:** % de 2 poblaciones clave con mayor prevalencia alcanzada por paquetes de servicios definidos | **3** | Este número se basa en la media del % para mujeres transgénero (52%) y HSH (83%) en el *PUDR* con fecha del 31/12/2017. El denominador es el objetivo nacional. El numerador incluye todas las actividades comunicadas. Sin embargo, no se informan todas las actividades de todos los actores. | *PUDR*, 2017 |
| **PVVIH que conocen su estado:** % estimado de PVVIH y conocen su estado positivo | **3** | La proporción de PVVIH que conocen su estado a partir de 2016 es del 61%, según las estimaciones del SESAL. Estas estimaciones las realiza el país en función al número de personas que reciben TARV, las que están en la fase previa a la TARV y a las pérdidas durante el seguimiento de las cohortes hospitalarias, no del registro nominal. Una combinación de informes insuficientes y un posible doble cómputo hace que estas cifras sean cuestionables. | SESAL 2018a.  |
| **Vinculación con el tratamiento y la atención:** Disponibilidad y tipos de programas de vinculación, entre diagnóstico / detección y tratamiento | **3** | La vinculación con la atención de las PVVIH que conocen su estado se estimó en un 85% en 2016, según las cohortes hospitalarias (ver comentario en la celda anterior). Existen brechas en la vinculación de las poblaciones clave y las mujeres embarazadas. El 96% de las personas con TB y VIH están en TARV. | SESAL 2018a. |
| **Cobertura TARV** % estimado de PVVIH actualmente en TARV (adultos y niños)  | **3** | El 52% de las PVVIH están en TARV en 2017: 11,506 de un total de 22,000, según las cohortes hospitalarias agregadas. | SESAL 2018a. |
| **Retención TARV de 12 meses:** % de personas que alguna vez iniciaron TARV y que continúan recibiéndolo 12 meses después de iniciado (adultos y niños)  | **3** | El 82% (847/1,030) de la cohorte hospitalaria de SESAL que inició TARV en 2016 estaba en tratamiento 12 meses después de haber comenzado.  | SESAL 2018a. |
| **Supresión viral:** % de personas que se retienen en TARV durante al menos 6 meses, con una carga viral de <1,000 copias/ml | **3** | De las 10,848 personas que recibieron TARV en 2016 (no se especificó tiempo de tratamiento), 7,152 (65.93%) tenían <1,000 copias/ml. | SESAL 2018a. |
| **Puntuación compuesta a través de todos los componentes relevantes (6)**  | **3** |  |  |

**Objetivo 3.Evaluar hasta qué punto los sistemas de datos nacionales generan, informan de y utilizan datos de calidad.**

El Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS) actualmente se está fortaleciendo debido a sus deficiencias reconocidas, a pesar de que ha recibido apoyo regular del Fondo Mundial y otros socios para el desarrollo (*PEPFAR*). La implementación del SIIS está básicamente en su infancia, y el país corre el riesgo de perder una importante subvención (US$ 500,000 para el componente de VIH del SIIS) del Fondo Mundial, a menos que lo implementen antes de junio de 2019, lo cual es altamente improbable.

El país informa que se está utilizando el *UIC*. El *UIC* es el número del documento nacional de identidad, y no todos los miembros de la comunidad lo tienen o quieren revelarlo. En esas circunstancias, se asigna un código que se toma de una combinación de datos personales, pero esto se basa en la información proporcionada por la persona. En cualquier caso, dado que el sistema de información no funciona como una red, el cómputo doble sólo se puede descartar después, una vez que las autoridades públicas hayan recibido los registros de cada parte interesada. Esto consume mucho tiempo y probablemente genera errores.

**Dominio 3.1 Datos epidemiológicos, de vigilancia y de contexto**

Insumos: La subvención actual incluyó apoyo financiero para mejorar el monitoreo y la evaluación en tres áreas (MCP, 2015):

* + La transmisión de informes periódicos de casos de VIH e ITS, la revisión de herramientas de recopilación de datos para mejorar la calidad y el fortalecimiento del equipo tecnológico y del personal en todos los niveles institucionales – esto incluye la elaboración e implementación de guías de procedimientos estandarizados para el control de calidad de los datos de VIH;
	+ Mejor acceso a datos de calidad a través de la publicación y divulgación de información estratégica; y
	+ Dos encuestas: una *IBBS* en PPL y un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas (KAP, por sus siglas en inglés) en la población Garífuna.[[9]](#footnote-9)

Productos:El último Informe mundial de avances en la lucha contra el SIDA para Honduras es de 2017, pero no se ha completado. Faltan datos significativos, como la proporción de poblaciones clave que conocen su estado de VIH o la cobertura de TARV para cada población clave. Estimaciones del tamaño de la población para HSH, trabajadoras sexuales y mujeres transgénero están disponibles a partir de 2015 (PENSIDA IV). También se encuentran disponibles estimaciones recientes para PPL, mujeres embarazadas y población Garífuna.

El estudio *IBBS* más reciente para HSH, trabajadoras sexuales y mujeres transgénero es la ECVC en Poblaciones Vulnerables de 2012. En PPL, los datos epidemiológicos más recientes son de 2015 (únicamente de instituciones penitenciarias en Tegucigalpa y San Pedro Sula), respaldados por la subvención del Fondo Mundial. Los datos más recientes de la población Garífuna son de 2017, financiado por *PEPFAR*.

Las tasas de positividad están disponibles para HSH, trabajadoras sexuales y mujeres transgénero, de 2015, 2016 y 2017, de los ocho sitios centinela de VICITS (SESAL, 2018c). Desde 2017, los receptores del Fondo Mundial y los socios de *PEPFAR* (UVG-*CDC* y *PASMO*-*USAID*) también están proporcionando tasas de positividad (visita de campo y comunicación directa por correo electrónico con las partes interesadas; ver Tabla 6).

Todos los datos se incluyen sistemáticamente en los Planes Estratégicos Nacionales y otros documentos (PENSIDA II, III y IV). Sin embargo, hasta ahora, las tasas de positividad no se han utilizado para evaluar y priorizar los modelos de prueba diferenciados (Visita de campo).

Según la Unidad de Gestión de la Información, el sistema de información integrado está en desarrollo y se tomarán medidas específicas en los próximos meses. La mayoría de las partes interesadas opinan que no hay un liderazgo y capacidad claros para avanzar hacia un sistema de información verdaderamente integrado en el próximo año (Visita de campo).

Resultados: El país tiene datos generales de incidencia y prevalencia, así como información agregada sobre la cascada del continuo de atención, utilizando la metodología *Spectrum* desde 2013 a 2016 (SESAL, 2018). Sin embargo, faltan datos precisos sobre la cantidad de PVVIH diagnosticadas pero no vinculadas al sistema de salud o cómo se distribuye esa cifra entre las poblaciones clave. Se dispone de un número de personas vinculadas a los SAI, en tratamiento con TARV y con carga viral suprimida, según las cohortes hospitalarias, que no son nominales. Es posible informar de manera insuficiente o excesiva, o contar al mismo paciente más de una vez.

En una encuesta realizada en 2010 por la SESAL (SESAL, 2012a), se estimó que la notificación insuficiente llega a un 37%, pero los funcionarios públicos de la SESAL, consideran que, gracias a los esfuerzos continuos para reducir esta brecha, el porcentaje debería ser mucho menor hoy. Sin embargo, no hay datos empíricos más recientes disponibles (Visita de campo).

**Dominio 3.2 Uso del servicio y datos e informes del programa**

Insumos:Las inversiones del Fondo Mundial han ofrecido apoyo financiero para fortalecer un sistema de información sobre el VIH que podría ser unificado, coherente y vinculado con medidas de calidad. Este sistema debería haber establecido la *UIC* para gestionar clientes individuales. Las contribuciones del Fondo Mundial también debían cubrir el apoyo para la elaboración y difusión de los informes. Sin embargo, la contribución más reciente y significativa del Fondo Mundial para mejorar el SIIS no se ha gastado (MCP, 2015; Visita de campo).

Productos:Se dice que los UIC se utilizan en el país. Sin embargo, esto presenta varias deficiencias. Los *UIC* se basan en el número del documento nacional de identidad. Algunos miembros de las poblaciones clave no quieren usar o revelar su número de identidad debido a la desconfianza existente con los servicios gubernamentales; esto afecta principalmente a las mujeres transgénero que son trabajadoras sexuales y a las trabajadoras sexuales. En tales casos, se crea un código de sustitución utilizando una combinación de mayúsculas y números tomados del nombre de la persona, los nombres de los padres de la persona y la fecha de nacimiento. Esta información no es totalmente confiable, ya que los detalles proporcionados pueden no ser precisos. En cualquier caso, los implementadores de programas y los servicios de salud no comparten un sistema de recopilación de datos en línea, lo que significa que no se puede evitar el doble cómputo por adelantado, lo que requiere verificaciones que consumen muchísimo tiempo a nivel central (Visita de campo).

