



# NOTA CONCEPTUAL ESTÁNDAR

## Inversiones de mayor repercusión contra el VIH, la tuberculosis o la malaria

En la nota conceptual se resumen las razones que fundamentan las inversiones del Fondo Mundial. Toda nota conceptual debe describir una estrategia y estar respaldada por datos técnicos que demuestren la efectividad del enfoque. Tomando como referencia la estrategia nacional de salud y el plan estratégico nacional de la enfermedad, la nota conceptual prioriza las necesidades de un país dentro de un contexto más amplio. Además, describe la forma en que la ejecución de las subvenciones resultantes puede maximizar la repercusión de la inversión: llegando al mayor número de personas y logrando los mayores beneficios posibles sobre su salud.

Una nota conceptual se divide en las secciones siguientes:

**Sección 1:** descripción de la situación epidemiológica del país, incluidos los sistemas sanitarios y las barreras de acceso a los mismos, al igual que la respuesta nacional.

**Sección 2:** información sobre el panorama nacional de financiamiento y sostenibilidad.

**Sección 3:** solicitud de financiamiento al Fondo Mundial, que debe incluir un análisis de las deficiencias programáticas, los fundamentos de la solicitud, y la herramienta modular.

**Sección 4:** acuerdos de ejecución y evaluación de riesgos.

**NOTA IMPORTANTE:** Para rellenar esta plantilla, los solicitantes deben consultar las instrucciones de la nota conceptual estándar.

## RESUMEN GENERAL

### Información del solicitante

País	Honduras	Componente	VIH
Fecha de inicio de la solicitud de financiamiento	01-01-2016	Fecha de finalización de la Solicitud de financiamiento	12-31-2018
Receptor(es) Principal(es)			

### Tabla de resumen de la solicitud de financiamiento\*



En la plataforma de gestión de subvenciones en línea se generará automáticamente una tabla de resumen de la solicitud de financiamiento de acuerdo con la información presentada en la tabla de deficiencias programáticas y en la herramienta modular.

## SECCIÓN 1: CONTEXTO DEL PAÍS

En esta sección se solicita información sobre el contexto del país, lo que incluye la epidemiología de la enfermedad, el estado de los sistemas de salud y los sistemas comunitarios, y la situación en materia de derechos humanos. Esta descripción es fundamental para justificar la elección de las intervenciones apropiadas.

### 1.1 Contexto de la enfermedad en el país y de los sistemas de salud y comunitarios

Tomando como referencia la información epidemiológica más reciente y el análisis de portafolio proporcionado por el Fondo Mundial, destaque lo siguiente:

- Epidemiología actual de las enfermedades y su tendencia, así como cualquier variación geográfica significativa que afecte al riesgo de padecer estas enfermedades o a su prevalencia.
- Poblaciones clave que puedan tener un acceso desproporcionadamente bajo a los servicios de prevención y tratamiento (y, en el caso del VIH y la tuberculosis, la disponibilidad de servicios de atención y apoyo) y factores que contribuyen a crear esta desigualdad.
- Principales barreras de derechos humanos y desigualdades de género que puedan impedir el acceso a los servicios de salud.
- Contexto de los sistemas de salud y sistemas comunitarios en el país, incluida cualquier limitación.

#### 1.1.a Situación Epidemiológica

Según estimaciones de ONUSIDA, utilizando el programa Spectrum la prevalencia de VIH a Diciembre del 2013 en adultos de 15-49 años de edad fue de 0.5%<sup>1</sup> (Grafica No.1) en donde se observa un rápido crecimiento de la epidemia, desde los inicios hasta mediados de los años 90s y desde ese tiempo, como resultado de la respuesta nacional en ambos campos prevención y tratamiento, la prevalencia de VIH se ha estabilizado con tendencias a disminuir.

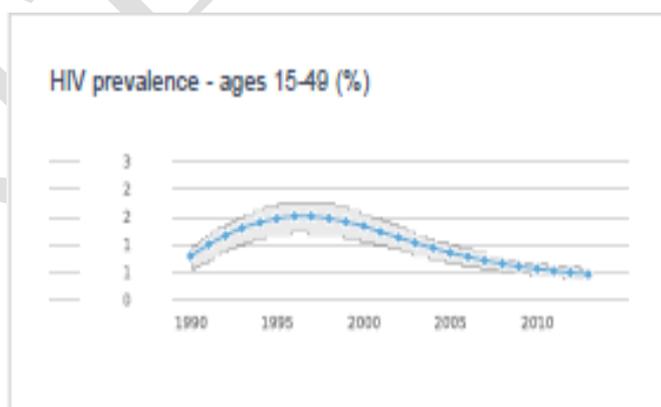


Grafico No1 Estimaciones de Prevalencia de VIH en Adultos de 15-49 años de edad

El número de personas viviendo con VIH se estima según Spectrum a diciembre del 2013 en 24,000 (20,000-30,000), el número de niños viviendo con VIH de 0-14 años es de 2200 (1800-2700) y el número de muertes estimado es de 1500 (Grafico No2) observándose una tendencia a la disminución a partir del 2001 coincidiendo con el inicio de los programas de terapia ARV por parte de la Secretaria de Salud (SESAL).

<sup>1</sup> <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/honduras/>

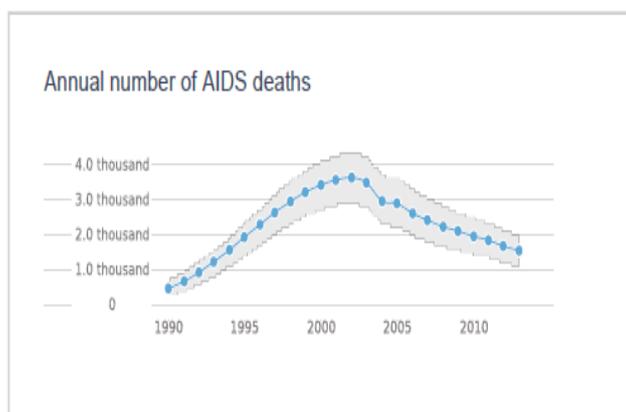


Grafico No.2 Estimación de Muertes por SIDA

Desde inicios de la epidemia en 1985 hasta diciembre del 2014, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud (SESAL) ha registrado por notificación, un total de 32,573 casos acumulados de los cuales 22,737 son casos de Infección Avanzada y 9,836 son VIH asintomáticos<sup>2</sup>

Tabla No. 1 Total Casos Acumulados 1985-Diciembre 2014

No. Casos	2012			2013			2014			Total Acumulado (desde 1985)			
	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	Razón H:M
VIH Asintomáticos	242	281	523	222	120	342	220	156	376	4,087	5,749	9,836	0,7
Infección avanzada por VIH	302	203	505	233	197	430	177	110	287	13,160	9,577	22,737	1,4
Total	544	484	1028	455	317	772	267	175	663	17,247	15,326	32,573	1,1

Los casos del sexo masculino notificados representan el 53 % (17,247) y el femenino 47 % (15,326). La razón hombre: mujer en los casos de Infección avanzada de VIH es de 1.4:1 y para VIH asintomático es de 0.7:1<sup>3</sup> esta diferencia se explica principalmente por la oferta activa de prueba de VIH a las mujeres embarazadas, que resulta en una mayor detección temprana de casos asintomáticos en las mismas.

En el 91.7 % de los casos, se ha reportado transmisión heterosexual sin embargo, estos datos conllevan algún grado de subestimación, debido al estigma y la discriminación en el país, que lleva a muchos hombres que tienen sexo con hombres (HSH) a afirmar que son heterosexuales; el 67.3 % están en el grupo poblacional económicamente productivo entre las edades de 20 a 39 años de edad<sup>4</sup> (Tabla No.2)

<sup>2</sup> Informe Estadístico de La Epidemia de VIH en Honduras Periodo 1985-Diciembre 2014

<sup>3</sup> IDEM

<sup>4</sup> ECVC 2012 P.21

Tabla NO.2 Casos de VIH por estadio, año y edad -SESAL 2014

GRUPO DE EDAD	VIH Asintomático				Infección Avanzada			
	2012	2013	2014	Total Acumulado (desde 1985)	2012	2013	2014	Total Acumulado (desde 1985)
0-4	6	8	7	321	5	1	2	960
5-9	5	2	2	118	2	1	2	355
10-14	4	1	3	70	3	2	2	181
15-19	34	30	31	778	20	7	8	720
20-24	80	82	79	2062	49	27	32	2943
25-29	109	89	67	2198	72	46	34	4234
30-34	95	63	56	1629	92	57	51	4264
35-39	66	51	41	1106	79	70	50	3368
40-44	48	36	42	664	70	36	36	2252
45-49	26	29	22	402	54	43	39	1451
50-54	19	15	11	195	24	17	13	863
55-59	17	11	10	138	19	18	8	547
60 y más	14	13	5	129	16	17	10	530
IGN	0	0	0	26	0	0	0	69
<b>Total</b>	<b>523</b>	<b>430</b>	<b>376</b>	<b>9.836</b>	<b>505</b>	<b>342</b>	<b>287</b>	<b>22.737</b>

Las tasas más altas se registran en los departamentos de Islas de la Bahía, Atlántida, Cortés, Colón y las dos ciudades principales: Tegucigalpa y San Pedro Sula (Tabla No.3)

Tabla #3 Tasa de notificación de casos VIH por Departamento (Acumulativo 1985-2013)

Departamentos	No. Casos VIH	Tasa VIH x 100,000 hab.	Departamentos	No. Casos VIH	Tasa VIH x 100,000 hab.
Islas de la Bahía	465	844,7	Copán	683	174,0
Atlántida	3259	750,7	Santa Bárbara	703	163,2
Cortés	11,964	691,8	El Paraíso	656	141,6
Colón	1540	487,6	Olancho	467	84,6
Francisco Morazán	6890	448,1	Ocatepeque	114	79,1
Gracias a Dios	427	432,4	La Paz	147	68,4
Yoro	1940	328,2	Lempira	172	49,4
Valle	578	319,5	Intibucá	93	35,9
Choluteca	1444	293,8	Ignorado	55	
Comayagua	976	200,5	<b>TOTAL</b>	<b>32,573</b>	<b>373,3</b>

Secretaría de Salud 2014

El Grafico No. 3 muestra mapas de la distribución geográfica por municipio y departamento respectivamente, puede observarse que las tasas más altas como se mencionó se encuentran en la región norte y atlántica del país, la región occidental es la que presenta las tasas más bajas.

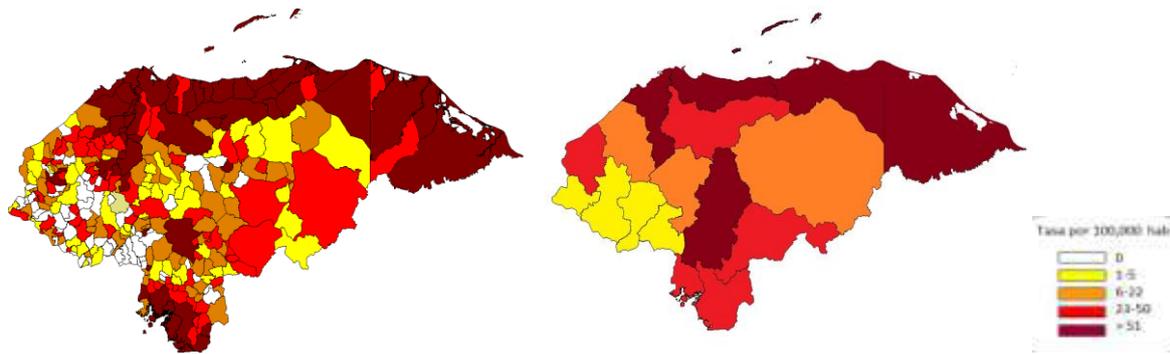


Grafico No.3 Tasa VIH por 100,000 Habitantes en municipio y Departamento <sup>5</sup>

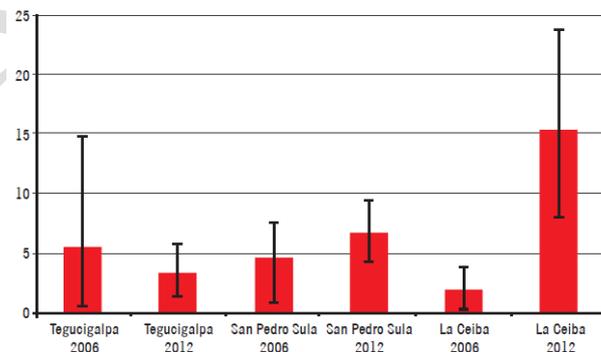
### 1.1.b Poblaciones Clave y Vulnerables

En el país hay un desproporcionado impacto en ciertas poblaciones, que se demostró en dos estudios, uno en el 2006 y otro en el 2012 fueron la primera y segunda “encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencias de infecciones de transmisión sexual (ITS) y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en poblaciones clave” (ECVC), los objetivos fueron conocer las prevalencias de VIH e ITS en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres trans (MT), trabajadoras sexuales (TS) y en la población garífuna (considerada entre las poblaciones vulnerables), según estos estudios las prevalencias encontradas en los grupos estudiados, fueron mayores al 5% lo que representa una diferencia alta, en comparación con la población general en donde se estima en 0.4-0.6%<sup>6</sup>

#### Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS)

Utilizando el método multiplicador para estimar el tamaño de la población, se calculó para Tegucigalpa 2,294 (IC 95% 1,991 - 2,596) y para San Pedro Sula 2,577 (IC 95 % 2,209 - 2,945)<sup>7</sup> aunque en el último GARP<sup>8</sup> (2014) se reporta que la población de mujeres profesionales del sexo es de 15059 personas a nivel nacional, basados en una estimación del 0.7 % de la población de mujeres de 15 a 49 años y aplicando este porcentaje a las poblaciones que vienen definidas en el Spectrum 5.26 para el 2014.

Al comparar el ECVC 2006 y 2012 se encuentran diferencias significativas en las prevalencias especialmente en la ciudad de La Ceiba, en donde aumento de 1.9% en el 2006 a 15.3% en el 2012, en Tegucigalpa se dio una leve disminución de 5.7% a 3.3 y en San Pedro Sula se dio un incremento de 4.6 a 6.7% (Grafico No.4).



<sup>5</sup> SESAL/Informe estadístico VIH Honduras 1985-Diciembre 2014

<sup>6</sup> <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/honduras/>

<sup>7</sup> ECVC-2012, P.53

<sup>8</sup> GARP/Honduras 2014 p.9

La prevalencia de sífilis según el ECVC -2012 fue de 3.9% en Tegucigalpa, 2.4% en San Pedro Sula y 3.2% en La Ceiba.<sup>9</sup>

#### Hombres que tienen sexo con hombres

Aplicando la fórmula del método multiplicador para estimar el tamaño de población se estima que hay 1,885 (IC 95% 1,546-2,226) HSH y Mujeres Trans en San Pedro Sula y 868(IC 95% 792-944) en Tegucigalpa.<sup>10</sup> Aunque según el último GARP<sup>11</sup> (2014) la población de HSH a nivel nacional es de 55934 personas, utilizando como estimado en HSH 2.% ( rango 1-3%) del total de hombres de 15 a 49 años, con base en esto el porcentaje utilizado en Spectrum 5.26 para el 2014 fue de 2.64%

Comparando los dos estudios ECVC 2006 y 2012 se muestra un incremento de la prevalencia del VIH en las 3 ciudades, principalmente en La Ceiba donde casi se triplica de 4.8% a 11.7%, también se incrementó en Tegucigalpa de 5.7% a 6.9% y en San Pedro Sula de 9.7% a 10.7%, aunque estos incrementos no fueron tan dramáticos como en La Ceiba (Grafico No.5)

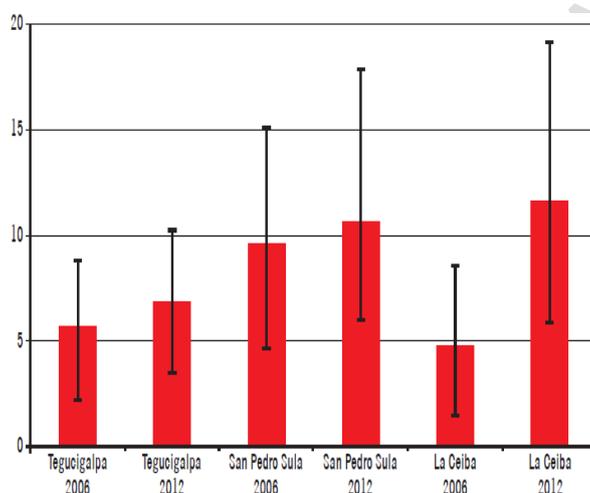


Grafico No.5 comparativo prevalencias por ciudad ECVC 2006-2012

La prevalencia de Sífilis fue de 3.1% para Tegucigalpa, 10.6% para San Pedro Sula y 2.3% para La Ceiba.

