



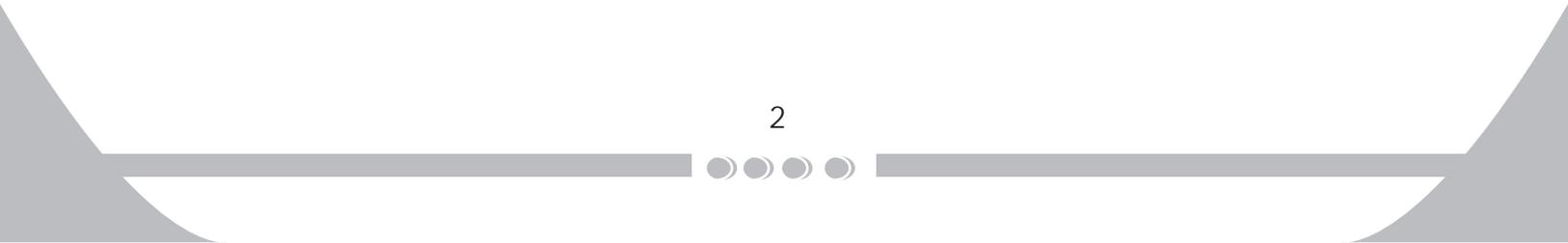
**REPÚBLICA DE HONDURAS
COMISIÓN NACIONAL DE SIDA
CONASIDA**

**III PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE
RESPUESTA AL VIH Y SIDA EN HONDURAS**

PENSIDA III

2008 - 2012

Diciembre, 2007



EQUIPO CONDUCTOR / FACILITADOR

CONASIDA

Mayté Paredes

Jefa Departamento de ITS/VIH/Sida

Rudy Rosales de Molinero

Secretaría del Trabajo y Seguridad Social

Xiomara Bú

Foro Nacional de Sida

Elsa Palou

Colegio Médico de Honduras

Vilma Montoya

Cohep

Irma Mendoza

Gerente

Odalys García

Andersy Moncada

Departamento ITS/VIH/SIDA

Liliana Mejía

Juan Ramón Gradelhy

Onusida

Karla Zepeda

Iris Padilla

OPS/OMS

Emilia Alduvín

Dfid

Lícida Bautista

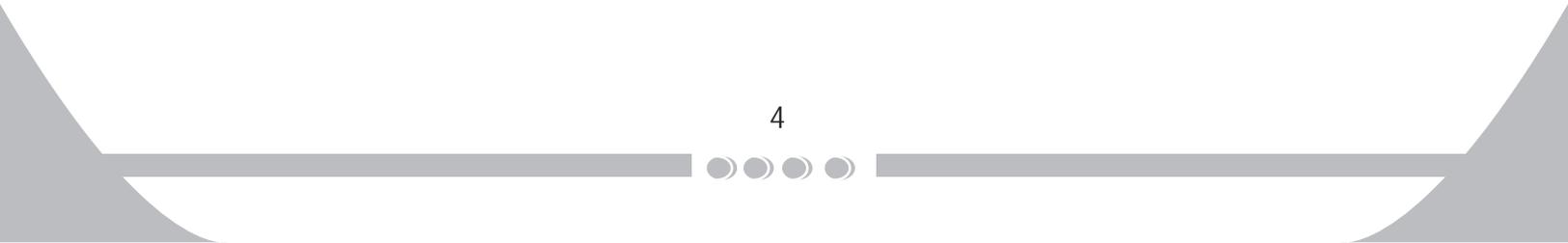
Comcavi

Jeffrey Barahona Perdomo

Consultor

Banco Mundial – Secretaría de Salud

El presente trabajo de planificación estratégica se realizó con el apoyo de un equipo de consultores internacionales conducido bajo la dirección y liderazgo de la Dra. Rosalía Rodríguez - García (ASAP), Global HIV/AIDS Program, el Dr. Marcelo Bortman, de la Región de Latinoamérica y del Caribe del Banco Mundial, la Lic. Miriam Montenegro de la Oficina del Banco Mundial en Honduras, y los consultores de ASAP, Dr. Michel Eric Gaillard, Dr. Steven Forsythe y Dr. Marcelo Castrillo.



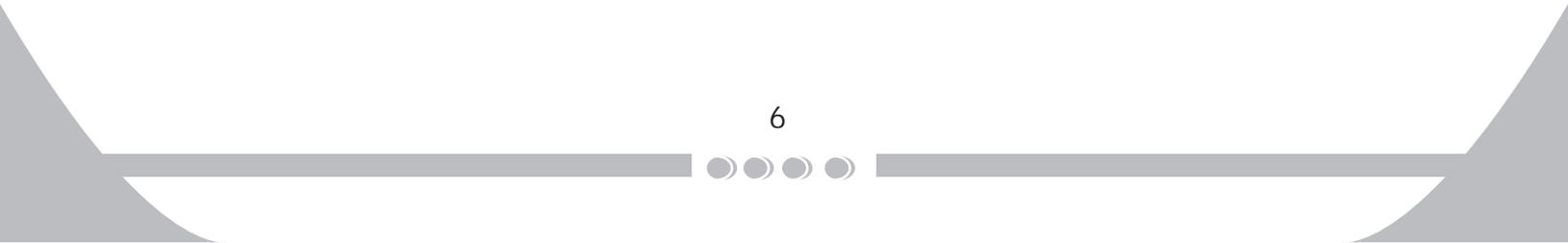
AGRADECIMIENTOS

El Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y Sida (Pensida III), como máxima expresión de la respuesta hondureña a la epidemia, es un instrumento que ha sido elaborado en un esfuerzo extraordinario de personas e instituciones provenientes de diferentes sectores y regiones del país.

La Conasida expresa especial reconocimiento a su Secretariado Ejecutivo el Departamento de ITS/VIH/Sida de la Secretaría de Salud, por su liderazgo en la conducción del proceso de consulta y formulación, así como al equipo facilitador por su acompañamiento al Secretariado Ejecutivo con dedicación y compromiso, en la construcción del documento.

De igual manera se agradece la participación activa de más de 300 personas que en representación de organizaciones e instituciones de gobierno, sociedad civil, personas con VIH, grupos en condiciones de vulnerabilidad, organizaciones Lgtb, sector privado, organizaciones de fé y de las agencias de cooperación bilateral y multilateral, quienes tuvieron una destacada participación en el proceso. El esfuerzo de éstos grupos ha sido sobresaliente

Especial agradecimiento al equipo y consultores de la Iniciativa ASAP de Banco Mundial y Onusida por la asistencia y transferencia técnica de la metodología de trabajo. También se agradece al Onusida-Honduras, Unfpa, OPS/OMS, Fondo Global, Pnud, Foro Nacional de Sida y Dfid por su acompañamiento técnico y financiero de manera permanente durante este proceso.



PRESENTACIÓN

Honduras ha tenido importantes avances en la respuesta a la epidemia del VIH, entre los que se pueden mencionar: la disminución de la transmisión del VIH de madre a hijo(a) en más del 50% en los municipios donde funciona el programa, el acceso acelerado a tratamiento antirretroviral a miles de hondureños y hondureñas, y una participación creciente de la sociedad civil, de las personas con VIH, de grupos en condiciones de vulnerabilidad y de diversos sectores de la sociedad hondureña en la respuesta conjunta a la epidemia.

Estos logros, entre otros, nos comprometen a redoblar los esfuerzos para seguir trabajando contra esta epidemia. Es necesario, que el compromiso al más alto nivel político nacional, se traduzca en políticas, programas, planes estratégicos, planes operativos y presupuestos que contribuyan a disminuir la vulnerabilidad de la población y reducir el impacto que la epidemia está teniendo en diversos sectores. Además, se requiere aplicar un abordaje integral, con el compromiso intersectorial, interinstitucional, social, cultural y religioso.

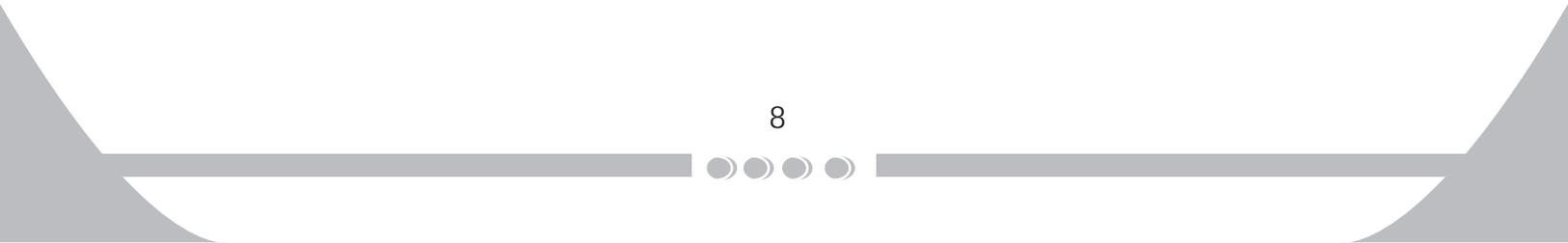
La visión del presente Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y Sida (Pensida III) es incorporar un enfoque renovado en derechos humanos, sexuales y reproductivos, equidad de género, la ausencia de estigma y discriminación, con el fin de disminuir la prevalencia de VIH y mitigar su impacto.

La Misión es realizar un trabajo multi-sectorial, planificado y coordinado, armonizando los esfuerzos nacionales para brindar los servicios de atención integral, promoción de la salud, prevención, apoyo social a las personas para el bienestar en la población; con particular énfasis en aquellos grupos en mayor condición de vulnerabilidad.