Además, cada parte interesada (receptores del Fondo Mundial, socios de PEPFAR, centros públicos; no se recopilan datos de los servicios privados) utiliza su propio sistema de recopilación de datos. En VICITS y los SAI, cada servicio (laboratorio, asesoramiento, farmacia, control médico) utiliza su propio libro de registro. Los datos del paciente se escriben manualmente en libros físicos, luego se transfieren a archivos Excel separados y se almacenan en el sistema informático del servicio, que es una tarea que consume mucho tiempo. No existen medidas para evitar el riesgo de perder fuentes de datos debido a accidentes que afectan los libros físicos o los archivos digitales, que son altamente vulnerables a las infecciones informáticas virales (Visita de campo).



*Foto: Libro de registro de resultados de laboratorio en el SAI La Ceiba, Atlántida, Honduras*

*(La columna de la izquierda con los nombres de los pacientes ha sido cortada por razones de confidencialidad)*

Resultados:Los sistemas de datos siguen siendo débiles, inconsistentes, fragmentarios e incompletos. La puntualidad de los informes varía de un local a otro; sólo el 33% de los locales informan en menos de cinco días después del final del mes, según lo exigen las directrices normativas (Visita de campo). Se sospecha que la insuficiencia de los informes sigue siendo significativa, pero no se ha realizado una auditoría exhaustiva recientemente para comprender la magnitud del problema (Visita de campo).

La Tarjeta Nacional de Identidad se utiliza como proxy de la *UIC*. Sin embargo, un gran número de poblaciones clave (particularmente entre trabajadoras sexuales and mujeres transgénero que son trabajadoras sexuales) no la usan. En tales casos, se asigna un código que combina las iniciales del nombre de usuario, las iniciales del padre y la fecha de nacimiento, basándose en la consistencia de la información proporcionada por el usuario. Dado que las herramientas de recopilación de datos no están interconectadas ni estandarizadas, sólo se puede verificar y eliminar el doble cómputo manualmente después de la recopilación de datos (Visita de campo).

**Dominio 3.3 Utilización de los datos para impulsar el diseño y la práctica del servicio**

Insumos:El Fondo Mundial ha estado proporcionando y ofreciendo apoyo al país para mejorar su sistema de información y análisis sobre VIH, como también a servicios como VICITS, de donde se obtuvo información específica y limitada sobre HSH, trabajadoras sexuales y mujeres transgénero. Las subvenciones incluyeron la contratación de asistencia técnica para mejorar la competencia del personal en el uso e interpretación de datos (MCP, 2015). Otros socios para el desarrollo (ONUSIDA, *PEPFAR*/*CDC*/*USAID*, OPS) también han contribuido considerablemente con la asistencia técnica (PENSIDA IV). Las contribuciones del Fondo Mundial han ayudado a diseminar los datos y utilizarlos para actividades de capacitación y sensibilización dirigidas a proveedores de atención sanitaria y otros funcionarios públicos.

Productos: Se han publicado informes basados en el análisis de datos, siendo los más recientes los perfiles epidemiológicos de los PPL (SESAL, 2015b) y la población Garífuna (Álvarez-Rodríguez, et al., 2017). Se publican informes sobre las actividades en VICITS, con el apoyo del Fondo Mundial. Los datos se han utilizado para recomendar e implementar cambios en el modelo de servicio, tales como priorizar la intervención en los municipios donde se detectó una mayor tasa de positividad (cohorte de VICITS), notificación para el seguimiento de los socios, capacitación en pruebas de VIH, ampliación de los servicios de pruebas de VIH a otros centros de salud, ampliación de los horarios en servicios sanitarios, unidades móviles para trabajadoras sexuales, y capacitación y sensibilización para trabajadores sanitarios favorables a las poblaciones clave (MCP, 2018). Sin embargo, los datos sobre las tasas de positividad no se han utilizado para priorizar los modelos de servicio de *HTC* que han demostrado ser más efectivos en la identificación de nuevos casos seropositivos (Visita de campo).

Resultados:Incluso si las tasas de cobertura del servicio en función de los objetivos nacionales varían según las poblaciones clave, los datos del último *PUDR* disponible (con fecha del 31 de diciembre de 2017) indican que el Fondo Mundial ha contribuido de manera crucial a un mayor acceso a los servicios por parte de todas las poblaciones clave (HSH, trabajadoras sexuales, mujeres transgénero, PPL, población Garífuna). Estos esfuerzos están siendo apoyados por la subvención actual en proporciones que varían de 57.30% (trabajadoras sexuales) a 100% (PPL) (ver Tabla 4).

Sin embargo, las deficiencias del sistema de información sobre el VIH no permiten la correlación de un mayor acceso con ninguno de los siguientes aspectos:

* Mejor acercamiento a las poblaciones más difíciles de alcanzar; los porcentajes de acercamiento frente a los *PSE* aún son modestos, lo cual sugiere que las personas a las que se alcanza son más accesibles; y
* Disminución de las tasas de pérdida durante el seguimiento o aumento de la adherencia al tratamiento y la supresión viral a lo largo del tiempo; no hay datos sobre qué cantidad de PVVIH vinculadas a la atención o con carga viral suprimida pertenecen a qué población clave.

 *“El país tiene una enorme tarea por delante para implementar el SIIS en relación con el VIH. Es poco probable que existan las capacidades adecuadas para hacerlo, y el plazo establecido es claramente demasiado ambicioso, por no decir simplemente irreal.” – Representante de socio para el desarrollo*

## Tablero de mando de los Indicadores Clave: Objetivo 3[[10]](#footnote-10)

|  |
| --- |
| **Claves del Tablero de mando** |
| **1** | Muy bajo |
| **2** | Bajo |
| **3** | Moderado |
| **4** | Bueno  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicador** | **Puntuación** | **Justificación** | **Fuente de los Datos** |
| **Disponibilidad de datos:** Utilización del SIIS  | **0** | Formalmente, todos los centros de salud pública presentan los informes de sus datos a la SESAL mensualmente. Sin embargo, se informa que la calidad de los datos es deficiente. Cada uno de los demás actores (beneficiarios de subvenciones, el sector privado) utiliza su propio sistema de recopilación de datos. Hay planes para construir un sistema nacional integrado, pero persisten las dudas sobre la capacidad del país para completar el trabajo. | Visita de campo |
| **Disponibilidad de datos:** disponibilidad de informes de enfermedades en el SIIS nacional  | **0** | Los datos agregados están disponibles para algunos indicadores estándar específicos de la OMS (cobertura), pero no para todos (impacto). | *PUDR*, 2017 |
| **Calidad de datos:** Integridad | **0** | El 75% de las regiones verifican que presentan los informes de los datos. Sin embargo, la calidad y la integridad de los datos no son sistemáticamente auditados. | Visita de campo |
| **Calidad de datos:** Puntualidad | **0** | Sólo el 33% de las unidades presenta sus informes dentro de los primeros cinco días hábiles, que es el plazo de presentación según los reglamentos nacionales.  | Visita de campo |
| **Puntuación compuesta[[11]](#footnote-11) a través de todos los componentes relevantes (4)**  | **0** |  |  |

# Análisis

**Impacto**

Según ONUSIDA (estimaciones 2018), en Honduras el número de PVVIH alcanzó su punto máximo en el 1999 con 39,000, comenzando con un declive progresivo que ha continuado hasta el 2017 (en 2017 había 22,000 PVVIH). El número de casos nuevos de VIH llegó al máximo seis años antes, en el 1993 (4,900 casos nuevos de VIH), disminuyendo desde entonces hasta el período 2006-2008, cuando se estancó en menos de 1,000 casos. Esto significa que tanto la prevalencia como la incidencia del VIH comenzaron a disminuir antes de la primera subvención del Fondo Mundial, sin embargo, es razonable afirmar que las inversiones del Fondo Mundial durante los últimos 15 años han contribuido a controlar y eventualmente reducir el alcance de la epidemia a través de programas informados y mejorados basados en datos.

En general, se puede decir que, debido al apoyo del Fondo Mundial, hay una mejor planificación de la cobertura del tratamiento, que reduce la transmisión del VIH y contribuye a disminuir la prevalencia del VIH y las tasas de incidencia. Sin embargo, los datos disponibles (ECVC 2012, estudios de Garífuna en 2017, *IBBS* en PPL en 2015, y la base de datos de vigilancia de VICITS 2015-2017) para rastrear las tendencias históricas de la prevalencia del VIH en KP (MSM, FSW, TWG, Garífuna y PPL) no permita comparaciones consistentes, ya que sus fuentes de recopilación de datos y su metodología, así como los ámbitos geográficos, son diferentes (consulte la Tabla 5). Por lo tanto, no está claro si y hasta qué punto las inversiones del Fondo Mundial han contribuido a una disminución de la prevalencia entre esos grupos.

**Tabla 5: La prevalencia del VIH entre poblaciones clave, 2012-2017**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poblaciones clave** | **ECVC 2012****(HSH y mujeres transgénero combinado)** | **VICITS 2015** | **VICITS 2016** | **VICITS 2017** |
| HSH | Tegucigalpa: 6.9%San Pedro Sula: 10.7%La Ceiba: 11.7% | 15.8% | 11.7% | 12.4% |
| Mujeres transgénero | 5.7% | 11.9% | 9.7% |
| Trabajadoras sexuales | Tegucigalpa: 3.3%San Pedro Sula: 6.7%La Ceiba: 15.3% | 0.3% | 3.4% | 2.0% |
| Garífuna  | 3.6% | Álvarez-Rodríguez, et al., 2017  |
| 1.7%  |
| PPL | SESAL PPL, 2015 |
| Tegucigalpa Hombres: 1%Tegucigalpa Mujeres: 0.8%San Pedro Sula Hombres: 3.3%San Pedro Sula Mujeres: 0% |

No hay evidencia de que la incidencia haya disminuido debido a las reducciones de la transmisión como resultado de mayores números absolutos y relativos de PVVIH en el tratamiento. El país adoptó por completo un enfoque de “Análisis y Tratamiento” en 2017, pero es demasiado pronto para ver una correlación entre el aumento de la vinculación y la retención y reducción de la morbilidad y mortalidad.