En el ECVC 2012<sup>12</sup> se realizó un sub análisis de la población de mujeres trans, encontrando prevalencia de VIH del 17.2% en Tegucigalpa, 23.6% en San Pedro Sula y 33.3% en la Ceiba (Grafico No.6) estos datos evidencian que la prevalencia del VIH en San Pedro Sula es 61 veces superior a la prevalencia entre la población general (33.3% en Trans y 0.4% en la población general) y hasta 3 veces más que la prevalencia de HSH de la misma ciudad (10.7 % en HSH según ECVC 2012)

<sup>9</sup> ECVC-2012 p.71

<sup>10</sup> ECVC-2012 p.73

<sup>11</sup> GARP/Honduras 2014 p.9

<sup>12</sup> ECVC-2012 p.104

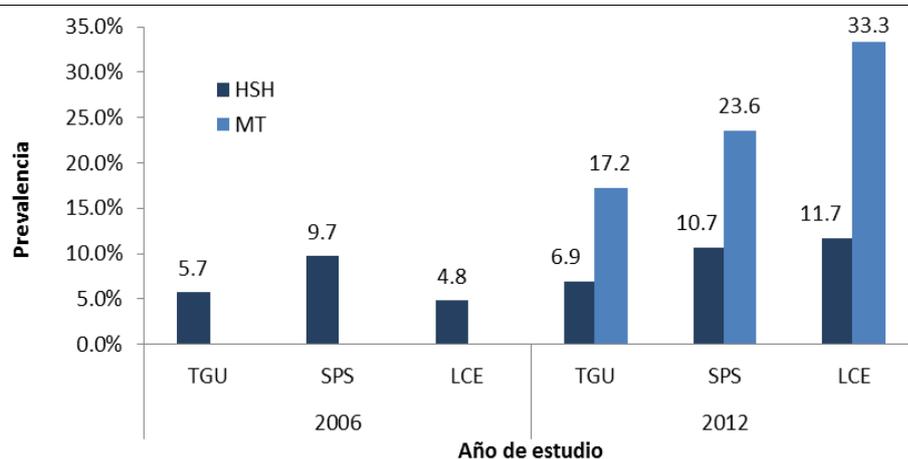


Grafico No.6 Prevalencia de infección por VIH en hombres que tienen sexo con otro hombres y mujeres trans.

ECVC 2006 y 2012

### Población Garífuna

La comunidad Garífuna también conocida como los caribes negros y garinagu, se originó en la isla de San Vicente, aproximadamente después de la conquista de Centro América, Sur América, y las Antillas Menores. Descienden de los pueblos caribes, arawakas y negros africanos, quienes llegaron a la isla huyendo de la esclavitud. La población garífuna en Honduras, habita en la costa Atlántica, entre Belice, Guatemala y Nicaragua; están distribuidos en pueblos y aldeas localizadas en los departamentos de Cortés, Atlántida, Islas de la Bahía, Gracias a Dios y Colón.<sup>13</sup>

Se debe diferenciar a los Garífunas de los negros anglófonos que comienzan su éxodo a las tierras americanas casi con la conquista, traídos como esclavos a servir en las minas<sup>14</sup> y quienes asimilaron la cultura de sus conquistadores incluyendo la lengua.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) la población garífuna se estima en 46,448<sup>15</sup> personas.

El ECVC 2012, nos muestra que la prevalencia de VIH en la población garífuna de la zona urbana, fue de 4,4% en hombres y de 4,6% en mujeres; mientras que, en la zona rural fue de 1,6% en hombres y de 4,9% en mujeres. Los resultados obtenidos en el ECVC 2012 y 2006 nos muestran que la prevalencia no ha variado en las comunidades urbanas y hay un descenso, no significativo en las comunidades rurales (Grafico No.7)

<sup>13</sup> [http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/phi/aguaycultura/Honduras/FICHA\\_PUEBLO\\_GARIFUNAS.pdf](http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/phi/aguaycultura/Honduras/FICHA_PUEBLO_GARIFUNAS.pdf)

<sup>14</sup> García Centeno, Historia del pueblo negro caribe y su llegada a las hibueras el 12 de abril de 1797; editorial universitaria julio 2001, tomo I, p.40.

<sup>15</sup> INE/ proyecciones censo de población 2001 Honduras

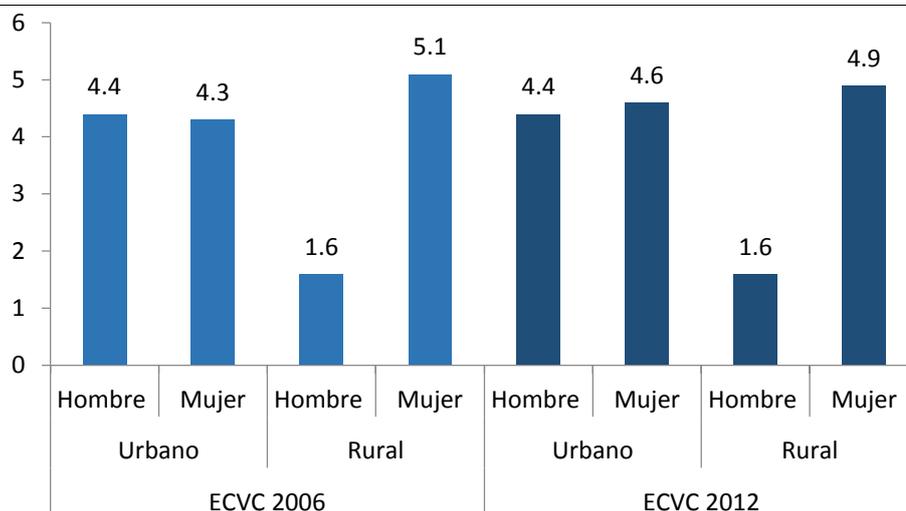


Grafico No.7 Prevalencia de infección por VIH en población Garífuna ECVC 2006 y 2012

En la zona urbana, la sífilis activa se encontró en 0.8% de hombres y 2.3% de mujeres, no se encontraron casos de sífilis activa en la población de la zona rural.

### 1.1.c Barreras en Derechos Humanos y Desigualdades de Género

Durante la larga lucha contra el VIH ha quedado evidente que los derechos humanos son esenciales para una respuesta nacional eficaz a la epidemia. Donde no se protegen los derechos humanos, las personas son más vulnerables a la infección por el VIH. Donde no se protegen sus derechos humanos, las personas VIH-positivas sufren estigma y discriminación, enferman, se vuelven incapaces de mantenerse y mantener a sus familias y, si no reciben tratamiento, fallecen<sup>16</sup>

Según el informe del CONADEH del año 2013<sup>17</sup> las denuncias ascendieron a un total de 111, las mismas fueron interpuestas por personas VIH asintomático y/o avanzado, o allegados, ante las diferentes delegaciones a nivel nacional, correspondiendo a violación al derecho a la salud con un 24%, delitos por faltas de la administración pública 21%, violación al derecho a la integridad personal el 19%, del 36% restante corresponde el más alto porcentaje a violaciones al derecho al trabajo.

Los informes revelan que los casos vinculados al mundo laboral, principalmente se refieren a situaciones de despido, realización de la prueba de VIH, entre las pruebas de laboratorio necesarias para el acceso a la plaza laboral, también denunciaron revisiones médicas (a veces sin autorización) por ser personas con el virus del VIH, violaciones de la confidencialidad de su estado serológico, cambios en las condiciones laborales, barreras para optar a puestos de trabajo o negativas a renovar contratos, disfrazados o atribuidos a otro tipo de situaciones.

En el sector salud, los casos más frecuentes han tenido que ver con la ruptura del derecho a la confidencialidad de su estado serológico, malos tratos y atención tardía.

En el estudio *Masculinidades y Factores Socioculturales Asociados al Comportamiento de los Hombres frente a la paternidad en Honduras*<sup>18</sup> se afirma el concepto de que las mujeres deben mostrarse pasivas en el ejercicio de la sexualidad, ya que un 52.9% de los informantes, estuvieron de acuerdo en que el hombre es quien debe tomar la iniciativa en las relaciones sexuales, un 51.6% estuvo de acuerdo con la premisa de que “por naturaleza el hombre necesita las relaciones sexuales más que la mujer” estas ideas o conceptos revelan un pensamiento androcéntrico dentro de una normativa social y cultural.

<sup>16</sup> Manual sobre el VIH y los derechos humanos para las instituciones nacionales de derechos humanos-ACNUDH/ONUSIDA p.6

<sup>17</sup> Informe sobre el estado general de los derechos humanos en Honduras CONADEH – 2013 p.2

<sup>18</sup> Suazo, Caballero/ Masculinidades y Factores Socioculturales Asociados al Comportamiento de los Hombres frente a la paternidad en Honduras-2002 (CAS-UCA)/UNFPA, p.17

En este tipo de visión subyace una ideología patriarcal, donde la multiplicidad de parejas sexuales de los hombres, es concebida casi como una norma social. En este contexto, se refuerza la violencia contra las mujeres y les coloca en una situación de mayor vulnerabilidad a la infección por el VIH, por tanto la discriminación, que puede ser tomada como causa de la violación de derechos, es más evidente en mujeres VIH, que en hombres VIH, según el ECVC del 2012<sup>19</sup> la proporción de hombres que reporta algún tipo de maltrato en la vida es baja 4.9% en Tegucigalpa y 3.1% en San Pedro Sula, mientras que en mujeres, esta proporción aumenta considerablemente 10,2% en Tegucigalpa y 10.9% en San Pedro Sula. En el mismo estudio se encuentran más evidencias de esta discordancia a causa de género, mostrándose en la incidencia de discriminación, reportada para los últimos 12 meses, los hombres informan 11.3% y 12.3% en Tegucigalpa y San Pedro Sula respectivamente, mientras que en mujeres se duplica a 20.5% y 26.9% en ambas ciudades en ese mismo orden. Otro aspecto relacionado con esta discordancia es la violencia de género, un 27% de las mujeres, informaron haber sufrido violencia física en algún momento de su vida, a partir de los 15 años.

En el estudio mesoamericano sobre *derechos reproductivos de la mujer* llevado a cabo por Balance<sup>20</sup> (2013) en mujeres con VIH, se encontraron dificultades en materia de salud sexual y reproductiva, un 58% de las mujeres revelaron que no fueron informadas sobre el procedimiento para la prueba de VIH, un 63% reportó no haber sido consultada, sobre si quería realizarse la prueba antes de practicarsele, El 71% de las mujeres que se realizó la prueba, no firmó consentimiento informado, en relación a insumos de protección, un 34% de las mujeres indicó, que no se le proporcionó condones masculinos y a un 80% no se le brindó condones femeninos, esto demuestra que las mujeres son reiteradamente afectadas tanto por su condición de mujer, como de persona con VIH, esto también se demuestra en el estudio, sobre el *índice de estigma y discriminación* llevado a cabo en Honduras en el 2013<sup>21</sup>, un 7.5% de las mujeres fue objeto de violencia física, un 8.1% sufrió acoso físico, un 19.1% recibió insulto verbal y un 41% fue objeto de murmuraciones.

En relación al derecho al trabajo en personas con VIH, el mismo estudio identificó que un 67.1% de las mujeres y un 52.7% de los hombres estaban desempleados, Esta situación genera un estado de mayor vulnerabilidad social, económica y repercute en la salud de las personas con VIH y sus dependientes o familiares.

El congreso Nacional recién aprobó el 12 de Marzo de 2015 una reforma a varios artículos de la ya existente ley especial sobre el VIH/SIDA, que viene a cubrir algunos de los vacíos denunciados por el CONADEH y otras organizaciones de defensa de derechos humanos, entre los artículos reformados se establece que las personas quedan exentas del pago de cualquier cantidad de dinero, por su atención en los establecimientos del estado, garantizando con esto su acceso a los servicios de salud, también se garantiza a las personas que viven con el VIH, el acceso y permanencia al trabajo y al sistema de educación, se les reconoce además el derecho a la adopción.<sup>22</sup>

En Honduras persiste la criminalización al trabajo sexual, lo que permite en múltiples ocasiones el abuso de parte de autoridades y otros ciudadanos a los y las que realizan esta actividad.

El ECVC (2012)<sup>23</sup> revela que las mujeres trabajadoras sexuales (MTS) en el último año fueron objeto de algún tipo de maltrato, en Tegucigalpa un 37.3%, un 31.1% lo fue en San Pedro Sula y un 40.9 % recibió maltrato en la ciudad de La Ceiba. Al 51.8% en Tegucigalpa, 30.0% en San Pedro Sula y 48.5% en La Ceiba respectivamente, les ha sido necesario decir

<sup>19</sup> ECVC -2012 p.119

<sup>20</sup> Estudio Técnico-Jurídico de las violaciones a los derechos reproductivos a las mujeres con VIH en 4 países de Mesoamérica 2013/Balance/p.10

<sup>21</sup> Índice de estigma en personas que viven con VIH-Honduras 2014,p.32

<sup>22</sup> <http://www.onusida.hn/index.php/recursos/centro-de-prensa/comunicados-y-noticias/255-en-honduras-se-aprueba-reforma-a-la-ley-especial-de-vih-y-sida-con-enfoque-de-derechos-humanos>

<sup>23</sup> ECVC-2012 p.71

explícitamente que trabajan en otra cosa cuando reciben servicios de salud.

La red de trabajadoras sexuales de Honduras (REDTRASEX)<sup>24</sup> denunció en su contribución al examen periódico universal (EPU) sobre las violaciones a los derechos de las MTS, que entre los meses de septiembre 2013 a abril del 2014, fueron asesinadas 16 mujeres trabajadoras sexuales, de los cuales solo han sido informados sobre las investigaciones de dos de los casos.

Esto demuestra que pese a algunos esfuerzos, se continúan violentando los derechos de las MTS y se continúa la estigmatización a esta población, alrededor de la cual, según la REDTRASEX persisten una serie de mitos y prejuicios, a quienes se ve como seres sin opciones o víctimas a rescatar.

De acuerdo al estudio de incidencia nacional e internacional de la población LGBT<sup>25</sup> en Honduras, especialmente desde las últimas dos décadas, las personas de la diversidad sexual, han sido objeto de diferentes tipos de violaciones a sus derechos civiles y sociales que afectan muchos ámbitos de sus vida, como el acceso a la salud, educación, empleo formal, seguridad y justicia.

Según el ECVC 2012 el 35.9% en Tegucigalpa, 37.1% en San Pedro Sula y 18.9% en La Ceiba refirieron haber sufrido algún tipo de maltrato por ser HSH, durante los últimos 12 meses. Un 35.5%, 26.6% y 13.6% en cada ciudad respectivamente, informo que alguien de su familia le ha mostrado desprecio o rechazo por ser HSH, el 23.8% en Tegucigalpa, 17.2% en San Pedro Sula y 5.7% en La Ceiba, consideran necesario ocultar su identidad sexual cuando reciben servicios médicos.

En el ECVC 2012<sup>26</sup> se encontró, que el 58.6% de las mujeres trans en Tegucigalpa, 72.4% en San Pedro Sula y 50.0% en La Ceiba, reportaron haber sido víctimas de algún tipo de maltrato en los últimos 12 meses, en el mismo orden de ciudades un 51.7%, 42.9 y 22.7 recibieron maltrato o desprecio de alguien de su familia, por ser mujer trans, estos datos duplican a los observados en los HSH en las mismas ciudades, confirmando que en los grupos de la diversidad sexual, esta población es la que más sufre actos de violaciones a derechos y discriminación. El 13.8% en Tegucigalpa, 10.5% en San Pedro Sula y 4.5% en La Ceiba, consideran necesario ocultar su identidad sexual cuando reciben servicios médicos.

De acuerdo al proyecto de monitoreo de trans asesinadas-2011<sup>27</sup>, entre el 1 de enero del 2008 y 31 de Diciembre de 2011, 80% de los asesinatos de personas transgénero en el mundo, provino de Latinoamérica, con un total de 826 casos, de estos 42 fueron de Honduras. Se reportaron en la región casos de tortura, extorción, detención ilegal, trato degradante, amenazas y abuso sexual.

En la población garífuna según el ECVC 2012<sup>28</sup> un 16.3% de los hombres y un 15.4% de las mujeres del área urbana, fueron víctima de algún tipo de discriminación por ser Garífuna, es de hacer notar que en este grupo étnico, la influencia de la mujer es alta, su estructura social es matrifocal, el sostenimiento familiar recae en la mujer, pues el hombre realiza sus actividades fuera de casa con alta migración interna y externa.<sup>29</sup> Pese a este importante rol de la mujer en la sociedad garífuna, un 27% de las mujeres y un 41.4% de los hombres de la zona rural, no asistió a la escuela o realizó primaria incompleta, en el área urbana se observa una disminución de estos porcentajes con 10.9% de los hombres y 13.1% de las mujeres.

La educación secundaria, fue reportada por el 28.3% de los hombres y el 35% de las mujeres en la zona urbana y por el 13.8% y 10.9% de hombres y mujeres respectivamente de la zona rural; es evidente que existen diferencias significativas entre las personas del

<sup>24</sup> [http://www.upr-info.org/sites/default/files/document/honduras/session\\_22\\_-\\_mai\\_2015/redtrasex-honduras\\_upr22\\_hnd\\_s\\_main\\_rev.pdf](http://www.upr-info.org/sites/default/files/document/honduras/session_22_-_mai_2015/redtrasex-honduras_upr22_hnd_s_main_rev.pdf)

<sup>25</sup> Aguilar Mendoza, Proceso de incidencia nacional e internacional en defensa de los derechos humanos a lesbianas, gays, transgénero, bisexuales e intersexuales en Tegucigalpa honduras, p.15

<sup>26</sup> ECVC-2012, p.103

<sup>27</sup> Impunity and violence against transgender women human rights defenders in Latin America-REDLACTRANS report, p.8

<sup>28</sup> ECVC-2012 p.134

<sup>29</sup> Trabajo infantil y pueblos indígenas el caso Honduras-OIM- p.37

área urbana y rural lo mismo que importantes diferencias entre hombres mujeres.