El Pensida III, consolida la respuesta nacional bajo un enfoque holístico, en coordinación y participación multi-sectorial y multidisciplinaria (gobierno, sociedad civil y organismos de cooperación), con planes de trabajo específicos por sector, con una cobertura nacional y con un plan de monitoreo y evaluación que evidencie los resultados y facilite la toma de decisiones. A través de este esfuerzo se contribuirá a construir una sociedad respetuosa, solidaria, consciente, informada y participante que impacte positivamente en la disminución de la vulnerabilidad de la población ante la epidemia.

Honduras ha desarrollado un liderazgo en la región en cuanto a documentar la evolución y comportamiento de la epidemia del VIH recolectando datos de prevalencia de manera sistemática desde 1990 hasta la fecha. El proceso de construcción del PENSIDA III ha sido basado en la evidencia, utilizando toda la información disponible y ha sido elaborado de manera participativa con instituciones gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y asociaciones representativas de personas con VIH, bajo la conducción de la Comisión Nacional de Sida (Conasida) y la asistencia técnica y apoyo financiero de diferentes agencias de cooperación internacional quienes aportaron sus capacidades y recursos para su construcción.

Dra. Jenny Meza
Ministra de Salud
Presidenta de Conasida



ÍNDICE

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| AGRADECIMIENTOS | 5 |
| PRESENTACIÓN | 7 |
| ÍNDICE | 9 |
| ACRÓNIMOS Y ABREVIACIONES | 13 |
| RESUMEN EJECUTIVO | 17 |
| INTRODUCCIÓN | 19 |
| • Evolución de la planificación estratégica a nivel global | 19 |
| • Planificación estratégica sobre VIH y Sida en Honduras | 19 |
| CAPÍTULO I | |
| ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN | 21 |
| • Contextualización del país | 21 |
| • Notificación de casos VIH y Sida y su distribución geográfica | 21 |
| • Distribución por grupos de edad | 22 |
| • Prevalencia del VIH | 24 |
| <i>Prevalencia del VIH en mujeres embarazadas (Mecp)</i> | 24 |
| <i>Prevalencia en trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres y garífunas</i> | 25 |
| • Conocimiento y comportamiento | 26 |
| • Factores de riesgo | 27 |
| • Factores de vulnerabilidad | 28 |
| • Estimaciones de la epidemia de VIH y Sida para el año 2007 | 29 |
| • Estimaciones de la prevalencia de VIH para el año 2007 | 30 |
| • Estimación del modo de transmisión | 31 |
| • Conclusiones | 32 |
| CAPÍTULO II | |
| ANÁLISIS DE LA RESPUESTA | 33 |
| • Revisión de Pensida II | 33 |
| • Análisis de indicadores | 33 |
| • Logros de Pensida II | 36 |

| | |
|-----------------------------------------------------------|----|
| <i>Promoción de la salud sexual y reproductiva</i> | 36 |
| <i>Atención y apoyo integral</i> | 36 |
| <i>Gestión y coordinación de políticas sociales</i> | 37 |
| <i>Promoción y defensa de los derechos humanos</i> | 37 |
| <i>Investigación científica/vigilancia</i> | 37 |
| • Limitantes de Pensida II | 38 |
| <i>Capacidad de respuesta</i> | 38 |
| <i>Políticas</i> | 38 |
| <i>Coordinación</i> | 39 |
| <i>Información</i> | 39 |
| <i>Recursos financieros</i> | 39 |
| • Herramienta de auto evaluación | 40 |
| • Gasto y recursos financieros | 40 |
| • Conclusiones | 42 |

CAPÍTULO III

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| PLANTEAMIENTO ESTRATEGICO DEL PENSIDA III | 45 |
| • Orientación estratégica del plan nacional (2008-2012) | 42 |
| • Mejorando los esfuerzos para el monitoreo y evaluación de la respuesta a la epidemia | 42 |
| • Priorizando esfuerzos para alcanzar poblaciones específicas | 42 |
| • Asignación de recursos de acuerdo a las prioridades estratégicas | 46 |
| • Planificación anual | 47 |
| • Resultados esperados | 47 |
| <i>Metas de impacto</i> | |
| <i>Metas de resultado</i> | |
| • Marco de acción estratégica | 49 |
| • Política pública y gestión social | 50 |
| • Promoción y prevención | 55 |
| • Atención integral | 68 |
| • Sistema de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional | 76 |
| <i>Marco conceptual</i> | 76 |
| <i>Objetivos</i> | 77 |
| <i>El sistema de monitoreo y evaluación del Pensida III</i> | 78 |
| <i>Componentes del sistema de MyE</i> | 79 |
| <i>Estructura y funcionamiento del sistema de MyE</i> | 79 |
| <i>Sistema de monitoreo y evaluación: participantes y roles</i> | 79 |
| <i>Flujo de información</i> | 82 |
| <i>Matriz de indicadores del plan de MyE del Pensida III</i> | 84 |
| <i>Informes</i> | 105 |

| | |
|-------------------------------------------------------|-----|
| • Equipo técnico de MyE | 105 |
| • Financiamiento del plan estratégico 2008-2012 | 106 |

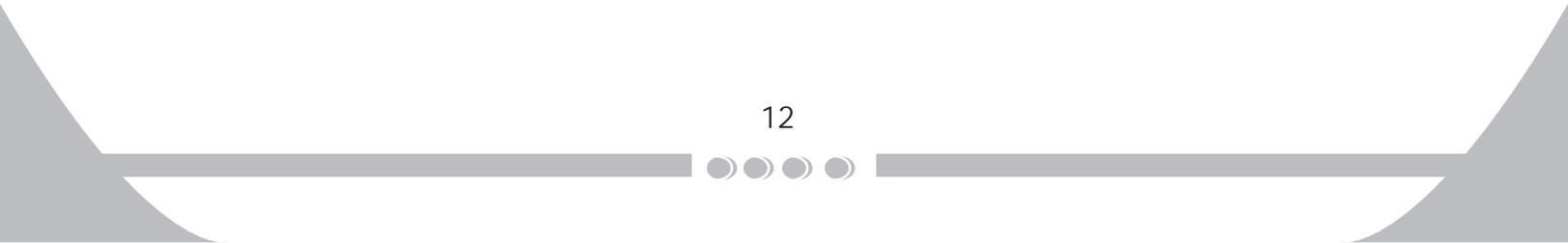
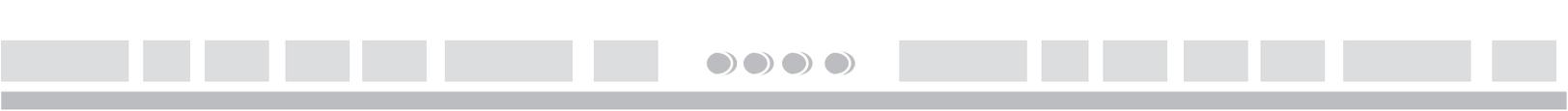
CAPÍTULO IV

IMPLEMENTACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL EN EL MARCO DE

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| “LOS TRES UNOS” | 113 |
| • Liderazgo de la respuesta nacional bajo la Conasida | 113 |
| • Actores claves en la implementación | 114 |
| • Atribuciones y mecanismos de ejecución de las instancias que integran la Conasida. | 115 |
| • Desarrollo de recursos humanos | |

| | |
|---------------------------|------------|
| BIBLIOGRAFÍA | 119 |
|---------------------------|------------|

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| ANEXOS | 121 |
| • Anexo I: Organigrama de la implementación de la respuesta nacional | 123 |
| • Anexo II: Agenda de investigación | 124 |
| • Anexo III: Etapas desarrolladas para la elaboración del Pensida 2008-2012 | 125 |
| • Anexo IV: Estimados de la epidemia en población adulta | 126 |
| • Anexo V: Estimados de la epidemia en niños | 127 |
| • Anexo VI: Modelo de regresión lineal aplicado a prevalencias de trabajadoras del sexo y a hombres que tienen sexo con otros hombres | 128 |
| • Anexo VII: Lista de personas que han contribuido en la elaboración del Pensida III 2008-2012 | 129 |
| • Anexo VIII: Resultados meta basados en evidencia | 134 |



ACRÓNIMOS Y ABREVIACIONES

| | |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Acdi | Agencia Canadiense de Cooperación Internacional |
| ACS | Alianza para la Comunicación en Salud |
| Adetriunf | Asociación para el Desarrollo del Triunfo. Choluteca |
| Asdi | Agencia Sueca de Cooperación Internacional |
| Amda | Asociación de Médicos de Asia |
| Amdc | Alcaldía Metropolitana del Distrito Central |
| Amhon | Asociación de Municipios de Honduras |
| Asonapvsidah | Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH y Sida de Honduras |
| Ashonplafa | Asociación Hondureña de Planificación de Familia |
| Asonog | Asociación de Organizaciones no Gubernamentales |
| ARV | Antiretrovirales |
| Asap | AIDS Strategy and Action Plan (ASAP) Support Program |
| CAI | Centro de Atención Integral |
| CDC - GAP | Centros para la prevención y control de enfermedades / Programa Global de Sida para Centroamérica y Panamá |
| Ceid | Centro de Investigación y Desarrollo |
| Cepres | Centro de Prevención y Educación Sexual |
| Ceprosaf | Centro de Promoción en Salud y Asistencia Familiar |
| Cipe- Consultores | Centro de Investigación Planeación y Evaluación |
| CDC | Centro para el Control y Prevención de Enfermedades. Atlanta |
| CDM | Centro de Derechos de Mujeres |
| Cefas | Centro Femenino de Adaptación Social |
| CEM-H | Centro de Estudios de la Mujer de Honduras |
| Cesadeh | Centro de Estudios y Acción para el Desarrollo de Honduras |
| Cocsida | Centro de Orientación y Capacitación en Sida |
| Cohep | Consejo Hondureño de la Empresa Privada |
| Cofemun | Colectivo Feminista de Mujeres Universitarias |
| Cogaylesh | Coalición de Organizaciones Gay / Lésbicas de Honduras |
| Coiproden | Comité Inter Institucional para los Derechos de Niñez |
| Comcavi | Comunicando Cambio para la Vida |
| Comisca | Consejo de Ministros de Salud de Centro América |
| Comvida | Comunicación y Vida |
| Conadeh | Comisionado Nacional de los Derechos Humanos |
| Conarhus | Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud |
| Conasida | Comisión Nacional de Sida |
| Cotepa | Consejo Técnico Pro Desarrollo de Atlántida |