En general, la mortalidad relacionada con el SIDA comenzó a disminuir paralelamente al lanzamiento de TARV en Honduras en el 2003, con la primera subvención del Fondo Mundial (SESAL, 2018a). El número de PVVIH en TARV aumentó un 17% entre 2012 y 2017. Desde 2010, la mortalidad relacionada con el SIDA (según los informes de los hospitales) ha fluctuado, con un máximo en 2014 de 2.44 por cada 100,000 habitantes, lo que puede explicarse en parte por la alta tasa de diagnóstico tardío (48%). En 2017, la tasa fue de 1.7 por 100,000 habitantes, alcanzando 154 muertes, en comparación con 147 en 2010 (CCM, 2018). El esfuerzo apoyado por el Fondo Mundial para probar y tratar puede haber contribuido a esta disminución en los últimos tres años.

Algunas fuentes advierten que la mortalidad relacionada con el SIDA puede no reportarse (los centros de salud no siempre incluyen al SIDA como causa de muerte, ya sea por mala gestión o por solicitud del paciente o su familia) y que algunos grupos vulnerables, como los garífunas, parecen mostrar una tasa de mortalidad persistentemente alta (23.9%) (Álvarez-Rodríguez, et al., 2017). Los datos recientes de la población Garífuna muestran un alto nivel de mortalidad relacionada con el SIDA (el 23.9% de la cohorte actual de todas los SAI, que comprende 1,908 personas Garífuna), lo que indica una brecha potencial importante para abordar las necesidades de estas poblaciones. Según los informantes clave (Álvarez-Rodríguez, et al., 2017), los problemas de aceptabilidad de las pruebas, la vinculación con la atención médica y la adherencia al tratamiento pueden ser las causas de este fenómeno.

**Inversión estratégica efectiva**

El Fondo Mundial ha estado invirtiendo estratégicamente en todos los aspectos relevantes de la Respuesta Nacional al VIH en Honduras. Con el tiempo, las inversiones prepararon el terreno para que el país asumiera la cobertura de TARV y otros aspectos de la respuesta. Sin embargo, el Fondo Mundial sigue financiando áreas clave de atención sanitaria para las PVVIH (recuentos de CD4, mediciones de carga viral, compra de medicamentos de tercera línea), y también es actualmente el principal financiador del paquete de prevención para poblaciones clave, incluido *HTC*. También es el principal inversor que intenta reforzar el SIIS y abordar el estigma, la discriminación y la violencia en relación con el VIH y las poblaciones clave.

Gracias a estas inversiones, Honduras ha aumentado considerablemente la cobertura del tratamiento con TARV, con un número récord de PVVIH vinculadas al sistema de salud, según las cohortes hospitalarias. Los estudios muestran que la supervivencia a los 12 meses después del inicio de la terapia es superior al 80%. Las inversiones para la vinculación y retención de los pacientes en la atención sanitaria parecen ser efectivas, incluso si dicha efectividad no es uniforme en todos los servicios o ubicaciones geográficas.

A pesar de esas inversiones, el número de personas seropositivas que no están vinculadas al sistema de salud sigue siendo elevado y el número con carga viral suprimida es bajo. Los rendimientos de positividad de los modelos de divulgación en poblaciones clave apoyados por el Fondo Mundial son, con la excepción de mujeres transgénero, muy bajos y, por lo tanto, poco contribuye a reducir la brecha de PVVIH no vinculada al sistema de salud. Además, los servicios de medición de carga viral financiados por el Fondo Mundial están infrautilizados, perdiéndose la oportunidad de tener una idea más clara de la proporción de PVVIH con carga viral suprimida. Ambos aspectos son necesarios para reflejar la efectividad diferenciada de los modelos de servicios de VIH y las barreras sociales, económicas, culturales y de violación de los derechos humanos para acceder a ellos.

**Sostenibilidad**

Las perspectivas para una respuesta sostenible al VIH en Honduras, más allá del apoyo del Fondo Mundial, son variadas. Si bien el país parece estar relativamente bien posicionado para continuar ofreciendo suficientes servicios de salud para las PVVIH (incluso si aún son necesarias mejoras en eficiencia y recursos nacionales adicionales), otras áreas estratégicas de la respuesta nacional del VIH (prevención y *HTC* para poblaciones clave, SIIS y las barreras estructurales) siguen siendo altamente dependientes del apoyo de los donantes internacionales.

El país no podrá abordar plenamente los objetivos estratégicos nacionales en relación con el VIH a menos que pueda desarrollar un liderazgo político fuerte y de alto nivel (responsables de la formulación de políticas, legisladores, líderes de opinión de alto nivel) y movilizar los fondos domésticos adicionales necesarios.

*“El hecho de que el país sepa que tiene la responsabilidad de hacerse cargo de toda la respuesta nacional al VIH no significa que esté preparado para hacerlo, o incluso que quiera hacerlo.” – Funcionario público*

*“Creo que todos sabemos lo que el país debe hacer para controlar la epidemia del VIH. Si eso ocurre o no, dependerá del compromiso de todos nosotros y del liderazgo de los políticos.” – Funcionario público, ex miembro del Programa Nacional de SIDA*

Análisis relativo al Plan del Fondo Mundial para el análisis de prioridades de cartera de país (v1.0):

**Tabla 7. Plan del Fondo Mundial para el análisis de prioridades de cartera de país**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dimensión** | **Actividades Críticas** |
| **Encontrar y tratar más casos efectivamente** | * Resultados diferenciados sobre cobertura de pruebas de VIH por poblaciones clave entre 2015 y 2017 (de 33% a 39% entre HSH; de 12% a 20% entre mujeres TG; de 46% a 25% entre trabajadoras sociales; de 58% a 30% entre Garífuna; del 47% al 40% entre PPL)
* No hay datos disponibles sobre el % de PVVIH (total o poblaciones clave desagregadas) que conocen su estatus de VIH
* El 52% de las PVVIH estimadas están en TARV.
* La oferta de pruebas de VIH ahora está disponible de manera más amplia: promotores comunitarios, redes sociales, horarios de atención ampliados para clínicas, en las clínicas de TB
* Se estima que solo el 33% de PVVIH en la población Garífuna conocen su estado.
 |
| **Prevención de nuevos casos** | * Resultados diferenciados sobre la cobertura del “paquete definido de servicios de prevención” entre poblaciones clave entre 2015 y 2017 (de 43% a 50% entre HSH; de 10% a 31% entre mujeres TG; de 37% a 28% entre FSW; de 40% a 27% entre los Garífunas; de 21% a 64% entre PPL)
* Problemas con acceso al condón: disponibles en los centros de VIH e ITS pero no ampliamente disponibles en el sistema de salud más allá de la planificación familiar
* Se ha realizado un esfuerzo considerable para identificar las barreras a los servicios relacionados con los derechos humanos para las PVVIH y poblaciones clave.
 |
| **Aumentar los fondos disponibles para el VIH** | * El gobierno ahora financia <95% de los costos de TARV
* El 42% de las clínicas gubernamentales ahora ofrecen HCT
* Poco uso de las OSC como proveedores de servicios más allá de algunas actividades educativas destinadas a poblaciones clave
* No hay evidencia de movilización de recursos más allá de Fondo Mundial y el gobierno
 |
| **Reducir el costo de combatir el VIH** | * Algunos problemas de aumento de costos asociados con la descentralización de la compra de reactivos para algunas pruebas
 |