Según el Diagnostico de Genero realizado en el 2013,<sup>30</sup> en Honduras entre los principales determinantes relativos a la posición social, género y etnia, que influyen para la transmisión del VIH y que se transforman en barreras al acceso de la atención y el bienestar de vida, pueden citarse los siguientes:

- Factores sociales y culturales fomentados por la sociedad patriarcal que nutren una visión androcéntrica, generan situaciones de desigualdad entre hombres y mujeres y promueve la violencia de genero contra las mujeres, las niñas y personas de la comunidad LGBT
- La persistencia de situaciones de estigma y discriminación en los servicios de salud, es una situación que limita el acceso a estos, por parte de las poblaciones clave y de las personas con VIH.
- La falta de confianza en los operadores de justicia, ocasiona el poco nivel de denuncia de parte de muchos miembros de la población clave en relación a la violación de sus derechos humanos.
- La falta de documentación de violaciones de derechos humanos, investigaciones efectivas, y debilidades en la aplicación de la ley, por parte de los operadores de justicia, generan impunidad y fomentan el circulo de violación de derechos.
- Intolerancia/ discriminación a las etnias, personas con VIH y comunidad LGTBI
- Relaciones desiguales de poder
- Violencia física, psicológica, sexual y patrimonial contra las mujeres de todas las edades
- Desigualdad en el acceso a recursos entre hombres y mujeres.
- Estrategia nacional de promoción y prevención del VIH para grupos específicos (poblaciones clave) con débil enfoque de género.
- Escaso abordaje diferenciado de genero para los pueblos originarios
- Influencia de grupos religiosos fundamentalistas, en temas relativos a la salud sexual y reproductiva, al uso del condón, la orientación sexual e identidad de género.
- La criminalización del trabajo sexual, ocasiona que muchas personas lo ejerzan de manera “Clandestina” sin utilizar servicios para prevención o tratamiento de VIH

En respuesta a estas brechas el estado ha elaborado *La Política Pública y Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos 2013-2022*<sup>31</sup> este plan busca integrar la perspectiva de derechos humanos en todas las acciones gubernamentales y es producto de un amplio proceso de consultas nacionales, regionales y locales con la sociedad civil, gremios, iglesias, medios de comunicación, sectores académicos, instituciones del estado de todo nivel y agencias internacionales de cooperación.

También como respuesta a los constantes crímenes a miembros de la comunidad LGTB y otros colectivos, en agosto 2013, se crea la fiscalía especial de delitos contra la vida, al interior del ministerio público, con ella, surge también la Unidad de investigaciones de alto impacto, conformada por fiscales e investigadores, cuyas secciones se han dedicado exclusivamente a conocer los casos de homicidios, contra miembros de la comunidad LGTB, periodistas, abogados/as, jueces, niños/as y jóvenes<sup>32</sup>

#### 1.1.d Contexto de los sistemas de salud y sistemas comunitarios en el país

El sistema de salud hondureño, está conformado por todas las organizaciones e instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones cuyo propósito principal es el

<sup>30</sup> Sistematización del diagnóstico de género en la respuesta al VIH en Honduras-2013,p.12

<sup>31</sup> La primera Política Pública y Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos se aprobó el 22 de enero de 2013, mediante Decreto Ejecutivo No. PCM 003-2013, publicado en el diario oficial La Gaceta No. 33,073, el 12 de marzo de 2013

<sup>32</sup> Segundo ciclo de revisión del EPU informe de la república de HONDURAS-2014/p.7

mejoramiento de la salud de la población, incluye organizaciones gubernamentales, grupos profesionales, agentes de financiamiento, organizaciones privadas, comunitarias, locales y los proveedores de servicio. El sistema de salud hondureño es un sistema mixto, constituido por el sector público: Secretaría de Salud (SESAL) que se estima cubre el 60% de las atenciones, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) que cubre un 12% de los servicios de salud y un 10% de las atenciones son cubiertas por el sector privado, con y sin fines de lucro.<sup>33</sup>

La red de servicios de la SESAL es la más extensa del país, cuenta con un total de 1,728 unidades prestadoras de servicios: 7 hospitales nacionales, 6 hospitales regionales, 16 hospitales de área, 440 Centros Médicos Odontológicos (CESAMO), 1,086 Centros de Salud Rurales (CESAR), 73 Clínicas Materno- Infantil (CMI), 3 Clínicas Periféricas de Emergencia (CLÍPER), 1 Policlínico, 14 Centros Escolares Odontológicos (CEO), 83 centros de servicio que incluyen laboratorio regionales, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y hospitales privados que reportan a la SESAL. Existen 49 Centros de Atención Integral (CAI) que forman parte de los servicios que se ofrecen en la red de proveedores públicos y no públicos, que brindan terapia antirretroviral<sup>34</sup>. En el modelo nacional de salud (MNS) se establecen dos categorías de atención clasificándolas en primero y segundo nivel (Tabla No.4)

Tabla No.4 Clasificación de niveles de atención SESAL-2015

Nivel de complejidad	Nombre del Establecimiento de Salud
<b>Nivel primero</b>	
	Atención Ambulatoria
1	Ambulatorio Rural con Médico General
2	Ambulatorio urbano con Médico General
3	Ambulatorio urbano con especialidades médicas básicas, sin internamiento, camas de corta estancia
<b>Nivel Secundario</b>	
	Atención Hospitalaria
4	Hospital Básico (HB)
5	Hospital Básico y de Referencia Regional (HBRR)
6	Hospital General (HG)
7	Hospital de Especialidades, de Referencia Nacional (Incluye Psiquiátricos)
8	Institutos

El IHSS cubre los servicios de enfermedad, maternidad y accidente no profesional; accidentes de trabajo y enfermedad profesional; vejez, invalidez y muerte; subsidios de familia, viudez y orfandad. Dispone de dos hospitales, ubicados en San Pedro Sula y Tegucigalpa, siete clínicas periféricas, un centro odontológico, dos centros de medicina física y rehabilitación y un centro para el adulto mayor. Con frecuencia, la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) se concentran en los mismos espacios geográficos, con poca articulación y coordinación.

A partir del 26 de Mayo de 2013 (acuerdo 1000-2013) se pone en marcha en el país, el nuevo Modelo Nacional de Salud, el cual ha sido estructurado y elaborado de manera que incluya la atención integral, la gestión por resultados descentralizada y el financiamiento solidario y sostenible de los servicios de salud; con la participación de todos los agentes

<sup>33</sup> Encuesta nacional de demografía y salud (ENDESA) 2011-2012,p.3

<sup>34</sup> Área estadística de la unidad de gestión de la información (UGI) de la SESAL

públicos y no públicos que hacen parte del sistema. Este modelo de salud plantea la devolución de las funciones rectoras a la alta dirección, separándola de las actividades de proveer atención y servicios, esto como un elemento primordial para ampliar y mejorar la cobertura y el acceso. De forma práctica, este nuevo modelo de administración, está basado en la descentralización y la gerencia por resultados,<sup>35</sup> basado en la asignación y transferencia de recursos a mancomunidades, gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales y fundaciones para financiar la gestión y provisión de los servicios de salud en el primer nivel de atención.

En este proceso de descentralización los niveles locales reciben el apoyo técnico de las regiones sanitarias, bajo los lineamientos elaborados por la alta dirección, identificando las necesidades en materia de salud de su población y las soluciones, tomando en cuenta las capacidades existentes<sup>36</sup>.

Como ya se mencionó, la descentralización de los servicios es el componente esencial en el proceso de reforma, en ese sentido, la SESAL entre otras acciones estratégicas a) organiza redes de servicios a nivel municipal, intermunicipal y departamental b) profundiza la autonomía de la gestión de redes de salud, intermunicipales y de los hospitales para el adecuado abordaje de los problemas, y c) establece la articulación y coordinación entre las diferentes unidades proveedoras, para la conformación de redes. En este marco redes integradas de servicios de salud (RISS), se entenderá como todo el conjunto ordenado y articulado de los proveedores de servicios de salud, tanto públicos como no públicos o privados, que oferten el conjunto garantizado de prestaciones de salud (CGPS) y los paquetes específicos para grupos especiales, a una población en una zona geográfica definida, sujetos a una instancia común y que deberán estar dispuestos a rendir cuentas por sus resultados, y por el estado de salud de la población a la que sirve<sup>37</sup>.

En el modelo nacional de salud, se contemplan 3 niveles de gestión<sup>38</sup>: 1.- Gestión central (Macro-Gestión) aquí se gestionan los servicios nacionales o los que vayan más allá del territorio de un departamento 2.- Región Sanitaria (Meso- Gestión) está a cargo de organizar, armonizar y desarrollar las redes 3.- Nivel local (Micro-Gestión) abarca las redes de primer nivel o ambulatorio y de segundo nivel u hospitalario, aquí se gestionan los servicios de salud y sus insumos, para la producción de bienes y servicios de la red de proveedores, es en este nivel donde se realiza la interlocución con las comunidades, y es el primer interprete de sus necesidades, es también en este nivel, en donde se prestan los servicios básicos individuales y colectivos.

En el proceso de reforma, se oficializa la estrategia de abordaje integral de las ITS/VIH/SIDA<sup>39</sup> tomando como parámetros los lineamientos de esta estrategia, se definen las redes funcionales de abordaje, en otros espacios territoriales, a partir del diagnóstico y mapeo de proveedores de los servicios de promoción, prevención, atención y apoyo de acuerdo a su ubicación geográfica y población atendida (estratificada por sexo, edad, y población de más alto riesgo) para implementar, através de estos proveedores, propuestas que aseguren el acceso a los grupos clave y vulnerables. La oferta de servicios se organiza de acuerdo a los niveles de atención establecidos en el MNS, lo que garantiza un conjunto de prestaciones de calidad, que son puestos a la disposición del individuo, la

<sup>35</sup> Modelo Nacional de Salud-2013/p.43

<sup>36</sup> IDEM

<sup>37</sup> Modelo de gestión e salud-SESAL/2013/p.23

<sup>38</sup> Modelo de atención en salud-SESAL/2013/p.47

<sup>39</sup> Estrategia de abordaje integral a las ITS/VIH/SIDA en el marco de la reforma del sector salud en Honduras-SESAL/p.27

familia la comunidad y su entorno.

Dentro de esta estrategia se definió el conjunto garantizado de prestaciones de salud (CGPS) categorizado de acuerdo al nivel de complejidad de la unidad de salud a la que estén adscritos. En el primer nivel de atención, se brinda el tratamiento con medicamentos antiretrovirales (ARVs), para aquellas personas que estén estables, en el nivel hospitalario o segundo nivel, se brinda atención especializada, y terapia de rescate de acuerdo a criterios ya establecidos, ambos niveles deben articularse, dentro de un sistema de referencia -respuesta bien definido.

El sistema de información de la SESAL, actualmente registra las atenciones brindadas en cada una de los establecimientos de salud (CESAR, CESAMO, CMI, POLICLINICO, CEOS, HOSPITALES) utilizando formatos como los ATA (Atenciones Ambulatorias), AT2-R (Consolidación de las Atenciones ambulatorias), TRAN-S (Informe mensual por semana epidemiológica de enfermedades y eventos de declaración epidemiológica). El anterior programa de ITS/VIH/SIDA implemento una serie de formatos y bases de datos creadas en excel, epi-info y otros para la recolección de la información de las personas atendidas en consejería, de PPTMH, ficha de notificación, de ITS, y VIH y las bases de datos de VICITS, SISAI-CAI, como también de monitoreo y evaluación de indicadores priorizados.

Lo que se convierte en una debilidad, pues no se cuenta con un sistema integrador de la información de VIH, tomando en consideración estos aspectos y con la nueva visión de la SESAL, se pretende crear un sistema único, que estará a cargo de la Unidad de Gestión de Información (UGI) que como parte de sus competencias dará seguimiento al subsistema existente, que incluye la información referente al VIH, el cual será incorporado a futuro al Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS).

En relación con los sistemas comunitarios, bajo este modelo de atención, la SESAL continua fortaleciendo la política de incentivar la capacitación activa de la comunidad, promoviendo la implementación de programas de prevención de riesgos de enfermedades, y promoción de la salud con ese fin se forman los *Equipos de Salud Familiar (EFAM)* entendido como el conjunto básico y multidisciplinario de profesionales y técnicos de salud del primer nivel de atención, responsables cercanos del cuidado de la salud de un número determinado de personas y familias asignadas y ubicadas en un territorio, para elaborar el diagnostico comunitario de salud y el levantamiento de las fichas familiares, mapas de riesgo familiar y la programación de las intervenciones, su tarea fundamental es contribuir al desarrollo local mediante la elaboración de planes locales de desarrollo, articulados con los planes de desarrollo municipal.

El alcance de las organizaciones de la sociedad civil en relación a la respuesta al VIH en Honduras, tradicionalmente ha sido a través de actividades de prevención, cambios de comportamiento, cuidado en los hogares, e intervenciones para reducir el riesgo y la vulnerabilidad, todo esto marcado por una débil coordinación entre los servicios comunitarios con los sistemas de salud, el Modelo de salud actual, exige una ampliación del trabajo de las organizaciones de la sociedad civil (OSC), orientado a que estas organizaciones contribuyan con la atención y con los objetivos del tratamiento, todo bajo una nueva dinámica de participación activa y no pasiva, pues formaran parte de las redes primarias de atención. Se continua manteniendo y fortaleciendo, las estructuras locales de carácter voluntario, guardianes de salud, parteras empíricas capacitadas, representantes de salud y colaboradores voluntarios, personal de la comunidad, que fue capacitado y que realiza actividades locales de forma gratuita.

## 1.2 Planes estratégicos nacionales

Con referencia expresa a los **planes estratégicos nacionales de la enfermedad** y a la documentación complementaria (incluir el nombre del documento y la página de referencia específica), resume brevemente lo siguiente:

- a. Metas y objetivos principales, así como áreas programáticas prioritarias.
- b. Ejecución hasta la fecha, incluidos los principales resultados y la repercusión alcanzada.
- c. Limitaciones en la ejecución y cualquier lección aprendida que sirva de base a la futura implementación. En particular, señale cómo se van a abordar las desigualdades y las limitaciones principales descritas en la pregunta 1.1.
- d. Principales áreas de vinculación con la estrategia nacional de salud, explicando cómo la ejecución de esta estrategia repercute sobre los resultados pertinentes de la enfermedad.
- e. En el caso de las solicitudes de financiamiento estándar para VIH o tuberculosis<sup>40</sup>, describa las actividades conjuntas existentes en materia de tuberculosis/VIH e incluya las vinculaciones entre los respectivos programas nacionales en áreas como: diagnóstico, prestación de servicios, sistemas de información, seguimiento y evaluación, fortalecimiento de capacidades, desarrollo de políticas y procesos de coordinación.
- f. Procesos llevados a cabo por el país para revisar y actualizar los planes estratégicos nacionales sobre la enfermedad y los resultados de estas evaluaciones. Explique el proceso y el plazo para la elaboración de un plan nuevo (si el actual es válido durante 18 meses o menos desde la fecha de inicio de la solicitud de financiamiento) e indique también cómo se conseguirá una participación significativa de las poblaciones clave.

### 4-5 PÁGINAS RECOMENDADAS

La respuesta al VIH en Honduras ha estado enmarcada en el Plan Estratégico Nacional: PEN I (1998-2002) PEN II (2003-2007) PEN III (2008-2012) y ahora la comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) ha presentado el Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH PENSIDA IV 2015-2019, el cual busca contribuir con la visión de país 2010-2030 y el plan de nación 2010-2022 (objetivo 1, meta 1,4)<sup>41</sup> y con el plan nacional de salud 2014-2018 (PNS) documento rector de la política y estrategias de la SESAL, que incluye en sus metas el abordaje al VIH/SIDA<sup>42</sup> (Meta 12, indicador 22).

El PENSIDA IV es el resultado de un proceso sistemático, con la participación activa de los diferentes sectores involucrados en la respuesta nacional al VIH. En el proceso de

<sup>40</sup> Los países con altas tasas de coinfección por VIH y tuberculosis deben enviar una sola nota conceptual para ambas. Se considera que los países que presentan una carga elevada de tuberculosis/VIH tienen una alta incidencia estimada de tuberculosis/VIH (en cifras), así como una tasa elevada de pruebas positivas de VIH en las personas infectadas con tuberculosis.

<sup>41</sup> Republica de Honduras visión de país 2010-2030 y plan de nación 2010-2022, p.157.

<sup>42</sup> Plan nacional de salud 2014-2018/Honduras/SESAL/p.22,26.

preparación del PENSIDA IV, se realizó una serie de seminarios-talleres, consultas y entrevistas de grupo e individuales, visitas de campo, trabajo de grupo y conferencias electrónicas. Un comité técnico tuvo la responsabilidad principal para coordinar el proceso de la elaboración del PENSIDA IV, con el apoyo de un consultor internacional, quien preparó las principales secciones del PENSIDA y su plan operativo y dos consultores nacionales de apoyo.

tiene dos Objetivos Generales, enfocados en prevenir las nuevas infecciones por VIH y mitigar su impacto en las personas afectadas por la epidemia y la sociedad hondureña:

1. Prevenir la infección del VIH en la población general y poblaciones clave en mayor riesgo y vulnerables.
2. Mejorar la calidad de vida de las personas con VIH al proveer acceso universal a servicios de atención integral, incluyendo terapia antirretroviral y servicios de apoyo social, psicológico, de calidad y cero discriminaciones por VIH.

Los objetivos generales a su vez contribuirán a la realización de los Tres Ceros; Cero nuevas infecciones por el VIH, Cero discriminación y Cero muertes relacionadas con el sida.

Estos objetivos son operacionalizados en cuatro áreas prioritarias con sus objetivos estratégicos específicos:

1. **Política pública, gestión social con enfoque de derechos humanos y equidad de género**
2. **Promoción de la salud y prevención del VIH**
3. **Atención integral**
4. **Información estratégica**

Área Estratégica No1.