| | |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Conga | Coalición de Organizaciones Gay de Centroamérica |
| Dfid | Departamento de Desarrollo Internacional de Inglaterra |
| DD HH | Derechos Humanos |
| Ecosalud | Ecología y Salud |
| Ecvc | Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento |
| Enesf | Encuestas Nacional de Epidemiología y Salud Familiar |
| Endesa | Encuesta Nacional de Demografía y Salud |
| Emuneh | Enlace de Mujeres Negras de Honduras |
| ERP | Estrategia de Reducción de la Pobreza |
| FCM | Facultad de Ciencias Médicas |
| FFS | Fundación Fomento de la Salud |
| FNJ | Foro Nacional de la Juventud |
| FFAA | Fuerzas Armadas de Honduras |
| Fonasida | Foro Nacional de Sida |
| Fondo Mundial | Fondo Mundial para Sida, Tuberculosis y Malaria |
| GAA | Grupos de Auto Apoyo |
| GAP/CAP | Programa Global de Sida para Centro América y Panamá |
| GTT | Grupo de Trabajo Mundial |
| Gtttb | Gay, Travesti, Transexual, Transgénero, Bisexual |
| GTZ | Agencia de Cooperación Alemana |
| Ihadfa | Instituto Hondureño contra la Drogadicción y la Fármaco Dependencia |
| Hivos | Instituto Humanista de Cooperación con Países en Desarrollo de Holanda |
| HSH | Hombres que tienen Sexo con Hombres |
| IEC | Información, Educación y Comunicación |
| Ihnfa | Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia |
| Ihss | Instituto Hondureño de Seguridad Social |
| ITS | Infecciones de Transmisión Sexual |
| Inam | Instituto Nacional de la Mujer |
| INE | Instituto Nacional de Estadística |
| INJ | Instituto Nacional de la Juventud |
| Insp | Instituto Nacional de Salud Pública, México |
| JICA | Agencia de Cooperación Internacional de Japón |
| Lgtttb | Lesbianas, Gay, Travesti, Transexuales, Transgénero y Bisexuales |
| ME | Mujer Embarazada |
| Mecp | Mujeres Embarazadas en Control Prenatal |
| Megas | Medición del Gasto en Salud |
| MCP | Mecanismo Coordinador de País, Fondo Mundial |
| MCR | Mecanismo de Coordinación Regional, Fondo Mundial |

| | |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| MyE | Monitoreo y Evaluación |
| MSF | Médicos sin Fronteras |
| ONG | Organizaciones no Gubernamentales |
| Onusida | Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el Sida |
| OMM | Oficina Municipal de la Mujer |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| Pasca | Programa de Acción en Sida para Centroamérica y Panamá |
| Pasmo | Programa Centro Americano de Mercadeo Social del Condón |
| Pensida I | I Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el Sida |
| Pensida II | II Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el Sida |
| Pensida III | III Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y Sida |
| PDA | Proyecto de Desarrollo de Área |
| PPL | Personas Privadas de Libertad |
| Pptmh | Programa de Prevención de la Transmisión del VIH de Madre-Hijo/a |
| Ptmh | Prevención de la Transmisión del VIH de Madre-Hijo/a |
| PMA | Programa Mundial de Alimentos |
| PNS | Programa Nacional de Sida |
| Pnud | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| Pvvs | Personas Viviendo con VIH y Sida |
| Redca | Red Centroamericana de Personas Viviendo con VIH |
| Redla | Red Latinoamericana de Personas Viviendo con VIH |
| SE | Secretaria de Educación |
| Sisca | Sistema de Integración Social Centroamericana |
| Sida | Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida |
| SPS | San Pedro Sula |
| SSH | Secretaría de Salud de Honduras |
| SSR | Salud Sexual y Reproductiva |
| Stss | Secretaría de Trabajo y Seguridad Social |
| Suez | Sistema Universitario de Educación a Distancia |
| SVE | Sistema de Vigilancia Epidemiológica |
| Targa | Terapia Antiretroviral de Gran Actividad |
| TB | Tuberculosis |
| TS | Trabajadoras del Sexo |
| Ulat / MSH | Unidad Local de Apoyo Técnico / Management Science for Health |
| UIC | Unidad de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Médicas. UNAH |
| Ungass | Asamblea General Extraordinaria de las Naciones Unidas sobre el |

Unfpa

Unicef

Usaid

VCT

VE

Vicits

VIH

Unah

Unifem

VIH y Sida

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia

Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos

Voluntary Counselling and Testing (consejería y prueba voluntaria)

Vigilancia Epidemiológica

Vigilancia Centinela de las infecciones de transmisión sexual

Virus de Inmunodeficiencia Humana

Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Programa de las Naciones Unidas para la Mujer

RESUMEN EJECUTIVO

El Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y Sida para el quinquenio 2008-2012 (Pensida III), es el esfuerzo más importante que en materia de planificación estratégica se realiza en el país para el abordaje al VIH y Sida, aspecto que contribuirá de forma cualitativa y cuantitativa en la respuesta a la epidemia y a la generación de nuevos recursos técnicos y financieros.

La planificación del Pensida III, inicia con la conformación de un equipo nacional nombrado por la Comisión Nacional de Sida (Conasida), quienes realizaron una evaluación objetiva del Pensida II y revisaron integralmente todos los datos disponibles relacionados a la epidemia. Cabe destacar que este tercer ejercicio de planificación se llevo a cabo con la metodología Aids Strategy and Action Plan (ASAP), facilitada por el Banco Mundial/ Onusida.

El análisis de situación enfatiza que Honduras es el segundo país de Centro América más afectado por la infección del VIH, con una prevalencia estimada de alrededor del 1% y con un patrón de transmisión de predominio heterosexual, que se ha mantenido desde 1985, año en que se detecto la primera persona con VIH. Al interior del país, la el departamento de Cortés reporta la tasa de incidencia acumulada más alta, seguida por los departamentos de Atlántida, Francisco Morazán e Islas de la Bahía. Estos cuatro departamentos acumulan el 71% de todos los casos reportados entre 1985 y 2005. La epidemia continúa afectando principalmente a la población joven, en edad reproductiva y económicamente activa.

La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas inicialmente presento un comportamiento ascendente, según estudios que se realizaron en las ciudades de San Pedro Sula (3.4% a 4.1%) y Tegucigalpa (0.2% a 1.0%) en los años 1990 y 1995, respectivamente. Sin embargo, un estudio realizado en 1998 en 3,248 mujeres embarazadas en control prenatal en 6 regiones del país, dió como resultado una prevalencia de VIH de 1.35%. En 2004, un estudio similar reportó una prevalencia de 0.46%.

La prevalencia de VIH en trabajadoras (es) del sexo, hombres que tienen sexo con otros hombres y garífunas continúa siendo de las más altas en el país, a pesar que la última encuesta centroamericana de vigilancia del comportamiento llevada a cabo en 2006 muestra, en general, una disminución de la prevalencia del VIH en todas estas poblaciones. Otros grupos en situación de vulnerabilidad han sido identificados: personas privadas (os) de libertad, trabajadoras domésticas, conductores, migrantes, consumidores de drogas, personas con retos especiales, uniformados, adolescentes, niñez huérfana y en situación de calle etc.

En las estimaciones de la epidemia para el año 2007, Honduras ha utilizado tres diferentes modelos: el modelo Workbook Method, Modos de Transmisión y Spectrum. Los resultados de estas estimaciones fueron discutidos por las autoridades de salud y se consideraron como las mejores estimaciones de la epidemia para el 2007.

El análisis de los logros, limitantes y lecciones aprendidas durante la planificación del Pensida III ha permitido construir la orientación estratégica del plan nacional para el quinquenio 2008 – 2012. Para asegurar la exitosa implementación del Pensida III se han considerado 4 aspectos claves: 1) la mejora de los esfuerzos para el monitoreo y evaluación de la epidemia y la respuesta, 2) priorizar los esfuerzos para alcanzar las poblaciones vulnerables, 3) asignar los recursos según las prioridades estratégicas, y 4) la elaboración de los planes de acción anuales y costeados.

De los cuatro aspectos claves identificados, los planes de acción anual son el principal instrumento para hacer efectiva la implementación del Pensida III, en un ejercicio de priorización de acciones, metas y recursos a desarrollar en el período, considerando como elemento fundamental el componente de financiamiento.

El marco de acción del Pensida III se estructura en tres áreas estratégicas:

- *Política pública y gestión social*
- *Promoción de la salud para la prevención del VIH*
- *Atención integral*

Cada área estratégica consta de un marco conceptual que define y resume los principales lineamientos esenciales que determinan la dinámica para la implementación de las acciones. Estos lineamientos se estructuran en una matriz lógica de objetivos generales y específicos, resultados, intervenciones estratégicas, programas estratégicos, indicadores y responsables.

Para todas las áreas estratégicas, el monitoreo y evaluación (MyE) es el eje transversal, por lo que es fundamental establecer un sistema único que permita evaluar los resultados que se espera alcanzar. Para facilitar el seguimiento integral a la epidemia, la ejecución de acciones y los resultados de la respuesta nacional, se ha establecido que el sistema integre cuatro sub sistemas: a) Monitoreo y evaluación poblacional, b) recursos, c) programas/áreas estratégicas y d) apoyo administrativo. Los indicadores de proceso, resultado e impacto han sido organizados por áreas estratégicas, según objetivos específicos y resultados. El componente de MyE es un aspecto de vital importancia en la implementación del Pensida III.