# Recomendaciones

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **Recomendaciones principales** | **Prioridad** | **¿Quién lo implementa?** | **¿Para cuándo?** | **Implicaciones para el financiamiento del Fondo Mundial** |
| 1. **1**
 | **Revitalizar el CONASIDA como organismo de coordinación de múltiples partes interesadas.**La respuesta nacional al VIH en Honduras requiere un foro donde todas las partes interesadas estén representadas, se comparta la información, se analicen los datos epidemiológicos y del programa, y se establezcan las prioridades compartidas en función de estas aportaciones. | Alta | La revitalización de CONASIDA es responsabilidad del Gobierno de Honduras. Los interesados deben comprometerse a participar activamente, compartir información, discutir prioridades y cumplir con estos compromisos. | Marzo 2019 | El Fondo Mundial puede condicionar sus contribuciones a la existencia de un CONASIDA plenamente funcional y reconocido. |
| 1. **2**
 | 1. **Utilizar las tasas de positividad para dar prioridad a las actividades de *HTC* que son más efectivas.**
 | Alta | La discusión y la toma de decisiones deben ser dirigidas por el país, en colaboración con los socios para el desarrollo y la participación de los ejecutores del programa y las OSC. | Al final del 1er trimestre, 2019 | El Fondo Mundial, como socio para el desarrollo, debe usar la evidencia proveniente de la implementación del programa para acordar con el PR para priorizar los modelos que mejor se ajustan a su propósito. |
| 1. **3**
 | **Reforzar los servicios en toda la continuidad de la atención del VIH.**Un continuo de atención óptimo debería incluir: hacer que las pruebas de VIH y sífilis estén continuamente disponibles en todos los centros de salud de la red nacional, adaptar las directrices del TARV para abordar con éxito la resistencia primaria, garantizando que todos los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral se sometan al menos a una medición de carga viral por año, y abordar la falta de adherencia a la terapia antirretroviral que da por resultado una carga viral no suprimida La mayoría de estas actividades ya están reguladas en las directrices nacionales, pero no se implementan.  | Alta | SESAL tiene la responsabilidad de coordinar a las partes interesadas relevantes, asignar los fondos de implementación necesarios y asegurar que se sigan las directrices. | Al final de 2019 |  |
| 1. **4**
 | **Asignar los recursos domésticos adicionales necesarios para sostener la respuesta nacional al VIH.**Honduras recibirá progresivamente cantidades menores de ayuda financiera por parte de los socios para el desarrollo para sostener su respuesta nacional al VIH, y en particular del Fondo Mundial. Algunas áreas estratégicas, como prevención y *HTC*, las herramientas de diagnóstico para PVVIH bajo tratamiento, la vinculación con la atención médica y las actividades de retención, un SIIS completamente funcional y acciones hacia un entorno propicio para grupos vulnerables se pondrán en peligro si el país no asume su responsabilidad. Este no es sólo un problema de capacidad financiera sino también, y principalmente, de voluntad política y liderazgo.  | Alta | Todos los actores públicos involucrados en el diseño y la implementación del presupuesto nacional de salud desempeñan un papel para garantizar un aumento proporcional en el presupuesto de VIH: La SESAL, la Secretaría de Finanzas, la coordinación gubernamental, el gabinete del Presidente y el Parlamento. Las organizaciones de la sociedad civil deben hacer incidencia para lograr mayores recursos domésticos. | De 2019 a 2022  | El Fondo Mundial y otros donantes deben apoyar a las OSC en la incidencia para mayores recursos domésticos para el VIH. Los socios para el desarrollo, incluido el Fondo Mundial, deben iniciar diálogos con el gobierno, ayudando a mostrar el costo-beneficio de las inversiones domésticas para el VIH.  |
| 1. **5**
 | **Implementar un SIIS integral y totalmente funcional.**La falta de un SIIS adecuado en Honduras significa perder oportunidades para comprender mejor las tendencias del VIH (incluida la distribución geográfica y de género) y cómo afecta a los grupos vulnerables. La falta de datos confiables dificulta la adaptación de los servicios y la priorización de las políticas. En ese sentido, la implementación de un sistema digital en línea basado en el *UIC* que comparten todas las partes interesadas y sus diferentes servicios ayudará enormemente, si se interpreta adecuadamente, a aumentar la eficacia del sistema de salud. A largo plazo, la creación e implementación de una historia clínica digital y una prescripción electrónica de medicamentos simplificarán enormemente los procedimientos en los SAI, reducirán la carga de trabajo de los profesionales de la salud y aumentarán la calidad de vida de los pacientes. | Alta | SESAL tiene la responsabilidad de hacer que el SIIS se convierta en una realidad mediante el establecimiento de las capacidades técnicas adecuadas y una alta prioridad política. | A finales de 2020 | El Fondo Mundial puede continuar apoyando al país con fondos y asistencia técnica, pero debe ser estricto con el retorno de la inversión. Otros socios para el desarrollo también pueden contribuir con su experiencia. |
| 1. **6**
 | **Monitorear de cerca el impacto real de los Fondos Catalíticos.**Muy recientemente, Honduras ha obtenido US$ 1,899,999 del Fondo Mundial con el fin de abordar las barreras para que las poblaciones clave accedan a la atención sanitaria. Esta es una excelente oportunidad para abordar muchas de las barreras estructurales que enfrentan las poblaciones clave para acceder a los servicios de salud, reducir el estigma y la discriminación, y para abordar las violaciones de los derechos humanos, incluida la violencia. Pero también es una oportunidad para que el país asuma la plena responsabilidad de los problemas y desarrolle e implemente su propia estrategia sólida e integral.  | Alta | El Fondo Mundial y los receptores de las subvenciones. Los receptores de las subvenciones deben utilizar este apoyo para hacer que las autoridades nacionales rindan cuentas de sus políticas y hacer incidencia por los cambios necesarios para garantizar los derechos humanos de las poblaciones clave y las PVVIH. | De 2019 a 2021 | El Fondo Mundial debe monitorear de cerca el impacto real de las actividades que se están implementando bajo la Subvención de Fondos Catalíticos. |
| 1. **#**
 | 1. **Recomendaciones menores**
 | **Prioridad** | **¿Quién lo implementa?** | **¿Para cuándo?** | **Implicaciones para el financiamiento del Fondo Mundial** |
| 1. **7**
 | **Aumentar las eficiencias reformulando los reglamentos de sanidad relacionados con el VIH, siguiendo el estudio piloto en San Pedro Sula.**El modelo de atención médica actual para las PVVIH requiere visitas a los SAI con una periodicidad muy frecuente (una vez al mes o cada dos meses) para todos los pacientes, un reglamento que se justifica. Los pacientes adherentes con una carga viral suprimida durante un período de tiempo razonable no necesitan exámenes médicos más de dos veces al año, y pueden recoger su receta de medicamentos trimestralmente. Esto mejorará la calidad de vida y reducirá los costos para esos pacientes. También reducirá la carga de trabajo de los profesionales sanitarios, quienes podrán concentrarse en los pacientes que comienzan la terapia y en aquellos que retoman la vinculación, los que no logran suprimir la carga viral o los que están en riesgo de perderse. Este modelo se está probando en San Pedro Sula y se recomienda ampliarlo a nivel nacional.  | **Media** | Los reglamentos de la práctica sanitaria son responsabilidad de SESAL. | Al final del 1er semestre, 2019 | El Fondo Mundial puede contribuir a esta mejora proporcionando asistencia técnica para la implementación de la nueva frecuencia de visitas médicas y apoyando financieramente las reformas necesarias para asignar más y mejores salas de almacenamiento de medicamentos en los SAI.  |
| 1. **8**
 | **Desarrollar e implementar un programa específico para comprender las causas y reducir la mayor mortalidad relacionada con el VIH en la población Garífuna.**Estudios recientes han demostrado que la población Garífuna experimenta una mortalidad relacionada con el VIH de 23.9%. Es importante comprender mejor las causas de una tasa tan elevada para diseñar y poner en práctica intervenciones para reducirla. Incluso si el número absoluto de personas afectadas no es alto, la desproporción en comparación con la población general pone en destaque un problema de equidad.  | Media | El Fondo Mundial, la SESAL y el RP deben reunirse para explorar cómo utilizar los recursos disponibles para el mayor beneficio de esta población desatendida. | Al final del 1er semestre, 2019 | La población Garífuna es uno de los grupos seleccionados en la subvención actual para el VIH del Fondo Mundial en Honduras. |
| 1. **9**
 | **Realizar un nuevo *IBBS* centrado en HSH, mujeres transgénero y trabajadoras sexuales.**1. Recientemente se obtuvieron datos de encuestas epidemiológicas de la población Garífuna (2017) y PPL (2015), con el apoyo del Fondo Mundial y *USAID*. Sin embargo, las cifras disponibles para HSH, mujeres transgénero y trabajadoras sexuales provienen del ECVC realizado en 2012. Una nueva encuesta en estas poblaciones facilitará el análisis de cómo garantizar que las tasas de positividad actuales de los servicios de *HTC* estén alineadas con las tendencias epidemiológicas en la comunidad, contribuyendo a las intervenciones priorizadas. El gobierno de Honduras debe realizar esfuerzos para hacer incidencia y movilizar fondos (recursos propios o con la ayuda de otros socios) para llevar a cabo estos estudios.
 | Medium | Los socios para el desarrollo y la SESAL podrán necesitar explorar maneras de compartir el costo de la encuesta. | A finales de 2020 | El Fondo Mundial puede necesitar explorar financiamiento con la SESAL. |