Política pública y gestión social con enfoque de derechos humanos y equidad de género

La política pública y gestión social con enfoque de derechos humanos y equidad de género se orientará en: 1) Fortalecer la capacidad organizacional, institucional y técnica de los principales actores gubernamentales responsables de la rectoría, coordinación y prestación de servicios; así como fortalecer la capacidad institucional y organizacional de las instancias de la sociedad civil y la sostenibilidad de los servicios. Un aspecto importante es el fomento de la sostenibilidad financiera de los programas y servicios claves y las inversiones nacionales en la respuesta al VIH y las ITS 2 ) Fortalecer el abordaje y aplicación efectiva por los sectores fuera del sector salud, para que la respuesta nacional tenga un carácter multisectorial 3) La protección de los derechos humanos, así como el empoderamiento de las personas y poblaciones más afectadas por el VIH y las ITS, incluyendo las personas con VIH, poblaciones clave en mayor riesgo y vulnerables. Objetivos específicos:

1. Asegurar la implementación y el cumplimiento de la normativa nacional e internacional bajo el enfoque de derechos humanos y equidad de género para la respuesta nacional al VIH e ITS para el período 2015-2019.
2. Garantizar el involucramiento de otros sectores diferentes al sector salud en la respuesta nacional multisectorial al VIH
3. Asegurar el cumplimiento de los derechos humanos en el Marco de la respuesta integral al VIH

Área Estratégica No.2

## Promoción de la salud para la prevención del VIH

La promoción de la salud para la prevención del VIH se enfocará en fortalecer la calidad y ampliar la cobertura y utilización de los servicios, y programas de prevención del VIH y las ITS, para las poblaciones clave en mayor riesgo y vulnerables, con el objetivo de alcanzar el acceso universal. Las intervenciones en esta área pretenden contribuir al objetivo global de Cero nuevas infecciones por el VIH en las poblaciones clave en mayor riesgo, así como en la población general, con énfasis en grupos vulnerables

### Objetivos Específicos:

1. Aumentar el acceso y la utilización del conjunto integral de servicios de prevención del VIH y las ITS en poblaciones clave.
2. Aumentar el acceso, la utilización y la calidad de los programas y servicios de Prevención de VIH y las ITS para la población general según la prevalencia regional, con énfasis en los grupos vulnerables bajo un enfoque de derechos con equidad de género.

## Área Estratégica No.3

### Atención Integral

Esta área estratégica prioritaria se enfocará en fortalecer la calidad y ampliar la cobertura y utilización de los servicios de atención integral, incluyendo la terapia antirretroviral y el soporte a las personas con VIH y afectadas por la epidemia, de acuerdo con los estándares internacionales.

### Objetivos Específicos :

1. Aumentar la cobertura nacional y la utilización de los servicios de atención integral con calidad y calidez para personas con VIH y personas afectadas por la epidemia, en el marco de la reforma del sector salud.
2. Fortalecer el manejo y la vigilancia de casos de personas con coinfección VIH-TB e infecciones oportunistas.

## Área Estratégica No.4

### Información Estratégica

La información estratégica se enfocará en el fortalecimiento de la disponibilidad, socialización y utilización de la información estratégica sobre el VIH y las ITS, con el fin de guiar la elaboración e implementación de programas y políticas en base a evidencia. Los resultados esperados generales en esta área incluyen: 1) el fortalecimiento del sistema nacional de Vigilancia, Monitoreo y Evaluación (M&E) de VIH y las ITS que garantice la disponibilidad y acceso a información estratégica sobre el VIH y las ITS para la toma de decisiones a nivel político y programático; y 2) el abordaje sistemático de las prioridades nacionales de investigación a través de estudios especiales.

### Objetivos Específicos:

1. Garantizar la disponibilidad de información estratégica que permita la toma de decisiones informada con respecto a políticas, programas y presupuestos sobre

## VIH y las ITS.

Como parte de la respuesta de país, la SESAL implementa la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/SIDA, en el Marco de la Reforma del Sector Salud en Honduras,<sup>43</sup> la estrategia plantea el abordaje a las personas por ciclo de vida, fomentando la corresponsabilidad, del individuo, familia, comunidad y su entorno tanto laboral como ambiental, con la finalidad de empoderarlos a ser sujetos activos en las acciones en salud, facilitando así el cambio de comportamiento y conductas para lograr estilos de vida saludables y con esto contribuir a la reducción de la prevalencia de las ITS/VIH/Sida y de su impacto en las poblaciones de más alto riesgo (PEMAR) y en la población general<sup>44</sup>

Tiene como meta reducción de la prevalencia de VIH/SIDA en la población general de 0.68-0.5% y reducción de la prevalencia en la población de más alto riesgo en un 25%

A través de las siguientes estrategias :

- Garantizar el tratamiento antirretroviral a la población que lo amerita
- Aumentar de 35% a por lo menos el 80% de cobertura a mujeres embarazadas con VIH/SIDA con tratamiento profiláctico para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo/a y contribuir de manera importante a la erradicación del VIH pediátrico en Honduras
- Aumentar al 100% la vigilancia de grupos de riesgo para co-infección tuberculosis y VIH y asegurar el tratamiento de estos grupos
- Fortalecer el programa de prevención de VIH/SIDA con énfasis en grupos de alto riesgo incluyendo a jóvenes y adolescentes mediante trabajo conjunto entre la secretaria de salud, educación y organizaciones no gubernamentales que están trabajando en el tema.

La estrategia de abordaje integral se enmarca en los objetivos y metas del PEN y sirve de plataforma a toda la respuesta nacional, en cuanto a terapia, vigilancia y prevención.

### *Atención Integral*

En el año 2002 la Secretaria de Salud de Honduras a través del Departamento ITS/VIH/Sida implementa la estrategia de Atención Integral, a las personas con VIH, según la cual, los servicios se orientan hacia la promoción, prevención, atención del daño, apoyo emocional y social en el contexto de la familia y la comunidad, con el fin de mejorar su calidad de vida. Para implementarla, se habilitaron cuatro centros piloto ubicados en tres hospitales en Tegucigalpa (Instituto Nacional Cardiopulmonar, Hospital Escuela y Hospital del Instituto Hondureño Seguridad Social), y uno en San Pedro Sula (Hospital Mario Catarino Rivas), iniciando con la atención de 200 personas con VIH, que cumplieran con los criterios de inclusión para el inicio de la Terapia Antirretroviral (TARV) definidos por el país.

<sup>43</sup> Estrategia de abordaje integral a las ITS/VIH/SIDA en el marco de la reforma del sector salud de Honduras-SESAL-2011

<sup>44</sup> Estrategia de abordaje integral a las ITS/VIH/Sida en el marco de la reforma del sector salud en Honduras.p.11

Dado el compromiso del estado de Honduras, se amplió la cobertura en respuesta a la demanda de las personas necesitadas de tratamiento, según datos reportados por la SESAL hasta Diciembre de 2014, hay un total de 9,926 personas activas con TARV de los cuales, 9,226 son adultos y 700 niños, atendidos en las 20 regiones del país. En relación a la distribución por línea de terapia se cuenta con: 8,818 personas en primera línea, 1,090 en segunda línea y 18 en terapia de rescate, se han obtenido resultados de impacto que se reflejan en la sobrevivencia a los 12 meses de tratamiento, como se muestra en la cohorte activa de personas a Diciembre del 2014

- 83% de sobrevivencia a los 12 meses de TARV.
- 89% de personas en tratamiento de primera línea

Hasta el 2014 el 93% (Unidad de finanzas de la SESAL) de los ARV fueron adquiridos con fondos nacionales, y en su mayoría forman parte del Cuadro Básico de Medicamentos de la SESAL, acercándose a convertir en realidad la autosuficiencia en la compra de medicamentos. Existe además una extensa red de CAI (49 a nivel nacional de los cuales 21 ofrecen atención pediátrica) distribuidos en las 20 Regiones Departamentales; dos CAI funcionan en los centros penitenciarios más importantes; un CAI en la Policía Metropolitana del Distrito Central y tres funcionando en asocio con la Iglesia Episcopal.

En Agosto del 2013 ONUSIDA<sup>45</sup> publicó la evaluación del PENSIDA III en donde se muestra que la cobertura seguía estando por debajo de las metas establecidas en el PEN III (aumentar de 48% a un 93% la cobertura nacional, de las personas que requieren servicios de atención integral y targa adultos y niños)<sup>46</sup> y en la declaración política del 2011.

Otro desafío importante, es el abandono a TAR, que se ha visto incrementado de un 15% en el 2012<sup>47</sup> a un 17% en Diciembre del 2014,<sup>48</sup> pese a algunas acciones que se realizan desde los CAI, para reforzar la adherencia, con apoyo de la asociación de personas viviendo con el virus del VIH (ASONAPVSI DAH), a través de las vistas domiciliarias, esta falta de adherencia según la evaluación del PEN III -2013 es debido a la situación socioeconómica de las personas que requieren terapia y a otros factores como la cuota de recuperación que se debe pagar en los centros de atención, que aunque no es obligatoria constituye un obstáculo para el acceso a la terapia.

También se encontró en la evaluación del PEN III-2013<sup>49</sup> en cuanto a los recursos humanos, que la atención del personal médico de los CAI ha mejorado. Los malos tratos que se denuncian por las personas viviendo con VIH, provienen en su mayoría de los otros servicios que se brindan en los hospitales. Sin embargo, dificultades como la falta de

<sup>45</sup> Evaluación de procesos y resultados de PENSIDA III –ONUSIDA/Honduras, Agosto 2013,p.VI

<sup>46</sup> PEN III Honduras 2008-2012 p.47

<sup>47</sup> Evaluación PEN III ONUSIDA /Honduras, Agosto 2013,p.VIII

<sup>48</sup> SESAL-Situación VIH/SIDA- Dic. 2014

<sup>49</sup> Evaluación PEN III ONUSIDA /Honduras, Agosto 2013,p.VIII

personal y la rotación del mismo, causan sobrecarga de trabajo y reducen el tiempo de atención durante las citas médicas.

#### *Programa de Prevención Transmisión Madre a Hijo*

En el caso específico de la transmisión del VIH de madre a hijo(a) y la sífilis, las acciones van orientadas al desarrollo, de nuevas modalidades de IEC, fortalecimiento de la coordinación intra e inter programática y el aumento del acceso de las embarazadas a los servicios de salud, que incluya la promoción de la prueba de VIH y sífilis. Todas estas acciones, se desarrollan con un abordaje que va desde intervenciones de prevención primaria, dirigidas a las mujeres en edad fértil para prevenir la infección por VIH y sífilis, hasta acciones específicas en mujeres con VIH, no embarazadas y mujeres infectadas embarazadas. La secretaria de salud utiliza un protocolo de atención actualizado, que incluye la realización de pruebas para la detección del VIH, y la terapia ARV, para las mujeres con un diagnóstico positivo (a partir de octubre 2013, toda embarazadas inicia TAR, independientemente de la semanas gestacional y nivel de CD4, con el esquema de Dosis combinada fija de Zidovudina+Emtricitabina+ Efavirenz, con el objetivo de garantizar la adherencia a la TAR y se le ofrece la cesárea programada) así como la dotación de sucedáneos de la leche materna y seguimiento al niño/a expuesto perinatalmente.

Según datos de la SESAL a Diciembre del 2014<sup>50</sup> del total de mujeres embarazadas que asistieron a control (181,620) 82.2% se realizó la prueba de VIH, de estas el 0,07% resulto con un diagnostico positivo (108 embarazadas), y 74.5 % recibieron consejería pos/prueba. De acuerdo con análisis hechos en la evaluación del PENSIDA III (ONUSIDA, 2013)<sup>51</sup> la tasa nacional de transmisión del VIH de madre a hijo/a se estima que fue de 22.4 en el año 2010; 21.6 en 2011 (con Spectrum); y 20.6 en 2012, acercándose a la meta 4 del PENSIDA III (Disminuir la tasa nacional de transmisión del VIH de madre a hijo/a de 29% a 20%). Pero si se toma en consideración que el cálculo se efectúa solo con las mujeres inscritas en el programa de PTMH, aquellas mujeres viviendo con VIH que no fueron captadas, que no se hicieron la prueba de VIH y que no recibieron tratamiento ARV, podrían estar cambiando la tasa de transmisión real, sobre la reportada. Asimismo, se evidencia que el porcentaje de positividad de madre a hijo/a, experimentó una reducción del año 2008 al 2010 y luego un incremento progresivo al año 2012 (Grafico No8)

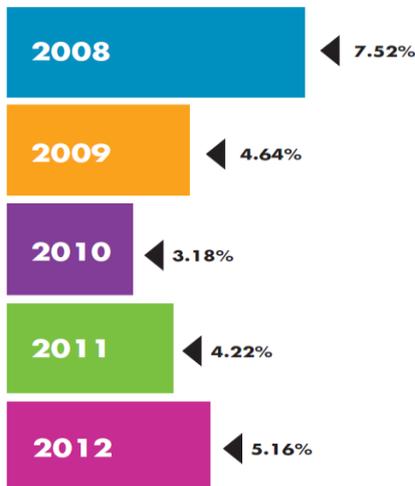
Según este análisis, a pesar de la prioridad que se otorga a las mujeres embarazadas, una de las limitaciones más importantes para alcanzar los objetivos de prevención de la transmisión de madre hijo/a, continúa siendo la insuficiente disponibilidad de pruebas para la captación de mujeres embarazadas con VIH. A esto debe sumársele la cobertura incompleta del servicio, en las unidades de salud a nivel nacional, debido en parte al

<sup>50</sup> Informe estadístico de VIH a Diciembre 2014-SESAL/Honduras

<sup>51</sup> Evaluación PENSIDA III/ONUSIDA/Honduras/ agosto 2013,p.41

insuficiente recurso humano capacitado, para la realización de pruebas rápidas de VIH. También se identifican dificultades en el acceso al parto por cesárea, ya que algunos gineco-obstetras se niegan a proveer el servicio, señalando que esto conlleva a riesgos para el ejercicio de su labor durante el procedimiento quirúrgico.

Porcentaje de Positividad de transmisión del VIH de Madre a Hijo/a  
2008-2012



Fuente: Secretaría de Salud 2008-2012

Grafico No 8 Positividad de madre a hijo 2008-2012

#### Co-infección VIH/TB

Anteriormente la coordinación entre los programas de TB y VIH se limitaba a la armonización de la información con el fin de brindar datos concordantes. Con el nuevo modelo de Salud se brinda un abordaje integral a la población por ciclo de vida con un enfoque de atención individuo, familia y comunidad que a través de ejes transversales de acción, permiten establecer metas comunes y optimizar los recursos financieros y humanos para lograr mejores resultados. Desde el 2011 las 12 actividades de colaboración TB/VIH recomendadas internacionalmente están siendo implementadas en el país con énfasis en las regiones que tienen alta carga de TB/VIH.

Se ha actualizado la normativa de TB y VIH en el manejo integral de la Coinfección TB/VIH, organizado el Comité Nacional para la vigilancia TB-VIH y 7 Comité en las Regiones que tienen mayor carga de TB y VIH. Se ha elaborado e implementado la Guía del manejo Clínico y Programático de la TB-VIH, Guía de Consejería para abordar el paciente con TB, TB-VIH y TB-MDR y la Ficha de Notificación de casos de Tuberculosis que contempla la vigilancia de TB-VIH. Está en proceso la implementación de la técnica de diagnóstico rápido (G expert MTB-RIF) en las Regiones Metropolitana de Tegucigalpa y San Pedro Sula con énfasis en el diagnóstico de la TB en personas con VIH.

Existe una red de laboratorio para el diagnóstico y seguimiento del VIH y TB que está conformado por 162 laboratorios, distribuidos en las 20 regiones de salud. En 450 Establecimientos de salud sin laboratorio, se realiza el diagnóstico de VIH a través de

pruebas rápidas. Y en 25 Establecimientos de Salud sin laboratorio se realiza diagnóstico de TB. Según el sistema de información de la SESAL<sup>52</sup> a Diciembre del 2014, se registraron un total de 2,811 casos de tuberculosis de todas las formas, de esto fueron sometidos a prueba de VIH: 2471, resultando positivos el 8.7% (217 casos).

En la evaluación del PENSIDA III (ONUSIDA, 2013)<sup>53</sup> se encontró que aunque en el manejo de la tuberculosis latente en personas con VIH está normalizada la isoniazida, esta no se usa en ningún CAI, puesto que no se dispone de una presentación simple solo compuesta. También está normado que antes de iniciar y durante la terapia ARV de toda persona con VIH, se investiga la presencia de TB. En los CAI con laboratorio se realiza la baciloscopia y cultivo de esputo. Cuando se diagnostica la TB, se inicia la terapia antituberculosa (que está disponible) para la primera semana, luego se envían a un centro de salud, donde se les da seguimiento semanal estricto. Posteriormente en el CAI se realiza el seguimiento cada 35 días. Aunque otro de los hallazgos en la misma evaluación del PENSIDA III, con relación a los medicamentos para las enfermedades oportunistas y las comunes, refieren en todos los CAI que la disponibilidad es muy limitada y es una de las brechas más grandes que se presenta durante la atención.

#### *Promoción y Prevención*

De acuerdo a los análisis y hallazgos de la evaluación del PENSIDA III (ONUSIDA, 2013)<sup>54</sup> el país no tiene una política que permita abordar la complejidad de la epidemia en forma amplia, siendo esta una necesidad estratégica. A pesar de que la meta 20 del PENSIDA III considera la “formulación e implementación de una política de Estado relativa al VIH”, el país aún no dispone de este recurso. De igual manera, tampoco existe una política que proponga los modelos y métodos para la prevención y que a su vez respalde el trabajo de los actores involucrados. Tampoco se dispone de una política actualizada sobre salud sexual y reproductiva (para ejecutarse desde el ámbito de la salud) o una política de educación sexual (para el ámbito educativo) que permita abordar con integralidad las acciones particulares en prevención; en la misma evaluación se menciona que con la excepción de algunas acciones preventivas de la Secretaría de Salud, desarrolladas a través de organizaciones no gubernamentales, el sector salud en los últimos cinco años ha limitado el desarrollo de sus capacidades en el campo de la prevención dirigidas a poblaciones en mayor riesgo (PEMAR). Las acciones de prevención han sido asumidas casi en su totalidad por las organizaciones de la sociedad civil, financiadas por los proyectos de Fondo Mundial y USAID, entre otras entidades de cooperación; con una débil y limitada rectoría de la Secretaría de Salud y de la misma CONASIDA. Aparte de las clínicas UMIETS/VICITS, en los centros de salud, según esta evaluación, no se logró identificar alguna estrategia en ejecución relativa a la prevención sexual del VIH, que fuera dirigida por la Secretaría de

<sup>52</sup> Información estadística, Dic.2014/ SESAL Honduras.