Adicionalmente a la definición de objetivos, resultados e indicadores, en el Pensida III se incluye un análisis que resume las mejores estimaciones relacionadas a la necesidad de recursos financieros. El costeo en Honduras se desarrolló bajo el Modelo de Recursos y Necesidades que aplica principalmente una combinación de información sobre costos unitarios, tamaño de la población objetivo, niveles de cobertura actual y niveles de cobertura planeados; y se basó en una evaluación de prioridades y análisis de las estrategias de prevención, atención, políticas y gestión. Es importante hacer notar que el modelo muestra un estimado de recursos necesarios, apropiado para planes estratégicos.

La implementación de la respuesta nacional se basa en el marco de la iniciativa de los “Tres Unos”, que comprende la creación y consolidación de: un plan estratégico concertado que proporcione la base para coordinar el trabajo con todos los socios, una autoridad nacional de coordinación, cuyo mandato es multisectorial y amplio, con un sistema único de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional. En Honduras, ésta iniciativa ha sido ampliamente aceptada por la Conasida y los diferentes actores que participan en la respuesta nacional.

Como grandes desafíos en el marco de la iniciativa de los “Tres Unos” se encuentran: la definición e implementación de un sistema único de monitoreo y evaluación que involucre a los diferentes sectores, así como la integración de una Conasida al más alto nivel. También se consideran como retos importantes la coordinación y armonización de la cooperación internacional y la rendición de cuentas.

La Conasida, como conductor de este proceso asumió el liderazgo para la elaboración del tercer Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y Sida, y promovió un ejercicio de construcción, con amplia participación multisectorial, incluyendo el respaldo y apoyo de la comunidad cooperante; y definió como prioridad una serie de acciones orientadas a fortalecer su rol rector en la coordinación de la respuesta nacional.

Para facilitar el proceso de construcción del Pensida III, la Conasida nombró un equipo nacional conductor, coordinado por el Secretariado Ejecutivo (Departamento de ITS/VIH/Sida). Este equipo conductor facilitó el trabajo de todas las personas que integraron las diferentes mesas de trabajo que contribuyeron a la elaboración del Pensida III según las áreas temáticas.

Finalmente, se espera que el presente plan estratégico sea la guía orientadora para todos los actores que diseñan, elaboran e implementan acciones encaminadas a fortalecer la respuesta ante la epidemia del VIH y Sida en Honduras.

INTRODUCCIÓN

Evolución de la planificación estratégica a nivel global

Una mejor planificación estratégica a nivel nacional de VIH y Sida contribuye enormemente, a la generación de nuevos recursos para la respuesta nacional. A nivel mundial, el gasto para el VIH y Sida ha aumentado de US\$ 300 mil millones en 1996 a US\$ 1,600 miles de millones en 2001 y a US\$ 8,300 miles de millones en 2005.

Actualmente una gran mayoría de países tienen planes estratégicos que identifican sus metas, objetivos y actividades. La mayoría de los planes estratégicos también asignan la responsabilidad de implementación a una estructura multi-sectorial para conducir la respuesta nacional. En algunos casos estos planes estratégicos incluyen un cálculo de los recursos requeridos y proponen un enfoque para el monitoreo y evaluación del progreso hacia el logro de las metas.

Aunque el proceso de planeación estratégica ha mejorado a nivel mundial, todavía queda mucho trabajo por hacer. Con la generación de recursos significativos adicionales se les ha hecho saber a los países que tienen la gran responsabilidad de alcanzar y demostrar resultados.

Muchos planes estratégicos siguen siendo “listas de buenos deseos” en lugar de planes verdaderamente estratégicos, solicitando recursos que tienen poca probabilidad de generarse. Otros planes han establecido objetivos que tienen poca probabilidad de cumplirse o no han identificado indicadores que permitan medir su progreso. Además, muchos de los planes estratégicos no han logrado dirigirse adecuadamente a las poblaciones que determinan el curso de la epidemia, produciendo en cambio una lista interminable de intervenciones y grupos potencialmente vulnerables, con poca o nula asignación de prioridades.

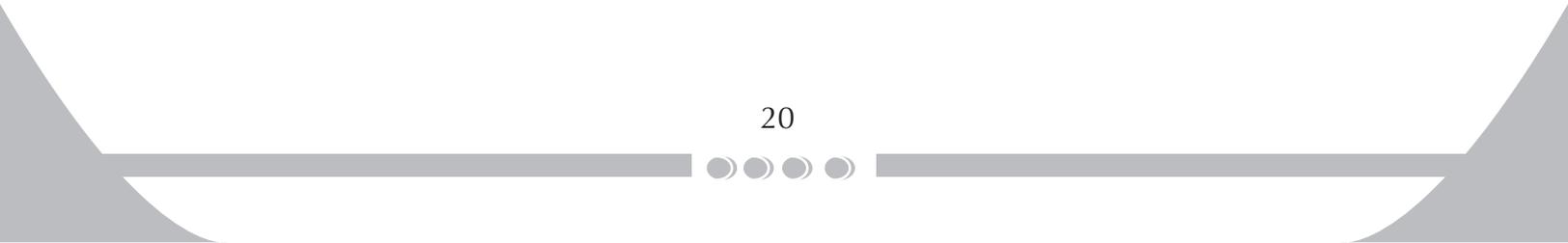
Planificación estratégica sobre VIH y Sida en Honduras

La planificación del Pensida III, se inició con una evaluación objetiva de los éxitos, limitantes y lecciones aprendidas del Pensida II, y Conasida formó un Equipo Nacional integrado por funcionarios de gobierno, académicos, personas de la sociedad civil organizada, Ong's, personas infectadas por el VIH y Sida y otras. El proceso incluyó una revisión integral de los datos disponibles, y el análisis fue realizado por el Equipo Nacional y los consultores de ASAP, en un trabajo colaborativo.

Este análisis identificó los aspectos fuertes y débiles del Pensida II y resumió las recomendaciones para elaborar el Pensida III.

El análisis de la epidemia en Honduras incluyó una revisión de los datos sobre prevalencia existentes del VIH y de las infecciones de transmisión sexual, la revisión de casos de VIH y Sida y los datos sobre conductas de riesgo. Así mismo, el análisis de la respuesta nacional incorpora los éxitos, limitantes y lecciones aprendidas de Pensida II, indicadores, y recursos generados para responder a la epidemia en Honduras. Se formuló las recomendaciones con respecto a los factores a considerar en el diseño de Pensida III, incluyendo la asignación de prioridades de las sub-poblaciones con probabilidad de estar en altos niveles de riesgo o vulnerabilidad y las conclusiones acerca del VIH y Sida y el proceso de planificación estratégica en Honduras.

Finalmente, se realizó una revisión de otros planes estratégicos de VIH y Sida en la región centroamericana, con el propósito de identificar diferencias entre el Plan Estratégico sobre VIH y Sida de Honduras y los Planes Estratégicos de los países vecinos.



CAPÍTULO I

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Contextualización del país

El primer caso de VIH/Sida en Honduras se detectó en 1985. A partir de ese primer caso, a julio de 2007 se han reportado 24,379 casos de VIH y Sida .

En muchos aspectos, Honduras ha sido afectada singularmente por la infección de VIH y Sida, en comparación con otros países centroamericanos. Según Onusida, Honduras con una prevalencia estimada de infección de 1.5% para el año 2005, es el segundo país más afectado de Centroamérica (sólo después de Belice que alcanza una prevalencia de 2.5%). El patrón de la epidemia es predominantemente heterosexual; con una razón hombre: mujer para nuevos casos de Sida de 1.1:1.0 (sólo Belice tiene una razón hombre: mujer inferior, 0.7:1.0).

A diferencia de otros países centroamericanos, la epidemia en Honduras desde los inicios tuvo un patrón de transmisión heterosexual, y parece haberse extendido mucho más rápidamente que en la mayoría de los países vecinos. Los aspectos que hacen a la epidemia tan particular pueden atribuirse en parte a:

- el desarrollo de una significativa industria sexual que coincide con la presencia de fuerzas armadas nacionales y extranjeras en Honduras a principios de los años 80,
- la alta movilidad de la población Garífuna del país, especialmente en la marina mercante y en la zona noreste de EEUU y
- el rápido incremento en la prevalencia entre grupos de alto riesgo.

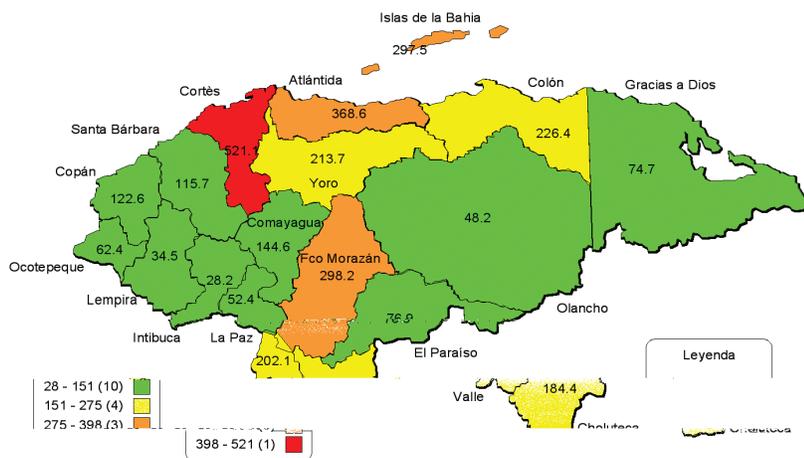
Notificación de casos VIH y Sida y su distribución geográfica

Los 18 departamentos en Honduras han notificado casos de VIH y Sida (Figura 1). Sin embargo, la tasa de incidencia acumulada es más alta en el departamento de Cortés, con 521 casos reportados por 100,000 personas, seguido por Atlántida (369 casos de Sida reportados por 100,000 personas), Francisco Morazán, e Islas de la Bahía (ambos con 298 casos por 100,000 personas). Estos cuatro departamentos registran más del 71% de todos los casos acumulados de Sida reportados entre 1985 y 2005. Por lo tanto la epidemia se concentra en las ciudades más grandes (San Pedro Sula en Cortés y Tegucigalpa en Francisco Morazán) y a lo largo de la Costa Norte (Atlántida e Islas de Bahía). El número más bajo de casos de Sida está en las regiones menos pobladas del país, las regiones este y oeste.