# References

|  |
| --- |
| Álvarez-Rodríguez, et al. (2017). Epidemia del VIH en Población Garífuna de Honduras: Resúmenes Ejecutivos de Cuatro Subestudios.Anónimo. (2015). Estimación del tamaño de población clave con mayor riesgo de exposición al VIH en Honduras mediante la metodología de mapeo programático.*Centers for Disease Control and Prevention*, et al. (2012). Encuesta Centroamericana de vigilancia del comportamiento sexual y prevalencia del ITS y VIH en poblaciones clave. CONASIDA y ONUSIDA. (2013a). Aproximaciones al tamaño de las poblaciones de mujeres trabajadoras sexuales y hombres que tienen sexo con hombres aplicables a Honduras y Centro América. CONASIDA y ONUSIDA. (2013b). Caso de inversión en VIH Honduras.  |
| CONASIDA y ONUSIDA. (2015). Diagnóstico situacional del continuo de la atención integral en VIH en el marco del monitoreo de los componentes de la cascada de diagnóstico, tratamiento y calidad de atención en Honduras.  |
| Mecanismo Coordinador de País de Honduras. (2015). Nota conceptual 2016-2019.  |
| Mecanismo Coordinador de País de Hondruas. (2018). Nota conceptual de continuidad 2019-2022.  |
| Fundación Llaves y ONUSIDA. (2014). Índice de Estigma en Personas que Viven con VIH en Honduras. Fondo mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. (2018). Ampliación de programas para reducir los obstáculos a los servicios relacionados con el VIH relacionados con los derechos humanos - Línea de base de los derechos humanos (*Scaling up Programs to Reduce Human Rights-Related Barriers to HIV Services – Human Rights Baseline*).Fondo Mundial (2018). Carta de retroalimentación Periodo 1 enero – 31 diciembre, 2018.Fondo mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. (2019). Visión general de Honduras. Bajado el 15 de febrero de 2019 de <https://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/?k=38565614-b542-4558-96f5-6c0ab3e36f97&loc=HND>. Gobierno de la República de Honduras. (2015). Reforma a la Ley especial de VIH y Sida con enfoque de derechos Humanos.  |
| ONUSIDA. (2013). Evaluación del Proceso y Resultados del PENSIDA III. Honduras.  |
| Organización Panamericana de la Salud. (2017). Misión técnica de Evaluación integral conjunta de la respuesta del sistema de salud a la infección por el VIH y las ITS y apoyo técnico hacia la innovación, la ampliación y la sostenibilidad. Informe Final [Informe escrito y diapositivas de PowerPoint]. |
| PEPFAR. (2013). Informe de la evaluación del sistema nacional de vigilancia epidemiológica de VIH en Honduras.  |
| Secretaría de Salud. (2011). Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida en el marco de la Reforma del Sector Salud. Secretaría de Salud. (2012a). Estudio de Medición del Gasto en SIDA. Secretaría de Salud. (2012b). Informe de la Evaluación del Flujo de Notificación de Casos De VIH/Sida a Vigilancia de la Salud y Cumplimiento del Algoritmo Diagnóstico en la Red de Servicios de la Secretaria de Salud de Honduras. Secretaría de Salud. (2014). Estudio de Medición del Gasto en SIDA. Secretaría de Salud. (2015a). Informe Nacional de Progreso.Secretaría de Salud. (2015b). Paquete específico de prestaciones y servicios de promoción, prevención, atención y apoyo, para el abordaje de las ITS y el VIH en poblaciones clave en mayor riesgo. Secretaría de Salud. (2016a). Estudio de Medición del Gasto en SIDA. Secretaría de Salud. (2016b). Plan de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional a la epidemia del VIH en Honduras 2016 – 2019. Secretaría de la Salud. Gobierno de Honduras. (2016c). Plan Estratégico de Respuesta Nacional para la Prevención y Control de la Tuberculosis en Honduras 2016-2020. Secretaría de Salud. (2017a). Monitoreo Global del SIDA. Secretaría de Salud. (2017b). Informe Estadístico de la Epidemia de VIH en Honduras período 1985 – Junio 2017. Secretaría de Salud. (2017c). Informe Estimaciones y Proyecciones VIH a través de *Spectrum* v5.56. Secretaría de Salud. (2017d). Plan Nacional de Supervisión para la Respuesta al VIH –TB. Secretaría de Salud. (2018a). Análisis de la Situación Epidemiológica de las ITS y el VIH en Honduras 2013-2017.  |
| Secretaría de Salud. (2018b). Guía de Consejería en VIH basada en Riesgo. Secretaría de Salud. (2018c). Informe de Indicadores de Impacto y Resultados. Secretaría de Salud. (2018d). Informe Estadístico de la Epidemia de VIH en Honduras período 1985 – octubre 2018. Secretaría de Salud. (Sin Fecha). Guía para Monitoreo y Evaluación de la Gestión de Existencias y Verificación de la Calidad del Dato Logístico.  |
| Secretaría de Salud. (Sin fecha). Resumen del Plan de Sostenibilidad de la Subvenciones [documento Excel]. Secretaría de Salud. Plan Estratégico Nacional del VIH/SIDA (PENSIDA IV). |
| Secretaría de Salud. Plan Estratégico Nacional del VIH/SIDA II (PENSIDA II).  |
| Secretaría de Salud. Plan Estratégico Nacional del VIH/SIDA III (PENSIDA III).Secretaría de Salud, Fondo Mundial, y ONUSIDA. (2015a). Estudio sobre conocimientos, actitudes, prácticas sexuales y sero-prevalencia de VIH y sífilis en población privada de libertad de Honduras en Tegucigalpa y San Pedro Sula. Secretaría de Salud, ONU Mujeres, y ONUSIDA. (2013). Sistematización del Diagnóstico de Género en la Respuesta al VIH en Honduras.Secretaría de Salud y PEPFAR. (2017). Epidemia del VIH en Población Garífuna en Honduras.Unidad de Gestión de la Calidad, Secretaría de Salud. (2017). Cinco Guías de Supervisión Capacitante: ITS, Pediátrica, Consejería, Adolescentes y Adultos, Pruebas VIH y Transmisión Vertical. |
|  |

# Información adicional

Por favor, consulte el [Documento de Información Suplementaria](https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1DFveiGt_gAAHsQ91-wTooBb_uUY3ur7u) para obtener información sobre los antecedentes adicionales del proyecto, la metodología específica y las limitaciones de esta evaluación.

# Anexos

### Anexo 1 – Objetivo 1. Análisis

El Fondo Mundial ha brindado apoyo en todos los dominios de este objetivo. Este apoyo se ha complementado en diferentes períodos y para diferentes componentes por otros donantes internacionales, particularmente la cooperación exterior de los Estados Unidos (*USAID*, *CDC*). Uno de los efectos positivos más tangibles se muestra en la mejora de la planificación estratégica y el rango y la calidad de la información para dar a conocer esa planificación. Sin embargo, continúa habiendo brechas de información y datos relevantes, y es evidente que estas incluyen la falta de un sistema de información de salud integrado y la adopción de un *UIC* universal correspondido por todas las partes interesadas. La falta de datos más detallados, consistentes y de calidad dificulta la adaptación de los modelos y programas.

También se han observado mejoras en el suministro de productos básicos, pero se continúa notificando desabastecimientos de varios productos clave (pruebas de VIH, condones masculinos). Las pruebas de VIH se usan en algunos hospitales para evaluar a todos los pacientes que requieren cirugía, lo cual ocasiona una escasez al iniciar el año fiscal. En otros centros, cuando la cantidad es limitada, se da prioridad de acceso a las pruebas únicamente a mujeres embarazadas. Los condones masculinos parecen estar ampliamente disponibles en la mayoría de los centros de salud, pero algunos limitan su acceso sólo a los servicios de planificación familiar. Sólo los servicios dirigidos específicamente a poblaciones clave suministran condones masculinos de manera continua a sus usuarios.

Los lubricantes son extremadamente escasos y sólo se proporcionan a HSH y mujeres transgénero a través de intervenciones específicas, pero no están disponibles en los centros de salud para la recogida espontánea, ni siquiera en VICITS. Otros grupos de poblaciones clave (trabajadoras sexuales, Garífunas, PPL) no tienen acceso a los lubricantes.

La disponibilidad descentralizada de las pruebas de CD4 ha sido un importante paso positivo para que sea más accesible a todas las PVVIH que viven fuera de las grandes ciudades. Sin embargo, la descentralización de la compra de reactivos no ha demostrado ser eficiente, ocasionando el aumento de los precios. La SESAL es consciente de este problema y está tomando medidas para recalcular la compra de reactivos CD4.

La medición de la carga viral está actualmente centralizada en el Laboratorio Nacional de Vigilancia de la Salud. A pesar de eso, el sistema parece estar muy bien organizado, con un eficiente servicio de mensajería que recoge muestras en la mayoría de los SAI y las transporta de manera segura a la capital, donde se realizan alrededor de 900 a 1000 mediciones de cargas virales al mes, a sólo la mitad de la capacidad del equipo. Los resultados ahora se comunican en no más de siete días a los médicos a través de Internet. Está en marcha un plan para tener una segunda máquina de carga viral en San Pedro Sula, la segunda ciudad más grande del país. Esto ampliará aún más la capacidad del país para realizar mediciones de carga viral. Sin embargo, un modelo pesado de agendamiento de pacientes, combinado con el tiempo, la distancia y las restricciones relacionadas con la pobreza, dificultan la tasa de recolección de muestras de sangre (ver Objetivo 2 para una explicación detallada).

Los obstáculos descritos dificultan que se garantice un cuidado continuo para las poblaciones en riesgo o que viven con el VIH, pero no son insuperables. En la mayoría de los casos, no es una barrera financiera o de recursos, sino que está relacionada con la manera en que se administran los productos básicos de salud o se organizan los servicios sanitarios. En ese sentido, la débil autoridad de gobernanza la SESAL para regular, coordinar, supervisar y corregir es el principal obstáculo para mejorar la respuesta al VIH en el sistema de salud.