<sup>53</sup> Evaluación PENSIDAIII/Honduras/Agosto 2013 p.52

<sup>54</sup> Evaluación PENSIDA III /ONUSIDA/Honduras 2013,p.24

Salud y que tuviese un gran alcance, esto se debe a las limitaciones presupuestarias que impiden el desarrollo de este tipo de acciones, y otros factores asociados a la escases de técnicos y la priorización en la atención.<sup>55</sup>

#### *Prueba de VIH*

Los servicios de prueba de VIH, acompañados de consejería pre y post prueba están integrados en todos los CAI, clínicas UMIETS/VICITS y centros de salud que cuentan o no con laboratorio. Además, el servicio es proporcionado por algunas organizaciones no gubernamentales subcontratadas por la Secretaría de Salud, con asistencia de USAID y por otras que ejecutan proyectos en esta línea de servicios (subvencionadas por el Fondo Mundial). Se utiliza de rutina, la prueba ELISA para VIH y pruebas rápidas. El resultado negativo se entrega el mismo día o al día siguiente, según el tipo de establecimiento y las muestras positivas se confirman con otra prueba rápida de diferente sustrato en el mismo sitio. Los resultados indeterminados se envían a laboratorios de referencia, la evaluación concluye que hay un insuficiente número de pruebas para cubrir las necesidades del país.

#### *Clínicas UMIETS/VICITS*

En las Unidades de Manejo Integral de las ITS, es donde se implementa la estrategia de Vigilancia Centinela de infecciones de transmisión sexual, en población clave (clínicas UMIETS/VICITS) se constituyen como una estrategia para la prevención y control de estas infecciones y el VIH en población de HSH, mujeres trans y mujeres trabajadoras del sexo. Los pilares de la estrategia son a) diagnóstico y tratamiento de las ITS b) comunicación para el cambio de comportamiento y c) promoción y suministro de condones. Además en algunas clínicas se llevan a cabo jornadas nocturnas, en apoyo a iniciativas de organizaciones de sociedad civil, para la captación de MTS en sus lugares de trabajo y traslado a las clínicas para atención médica. Según la misma evaluación (PENSIDA III 2013) se identificó brechas relacionadas con la falta de personal y largos periodos de espera para la atención. Este último apartado es especialmente relevante en el caso de aquellas clínicas UMIETS/VICITS que también funcionan como CAI, puesto que en muchas ocasiones comparten el personal médico, lo que genera recarga de trabajo para ambos servicios de salud. Dificultades como horarios poco favorables para las personas que se dedican al trabajo sexual en horarios nocturnos.

#### *Acceso a Condones*

Según la evaluación del PENSIDA III<sup>56</sup> Más de 14.6 millones de condones masculinos fueron distribuidos a nivel nacional en el periodo evaluado, según informa el Fondo Mundial y más de 78,000 personas recibieron condones masculinos como parte de un paquete de servicios de prevención que incluye actividades educativas y de sensibilización en el marco de implementación de USAID, en el periodo de 2009-2012 dirigidos a MTS, HSH, trans y sus

<sup>55</sup> IDEM p.26

<sup>56</sup> Evaluación del PENSIDA III /ONUSIDA/Honduras 2013, p.33

parejas sexuales.

#### *Acciones para el cambio de comportamiento*

El modelo transteórico para cambios de comportamiento es ampliamente utilizado por organizaciones trabajando con población clave en el tema de prevención primaria. El modelo es implementado a través de proyectos que buscan la formación de nuevos liderazgos para la prevención de VIH e ITS en un proceso que incluye el manejo de factores de género, masculinidad, autoestima saludable y otros temas relativos a la conducta. Los líderes-mentores (personas que a lo largo del proceso han pasado de ser líderes a mentores) trabajan con mujeres parejas de hombre bisexuales, mujeres trans, hombres gay, entre otros. También realizan abordajes cara a cara en universidades, municipalidades y comunidades con poblaciones vulnerables y aplican la estrategia llamada “amigos buscando amigos”. Además realizan brigadas para realizar pruebas de VIH.

#### *Acciones de prevención con la comunidad garífuna*

Las acciones en las comunidades garífunas incluyen algunas realizadas por las Secretarías de Educación, Salud y Cultura. Éstas han sido orientadas a la reducción de conductas de riesgo; la prevención del VIH y el embarazo en la adolescencia, incluyendo la producción de material informativo/didáctico en español y lengua garífuna; la formación de líderes/zas comunitarios/as; el acceso a condones y pruebas de VIH; y apertura de los servicios amigables en el litoral atlántico. Para el cambio de comportamiento, se utilizó el modelo transteórico, que según la evaluación del PEN III (ONUSIDA 2013) ha sido empleado con éxito. Otras metodologías aplicadas incluyen mensajes a través de grupos de teatro, danza y canciones garífunas. Se incluyen abordajes a pares, grupales, a parejas, por grupo de edades y por afinidad de amistad y familia.

## **SECCIÓN 2: PANORAMA DE FINANCIAMIENTO, ADICIONALIDAD Y SOSTENIBILIDAD**

Para lograr una repercusión duradera frente a las tres enfermedades, los compromisos financieros procedentes de fuentes nacionales deben desempeñar un papel clave en la estrategia nacional. El Fondo Mundial asigna recursos que están lejos de ser suficientes para cubrir el costo total de un programa técnicamente sólido. Por tanto, es fundamental evaluar en qué medida el financiamiento solicitado se ajusta al panorama de financiamiento general y cómo el Gobierno va a destinar mayores recursos al programa nacional de la enfermedad y al sector de la salud cada año.

## 2.1 Panorama de financiamiento general para el próximo período de ejecución

A fin de conocer el panorama de financiamiento general del programa nacional y la forma en que esta solicitud de financiamiento encaja en el mismo, describa brevemente:

- La capacidad de pago para cada área programática que recibe apoyo financiero actualmente y la fuente de dicho financiamiento (gobierno y/o donante). Señale cualquier área programática que cuente con los recursos adecuados (y que, por tanto, no esté incluida en la solicitud al Fondo Mundial).
- Cómo la inversión propuesta del Fondo Mundial han movilizadado y propiciado los recursos de otros donantes.
- En el caso de áreas programáticas que tengan deficiencias de financiamiento significativas, las acciones planificadas para abordar dichas carencias.

### 1-2 PÁGINAS RECOMENDADAS

#### *Gasto en VIH , fuentes de financiamiento y tendencias*

En el país se realiza desde el 2006 el estudio de medición de gasto en SIDA (MEGAS) herramienta diseñada por ONUSIDA, la última medición fue realizada en el 2012 y es la información más exacta que tiene el país para visualizar las inversiones que se realizan en la respuesta al VIH.

El gasto nacional en VIH incluye fondos provenientes de fuentes públicas, privadas e internacionales. Utilizando la metodología MEGAS, el gasto en VIH en Honduras estimado para el año 2012 fue de 38, 299,977.53 dólares, lo que equivale a 748, 190,061.00 Lempiras. El financiamiento de la respuesta nacional al VIH se distribuye entre fondos internacionales que representa 18 millones de dólares, fondos públicos 16.5 millones de dólares y por último la participación de los fondos privados con 3.9 millones de dólares<sup>57</sup> (Tabla No.5)

*Tabla No.5 Origen del financiamiento de la respuesta nacional al VIH Honduras 2012 Estudio Megas.*

FUENTES DE FINANCIAMIENTO	TOTAL		%
	LPS	USD	
<b>Fuentes Internacionales</b>	<b>351,272,248</b>	<b>17,981,687</b>	<b>47%</b>
a) Fondo Mundial	172,576,875	8,834,240	23.1%
b) Gobierno de los Estados Unidos de América	98,960,373	5,065,798	13.2%
c) Otras fuentes internacionales	38,935,684	1,993,124	5.2%
d) Otros cooperantes bilaterales	24,850,589	1,272,106	3.3%
e) Otros cooperantes multilaterales	15,948,727	816,418	2.1%
<b>Fuentes Públicas</b>	<b>321,670,919</b>	<b>16,466,390</b>	<b>43%</b>
a) Gobierno	290,358,749	14,863,514	39%
b) Seguridad Social	31,312,170	1,602,875	4%
<b>Fuentes Privadas</b>	<b>75,246,894</b>	<b>3,851,901</b>	<b>10%</b>
a) Hogares	70,758,407	3,622,135	9%
b) Privadas sin fines de lucro	4,461,834	228,402	0.6%
c) Empresas	26,653	1,364	0.004%
<b>TOTAL</b>	<b>748,190,061</b>	<b>38,299,978</b>	<b>100%</b>

<sup>57</sup> Estudio megas 2012-Honduras-p.27

Al comparar los ejercicios MEGAS realizados desde el 2006 se observa una tendencia al aumento en el gasto en VIH, esto debido principalmente a los aportes de fuentes públicas e internacionales<sup>58</sup> (Grafico No.9 y 10)

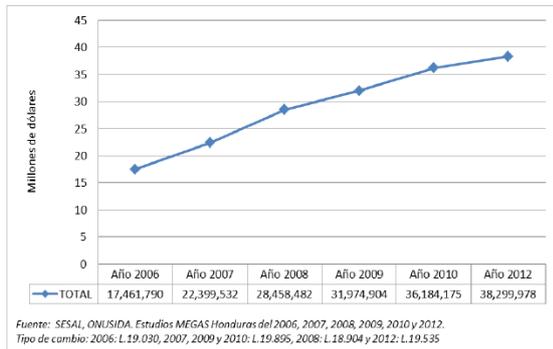


Grafico No.9 Gasto en VIH en Honduras 2006-2012 (USD)

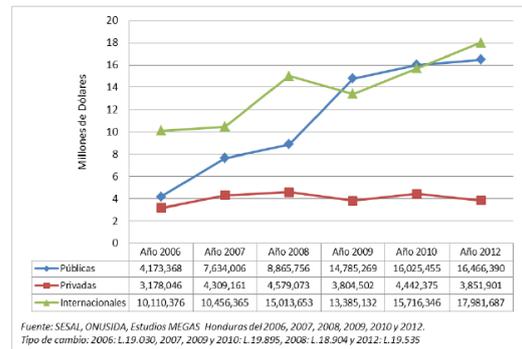


Grafico No.10 Gasto en VIH por origen de financiamiento Honduras 2006-2012

### Categoría de gasto Programático

Las tres principales categorías de gastos en donde se dio el 92% de la inversión en el 2012 según MEGAS fueron a) Prevención b) Atención y tratamiento y c) Gestión y administración de programas, (Grafico No.11)

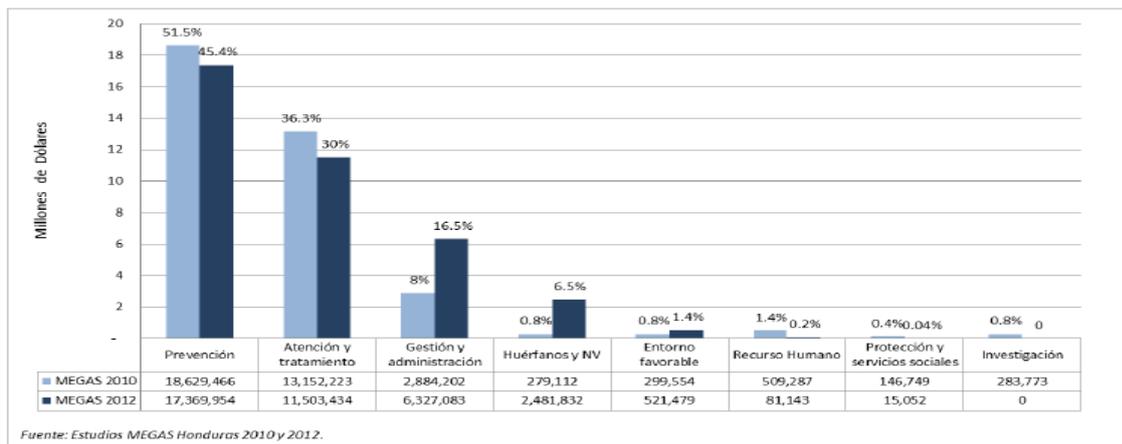


Grafico No.11 Comparativo distribución del financiamiento por las ocho categorías de gastos 2010-2012

La mayor concentración de gastos se da en prevención con un 45.4% aunque se observa una ligera disminución del gasto comparado con el 2010, en segundo lugar con un 30% se da en atención y tratamiento aunque también aquí se observa una disminución de un 9% en relación al 2010, a los gastos de gestión le corresponde un 16.5% se observa un aumento del 100% en relación al 2010 esto debido a que en ese año se elaboró el ECVC 2012, además aquí se contemplan los costos administrativos y los costos de vigilancia serológica.

Como se observa en el grafico el gasto en SIDA entre el año 2010 -2012 representa un incremento en números absolutos, al evaluar en detalle las categorías se pone en evidencia un descenso en prevención y tratamiento, esto podría explicarse por la probable influencia que pueda tener la optimización de los gastos en las compras conjuntas y unificadas que el país genera<sup>59</sup>.

### Fuentes de financiamiento

El gasto en VIH en Honduras es financiado por fuentes públicas que corresponde a fondos del gobierno y de la seguridad social pública, las fuentes privadas que está compuesta por

<sup>58</sup> IDEM p.7

<sup>59</sup> MEGAS 2012 Honduras/p.8

los fondos de hogares y de las instituciones con y sin fines de lucro y por las fuentes internacionales constituidas por las contribuciones bilaterales de los diferentes gobiernos extranjeros, agencias multilaterales y otras organizaciones y corporaciones internacionales con y sin fines de lucro.

Según megas<sup>60</sup> el gasto internacional representa el 46.9% del total del gasto del país, este a su vez se subdivide en fuentes multilaterales que representan el 54% del gasto internacional y el fondo mundial como multilateral representa según este estudio el 49.1% del gasto internacional total, las fuentes bilaterales representan el 35.2% en donde el gobierno de los Estados Unidos aporta un 28.2% del total de este gasto y otras organizaciones internacionales representan el 11% restante.

El mayor porcentaje de gasto en las fuentes públicas se concentra en Atención y tratamiento con un 54% del gasto público, del cual el 93% es cubierto con fondos del gobierno central y un 7% por el Instituto Hondureño de Seguridad Social, esto se debe a que el gobierno está cumpliendo su compromiso de brindar la terapia antiretroviral, atención médica y demás servicios sanitarios a las personas viviendo con VIH (Grafico No.12)

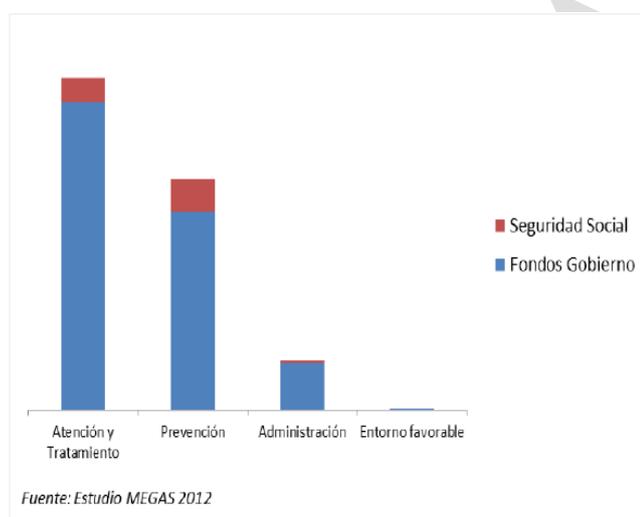


Grafico No. 12 Gasto por categoría según fuente pública de financiamiento

El gasto de las fuentes privadas proviene en un 94% de gastos de bolsillo (hogares), se concentra al igual que las fuentes públicas e internacionales en las tres categorías antes mencionadas, siendo prevención la mayor con un 91.5%, seguidos por atención, tratamiento y protección social con un 8.5%.

Las fuentes internacionales orientan los recursos principalmente en actividades de prevención al igual que las fuentes privadas. El financiamiento público se concentra en el área de atención y tratamiento.