.....
¹ La OMS en el 2006 publicó en el Boletín Epidemiológico de Honduras que “las tasas varían sustancialmente de un país a otro, y es frecuente el bajo reporte de las tasas en países en desarrollo debido a la debilidad de los sistemas epidemiológicos en salud.”

Figura N° 1

Tasa de incidencia acumulada de Sida por 100,000 habitantes (1985-2005)



Fuente: Departamento de infecciones de transmisión sexual/VIH/Sida. Secretaría de Salud, Honduras.

A lo largo de la epidemia, Roatán, San Pedro Sula, La Ceiba, Tegucigalpa y Trujillo han reportado las tasas acumuladas de casos de VIH y Sida más altas del país. De igual manera, las ciudades de La Ceiba, San Pedro Sula, Tegucigalpa, Nacaome y Roatán parecen ser las más altamente afectadas en el 2005.

Distribución por grupos de edad

Como en otros países, la epidemia de VIH y Sida afecta principalmente la población joven, en edad reproductiva y económicamente activa. Desde inicios de la epidemia los grupos de edad comprendidos entre 15 a 39 años representan entre 65 a 70% de los casos notificados a lo largo de las dos décadas (Cuadro 1). En hombres el porcentaje de casos con más de 39 años ha aumentado, mientras que en mujeres, el porcentaje de casos que más ha aumentado es el grupo de 29 años (Gráficos 1 y 2).

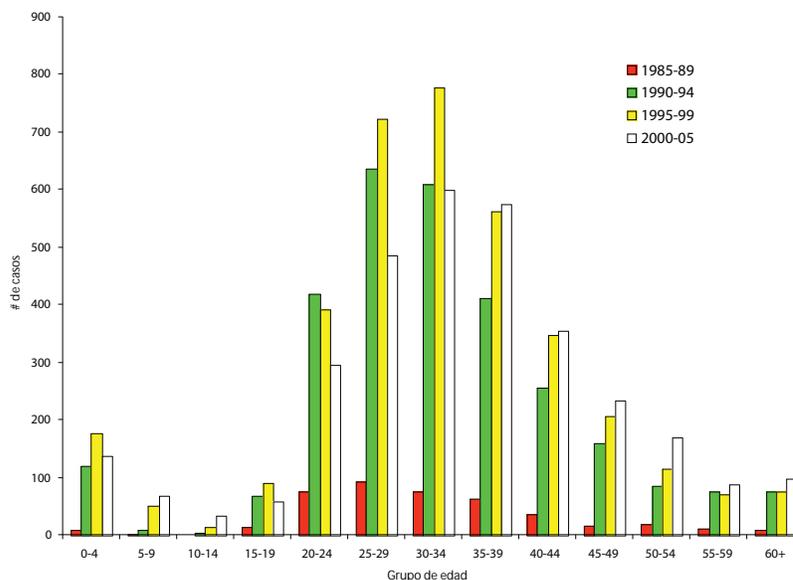
Cuadro N° 1

Variación de casos de Sida según grupo de edad y período de diagnóstico, Honduras 1985–2005

| Rangos de Edad | 1985–1989 | | 1990–1994 | | 1995–1999 | | 2000–2005 | | Total | |
|----------------|------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|---------------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 0-4 | 14 | 2.1 | 226 | 5.0 | 331 | 5.3 | 298 | 4.9 | 869 | 5.0 |
| 5-9 | 3 | 0.5 | 17 | 0.4 | 108 | 1.7 | 158 | 2.6 | 286 | 1.6 |
| 10-14 | 0 | 0 | 10 | 0.2 | 32 | 0.5 | 81 | 1.3 | 123 | 0.7 |
| 15-19 | 25 | 3.8 | 154 | 3.4 | 213 | 3.4 | 165 | 2.7 | 557 | 3.2 |
| 20-24 | 130 | 19.5 | 735 | 16.1 | 873 | 14.0 | 697 | 11.5 | 2,435 | 13.9 |
| 25-29 | 154 | 23.1 | 972 | 21.3 | 1299 | 20.8 | 1036 | 17.1 | 3,461 | 19.7 |
| 30-34 | 120 | 18.0 | 898 | 19.7 | 1212 | 19.4 | 1109 | 18.3 | 3,339 | 19.0 |
| 35-39 | 88 | 13.2 | 587 | 12.9 | 887 | 14.2 | 953 | 15.7 | 2,515 | 14.3 |
| 40-44 | 54 | 8.1 | 369 | 8.1 | 556 | 8.9 | 626 | 10.3 | 1,605 | 9.1 |
| 45-49 | 26 | 4.2 | 225 | 4.9 | 324 | 5.2 | 399 | 6.6 | 974 | 5.6 |
| 50-54 | 20 | 3.0 | 131 | 2.9 | 179 | 2.9 | 257 | 4.2 | 587 | 3.3 |
| 55-59 | 15 | 2.3 | 113 | 2.5 | 112 | 1.8 | 141 | 2.3 | 381 | 2.2 |
| +60 | 11 | 1.7 | 99 | 2.2 | 106 | 1.7 | 147 | 2.4 | 363 | 2.1 |
| Ignorado | 4 | 0.6 | 25 | 0.6 | 28 | 0.5 | 8 | 0.1 | 65 | 0.4 |
| Total | 664 | | 4,561 | | 6,260 | | 6,075 | | 17,560 | |

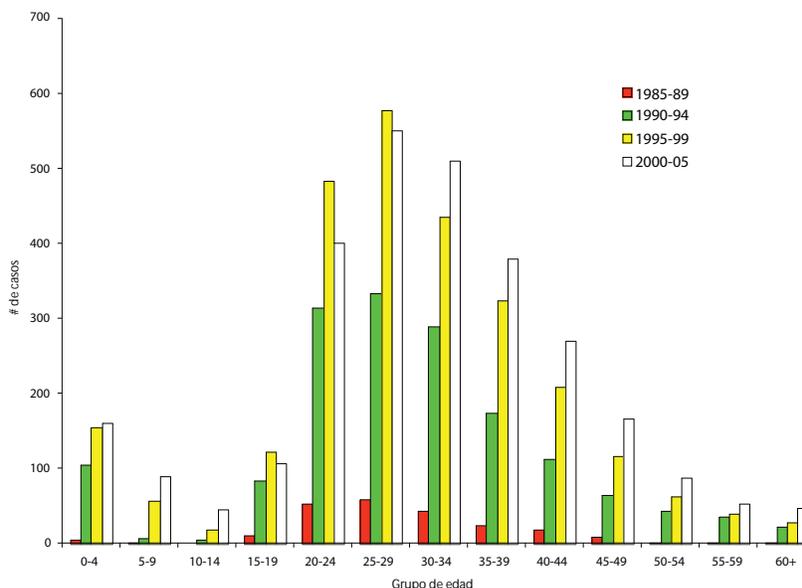
Fuente: Departamento de infecciones de transmisión sexual/VIH/Sida, Secretaría de Salud, Honduras.

Gráfico N° 1
Variación de casos de Sida según grupo de edad y período de diagnóstico, en hombres, Honduras 1985-2005.



Fuente: Departamento de infecciones de transmisión sexual/VIH/Sida, Secretaría de Salud, Honduras.

Gráfico N° 2
Variación de casos de Sida según grupo de edad y período de diagnóstico, en mujeres, Honduras 1985-2005.



Fuente: Departamento de infecciones de transmisión sexual/VIH/Sida. Secretaría de Salud, Honduras.

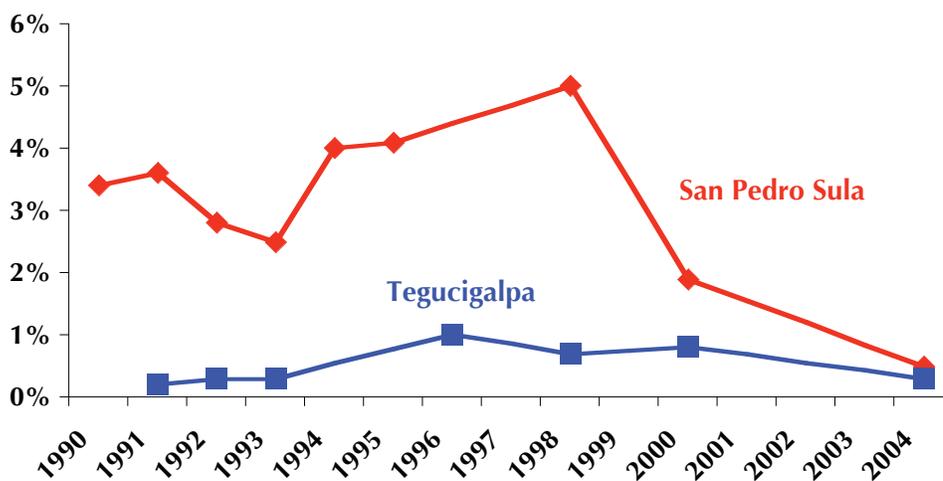
Prevalencia del VIH

Prevalencia del VIH en mujeres embarazadas en control prenatal (Mecp)

Honduras implementa una vigilancia de segunda generación para proporcionar información sobre la dinámica de la infección por VIH y Sida en el país. Los estudios indicaron que en 1990 la prevalencia del VIH en Mecp en San Pedro Sula era de 3.4%, ascendiendo a 4.1% en 1995. Por otro lado en Tegucigalpa ha subido de 0.2% en 1991 a 1.0% en 1996. Estas prevalencias tan elevadas condujeron a que las estimaciones para mediados de los años noventa, proyectaran que la prevalencia de infección por VIH alcanzaría entre 11% y 18% en San Pedro Sula y entre 3% y 12% en Tegucigalpa para el año 2000.