Por otro lado, las inversiones del Fondo Mundial en un entorno propicio y sostenible han llevado a múltiples actividades que brindan apoyo psicológico y jurídico a nivel individual, campañas de incidencia, programas de sensibilización y capacitación para actores clave, tales como trabajadores sanitarios y agentes de la autoridad, y sensibilización entre los legisladores. Si bien esto ha llevado a una Ley de SIDA reformada que aumenta la protección para las PVVIH, no hay pruebas concluyentes de que se hayan reducido los abusos contra las PVVIH y las poblaciones clave, incluso en los servicios de salud. Si bien la observación directa de los servicios de VIH y las conversaciones con sus beneficiarios anónimos no apuntaron hacia problemas de estigma y discriminación, las paredes y los tablones de anuncios estaban llenos de mensajes religiosos, y los miembros de las OSC informaron constantemente que los prestadores de atención sanitaria, incluyendo consejeros de VIH, usaban su posición para hacer proselitismo religioso y estigmatizar el comportamiento de las poblaciones clave.

Se necesita una nueva legislación contra la discriminación que proteja a las poblaciones clave, un mayor apoyo del liderazgo político y mayores recursos para abordar el estigma y la discriminación y las violaciones de los derechos humanos.

### Anexo 2 – Objetivo 2. Análisis

Se han realizado importantes inversiones por parte del Fondo Mundial y otros donantes (principalmente *PEPFAR*) para apoyar la respuesta al VIH en Honduras. En 2003, el apoyo exterior fue integral, incluyendo prevención, pruebas, atención, tratamiento y apoyo a las comunidades. A lo largo de los años, el país se ha hecho cargo de proporcionar el tratamiento, que actualmente está financiado entre 93% y 98% con recursos nacionales. Si bien el número de personas sometidas a pruebas de carga viral y con la carga viral suprimida sigue siendo insuficiente (los datos del último año indican un ligero descenso), es elevado en relación con el número de personas que reciben TARV, y podría llegar a ser más elevado si hubiera un mayor número de pacientes que acceden a mediciones de la carga viral. No existen datos desglosados por género en ninguno de los dos indicadores (número de pacientes que tienen una medida de carga viral y con carga viral suprimida). Lo mismo puede decirse sobre la cantidad de personas diagnosticadas con VIH que están vinculadas a la atención médica, que comienzan el tratamiento y que permanecen en TARV durante 12 meses por lo menos. En ese sentido, se puede interpretar que las inversiones del Fondo Mundial han ayudado al país a implementar y desarrollar un servicio nacional para tratar a las PVVIH y reducir la mortalidad relacionada con el SIDA. Las excepciones a estas tendencias son dos poblaciones clave, las mujeres embarazadas y la población Garífuna, donde las tasas de personas con carga viral suprimida son aún más bajas.

Sin embargo, este análisis es más pormenorizado, ya que los datos recientes de la UVG, respaldados por *CDC*, muestran que la resistencia primaria a los inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos ha alcanzado el 27.30% (presentación en PowerPoint compartida por la UVG, 2018). Esto significa que el país necesita revisar sus directrices sobre las opciones de tratamiento de primera línea y de seguimiento, de lo contrario corre el riesgo de aumentar rápidamente la tasa de fracaso del tratamiento poco después de que pacientes no tratados previamente empiecen a tomar los medicamentos.

En cualquier caso, si los programas de *HTC* siguen diagnosticando nuevos casos de VIH y el país sigue contribuyendo a aumentar la esperanza de vida de las PVVIH a través de una cobertura sostenida de TARV, la cohorte de personas en terapia crecerá de manera constante. Ese crecimiento sólo podría sostenerse si, junto con recursos adicionales, se identifican e implementan eficiencias en la prestación de servicios. El país puede comenzar reconociendo que no todos los pacientes son iguales y que diferentes personas pueden necesitar o beneficiarse de diferentes programas de servicios. Primero, es necesario desvincular la recogida de medicamentos de las visitas médicas. En segundo lugar, la periodicidad de la visita médica debe basarse en las necesidades y la situación del paciente. Las personas que se han adherido al tratamiento firmemente y que tienen una carga viral suprimida durante un período prolongado podrían extender sus visitas médicas a la norma internacional (cada seis meses), con la recogida de medicamentos cada tres meses, y no necesariamente vinculada a la visita médica. Esto requerirá aumentar y mejorar las condiciones para el almacenamiento de medicamentos en los SAI y modificar la cadena de suministro de medicamentos. A cambio, ofrecerá un gran beneficio a los pacientes en términos de reducción de gastos directos (pérdida de trabajo, transporte) y mejor calidad de vida, y reducirá significativamente la carga de trabajo de los profesionales de la salud. Luego, los profesionales podrían concentrarse en apoyar a los pacientes que requieren un monitoreo más cercano, como aquellos que comienzan el tratamiento (hasta que puedan ser ubicados en el grupo de adherentes regulares) o aquellos que tienen dificultad en adherirse a la terapia debido a factores personales o sociales.

Los cambios en el modelo de servicio de atención médica deben implementarse al mismo tiempo que se mejoran las condiciones laborales de los trabajadores sanitarios. Si bien el número de profesionales de la salud parece suficiente y si estuvieran organizados de manera diferente podrían ser más productivos, muchos de ellos (enfermeras, técnicos de laboratorio) experimentan una elevada rotación o los salarios (gerentes de programas) no se pagan regularmente. Esto se traduce en falta de motivación y pérdida de conocimientos adquiridos en los centros de salud (Visita de campo).



*Fotos: Almacenamiento de medicamentos TARV en el SAI San Juan Pueblo, Atlántida, Honduras*

El principal desafío que el país debe abordar es identificar, evaluar y vincular a casi la mitad de las PVVIH que actualmente no reciben atención: 48% de las PVVIH no están vinculadas a los SAI (SESAL, 2018a), y no se sabe cuál es la proporción de quienes no conocen su estado serológico en comparación con aquellas que sí lo saben, pero no están vinculadas a la atención. De manera similar, 49% de las PVVIH (diagnosticadas o no) no están tomando TARV, lo que representa una enorme oportunidad perdida tanto en términos de resultados de salud para esa población como en términos de impacto en la salud pública. A pesar de las inversiones del Fondo Mundial y de otros socios para el desarrollo, sólo el 42% de los centros de salud en el país ofrecen pruebas de VIH, incluidas las ocho VICITS adaptadas y favorables a las poblaciones clave (SESAL, 2018c). La falta de cobertura, la falta de atención a los determinantes socioeconómicos, las barreras culturales y las amenazas a la seguridad alimentan la debilidad de la respuesta nacional en el primer componente de las metas 90-90-90 (MCP, 2018).

Desde 2017, varios implementadores están recopilando datos para determinar la tasa de positividad de cada modelo que ofrece *HTC* a poblaciones clave (ver Tabla 6). Si bien estos datos no pueden excluir el doble cómputo debido a la falta de integración del sistema de información de salud, sugieren que, en general, el modelo más efectivo para identificar casos seropositivos es el horario ampliado en VICITS, seguido del alcance en las redes sociales utilizando clínicas privadas (uno de los modelos que utiliza *PASMO*). Si este modelo se amplía, será necesario abrir más VICITS. La excepción podría ser el enfoque para identificar a las mujeres transgénero seropositivas, en las que el alcance en persona en la comunidad aún podría tener un papel relevante. En cualquier caso, las partes interesadas del país tienen la responsabilidad de compartir y discutir colectivamente los datos que están acumulando sobre los rendimientos positivos de los diferentes modelos de *HTC*, y el país debe usar esa evidencia para dar prioridad a los modelos que parecen más efectivos.

De manera similar, es crucial obtener y analizar datos sobre las estrategias más efectivas para vincular a pacientes seropositivos diagnosticados recientemente con los SAI, para retenerlos cuando muestran signos de pérdida durante el seguimiento y, para volver a vincularlos cuando abandonan el sistema, es crucial informar a la toma de decisiones. La evidencia disponible sugiere que reducir el lapso entre el diagnóstico y el primer chequeo médico, seguido de la prescripción y entrega del medicamento, probablemente sea eficaz para aumentar la vinculación con la atención (Visita de campo). Idealmente, esto debería ocurrir en el mismo día, mientras que, en la mayoría de los casos, esto puede demorar hasta siete días o más. Se debe decir que la entrega rápida de servicios no siempre garantiza la vinculación, ya que algunos centros informan sobre las reacciones de negación de algunos pacientes que están en shock por el diagnóstico seropositivo y huyen o no regresan (Visita de campo). Del mismo modo, deben evaluarse las actividades para retener a los pacientes cuando están en riesgo de perderse durante el seguimiento, y para volver a vincularlos cuando se han perdido, en función de sus tasas de éxito. Según los informantes clave, la prevención de la pérdida durante el seguimiento es más eficiente y menos costosa que intentar involucrar nuevamente a los pacientes perdidos. En esta última categoría, los pacientes que se han perdido recientemente durante el seguimiento son más fáciles de recuperar que los que se han perdido hace más tiempo, cuya ubicación es difícil de determinar (Visita de campo).