### *Población Beneficiaria*

Las poblaciones beneficiarias son aquellas a las que se destinan o prevén explícitamente los beneficios de actividades específicas, es decir los receptores previstos de los distintos servicios (Grafico No.13)

<sup>60</sup> IDEM p.31

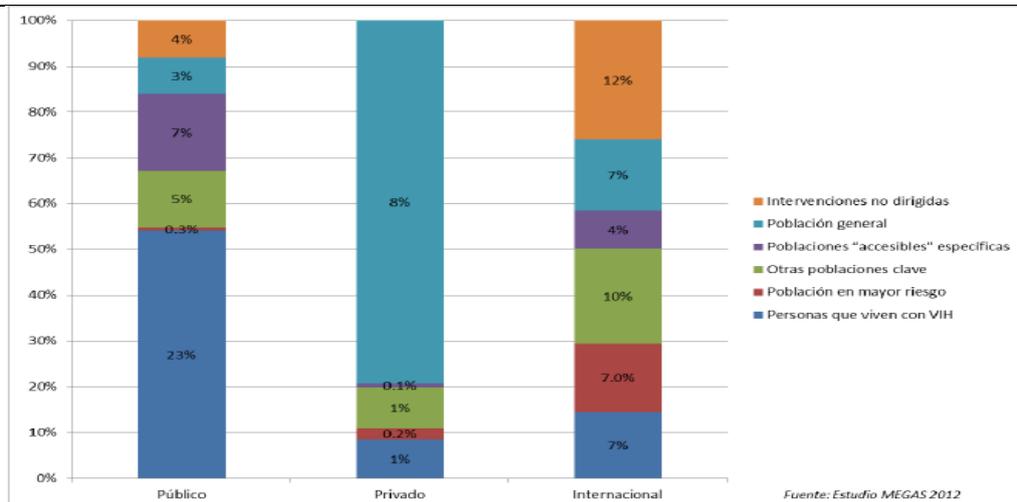


Gráfico No. 13 Distribución de financiamiento por población beneficiaria

Destaca el gasto destinado a las personas que viven con el VIH, con el 30.9% de la inversión cuya mayor fuente de financiamiento es la pública, lo que significa que los fondos destinados para atención y tratamiento son para esta población, en segundo lugar se encuentra la población general con un 18.6%. A pesar de tener las poblaciones clave las más altas prevalencias, según el estudio megas solo se destinaron 3,2 millones de dólares lo que apenas representa el 8.4% del gasto en VIH, los gastos en prevención fueron ese año de 17 millones y de estos solo el 17% se destinó a poblaciones clave (Tabla No.6)

POBLACIÓN EN MAYOR RIESGO	TOTAL		% sobre gasto en prevención
	LPS	USD	
Trabajadores/as sexuales y sus clientes	24,335,308	1,245,729	7%
Hombres que tienen sexo con hombres	15,969,794	817,496	5%
Población en mayor riesgo no desglosada por tipo	12,015,983	615,100	4%
Garifunas	4,797,619	245,591	1%
<b>TOTAL</b>	<b>57,118,704</b>	<b>2,923,916</b>	<b>17%</b>

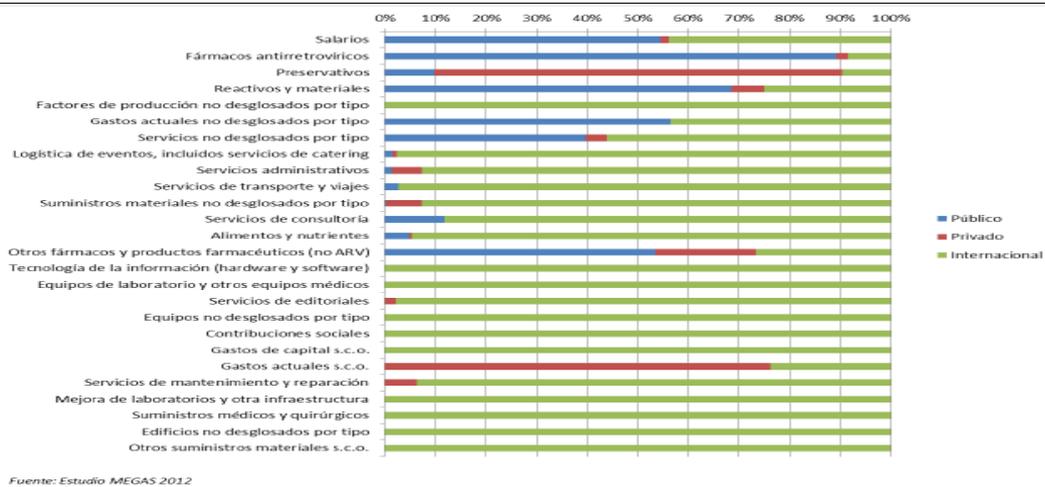
Fuente: Estudio MEGAS 2012

Tabla No.6 Distribución de gastos de prevención destinado a poblaciones clave

Esta distribución del gasto con poca inversión en las poblaciones clave obliga a reorientar los recursos hacia esos grupos poblacionales que deben ser priorizados en la respuesta de país.

### Contribución del país

En el 2012 los fondos públicos cubrieron en forma mayoritaria con un 69% los fármacos antirretrovirales, reactivos y materiales con un 69% y otros fármacos con 54%. También el gobierno de Honduras ha contribuido con cerca del 60% del pago de salarios al personal de salud, laborando en los diferentes establecimientos de atención. Los fondos privados aportaron el mayor gasto en preservativos con un 81%, la participación externa estuvo en alrededor del 10%; equipos de laboratorio, equipos médicos, servicios editoriales son cubiertos con fondos internacionales (Gráfico No14)

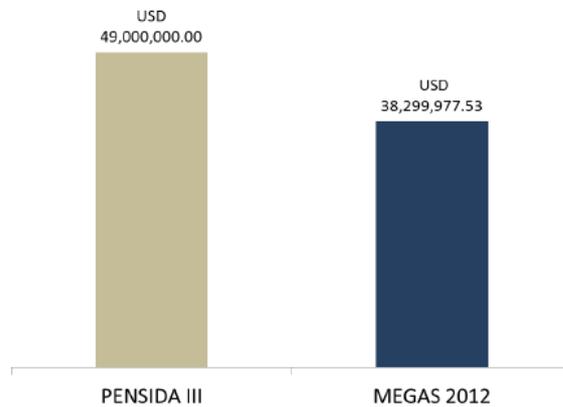


Fuente: Estudio MEGAS 2012

Gráfico No.14 Composición del gasto por fuente financiera

### Brechas financieras

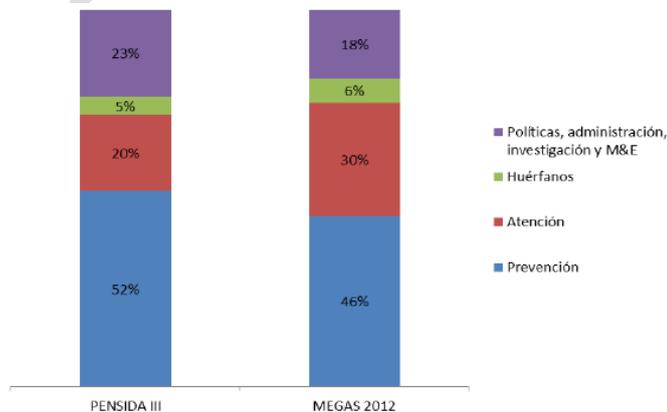
La brecha financiera encontrada entre el PEN III y el análisis de MEGAS en el 2012 fue de 10,7 millones de dólares (Gráfico No.15)



Fuente: PENSIDA III, Estudio MEGAS 2012.

Gráfico No.15 brecha financiera PENSIDA III- MEGAS 2012

El estudio MEGAS 2012 demostró brechas en lo que se refiere a la categoría de prevención observándose que la estrategia de país en términos de gastos está más enfocada en la atención (Gráfico No.16)



Fuente: PENSIDA III, Estudio MEGAS 2012.

Gráfico No.16 Distribución del gasto según categoría PENSIDA III-MEGAS 2012

A pesar de que en prevención se concentran gran parte de los recursos de la respuesta al VIH la mayoría no están destinados a las poblaciones clave 17% versus un 83% destinados a otras poblaciones, aunque son estos grupos los que presentan las más altas prevalencias

convirtiéndose en una gran brecha (Grafico No 17)

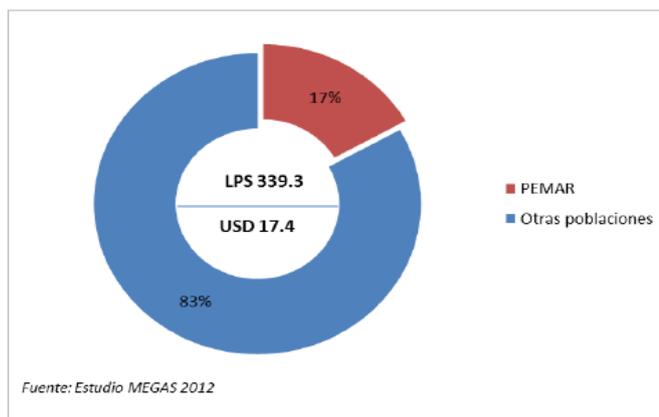


Grafico No. 17 Gasto de prevención destinado a poblaciones clave

Otra brecha financiera importante que quedó evidenciada en el MEGAS 2012 fue el hecho de que existen algunos programas claves en la respuesta nacional cuya dependencia financiera está ligada a los fondos externos, programas destinados a las poblaciones clave que podrían ponerse en peligro en caso de que se interrumpiera este financiamiento internacional<sup>61</sup> (Grafico No.18)

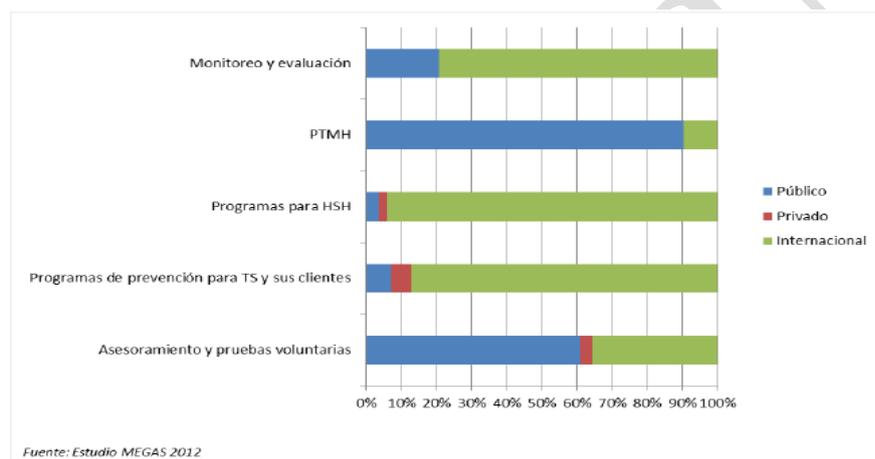


Grafico No.18 Composición del gasto por fuente financiera en programas clave.

Para cubrir estas brechas es necesario reorientar el gasto priorizando a las poblaciones con más alta prevalencia y desarrollar políticas que permitan continuar aumentando la participación pública, sustituyendo la contribución internacional especialmente en áreas estratégicas como la prevención garantizando, de esta forma la sostenibilidad de los procesos.

<sup>61</sup> MEGAS Honduras 2012 p.35

## 2.2 Requisitos de financiamiento de contrapartida

**Rellene la tabla de análisis de deficiencias financieras y de financiamiento de contrapartida (tabla 1).** Los requisitos de financiamiento de contrapartida se incluyen en la Política sobre elegibilidad y financiamiento de contrapartida del Fondo Mundial.

Indique aquí abajo si se han cumplido los requisitos de financiamiento de contrapartida. En el caso contrario, proporcione una justificación que incluya un plan de acción para cumplir el requisito durante la ejecución de la solicitud de financiamiento.

Requisitos de financiamiento de contrapartida	¿Cumple con el requisito?	Si no es el caso, proporcione una breve explicación con acciones planeadas
i. Disponibilidad de datos fiables para evaluar el cumplimiento.	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
ii. Umbral mínimo de contribución gubernamental al programa de enfermedades (ingresos bajos: 5%; ingresos medios bajos de la franja inferior: 20%; ingresos medios bajos de la franja superior: 40%; ingresos medios altos: 60%).	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
iii. Mayor contribución gubernamental al programa de enfermedades.	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
iv. Mayor contribución gubernamental al sector de la salud	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

- a. En comparación con los años anteriores, describa las inversiones adicionales del gobierno comprometidas a los programas nacionales en el próximo período de ejecución, que se realizarán para acceder a la totalidad del monto asignado del Fondo Mundial en relación a los compromisos de voluntad de pago. Especifique claramente las intervenciones o actividades que serán financiadas con los recursos adicionales del gobierno, e indique cómo se dará seguimiento y reportará la materialización de esto.
- b. Proporcione una evaluación de la integridad y fiabilidad de los datos financieros presentados, incluidos posibles supuestos y limitaciones asociadas con los datos.

**2-3 PÁGINAS RECOMENDADAS**

## Voluntad de pago Honduras (Willingness to Pay)

<b>Country</b>							<b>Honduras</b>
<b>Country Fiscal Year at time of first Concept Note</b>							<b>2015</b>
<b>Country Fiscal Year during which implementation period of the first Concept Note ends</b>							<b>2017</b>
<b>Currency</b>							<b>USD</b>
<b>Exchange Rate Used for Y1-Y4</b>							
Government Spending and Commitments by Program	Y-2	Y-1	Yo	Y1	Y2	Y3	Y4
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	NA
HIV	18799,420.98	18060,640.69	18241,247.09	18605,626.10	19166,533.42	19751,792.37	
Tuberculosis	1559,293.30	1605,521.05	2195,435.62	2261,298.69	2329,137.65	2399,011.78	
Malaria	1325,574.12	1061,969.98	1303,906.52	1391,739.38	1528,583.64	1774,556.87	

En el oficio No.1531-SS-2014 del 2 de agosto de 2014<sup>75</sup>, remitido por la SESAL, se describe el compromiso que adquiere el Gobierno de Honduras a través de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud en relación con:

El “Compromiso 20 % de umbral mínimo del Financiamiento de Contrapartida” para presentar solicitud para la Nota Conceptual de VIH, sobre una base del monto total de donación para esta subvención, que es de US\$ 12,339,104, el cual se expresa nuestro compromiso de US\$ 2,467,820.8 (representa 20 %).

Se compromete la Secretaría de Salud a NO disminuir la contrapartida nacional para el Programa de VIH, asegurar y mantener la compra de medicamentos y suministros de laboratorio.

## SECCIÓN 3: SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO AL FONDO MUNDIAL

En esta sección se detalla la solicitud de financiamiento y cómo se orienta estratégicamente la inversión para lograr una mayor repercusión sobre la enfermedad y los sistemas de salud. Se debe incluir un análisis de las deficiencias programáticas principales que conforman la base de priorización de la solicitud. En la herramienta modular (tabla 3) se organiza la solicitud para vincular con claridad los módulos seleccionados de las intervenciones a las metas y los objetivos del programa, los cuales a su vez están asociados con indicadores, metas y costos.

### 3.1: Análisis de las deficiencias programáticas

**Se debe llevar a cabo un análisis de las deficiencias programáticas para los módulos de prioridad (entre tres y seis) incluidos en la solicitud de financiamiento del solicitante.**

Rellene la tabla de deficiencias programáticas (tabla 2) donde se detallen los módulos de prioridad cuantificables dentro de la solicitud de financiamiento del solicitante. Asegúrese de que los niveles de cobertura de los módulos de prioridad seleccionados sean coherentes con los objetivos de cobertura de la sección D de la herramienta modular (tabla 3).

Para cualquier módulo de prioridad seleccionado que sea difícil de cuantificar (es decir, módulos que no prestan servicios), explique de forma narrativa las deficiencias, los tipos de actividades que están en marcha, las poblaciones o los grupos involucrados y las fuentes de financiamiento y deficiencias actuales.

#### *1-2 PÁGINAS RECOMENDADAS: solo para los módulos que sean difíciles de cuantificar*

El proceso de elaboración del plan estratégico nacional (PENSIDA IV) con la participación de representantes de las poblaciones claves, organismos implementadores y de cooperación, integrados con la secretaria de salud en la CONASIDA, brinda la plataforma que facilita el análisis de brechas programáticas reforzado con la visión de los participantes en las mesas de trabajo para la elaboración de la nota conceptual.

Este análisis conlleva además una retrospcción de lo que se ha hecho, y lo que debe hacerse en el futuro.

#### *Políticas públicas*

- Una de las principales brechas identificadas es que la CONASIDA ejerce una representación política débil, lo que no le permite cumplir de manera productiva y efectiva, su papel de organismo impulsador de políticas públicas en materia de VIH, circunscribiéndose a ser un ente principalmente técnico
- No existe un plan de abogacía e incidencia política diseñado por la CONASIDA e incorporado en los planes estratégicos que permita la captación de fondos que garanticen la sostenibilidad de la respuesta.
- No se ha logrado la efectiva y completa integración del VIH como eje transversal en los planes y políticas sectoriales.
- No existe una efectiva estrategia para lograr la incorporación de los gobiernos locales en la respuesta al VIH, implementando estrategias de coordinación con la secretaria de salud y otras organizaciones trabajando en la respuesta integral al VIH.

En la reforma a la ley especial del VIH aprobada por el congreso nacional se establece en el artículo # 7 que la CONASIDA tendrá dos niveles uno político decisorio y un nivel técnico consultivo. Sin embargo esto en sí mismo sin un plan de acción que dinamice a la CONASIDA no garantiza un efectivo papel en la conducción de las políticas del VIH en el país.

En otros ámbitos afines con el mandato de CONASIDA, se han podido presenciar diferentes hechos que están colocando la respuesta al VIH en otros contextos, con otros actores y con otros fines<sup>62</sup>. Estos liderazgos sobrevienen de diversas instituciones del Estado, con acciones emprendidas, entre otras, por el Registro Nacional de Personas, con el lanzamiento de la Política de Protección Social<sup>63</sup>, que incluye el abordaje del VIH/SIDA en las diferentes etapas de la vida de las personas; la aprobación de la Política de VIH en el ámbito laboral, liderada por la Secretaría de Trabajo y con asistencia de la OIT; el II Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras<sup>64</sup>, implementado por el Instituto Nacional de la Mujer (INAM), en donde se reconoce que el VIH es la primera causa de muerte en las mujeres en edad reproductiva (17% del total) y donde se establecen líneas políticas y estrategias claras de respuesta institucional; sin dejar de mencionar la inserción del tema de VIH en la Visión de País y Plan de Nación<sup>65</sup>, con el objetivo para el año 2034 de “haber logrado una clara declinación en la propagación del VIH/SIDA”.

#### *Discriminación, estigma y Derechos Humanos*

- Inexistencia de una ley anti estigma y discriminación que permita aplicar una política de género a las poblaciones trans
- No existen planes de capacitación en derechos humanos, estigma y discriminación a operadores de justicia, incorporados como una política de los organismos legales.
- Débil enfoque del VIH y su relación con la violencia doméstica, en las oficinas municipales.
- Persistencia de acciones de discriminación a las poblaciones clave en todos los niveles.
- Ausencia del abordaje de la masculinidad como un determinante social en la violencia de género en todo su contexto.

Entre algunas acciones clave ejecutadas por el estado para contrarrestar estas brechas se destacan la creación de la Secretaría de Derechos Humanos, Justicia, gobernación y descentralización en octubre 2010, que tiene como mandato la formulación, armonización, seguimiento y coordinación de políticas públicas relativas a los derechos humanos. Como parte de ese mandato, en enero de 2013 se aprobó la primera Política Pública en Derechos Humanos y el Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos, que reúne lineamientos estratégicos en materia de seguridad humana, justicia y democracia con enfoque especial a poblaciones como niñez, juventud, adultos mayores, pueblos indígenas y garífunas, mujeres, migrantes, comunidad LGBTI, personas con discapacidad, personas privadas de libertad, defensores de derechos humanos, comunicadores y operadores de justicia.