Sin embargo, en 1998 un estudio en 3,248 Mecp en seis regiones a lo largo del país, tuvo como resultado una prevalencia de VIH de 1.35%. En el 2004, un estudio que incluyó 5,267 Mecp en ocho ciudades, la prevalencia de VIH fue de 0.46%. De estas ocho ciudades solamente en seis hubo datos comparables, encontrando que en cuatro de ellas la prevalencia decreció, en una se incrementó y en otra permaneció igual. Los datos parecen indicar que la prevalencia no se ha incrementado en las mujeres embarazadas durante la ejecución del Pensida I (1999-2002) y Pensida II (2003-2007).

Gráfico N° 3
Prevalencia de VIH en Mecp.



Fuente: Departamento de ITS/VIH/Sida, Secretaría de Salud de Honduras, estudios de prevalencia en MECp.

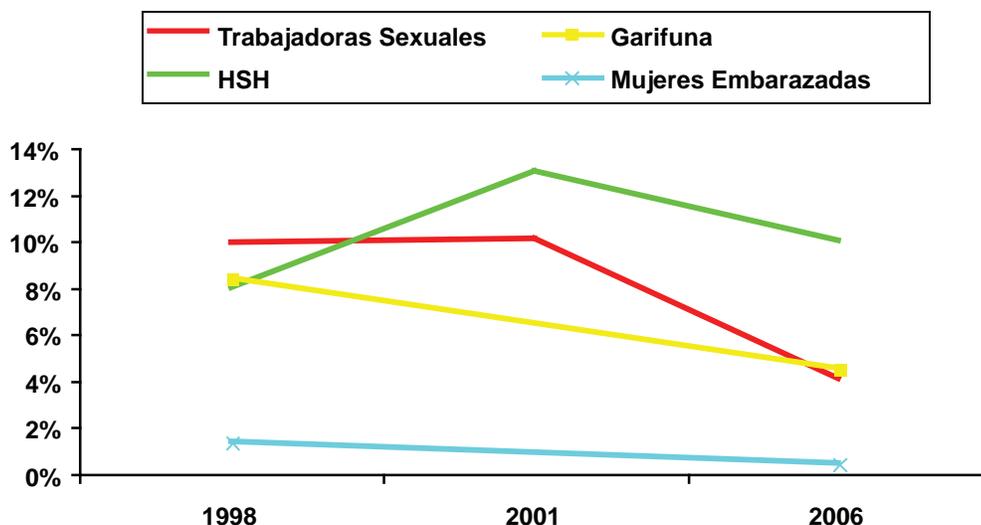
² Al comparar datos provenientes de los mismo sitios de vigilancia centinela, la prevalencia de VIH se mantiene sin cambios, alrededor de 0.48% en el 2004.

Con el inicio en el 2001, del Programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo(a) se tuvo otra oportunidad de observar la tendencia en la prevalencia de infección por el VIH entre las mujeres embarazadas. La prevalencia en las Mecp que se reciben beneficios del programa de prevención de la transmisión madre a hijo (a) en Honduras ha disminuido, de 0.81% en 2001 a 0.57% en 2005. Sin embargo, esta disminución en la prevalencia ha ocurrido dentro del contexto de un incremento en la cobertura de los servicios de prevención de la transmisión madre a hijo (a), de 5,000 atenciones recibidas por mujeres en el 2001 a más de 45,000 en el 2005. Este incremento tiene probabilidad de haber sesgado los resultados, ya que la introducción inicial de los servicios tuvo lugar en las zonas urbanas, dónde el incremento tendía a ser más bajo.

Prevalencia en trabajadoras/es del sexo, hombres que tienen sexo con hombres y garífunas

En cuanto a los grupos de población que se encuentran particularmente en riesgo de infección, los datos sugieren una tendencia a la disminución de la prevalencia de VIH, como se muestra en el gráfico 4. Esta disminución es estadísticamente significativa sólo en las trabajadoras del sexo. Los datos muestran un incremento mínimo en la prevalencia de 9.9% en 1998 a 10.1% en el 2001, seguida por un descenso a 4.1% en la Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento (ECVC)⁷. En la población garífuna, también se observó una disminución de la prevalencia de 8.4% en 1998 a 4.5% en el 2006. Entre los hombres que tienen sexo con otros hombres, la prevalencia se incrementó de 8% en 1998 a 13% en el 2001, para posteriormente descender a 10% en el 2006. Sin embargo, la prevalencia de VIH en estas poblaciones sigue siendo alta y preocupante; es importante tener presente las limitaciones existentes al comparar datos obtenidos en estudios utilizando diferentes metodologías.

Gráfico N° 4
Prevalencia de VIH en Poblaciones Seleccionadas



Fuente: Estudios de Prevalencia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual y comportamiento. 1998 y 1999 Secretaría de Salud; Estudio Multicéntrico 2001 Secretaría de Salud/PASCA; ECVC Secretaría de Salud/CDC/GAP/CAP/USAID – 2007.

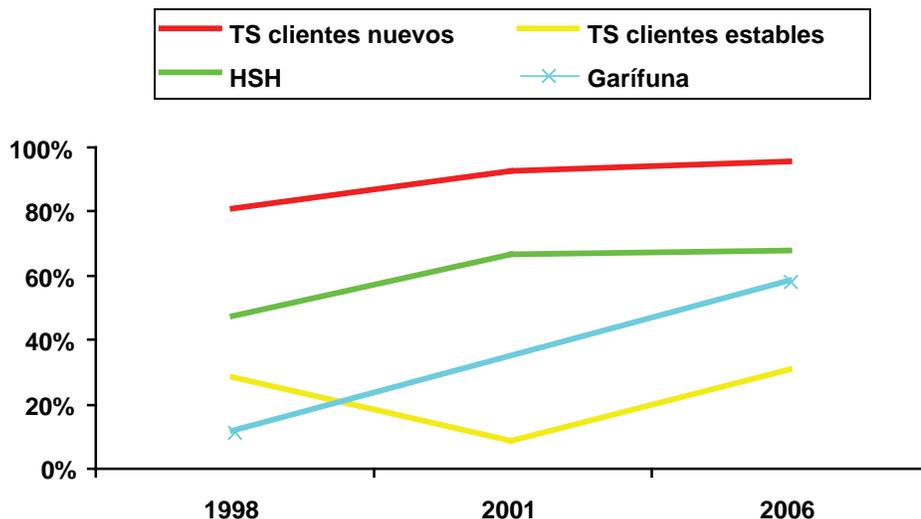
Conocimiento y comportamiento

Entre los y las adolescentes, las relaciones sexuales empiezan a temprana edad, en promedio a los 16.7 años en los hombres y a los 18.2 años en las mujeres. Entre las mujeres que han tenido relaciones sexuales, el 20.2% empezaron antes de sus 15 años. Entre las adolescentes de 19 años sexualmente activas, 40% han estado embarazadas al menos una vez.

El nivel del conocimiento acerca del VIH y Sida es casi universal entre las poblaciones con alto riesgo a la infección, excepto en personas con VIH. Por ejemplo, entre la población de hombres que tienen sexo con otros hombres, 76% sabían que los condones reducen el riesgo de la infección, para el año de 1998, subiendo a 97% en el 2001. Respecto a las trabajadoras del sexo casi todas saben acerca de la infección del VIH y Sida y cómo se transmite; 99% saben que el condón puede reducir la probabilidad de transmisión del VIH.

El uso de condón parece haberse incrementado entre 1998 y 2006. Por ejemplo, entre hombres que tienen sexo con otros hombres el reporte de uso de condón se ha incrementado de 47% en 1998 a un 67% en el 2006. Sin embargo, el reporte de uso de condón entre trabajadoras del sexo y sus parejas estables se mantiene a un nivel relativamente bajo, con sólo 30%. Entre la población masculina garífuna, el uso de condón se ha incrementado de 11% en 1998 a 58% en el 2006. El gráfico 5 resume el reporte de uso del condón entre diversos grupos.

Gráfico N° 5
Uso de condón en poblaciones seleccionadas



Sierra M.A., Paredes C., Pinel R., Fernández J., Mendoza S., Branson B., Soto RJ. "Estudio Seroepidemiológico de VIH, Sífilis y Hepatitis B en hombres que tienen sexo con hombres de Tegucigalpa y San Pedro Sula, Honduras", 1998.

Secretaría de Salud de Honduras. "Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/infecciones de transmisión sexual y Comportamientos en Poblaciones específicas en Honduras", 2003.

"Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento sexual en hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras del sexo", SSH/CDC/GAP-USAID, 2007.

El acceso a pruebas de VIH ha aumentado. Por ejemplo, el porcentaje de hombres que tienen sexo con otros hombres que se han realizado la prueba aumentó de 45% en 1998 a 57% en 2001, y en el 2006 el porcentaje llegaba a 63%.