Estas decisiones sobre modelos diferenciados de *HTC* y vinculación deben ir acompañadas de análisis y acciones para aumentar la aceptabilidad de la prueba del VIH y un resultado positivo. Las poblaciones clave en los grupos focales indican que el temor a las consecuencias sociales de un resultado seropositivo es la causa principal para rechazar una prueba de VIH. Esas consecuencias sociales incluyen el estigma y la discriminación en la familia, el vecindario, el lugar de trabajo y los centros educativos. Esto también implica un rechazo significativo en las propias comunidades: cuando se les preguntó, los HSH informaron que no tendrían una pareja o amigo seropositivo y que, si su pareja / amigo afirmaba serlo, cortarían su relación. Las mujeres transgénero y las trabajadoras sexuales concordaron en que ser conocidas como seropositivas es algo que utilizan sus pares para perjudicar la reputación y el acceso a los clientes. Las mujeres transgénero y las trabajadoras sexuales también dijeron que, para sus pares que están controladas o bajo la extorsión de bandas criminales, ser conocidas como seropositivas aumenta considerablemente el riesgo de ser asesinadas (Visita de campo). Esta puede ser una de las razones subyacentes clave por las que estas dos poblaciones pueden ser más difíciles de vincular y retener en los servicios de salud. Las acciones para combatir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH, tanto a nivel social como en las comunidades de poblaciones clave, así como la pobreza, la inequidad y la violencia que afectan a las poblaciones clave, en particular a las mujeres transgénero y las trabajadoras sexuales, son cruciales para aumentar la vinculación y la retención en la atención del VIH.

## Anexo 3 – Objetivo 3. Análisis

El Fondo Mundial (y otros socios para el desarrollo: *PEPFAR* / *CDC* / *USAID*, ONUSIDA, OPS) ha brindado asistencia financiera y técnica para mejorar el Sistema Integrado de Información de Salud de Honduras en relación con el VIH. Esto tenía como objetivo mejorar el alcance y la calidad de los datos, así como su interpretación para informar la evaluación del modelo de servicio y su modificación posterior. Sin embargo, un SIIS completo y funcional en relación con el VIH en Honduras es básicamente inexistente. Cada parte interesada utiliza su propio sistema de recopilación de datos, los indicadores no están necesariamente homologados, faltan algunos indicadores clave de impacto, las auditorías de calidad de los datos sólo las realizan las organizaciones asociadas con el Fondo Mundial y el PEPFAR, y en los centros públicos la recopilación de datos es manual y se digitaliza después, sin protección contra pérdidas accidentales.

Aunque el país ha podido producir datos agregados sobre la cascada del continuo de atención y la información ocasional sobre otros indicadores relacionados con poblaciones clave (HSH, trabajadoras sexuales, mujeres transgénero, PPL y población Garífuna), parte de la información no está actualizada (el informe disponible sobre tendencias de comportamiento en HSH, trabajadoras sexuales y mujeres transgénero es de 2012), no es integral (tasas de positividad en los mismos grupos), ni está completa (resultado del impacto e indicadores de excedentes para todos los grupos). Además, los informes de evaluación de los socios para el desarrollo indican que la insuficiencia de los informes sigue siendo considerable (OPS, 2017). Si bien los esfuerzos realizados hasta ahora han contribuido a intervenciones y servicios más específicos, no está claro el impacto final que han tenido en los resultados de salud.

El sistema actual no permite determinar cuántas PVVIH conocen su estado ni cuántas de ellas están asociadas con una o más poblaciones clave. La falta de esta información hace que sea más difícil diseñar e implementar enfoques diferenciados para aumentar las tasas de positividad en las actividades de prueba y divulgación (encontrar casos) e innovaciones en las intervenciones de prevención.

El sistema de información actual no permite un conocimiento preciso de la cantidad de PVVIH vinculadas a los servicios de salud (los datos en cascada actuales provienen de las personas que reciben TARV y el estado anterior a la TARV en los SAI) o las características de las PVVIH que no permanecen en el tratamiento. Esta brecha obstaculiza los esfuerzos para volver a vincular a las PVVIH o retenerlas en el sistema de salud. La implementación completa de un modelo de *UIC* que incluya un registro del historial médico compartido por todos los actores y servicios en el continuo de la atención brindaría datos muy valiosos para informar mejores estrategias para la prevención y probar la divulgación, la vinculación y atención al sistema de salud.

En resumen, SESAL, como organismo nacional de salud pública, carece de una visión global de la situación del VIH en el país, lo cual limita su capacidad de análisis crítico y planificación estratégica.

### Anexo 4 – Objetivo 4. Análisis

Objetivo 4.**Evaluar hasta qué punto las inversiones del Fondo Mundial han ayudado a los países a prepararse financiera y programáticamente para una respuesta sostenible a las tres enfermedades.**

### Tablero de mando de los Indicadores Clave del Objetivo 4

|  |
| --- |
| **Claves del Tablero de mando** |
| **1** | Muy bajo |
| **2** | Bajo |
| **3** | Moderado |
| **4** | Bueno  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicador** | **Puntuación** | **Justificación** |
| **Financiamiento doméstico** para fármacos para el tratamiento | 4 | Honduras cubre el 93-98% (las cifras varían según la fuente) de la compra de TARV con fondos públicos domésticos. Sin embargo, el sistema público sólo cubre el 8.8% del tratamiento ambulatorio de las OI; la gran mayoría es gasto directo. |
| **Financiamiento doméstico** para productos básicos de diagnóstico | 2 | En general, los recursos domésticos cubren el 27.6% del asesoramiento y pruebas del VIH con carácter voluntario, pero no para poblaciones clave como HSH, mujeres transgénero y trabajadoras sexuales, donde su contribución es del 0%. Las pruebas de ITS se financian a nivel nacional en más del 60%, excepto para HSH, que es menos del 40%. El país no cubre los costos de CD4 o las pruebas de carga viral |
| **Financiamiento doméstico** para adherencia / apoyo social | 1 | No hay financiamiento nacional en esta categoría, excepto para la transferencia de efectivo como parte del sistema de bienestar social, no específico del VIH. |
| **Financiamiento doméstico** para prestación de servicios dirigida por OSC | 1 | No se conocen contribuciones a los servicios dirigidos por OSC en VIH apoyados por recursos domésticos.  |
| **Financiamiento doméstico** para productos básicos para la prevención | 4 | La gran mayoría de los gastos de condones son privados nacionales (la compra directa a través de tiendas minoristas es del 90%). No hay compra pública nacional de lubricantes |
| **Financiamiento doméstico** para vigilancia / información estratégica | 1 | No hay contribución doméstica a la vigilancia y evaluación. |
| **Financiamiento doméstico** para recursos humanos para la gestión del Programa Nacional (excluyendo el personal del servicio de salud general que presta servicios) | 0 | Dado que el Programa Nacional fue desmantelado en 2014 y su personal asignado a otros departamentos como parte de un enfoque de integración, no es posible responder esta pregunta.  |
| **Financiamiento doméstico** para el financiamiento global del programa | 4 | El gasto doméstico público y privado combinado representa el 72% del gasto en VIH en el país.  |
| **Puntuación compuesta a través de todos los componentes relevantes (8)**  | 2.13 |  |

El VIH representa el 5.49% del gasto total en salud en el país. De eso, el 46% provino de fuentes públicas, el 28% de donantes internacionales y el 26% de fuentes privadas. La categoría de gasto más alta fue la prevención en 59.96%, con el gasto privado en condones en primer lugar (compra directa de condones en tiendas minoristas), seguido por la atención y el tratamiento en 32.78%. Por poblaciones beneficiarias, el porcentaje de mayor gasto corresponde a las PVVIH (32.5%), seguido por la población general (25.2%) y las poblaciones clave (15.1%) (SESAL, 2016a).

Dominio 4.1 Modelos de servicio sostenibles

Insumos: No existe información que identifique las contribuciones específicas del Fondo Mundial para la integración de elementos de servicio en los sistemas de salud (excepto la integración de los servicios de VIH y TB), la reforma del seguro de salud y de la previsión, el uso más efectivo de los recursos humanos, o una mayor eficiencia de costos. El paquete definido de servicios de VIH para poblaciones clave se ejecuta paralelamente al sistema de salud, sostenido por el Fondo Mundial y otros socios para el desarrollo (PEPFAR) (Visita de campo).

Ha habido un apoyo continuo para eliminar las barreras estructurales a los servicios para las poblaciones clave. En la subvención actual, este apoyo cubrió tres áreas: cambios legales y sensibilización al VIH / derechos humanos para funcionarios de salud de alto nivel, educación y seguridad a través de la incidencia política; apoyo a las personas que han sufrido violaciones de derechos humanos, recopilación de casos de violación de derechos, publicación y divulgación, y sensibilización y capacitación sobre violaciones de derechos humanos y abuso sexual para funcionarios públicos, profesionales de la salud y la policía (MCP, 2015 and 2018).

Productos: No hay información sobre los elementos del paquete integral incorporado en el sistema general de salud como resultado del apoyo del Fondo Mundial para la integración, excepto para abordar la coinfección TB-VIH. Lo mismo puede decirse de los seguros de salud u otros sistemas de financiamiento, o la asignación eficiente de tareas entre el personal de salud. De hecho, el sistema de salud del país enfrenta algunas tensiones estructurales debido a un modelo de atención muy estricto y bastante obsoleto para las PVVIH, que requiere un uso intensivo de recursos humanos que no siempre está justificado (ver el análisis anterior sobre la periodicidad obligatoria de las visitas médicas y sus efectos en el consumo de recursos y la calidad de vida de los pacientes) (Visita de campo).