Otros avances en materia jurídica vinculados a la respuesta nacional al VIH, se refieren a la reforma al Código Penal para sancionar la discriminación por razón de orientación sexual e identidad de género, la aprobación de la Ley contra la Trata de Personas; y la reforma a la Ley Especial del VIH.

También desde el Instituto Nacional de Juventud, se ha formulado una propuesta de Política Nacional de Prevención de Violencia contra la Niñez y Juventud.

#### *Promoción y prevención*

- La demanda de insumos de establecimientos de salud que realizan pruebas se ve aumentada y el suministro no es suficiente.
- La prueba no está universalizada en todos los centros, lo que limita el acceso de las poblaciones geográficamente distantes.
- Los establecimientos que realizan pruebas, son monitoreados pero no de una

<sup>62</sup> Evaluación PENSIDA III 2012 Honduras/p.64

<sup>63</sup> Registro Nacional de las Personas. Política de Protección Social. Honduras, 2012.

<sup>64</sup> Instituto Nacional de la Mujer. Política Nacional de la Mujer. II Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras 2010-2022. Honduras 2010.

<sup>65</sup> República de Honduras. Visión de País 2010 – 2038 y Plan de Nación 2010-2022. Honduras 2010 p.79

manera constante, lo cual repercute en la calidad de la toma de la muestra, la calidad de atención a las personas y en la gestión adecuada de la información.

- El desabastecimiento o suministro limitado, obliga a priorizar la prueba a las embarazadas, por lo que las otras poblaciones no reciben el servicio oportunamente.
- Débil promoción de la prueba en algunos establecimientos.
- Los procesos de licenciamiento son lentos, lo cual se convierte en una limitante para que nuevos agentes de salud se incorporen a la realización de la prueba.

Como respuesta la SESAL ha priorizado 5 regiones de salud (Cortes, Metro de San Pedro Sula, Atlántida, Metro de Tegucigalpa e Islas de la Bahía) con apoyo financiero de USAID<sup>66</sup> donde se implementa la estrategia de abordaje integral de las ITS/VIH/SIDA que incluye promoción, prevención, atención y apoyo, esta estrategia de gestión de servicios será evaluada para después implementarla de manera progresiva a nivel nacional.

#### *Prevención en poblaciones clave*

- Difícil o ningún acceso al condón femenino, lo que tampoco se contempla en las estrategias de intervención a poblaciones clave.
- No se diferencia la población trans de los HSH por lo que el abordaje se realiza de manera no diferenciada.
- Lenta adaptación de los proveedores de servicios de prevención a los cambios en la dinámica del trabajo sexual, que obliga a replantear las estrategias de intervención, para abordar a estas personas a través de las redes sociales y en ambientes no tradicionales, como oficinas, centros sociales, salas de masaje y universidades.
- La inseguridad ciudadana no permite el libre acceso a áreas donde frecuentan y habitan muchos miembros de las poblaciones clave, interfiriendo en la adecuada implementación de estrategias de prevención, sobre todo cuando se deben realizar abordajes en horas no hábiles.
- Abordajes de prevención a la población Garífuna, sin completa claridad de su cosmovisión, en aspectos relacionados con salud y enfermedad, impactan negativamente en los resultados de estas intervenciones.

Como una respuesta para realizar intervenciones y brindar de manera apropiada servicios de salud a las poblaciones clave (HSH, mujeres trans y mujeres trabajadoras del sexo), se ha implementado la estrategia de Vigilancia Centinela, que se realiza en las clínicas UMIETS/VICITS cuyos acciones se orientan a la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de las ITS y el VIH, que son complementadas con a) comunicación para el cambio de comportamiento y b) promoción y suministro de condones c) seguimiento de las personas atendidas.

Sin embargo también se identifican brechas en los servicios prestados por las UMIETS/VICITS:

- Personal insuficiente y largos periodos de espera para la atención.
- Algunas de estas clínicas funcionan como CAI lo que ocasiona una sobrecarga de trabajo al personal.
- Horarios inadecuados especialmente para los trabajadores del sexo que deben trabajar en horas nocturnas.
- Desabastecimiento de reactivos especialmente el MHATP confirmatorio de sífilis.
- Problemas en el envío y recepción de muestras en los hospitales (VIH y otras)

Recientemente la SESAL creó la unidad logística de medicamentos insumos infraestructura y equipamientos (UMIIES) quien es la encargada de a) programación b) Almacenamiento c) Distribución 5) Uso racional, esto con el fin de llevar una mejor gestión y evitar los desabastecimientos de todos los medicamentos e insumos, incluyendo ARV,

<sup>66</sup> Proyecto AIDSTAR PLUS Honduras 2015

las compras generales actualmente se realizan através del sistema de operaciones de las naciones unidas (UNOPS) y los ARVs son comprados por la organización panamericana de la salud (OPS) y el fondo de población de las naciones unidas (FNUAP)

### *Atención Integral*

- Reducción de personal clave lo que ocasiona sobrecarga de trabajo con efectos en la calidad de atención
- Estrategias de control y seguimiento de las personas en abandono no implementadas.
- Débil sistema de referencia-respuesta de personas transferidas a otros establecimientos
- Desabastecimiento de reactivos de CD4 con mucha frecuencia lo que repercute en el monitoreo de la TAR.
- No se contempla la compra de reactivos para carga viral en el presupuesto de la SESAL actualmente comprado por fondo mundial, lo que pone en peligro su sostenibilidad.
- No se practican estudios de resistencia (Genotipo) de forma sistemática esto limita el manejo adecuado.
- Periodos de desabastecimiento de ARV
- El abastecimiento de tratamientos ARV de tercera línea no cubre la demanda existente.
- Medicamentos importantes para profilaxis y manejo de infecciones oportunistas no incorporados al cuadro básico de la SESAL.

En relación al continuo de la atención se identifican:

1. Baja promoción para la realización de la prueba
2. Bajo cobertura de proveedores para la realización de la prueba para poblaciones clave
3. Desabastecimiento de pruebas
4. Diagnóstico tardío por la falta de detección oportuna
5. Débil articulación entre el nivel ambulatorio y el nivel hospitalario que repercute en la retención de las personas con VIH
6. Aumento en el número de casos de abandono a la terapia ARV
7. Baja cobertura en la realización de carga viral a causa de que la persona no se hace la prueba, incumplimiento de la norma entre otros ,
8. Baja cobertura en la realización de CD4 (inadecuada capacidad instalada)

Tratando de reducir estas brechas el país ha obtenido avances en la implementación de las recomendaciones de la Estrategia 2.0 tales como : a)alineamiento de los contenidos de los manuales de atención Integral del niño, niña, embarazada, adolescente y adulto con VIH con las recomendaciones de la OMS 2013 b) en proceso la inclusión de los ARV de primera línea (Dosis Combinada Fija/CDF) en el cuadro básico de medicamentos c) en proceso la implementación del plan de migración, actualmente ya están bajo el esquema de CDF las personas nuevas en tratamiento, las embarazadas y los personas VIH/TB d) fortalecimiento del monitoreo clínico, para garantizar la supresión de carga viral, se han actualizado los recursos técnicos en la cascada de atención e) optimización de los recursos como compras, a través del fondo estratégico con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), manejo de la Información, actividades que incluyen el involucramiento de la comunidad en la respuesta al VIH, como la implementación de la Estrategia de Abordaje integral a las personas que han abandonado el tratamiento.

### *Sistemas de información*

- Información desintegrada en múltiples subsistemas
- Formatos inadecuados para la recolección de la información
- No se actualizan los formatos para la recolección al mismo tiempo que la norma, lo que produce incoherencias.
- A nivel local, no hay revisión y validación de la calidad de los datos
- No se utiliza la información que produce el procesamiento de los datos, para la

toma acertada de decisiones

Tratando de mejorar las brechas en los sistemas de información fue diseñado e implementado el SISAI el cual es un sistema electrónico en red, entre los CAI y la Secretaría de Salud. Consta de un expediente electrónico de los usuarios/as, que también se maneja de forma impresa, el cual es completado por el médico/a, la doctora en farmacia y la trabajadora social en sus partes correspondientes. Cada CAI realiza informes mensuales que se envían a nivel central de la Secretaría de Salud. Sin embargo, algunos CAI presentan problemas para reportar la información recopilada por falta de un efectivo equipo computarizado. Existen otros subsistemas de información (SIAL, SVE, módulo de laboratorio, módulo de M&E, módulo de PTMH, módulo de consejería etc.) que generan abundante información pero con debilidad en la integración y comunicación entre los sistemas<sup>67</sup>.

### 3.2 Solicitud de financiamiento del solicitante

Proporcione una descripción general y estratégica de la solicitud de financiamiento al Fondo Mundial, que incluya la inversión propuesta del monto asignado y del monto por encima de lo asignado. Describa cómo la solicitud aborda las deficiencias y las desigualdades descritas en las secciones 1, 2 y 3.1. Si el Fondo Mundial está financiando programas vigentes, explique cómo se adaptarán para maximizar su repercusión.

#### 4-5 PÁGINAS RECOMENDADAS

En Honduras las prevalencias más altas se encuentran en las llamadas poblaciones clave y otras poblaciones más vulnerables que corresponden a los trabajadores del sexo, hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero y la comunidad étnica garífunas, según quedó demostrado en los estudios ECVV del 2006 y 2012. Por esta razón la nota conceptual va enfocada a intervenciones dirigidas hacia esas poblaciones, la propuesta esta armonizada con los objetivos e indicadores del Plano Estratégico Nacional en el que se prioriza igual las intervenciones a estas poblaciones.

La propuesta también se alinea con el modelo nacional de salud, el cual busca crear sinergia con organizaciones de base comunitaria y aumentar la cobertura através de proveedores públicos y no públicos, esta sinergia incluye la colaboración de los gobiernos locales.

Se destaca en la nota conceptual el fortalecimiento de las capacidades de las personas y organizaciones de las poblaciones clave, quienes juegan un papel fundamental en el éxito del continuo de la atención, que inicia en la mejora de la búsqueda de casos de VIH y su detección a través de la realización de pruebas rápidas, también se pretende la participación activa de las personas viviendo con el VIH como colaboradores en el seguimiento y concientización a sus pares para mejorar la adherencia y evitar el abandono al tratamiento.

En relación a los derechos humanos, el estigma y la discriminación, se visualizan actividades que fortalecen el conocimiento y la defensa de los derechos de las poblaciones intervenidas, la generación de información estratégica a través de sistematización de las violaciones de los derechos humanos, y acciones que contribuyan a la reducción de la impunidad de estas violaciones. Además se incorpora la prevención de la violencia contra las mujeres y mujeres trans, con el apoyo del INAM y las oficinas municipales de la mujer.

El país ha priorizado 39 municipios que coinciden con la faja geográfica en donde habitan las poblaciones clave con alta prevalencia (Tegucigalpa, San Pedro Sula, La Ceiba) y como

<sup>67</sup> Evaluación PENSIDA III/Honduras p.56

se observa en el Grafico No. 19 están ubicados principalmente en la zona central y atlántica del país.

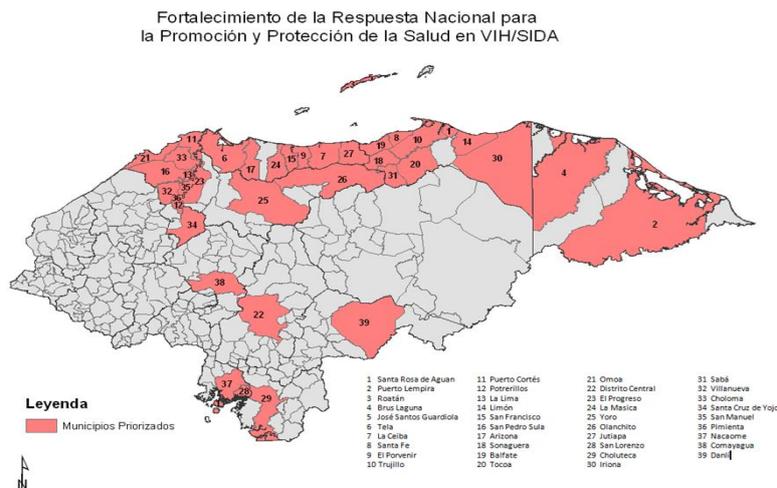


Grafico No.19 Municipios priorizados por prevalencia alta

En base al análisis de deficiencias programáticas se seleccionan 4 módulos de prevención, un módulo de atención y 3 módulos de fortalecimiento de los sistemas de salud que incluyen derechos humanos, políticas e información estratégica.

#### *Promoción y prevención poblaciones clave*

Los primeros tres módulos fueron seleccionados para implementar intervenciones de promoción y prevención en población clave (MTS, HSH, personas transgénero y otras poblaciones vulnerables, que de acuerdo al ECVC 2012 son los garífunas) estas intervenciones son 1) uso adecuado del condón 2) cambios de comportamiento 3) el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual 4) Asesoramiento y prueba de VIH.

Las intervenciones hacen un corte cruzado para las 3 poblaciones y se contempla implementarlas a través de organizaciones de la sociedad civil, trabajando específicamente con cada grupo, se utilizarán estrategias diferenciadas para cada una de las poblaciones, exitosas y científicamente probadas, que toman en cuenta los derechos humanos y el enfoque de género y que además, están recomendadas en el PEN IV, entre estas estrategias se contemplan a) actividades de IEC para uso adecuado del condón y cambios de comportamiento, utilizando el mercadeo social como eje primordial y tomando en cuenta, las nuevas relaciones sociales que se establecen a través de los medios electrónicos b) Se utilizarán estrategias conocidas y exitosas, para el cambio de comportamiento como el abordaje “cara a cara” a través de pares, tomando en cuenta el entorno y las individualidades de cada población, dando especial interés a los jóvenes dentro de estas comunidades y respetando la cosmovisión de la salud y enfermedad de la población garífuna c) Se pretende mejorar el acceso y cobertura, garantizando el diagnóstico etiológico y tratamiento de las ITS a través del fortalecimiento de las UMIETS/VICITS volviéndolas más amigables para estas poblaciones, brindando servicios de calidad y con calidez, bajo un enfoque de derechos humanos, logrado a través de la capacitación a su personal en todos los niveles, pero además y siguiendo estos mismos lineamientos se pretende brindar el conjunto de servicios, por medio de proveedores públicos y no públicos, en áreas donde las UMIETS/VICITS no tienen alcance d) Se proyecta mejorar el acceso y la cobertura al asesoramiento y la prueba, a través de la estrategia ya utilizada en el MNS de servicios descentralizados, además se brindará capacitaciones a personal de los establecimientos de salud (enfermeras profesionales y auxiliares, médicos generales etc.), localizados en municipios de alta prevalencia en donde no se brinda este servicio.

Todas las intervenciones se realizarán brindando el paquete específico de servicios para poblaciones clave, ya definido por la SESAL. Con lo que se busca cubrir las brechas identificadas en los primeros tres pilares del continuo de la atención, en relación a la captación de personas para la realización de la prueba, diagnóstico del VIH y vinculación a los establecimientos de salud, además de promover los cambios de comportamiento para disminuir el número de nuevas infecciones.

### *Transmisión madre hijo*

En el módulo de la prevención de la transmisión madre hijo, se priorizan dos intervenciones 1) prevención de la transmisión vertical y 2) Tratamiento, atención y apoyo para madres que viven con el VIH, así como para sus hijos y familias.

Con estas intervenciones se busca mejorar la promoción de la prueba y mejorar la captación de las mujeres embarazadas, no solo en los controles prenatales como tradicionalmente se hace, sino a través de las organizaciones de base comunitaria como patronatos, juntas, redes de mujeres, oficinas municipales de la mujer y su vinculación con los equipos de salud familiar (ESFAM), se plantea una estrategia novedosa, que es la capacitación de las parteras tradicionales, en asesoramiento para la realización de la prueba, con lo que se busca mejorar el acceso y la captación de las mujeres embarazadas que por diferentes razones no asisten a control prenatal, contribuyendo con los primeros tres pilares del continuo de atención.

La segunda intervención busca proveer el paquete básico de servicios de PTMH integrales (opción B +) de manera sistemática a todas las mujeres VIH-positivas y sus niños recién nacidos, con atención especial para la retención en PTMH; el Diagnóstico Temprano Infantil (DTI); y la referencia activa a TARV de las mujeres con VIH.

### *Tratamiento, atención y apoyo*

Se selecciona este módulo, buscando complementar los esfuerzos de país para el acceso universal a servicios de atención integral, en el marco del continuo de atención, identificando tres intervenciones clave 1) Tratamiento antirretroviral 2) Seguimiento del tratamiento 3) Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas

Con las intervenciones de este módulo relacionados al *tratamiento*, se propone fortalecer los últimos 3 pilares del continuo de atención, aumentando el diagnóstico, la adherencia y logrando la supresión viral de las personas en TARV, se continuará brindando tratamiento de primera línea basados en las recomendaciones de la estrategia 2.0 (medicamentos ARV de dosis combinada fija) y terapia de rescate, incorporada en la recién aprobada norma técnica de VIH. Es importante resaltar que como estrategia para la *adherencia*, se pretende acercar a las personas viviendo con VIH a los servicios de atención integral, para convertirlos en colaboradores, que puedan ayudar en el seguimiento a las personas que abandonan la terapia, para esto se brindarán capacitaciones a través de sus diferentes asociaciones, se pretende además, diseñar una estrategia de promoción y materiales educativos para PVIH y sus familiares, sobre los servicios de Atención Integral TARV y otros relacionados con el VIH, con un enfoque en el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento e implementación de las líneas estratégicas contempladas en el plan nacional salud, dignidad y prevención en positivos.