Factores de riesgo

En Honduras, la epidemia desde el inicio tuvo un predominio de transmisión sexual, y estaba concentrada en ciertas sub poblaciones con alta vulnerabilidad a la infección, en particular en los hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras/es del sexo, garífunas y personas privadas de libertad. Por lo tanto, durante las fases iniciales de la epidemia en Honduras, había una razón hombre: mujer mucho mayor entre los casos de Sida (1.7:1 en 1994). Sin embargo, a medida que la epidemia se introdujo entre la población de trabajadoras/es sexuales con el tiempo evolucionó en otros grupos, la razón hombre: mujer descendió (1.1:1.0 en el 2005). De hecho, en la población más recientemente infectada y que todavía no ha desarrollado Sida, hay más mujeres que hombres (con una razón hombre: mujer de 0.6:1). Estos datos indican que la epidemia sigue propagándose entre las mujeres, poniéndolas en un riesgo particularmente alto.

En Honduras, el 84.9% de las personas registradas con VIH y Sida entre 1985 y 2005 reportaron haber contraído el VIH a través de transmisión por relaciones heterosexuales, el 6.3% se atribuyeron a transmisión del VIH de madre-hijo (a), el 3.3% informaron ser bisexuales, 3.1% homosexuales y 0.1% que eran consumidores de drogas inyectables.

De igual forma, la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual es relativamente alta, especialmente entre los Hombres que tienen sexo con otros hombres y trabajadoras del sexo. Según el Cuadro No. 2, mientras la prevalencia de sífilis ha sido constante entre las mujeres embarazadas (0.5%), la prevalencia de sífilis se triplicó entre los Hombres que tienen sexo con otros hombres entre 1998 y 2001. Los datos de 2006 indican un aumento adicional, especialmente en San Pedro Sula, donde la prevalencia de sífilis es 8.9% entre Hombres que tienen sexo con otros hombres.

La sífilis entre las trabajadoras del sexo parece haber descendido entre 1998 y 2001, pero en 2006 la prevalencia de sífilis fue todavía alta (7%). En este mismo grupo de población, parece que un cuarto de ellas están infectadas por Hepatitis B y uno de veinte estaba infectado por Clamidia en el 2006. Estos datos muestran que Honduras tiene una prevalencia alta de infecciones de transmisión sexual, transformándose en un factor de riesgo importante para contraer el VIH.

Cuadro N° 2

Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en poblaciones seleccionadas en Honduras

| Población Seleccionada | Prevalencia de infecciones de transmisión sexual Agudas | | | Presencia de anticuerpos | |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| | Sífilis | Gonorrea | Clamidia | Herpes | Hepatitis B |
| Embarazadas | 0.5% (1998) 0.5% (2004) | 0.4% (2006) | 2% (2006) | | 6.0% (1998) 2.8% (2004) |
| Hombres que tienen sexo con otros hombres | 1.2% (1998) 4.6% (2001) 5.6% Tegucigalpa (2006) 8.9% SPS (2006) | 9.2% (2001) | 12.5% (2001) | 39.6% Tegucigalpa (2006) 24.8% SPS (2006) 19.8% La Ceiba (2006) | 16.9% (2001) |
| Garífunas | 3.3 % (2006) | 0.4% (2006) | 3.4 % (2006) | 56.6 % (2006) | ND |
| Trabajadoras del sexo | 15.2% (1998) 6.8% (2001) 7.1% (2006) | 8.6% (2001) | 15.5% (2001) 5.2% (2006) | 76.4 % Tegucigalpa (2006) 58% SPS 2006 42% Comayagua (2006) | 25.0% (2001) |

Sierra M.A., Paredes C., Pinel R., Fernández J., Mendoza S., Branson B., Soto RJ. "Estudio Seroepidemiológico de VIH, Sífilis y Hepatitis B en hombres que tienen sexo con hombres de Tegucigalpa y San Pedro Sula, Honduras," 1998. Secretaría de Salud de Honduras. "Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/infecciones de transmisión sexual y Comportamientos en Poblaciones específicas en Honduras," 2003. "Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento sexual en hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras del sexo", SSH/CDC/GAP-USAID, 2007.

Factores de vulnerabilidad

Es importante reconocer la diferencia entre los factores de riesgo y los factores de vulnerabilidad. Las poblaciones que ya tienen una alta prevalencia de VIH a menudo se denominan poblaciones de alto riesgo. En otras palabras, se definen así porque ya tienen una alta prevalencia de VIH. Los grupos vulnerables pueden o no tener una alta prevalencia de infección por VIH y Sida, pero se consideran vulnerables debido a su condición en la sociedad. Las sub-poblaciones como los hombres que tienen sexo con otros hombres son vulnerables a la infección por VIH (debido al estigma y discriminación) y padecen una alta prevalencia de VIH (por razones biológicas relacionadas con sexo anal). En Honduras las sub poblaciones como las amas de casa, por ejemplo, quizá sean vulnerables al VIH porque carecen del poder para influir en los comportamientos de sus parejas, pero no parecen todavía tener una desproporcionada alta prevalencia de VIH.

Hay diversas razones por las que una persona puede ser vulnerable al VIH. Por un lado, ciertas personas o sub poblaciones carecen de información acerca de la prevención y el tratamiento del Sida. Otros

personas o sub poblaciones quizá también tengan información, pero pueden carecer del poder para ejecutar los comportamientos necesarios (por ejemplo, las trabajadoras del sexo no pueden insistir en el uso de condón con sus clientes o parejas). Otros son vulnerables porque carecen de acceso a servicios de prevención y de tratamiento (por ejemplo, una persona no puede pagar condones o quizás vive en un área donde los antirretrovirales no están disponibles).

El Cuadro No. 3 muestra algunos de los factores que tienen probabilidad de colocar ciertos grupos en los niveles más altos de vulnerabilidad en Honduras. Al lado de cada factor de vulnerabilidad se encuentra una lista ilustrativa de grupos que pueden ser influenciados por estos factores.

Cuadro N° 3
Factores de vulnerabilidad en Honduras

| Factores que contribuyen a la Vulnerabilidad | Lista Ilustrativa de Grupos en Situación de Vulnerabilidad |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ✓ Movilidad | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conductores (camiones, taxis, etc.) ✓ Garífunas ✓ Servicios armados ✓ Migrantes |
| ✓ Consumo de alcohol/drogas | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Servicios armados ✓ Jóvenes ✓ Consumidores de drogas |
| ✓ Estigma y discriminación | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hombres que tienen sexo con otros hombres ✓ Trabajadoras (es) del sexo ✓ Lesbianas |
| ✓ Poco conocimiento sobre VIH y Sida | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pobreza ✓ Residente rurales ✓ Personas con capacidades diferentes ✓ Personas privadas de libertad |
| ✓ Presión de pareja | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Jóvenes |
| ✓ Bajo uso de condón | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Amas de casa ✓ Trabajadoras domésticas ✓ Personas Privadas de libertad |
| ✓ Inequidad de Género | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Amas de casa ✓ Trabajadores del sexo ✓ Trabajadoras domésticas ✓ Lesbianas |
| ✓ Alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hombres que tienen sexo con otros hombres ✓ Trabajadores del sexo |
| ✓ Pobreza | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Todos |

Estimaciones de la epidemia de VIH y Sida para el año 2007

Para las estimaciones de VIH y Sida se utilizaron tres modelos:

- Workbook Method para epidemia de baja intensidad y concentradas (Onusida).
- Modos de Transmisión (“Mode of Transmission”, Onusida).
- Spectrum

Para estos modelos se utilizaron los datos más relevantes y actuales con que contaba el país de cada una de las poblaciones considerada y las zonas geográficas. Se utilizaron los datos de prevalencia de Mecp de 1998 (1.4%), los del 2004 (0.46%) y los resultados de prevención de la transmisión del VIH madre a hijo (a) para 2001, 2003, 2005 y 2006.

Las estimaciones que se habían elaborado en los últimos 4 años utilizaron datos de prevalencia mayores de 1% obtenidos en 1998. Los datos del 2004, indicaron por primera vez una disminución en la prevalencia, con datos insuficientes. Es hasta el período 2005 - 2006 que el país contó con datos representativos para poder demostrar una aparente disminución en dicha prevalencia.

Los resultados de las estimaciones fueron ampliamente discutidos, aprobados por las autoridades de salud y se consideran como los mejores estimadores de la epidemia para el año 2007.

Tomando en cuenta el impacto geográfico diferenciado de la epidemia, se hicieron tres estimaciones:

- Nacional.
- Costa norte (Cortés, Yoro, Atlántida, Colón e Islas de la Bahía)
- Resto del país (sin considerar la costa norte).

Estimaciones de la prevalencia de VIH para el año 2007 (Workbook Method)

En la costa corte, en donde se considera una epidemia generalizada, la prevalencia de VIH fue de 0.91% (Rango: 0.57% - 1.85%). En el resto del país la prevalencia obtenida fue de 0.59% (Rango: 0.37% - 1.2%). A nivel nacional la prevalencia obtenida fue de 0.68% (Rango: 0.42% - 1.37%).

Además de estimar las prevalencias puntuales de VIH, se elaboró una curva de la epidemia (Gráfico No. 6) para ver la tendencia a lo largo del tiempo.