Las ONG no reciben fondos domésticos que contribuyan a acercarse a las poblaciones más difíciles de alcanzar. No hay información específica sobre el compromiso del sector privado en la respuesta nacional al VIH (Visita de campo).

Resultados: En este momento, sólo la entrega de TARV parece ser sostenible en el país. Las herramientas de diagnóstico, tales como las pruebas de CD4 y la medición de la carga viral, dependen de fuentes externas. El tratamiento para las OI está cubierto en su mayoría por los pacientes mediante gastos directos (Visita de campo).

Los esfuerzos de prevención y cribado dirigidos a las poblaciones clave son altamente vulnerables a los cambios en el financiamiento externo, ya que dependen en gran medida de los fondos de los donantes. Lo mismo puede decirse del apoyo comunitario, los servicios dirigidos por la sociedad civil y el apoyo para eliminar las barreras estructurales a los servicios para las poblaciones clave (Visita de campo).

Dominio 4.2 Transición a mayores niveles de financiamiento doméstico

Insumos: El apoyo del Fondo Mundial para elaborar e implementar los planes de transición en VIH está a punto de comenzar. Los casos de inversión se generaron en 2013 y 2017 y fueron financiados por ONUSIDA y *USAID*, respectivamente (CONASIDA, 2013 y 2017).

Ha habido un apoyo continuo del Fondo Mundial para fortalecer el sistema de salud, en particular el componente de monitoreo y evaluación. Otros socios para el desarrollo también han contribuido a reforzar la gestión de adquisiciones y suministros y el monitoreo de calidad (MCP, 2018).

Productos: No había a disposición ningún plan de preparación para la transición de Honduras para esta revisión documental. La planificación de la sostenibilidad está programada para comenzar en el último trimestre de 2018. Existen casos de inversiones de 2013 y 2017, financiados por otros socios para el desarrollo (ONUSIDA y *USAID*).

Continúa habiendo disfunciones en la gestión de adquisiciones y suministros que afectan a los condones, los medicamentos y las herramientas de diagnóstico (ver Objetivos 1 y 2). Recientemente se canceló un contrato de licitación debido a evidente baja calidad del medicamento suministrado (tenofovir plus emtricitabina), causando la escasez de la combinación de fármacos y la necesidad de reemplazarlos con equivalentes terapéuticos. Este ejemplo ilustra que el país carece de procedimientos para garantizar adecuadamente la calidad de los proveedores de productos básicos y servicios anticipadamente, y sólo actúa de manera reactiva, lo que es más costoso y consume más recursos (Visita de campo).



*Foto: Anuncio sobre el agotamiento de la combinación de tenofovir plus emtricitabina y la necesidad de sustituirla temporalmente en el SAI Miguel Paz Barahona, San Pedro Sula*

Incluso cuando el proceso de licitación funciona correctamente, el uso del producto acaba por ser diferente a lo planificado. Los informantes revelan que, en al menos un hospital grande, los cirujanos solicitaron pruebas de VIH universales a todos los pacientes que iban a ser sometidos a una intervención quirúrgica, dando por resultado que se consumieran los kits de prueba de VIH previstos para todo el año en los primeros cinco meses (Visita de campo).

Resultados: Se han producido importantes reducciones de costos en la compra de TARV gracias a la utilización del fondo estratégico de la OPS (PENSIDA IV). Sin embargo, los costos de las pruebas rápidas de detección del VIH han aumentado, ya que su compra se ha descentralizado a las regiones, perdiéndose la oportunidad de ahorrar mediante un sistema centralizado de compras (Visita de campo).

En general, el financiamiento doméstico aumentó un 21.2% entre 2014 y 2016, principalmente debido a una mayor inversión pública en TARV. Sin embargo, el financiamiento doméstico para los servicios comunitarios sigue siendo inexistente (2016a).

El Departamento de Finanzas de la SESAL ha proyectado la necesidad de fondos domésticos adicionales para sostener la respuesta al VIH durante los próximos cuatro años:

### Tabla 8: Financiamiento público doméstico adicional para sostener la respuesta al VIH en Honduras

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Divisa** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** |
| LEMPIRAS |  91,050,049  |  141,029,857 |  149,833,672 |  207,012,909 |
| EQUIVALENTE US$  | 3,714,910 | 5,754,120 | 6,113,320 | 8,446,280 |

*Fuente: Comunicación directa de UPEG por correo electrónico*

Sin embargo, no hay evidencia de un mayor apoyo político para los programas de VIH, lo que significa que no se pueden asignar las cantidades requeridas (Visita de campo).

Objetivo 4. Análisis

Honduras es un país de ingresos bajos y medios (PIMB) con una elevada carga de VIH, y no se espera que comience la transición hasta 2025, como muy pronto. Sin embargo, los montos de las subvenciones se están reduciendo progresivamente y es fundamental comenzar a preparar el país para cuando comience la transición. Si bien el acceso a la TAR parece estar garantizado, hay muchos otros elementos de la respuesta nacional al VIH que dependen totalmente o en gran medida de la contribución del Fondo Mundial y otros socios internacionales. Esto incluye recuentos de CD4 y mediciones de carga viral para monitorear los resultados de salud y los objetivos de supresión de la carga viral, a fin de maximizar los beneficios del enfoque Tratamiento como Prevención.

A menos que haya un aumento considerable de ayuda doméstica, otras actividades se encuentran en riesgo, entre ellas la divulgación sobre el VIH, la prevención y las pruebas para las poblaciones clave, el cribado y tratamiento de las ITS para poblaciones clave (especialmente HSH), los servicios y apoyo comunitarios, el apoyo al SIIS, y el apoyo para abordar las barreras sociales, legales, políticas, culturales y económicas para que las poblaciones clave accedan a los servicios de salud, incluyendo el apoyo contra violaciones de derechos humanos.

Si bien los funcionarios de la SESAL, la sociedad civil, los socios para el desarrollo y todas las partes interesadas en general están de acuerdo en la necesidad de aumentar el apoyo político y financiero doméstico a la respuesta al VIH, no hay indicios claros de que esto vaya a ocurrir. El país es políticamente inestable, con frecuentes sustituciones en el liderazgo de la SESAL. Las fuerzas conservadoras y religiosas tienen gran influencia en las políticas del país, dificultando la movilización de recursos públicos domésticos adicionales para las poblaciones clave y las actividades de prevención y prueba del VIH, así como para acciones enfocadas a combatir el estigma, la discriminación y la violencia asociada con el VIH. Se dice que existen mecanismos legales y administrativos que permiten la contratación de la sociedad civil, pero es poco probable que se utilicen para apoyar a las OSC del VIH a menos que se desarrolle un liderazgo político sólido y se aumente el presupuesto en los próximos años (Visita de campo).

1. Tal como se cita en el Plan Estratégico (SESAL, 2016). [↑](#footnote-ref-1)
2. Nota: a lo largo de este informe se utilizan personas transgénero (TG) y mujeres transgénero en diferentes momentos, según la fuente mencionada. No hay ninguna aclaración si TG siempre se refiere a mujeres transgénero, o adicionalmente a hombres transgénero. [↑](#footnote-ref-2)
3. Además, algunos puestos de trabajo idénticos están ocupados en diferentes centros por personal con condiciones diferentes: a) personal permanente, b) personal cuyo contrato está sujeto a una renovación incierta, o c) estudiantes de postgrado que hacen su función pública obligatoria. [↑](#footnote-ref-3)
4. Se refiere al acuerdo de subvención más reciente, excepto cuando la subvención se firmó menos de 12 meses antes de la evaluación: en estos casos, esto se refiere al acuerdo de subvención anterior. [↑](#footnote-ref-4)
5. Productos básicos: TARV, condones, lubricantes, agujas y jeringas (si existen programas de reducción de daños) y kits de prueba para VIH, CD4 y carga viral. [↑](#footnote-ref-5)
6. Los entornos propicios pueden variar considerablemente según la población. Una vez que un indicador recibe una puntuación, se proporcionará una justificación. En algunos casos, este indicador puede subdividirse y calificarse para diferentes poblaciones; posteriormente se calculará una puntuación promedio para el indicador general. [↑](#footnote-ref-6)
7. La diferencia entre las cohortes hospitalarias y las bases de datos nominales es que, en el primer caso, el número se obtiene a partir de los datos agregados que proporciona cada hospital, lo que no permite controlar duplicaciones ni errores, mientras que un sistema nominal funcional, donde cada paciente es identificado por su nombre o código único, permite controlar duplicación o errores. [↑](#footnote-ref-7)
8. En Honduras, los navegadores pares son PVVIH que ayudan a personas recientemente diagnosticadas a entender y utilizar el sistema de salud, en particular los SAI. [↑](#footnote-ref-8)
9. Las entrevistas sobre conocimientos, actitudes y prácticas (*Knowledge, attitudes, and practices – KAP*) en la población de garífuna puede no ser realizado, ya que *PEPFAR* ya ha hecho un ejercicio similar. [↑](#footnote-ref-9)
10. *La clave del tablero para este objetivo se aplica solo a la puntuación compuesta. Para la puntuación del componente, consulte el Protocolo básico para obtener una guía de puntuación.* [↑](#footnote-ref-10)
11. La puntuación compuesta para el Objetivo 3 es una suma de los cuatro indicadores que lo componen, no un promedio. [↑](#footnote-ref-11)