En cuanto a la *prevención y tratamiento de infecciones oportunistas* se propone continuar con la adquisición de algunos medicamentos, no contemplados en el cuadro básico de la SESAL, para el manejo de infecciones oportunistas comunes. Siendo la tuberculosis la principal coinfección en las personas con VIH se implementarán estrategias que complementen las actividades colaborativas TB/VIH y la extensión a las regiones de más alta carga de TB y VIH, en el modelo de integración de servicios para optimizar la atención integral de la persona coinfectada, se llevarán a cabo actividades estratégicas como a) capacitaciones en servicio enfocadas en el manejo clínico de la

persona coinfectada b) formaciones de actualización en la normativa c) capacitaciones en la implementación del modelo de integración d) monitoreo constante de indicadores de coinfección tb/vih.

#### Eliminación de las Barreras legales de acceso

En este módulo se eligen 3 intervenciones prioritarias, compatibles y relacionadas con las líneas prioritarias del PENSIDA IV, en materia de derechos humanos 1) Fomento de políticas sobre derechos humanos 2) Seguimiento de los derechos legales con base comunitaria 3) Formación sobre los derechos de los funcionarios, los profesionales de la salud y la policía

Las estrategias para fomentar las *políticas sobre derechos humanos* tienen como base primordial la sensibilización, información y la generación de un diálogo, entre los representantes de sectores involucradas en la defensa de los derechos humanos de las poblaciones clave, con representantes de alto nivel de sectores en donde se identifican las violaciones de esos derechos (Salud, seguridad y policía municipal) y operadores de justicia (fiscales, jueces, juzgados de policía) a través de la implementación de acciones como 1) Procesos de sensibilización a las autoridades clave del sector salud, seguridad y educación sobre la política y plan de acción en derechos humanos. 2) Establecer una mesa de diálogo sobre la aplicación efectiva de la justicia, entre operadores de justicia, instancias defensoras de derechos humanos, de las poblaciones clave y personas con VIH. 3) Incorporación del enfoque transformador de género y VIH en los planes de trabajo de las oficinas municipales de la mujer, con el apoyo del INAM, y prevención de la violencia hacia las poblaciones clave, mujeres y niñas.

En cuanto al *seguimiento de los derechos legales con base comunitaria* se implementaran estrategias orientadas al fortalecimiento de las redes de defensores de derechos humanos y empoderamiento de las poblaciones clave, desde la misma comunidad, que permita la denuncia efectiva, oportuna y con un adecuado seguimiento de casos, dirigiendo acciones estratégicas para a) la formación de promotores y defensores de derechos humanos de las poblaciones clave y personas con VIH mediante diplomados, talleres y encuentros b) Promover el empoderamiento de las poblaciones clave y personas con VIH en el reconocimiento y defensa de sus derechos, mediante 1. Estrategias de capacitación sobre derechos humanos y mecanismos para la interposición de denuncias 2. Diseño y reproducción de material educativo sobre derechos humanos, que incluye leyes protectoras, sobre el proceso de la denuncia y seguridad personal. c) Fortalecer un sistema de información de violaciones de derechos humanos de las personas con VIH, poblaciones clave y de mujeres y niñas víctimas de abuso sexual. d) Generación de reportes de violaciones de derechos humanos de las personas con VIH de las poblaciones clave y de las mujeres víctimas de abuso sexual.

Para la *formación sobre derechos humanos*, se implementaran estrategias de intervención encaminadas a Fortalecer los mecanismos e instancias de promoción protección y defensa de los derechos humanos, en el marco de la respuesta integral y multisectorial del VIH, estas estrategias estarán enfocadas a) Sensibilización y capacitación en derechos humanos a proveedores de los servicios de salud, de la policía municipal y preventiva, orientado a reducir el estigma y discriminación en poblaciones clave y en personas con VIH. b) Capacitar a jueces y fiscales sobre la normativa jurídica vigente relacionada a VIH, para facilitar una aplicación efectiva de la justicia contribuyendo a reducir las brechas de impunidad.

Se pretende fortalecer con la propuesta, las relaciones de colaboración y respuesta entre las instancias gubernamentales y no gubernamentales de defensa de derechos humanos, la comunidad en la que están insertas las poblaciones clave objetivo de la propuesta, los sectores prestadores de servicios de salud y seguridad, sean estos públicos y no públicos, buscando como objetivo común el respeto a los derechos inherentes de las personas.

### *Políticas y gobernanza*

En este módulo se priorizan una intervención 1) Desarrollo y aplicación de legislación, estrategias y políticas de salud

Se proponen acciones clave para las intervenciones de 1) Desarrollo y aplicación de legislación, estrategias y políticas de salud 2) Seguimiento y comunicación de la ejecución de leyes y políticas

Para la primera intervención se plantea fortalecer el marco legal y normativo que facilite el abordaje en las poblaciones clave y el respeto a los derechos humanos, con la reducción del estigma y discriminación, entre las estrategias se formulan a) la elaboración concertada de una ley antiestigmatizadora y discriminación b) la elaboración de una ley de identidad de género c) la socialización de la recién aprobada norma técnica de VIH

En relación a la segunda intervención, se planea fortalecer las capacidades del ente de coordinación multisectorial de la respuesta al VIH (CONASIDA), para dar seguimiento a la implementación del PENSIDA IV y a la aplicación de la normativa legal, relacionada al VIH y los derechos humanos, a través de la estructuración de una unidad de monitoreo y evaluación, con fortalecimiento de los recursos técnicos necesarios.

### Seguimiento y evaluación

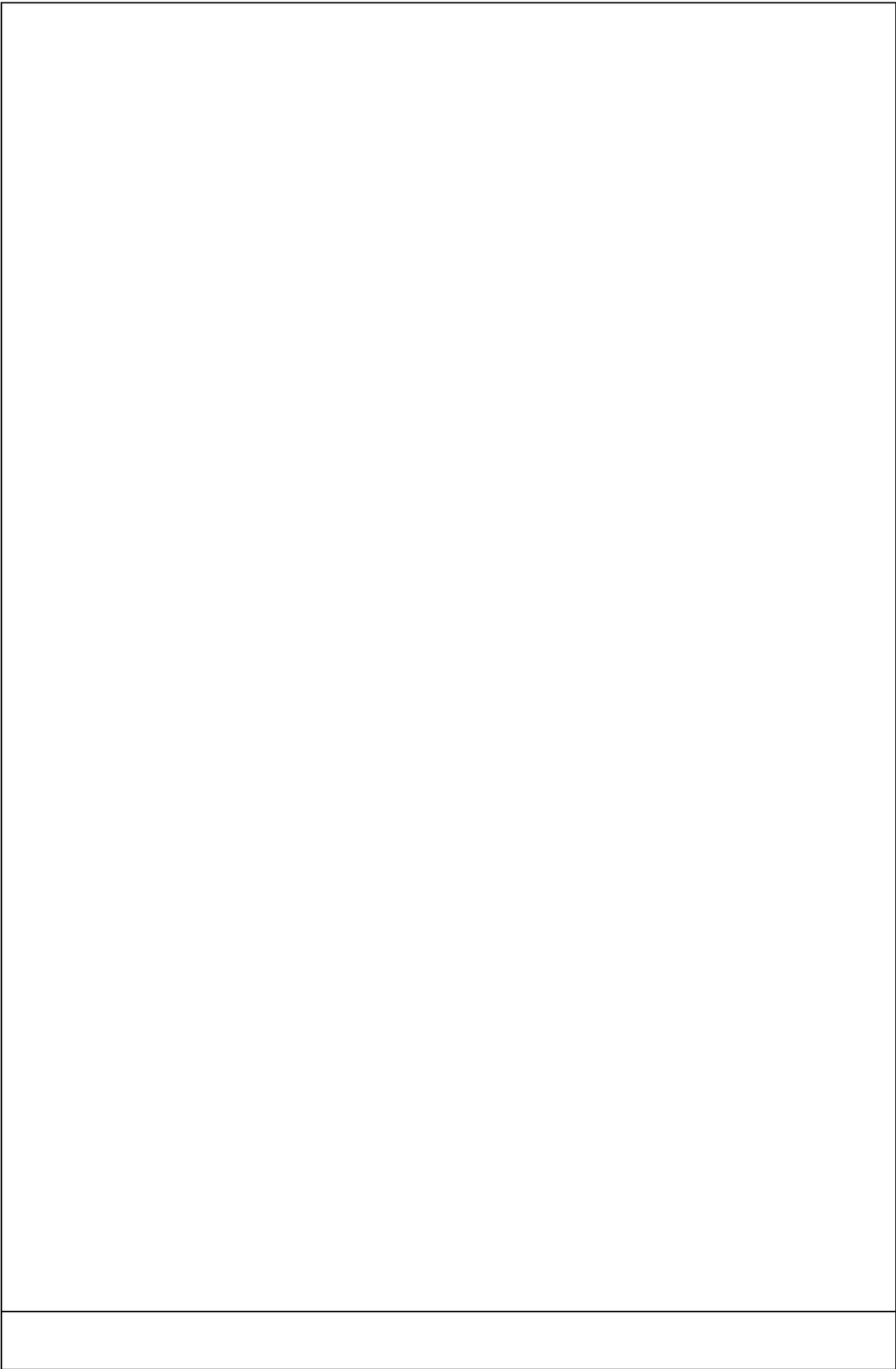
Se seleccionaron para este módulo tres intervenciones 1) Presentación de informes rutinarios 2) Análisis, revisión y transparencia 3) Encuestas

Se busca garantizar la disponibilidad de información estratégica que permita la toma de decisiones informada con respecto a políticas, programas y presupuestos sobre VIH y las ITS.

Para la *presentación de informes rutinarios* se pretende manejar eficientemente los flujos de datos relacionados con la vigilancia, monitoreo y evaluación actualizando el equipo tecnológico con el que cuentan los proveedores públicos y no públicos de los servicios de VIH, existentes a nivel nacional. Entre las acciones estratégicas se propone integrar los diferentes subsistemas de información (ITS,VIH,TB) a una base de datos nacional de vigilancia de la salud (SINAVI).

Para el *análisis revisión y transparencia* se propone mejorar el acceso a la información sobre VIH con la publicación y difusión sistemática de información, a través de estrategias como a) elaboración y producción de un Informe Nacional Anual sobre el VIH/SIDA (primer trimestre de cada año) con rubros definidos de info programático, estudios, políticos, DDHH, vigilancia bio-conductual b) Elaborar y actualizar regularmente Sitio Web Nacional público de VIH/ITS, que de acceso a información clave de la Base de datos de VIH/Sida/ITS Nacional. Estas acciones se orientan a promocionar el uso sistemático de la información estratégica para la elaboración de políticas, programas y para la asignación de recursos en base a evidencia.

En relación a las *encuestas* se propone como acciones estratégicas a) coordinar con las instancias nacionales y de cooperantes responsables de realizar investigaciones sobre VIH e ITS, para la identificación de las prioridades en este campo b) Realizar al menos tres estudios especiales sobre las prioridades nacionales de investigación o evaluación, con el fin de informar para toma de decisiones sobre políticas, programas, inclusive estudios antropológicos por factores concomitantes al VIH, priorizando poblaciones vulnerables como menores en riesgo social, menores miembros de poblaciones clave y otros.



### 3.3 Herramienta modular

Rellene la herramienta modular (tabla 3). Para acompañar la información de la herramienta modular para el monto asignado y por encima del monto asignado, indique brevemente lo siguiente:

- a. Explique las razones para la selección y priorización de los módulos e intervenciones.
- b. Describa la repercusión y los resultados previstos, haciendo referencia a evidencia de la eficacia de las intervenciones propuestas. Señale los beneficios adicionales previstos de un financiamiento por encima del monto asignado.

3-4 PÁGINAS RECOMENDADAS

### 3.4 Enfoque en las poblaciones clave y/o intervenciones de mayor repercusión

**Esta sección no se aplica a países de ingresos bajos.**

Describa si el enfoque de la solicitud de financiamiento cumple los requisitos de la Política de elegibilidad y financiamiento de contrapartida del Fondo Mundial que se enumeran a continuación:

- a. Si el solicitante es un país de ingresos medios bajos, describa cómo la solicitud de financiamiento destina al menos el 50% del presupuesto a poblaciones clave y desatendidas y/o a las intervenciones de mayor repercusión.
- b. Si el solicitante es un país de ingresos medios altos, describa cómo la solicitud de financiamiento destina al menos el 100% del presupuesto a poblaciones clave y desatendidas y/o a las intervenciones de mayor repercusión.

½ PÁGINA RECOMENDADA

## SECCIÓN 4: ACUERDOS DE EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS

### 4.1 Resumen de los acuerdos de ejecución

Proporcione una visión general sobre los acuerdos de ejecución propuestos para la solicitud de financiamiento. En la respuesta, describa:

- a. Si corresponde, el motivo por el que el acuerdo de ejecución no refleja un arreglo de financiamiento de doble vía (es decir, los receptores principales gubernamentales y no gubernamentales).
- b. Si se designa más de un receptor principal, cómo se producirá la coordinación entre los receptores principales.
- c. El tipo de arreglos de gestión de subreceptores con los que probablemente se contará y si se han identificado los subreceptores.
- d. Cómo se producirá la coordinación entre cada receptor principal designado y sus respectivos subreceptores.
- e. Cómo participarán de forma activa en la ejecución de esta solicitud de financiamiento los representantes de las organizaciones de mujeres, las personas que viven con las tres enfermedades y otras poblaciones clave.

1-2 PÁGINAS RECOMENDADAS

## 4.2 Asegurar la eficacia de la ejecución

**Rellene esta pregunta solo si el Mecanismo de Coordinación de País supervisa otras subvenciones del Fondo Mundial.**

Describa cómo está vinculado el financiamiento solicitado a las subvenciones del Fondo Mundial o a otras solicitudes de financiamiento presentadas por el Mecanismo de Coordinación de País.

En particular, y desde una perspectiva de gestión de programas, explique cómo esta solicitud complementa (y no duplica) cualquier tipo de recursos humanos, formación, seguimiento y evaluación, y actividades de supervisión.

**1 PÁGINA RECOMENDADA**

## 4.3 Normas mínimas para los receptores principales y la realización del programa

**Rellene esta tabla para cada receptor principal designado. Para más información sobre las normas mínimas, consulte las instrucciones de la nota conceptual.**

Nombre del RP 1	Sector
¿El Receptor Principal administra actualmente una o varias subvenciones del Fondo Mundial para este componente de enfermedad o subvenciones de intervenciones transversales para el fortalecimiento de los sistemas de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Normas mínimas	Evaluación del MCP
1. El Receptor Principal da muestra de la eficacia de las estructuras de gestión y la planificación.	<i>Proporcione una descripción breve</i>
2. El Receptor Principal tiene la capacidad y los sistemas necesarios para realizar una gestión y una supervisión eficaces de los subreceptores (y de los sub-subreceptores pertinentes).	<i>Proporcione una descripción breve</i>
3. El sistema de control interno del Receptor Principal es eficaz para evitar y detectar la malversación de fondos o el fraude.	<i>Proporcione una descripción breve</i>
4. El sistema de gestión financiera del Receptor Principal es eficaz y preciso.	<i>Proporcione una descripción breve</i>
5. El almacén central y el almacén regional tienen la suficiente capacidad y siguen las prácticas recomendadas con respecto al almacenamiento para ofrecer unas condiciones, integridad y seguridad adecuadas para los productos sanitarios.	<i>Proporcione una descripción breve</i>
6. Los arreglos de los sistemas de distribución y transporte son eficaces para asegurar un suministro continuado y seguro de productos sanitarios a los usuarios finales para evitar que se produzcan interrupciones en el tratamiento o en el programa.	<i>Proporcione una descripción breve</i>
7. Se dispone de capacidad y herramientas de recopilación de datos para supervisar el desempeño del programa.	<i>Proporcione una descripción breve</i>
8. Se dispone de un sistema de notificación de datos sistemático y funcional con cobertura suficiente para informar puntualmente y con precisión sobre el desempeño del programa.	<i>Proporcione una descripción breve</i>

9. Las entidades ejecutoras tienen la capacidad para cumplir los requisitos de calidad y supervisar la calidad del producto a lo largo de toda la cadena de suministro.

*Proporcione una descripción breve*

#### **4.4 Riesgos actuales o previstos para la realización del programa y los receptores principales**

- a. Con referencia al análisis del portafolio, describa los riesgos principales del país y el entorno de ejecución que pueden afectar negativamente al desempeño de las intervenciones propuestas, incluidos los riesgos externos, la capacidad del Receptor Principal y de las entidades ejecutoras clave, y los problemas de desempeño anteriores y actuales.
- b. Describa las medidas propuestas para la mitigación de riesgos (incluyendo la asistencia técnica) que se incluyen en la solicitud de financiamiento.

**1-2 PÁGINAS RECOMENDADAS**

#### **TABLAS PRINCIPALES, ELEGIBILIDAD DEL MECANISMO DE COORDINACIÓN DE PAÍS Y AVAL DE LA NOTA CONCEPTUAL**

Antes de presentar la nota conceptual, asegúrese de que todas las tablas principales, la elegibilidad del Mecanismo de Coordinación de País y el aval de la nota conceptual mostrados más abajo se hayan rellenado a través de la plataforma de gestión de subvenciones en línea o, en casos excepcionales, se hayan adjuntado a la solicitud utilizando las plantillas proporcionadas. Estos documentos solo se pueden enviar por correo electrónico si el solicitante recibe el permiso de la Secretaría.

- Tabla 1: Tabla de análisis de deficiencias de financiamiento y de financiamiento de contrapartida
- Tabla 2: Tabla(s) de deficiencias programáticas
- Tabla 3: Herramienta modular
- Tabla 4: Lista de abreviaturas y anexos
- Requisitos de elegibilidad del Mecanismo de Coordinación de País
- Aval del Mecanismo de Coordinación de País para la nota conceptual

PRELIMINAR