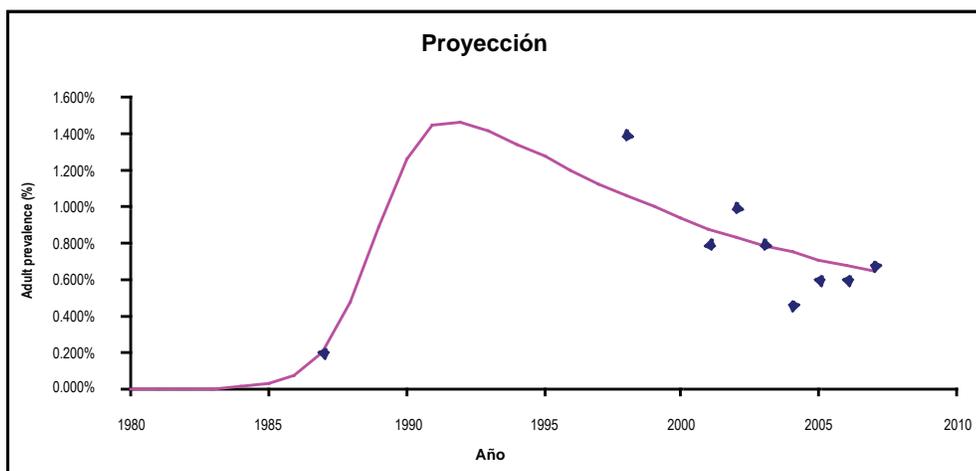
La disminución observada en la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas en control prenatal en el programa de prevención de la transmisión del VIH madre a hijo (a) y en estudios centinelas (observada también en sitios comparables), se encontró de forma consistente en el modelo de curva de la epidemia y en los modelos de regresión (Anexo VI) utilizados tanto para las trabajadoras del sexo ($p < 0.05$) como en hombres que tienen sexo con otros hombres ($p = 0.5$).

Aunque no existen estudios que expliquen las razones de esta aparente disminución en la prevalencia de VIH, se estima las siguientes:

- Muerte de personas con VIH en las primeras dos décadas debido a la falta de Targa.
- El impacto en los cambios de comportamiento, como el uso consistente y adecuado del condón en algunas poblaciones que concentran la epidemia. Sin embargo, es de hacer notar la alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual encontrada en grupos que concentran la epidemia (incluyendo personas con VIH) que, en caso de que no se tomen las acciones pertinentes, podría significar una re-emergencia de la epidemia.
- Las estimaciones para el año 2007 se realizaron con el análisis de mayores y mejores datos nacionales.

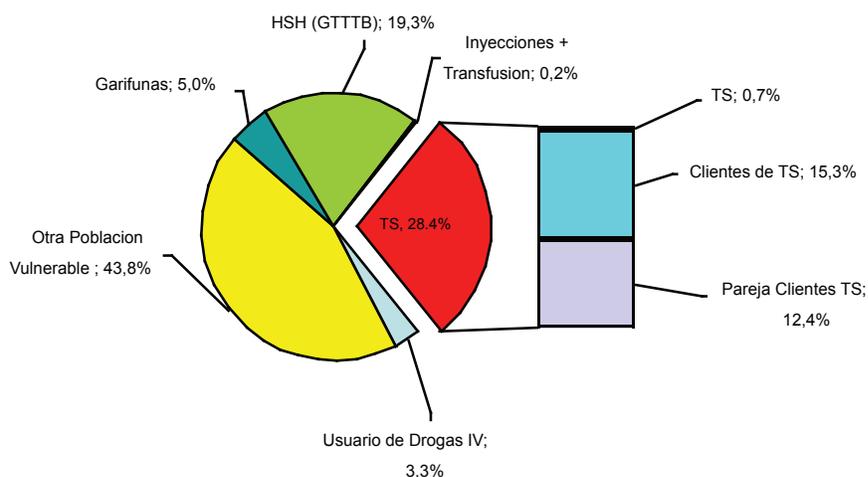
Los resultados de este primer modelaje fueron luego utilizados en Spectrum para calcular las estimaciones de la epidemia que se presentan en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 6
Curva de proyección de la epidemia de VIH y Sida en Honduras.



Estimación del modo de transmisión

También se utilizó el modelo modo de transmisión para determinar el número estimado de nuevas infecciones ocurridas en el año 2007 de acuerdo a la categoría de transmisión. Para el 2007, de las 1,500 nuevas infecciones estimadas, los hombres que tienen sexo con otros hombres, que incluye a gays, travestís, transgénero, transexuales y bisexuales (Gtttb) y trabajadoras del sexo (incluyendo sus clientes y las parejas mujeres de los clientes) representaron el 48% de las nuevas infecciones ocurridas. Los Garífunas, que experimentan una epidemia generalizada, representaron el 5% de las nuevas infecciones.



Fuente: Modelo ONUSida de Modo de Transmisión (SSH, Honduras, 2007)

N.B. Otra población vulnerable incluye: privados (as) de libertad, adolescentes, mujeres, uniformados (as) y hombres de la población general.

Conclusiones

Los datos sugieren que la prevalencia del VIH tanto entre la población general como en las sub poblaciones de alto riesgo, no se han incrementado según las proyecciones elaboradas a inicios de los 90 y pueden estar descendiendo. Sin embargo, esto sugiere que las proyecciones y estimaciones previas pueden haber sobreestimado la prevalencia de VIH. También sugiere que la respuesta al VIH y Sida por parte de Honduras ha sido efectiva, limitando el crecimiento de la epidemia.

Los datos reportados sobre el uso de condón parecen prometedores, con un incremento en las sub poblaciones estudiadas. Sin embargo, los datos de las infecciones de transmisión sexual sugieren que todavía existe un riesgo importante de infección entre estas mismas poblaciones.

El análisis de los datos existentes demuestra que Honduras experimenta una epidemia generalizada en la costa Atlántica y en el valle de sula. Asimismo, la epidemia se concentra también en trabajadoras del sexo, garífunas, Gtttb y personas privadas de libertad.

El predominio de la transmisión sexual, la alta migración de zonas rurales a la ciudad y viceversa, la vulnerabilidad de la mujer y la niñez hondureña, el poco uso del condón aun en grupos de alto riesgo, el alto grado de analfabetismo y la pobreza son los factores claves que deben ser considerados en la definición de las estrategias, prioridades y los grupos poblacionales a ser incluidos en el Pensida III.

Estos datos son consistentes con lo reportado por Onusida en el informe mundial de la epidemia del Sida 2007. De hecho, con base a los estudios realizados, Onusida enfatiza que se registró un declinio significativo en las tasas de prevalencia, así como un aumento en el uso consistente del condón, lo que sugiere que la promoción del condón u otros esfuerzos de prevención han sido exitosos.

CAPÍTULO II

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA

Revisión de Pensida II

En el año 2002, el Pensida II se desarrolló mediante un proceso sumamente participativo, siguiendo las normas establecidas por Onusida18. El Pensida II tuvo tres principios transversales: 1) énfasis en la equidad de género, 2) la promoción de la salud sexual y reproductiva y 3) ética basada en los derechos humanos.

A diferencia de otros países que se han concentrado en un número limitado de poblaciones prioritarias, Honduras decidió desarrollar una lista más amplia. Las 11 poblaciones prioritarias que se identificaron en Pensida II fueron:

- 1) Adolescentes de ambos sexos.
- 2) Personas que viven con VIH y Sida y sus familias.
- 3) Madres y niños (as) afectados (as) por el VIH y Sida.
- 4) Garífunas y otros grupos étnicos.
- 5) Trabajadores (as) (especialmente de las maquilas).
- 6) Trabajadores(as) del sexo.
- 7) Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (GTTTB).
- 8) Personas privadas (as) de libertad.
- 9) Niñez huérfana afectada e infectada por el VIH.
- 10) Niñez en situación de calle.
- 11) Poblaciones móviles.

Análisis de indicadores

Las metas y resultados del Pensida II fueron difíciles de evaluar, particularmente por la falta de una línea de base inicial o de indicadores claramente definidos. Por ejemplo, el Pensida II estableció la meta de “reducir la incidencia de VIH entre jóvenes de ambos sexos (15-24 años)” sin definir una línea de base de datos o sin definir cómo se recolectarían los datos. Al combinar datos de ambos sexos en un indicador, fue más difícil evaluar el éxito de dicha meta.

De las 10 metas de impacto establecidas en Pensida II (Cuadro 4), 4 no pudieron ser evaluadas y una tenía datos incompletos. No se alcanzaron tres de los objetivos: reducir la transmisión de madre a hijo en un 50%, reducir la mortalidad de personas con VIH en un 50% y reducir la sífilis congénita en un 70%. Dos de los objetivos se alcanzaron exitosamente: eliminar la transmisión del VIH relacionada con la transfusión sanguínea y reducir el número de días de hospitalización de las personas con VIH.

Cuadro N° 4
Metas de impacto de Pensida II

| N° | Metas de impacto | Meta | Logro alcanzado |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------|
| 1 | Reducir la incidencia de VIH en jóvenes de ambos sexos de 15-24 años | 25% | ND |
| 2 | Disminuir la tasa de transmisión de VIH de madre a hijo(a). | 50% | 9% |
| 3 | Disminuir los casos de VIH y Sida asociados a transmisión por transfusión. | < 0.1% | < 0.1% |
| 4 | Reducir la mortalidad de las PVVS | 50% | 17% |
| 5 | Disminuir la mortalidad por VIH y Sida en mujeres en edad reproductiva. | 25% | ND. |
| 6 | Incrementar la esperanza de vida de las personas con VIH (31 años) | >=45 | ND. |
| 7 | Disminuir el número de hospitalizaciones asociadas al VIH y Sida | 50% | 64% |
| 8 | Reducir la incidencia de la sífilis congénita | 70% | Pendiente |
| 9 | Jóvenes de ambos sexos de 12-24 años con conocimiento adecuado: Jóvenes de 12-14 años Hombres de 15-24 años Mujeres de 15-24 años | 95% | Sin datos Sin datos 29.9% |
| 10 | Personal de los servicios de salud con actitudes positivas hacia PVVS. | 90% | ND. |

Pensida II también tuvo una lista de 25 resultados que se alcanzaron durante ese período (Cuadro No. 5). De estos 25 resultados, 9 no contaron con datos para evaluar el resultado. Tres de los objetivos no se pudieron evaluar porque la información no estuvo completa. Entre los 13 restantes, siete se lograron exitosamente y seis no se alcanzaron.

Cuadro N° 5
Metas de resultado de Pensida II

| N° | Resultados de los sectores prioritarios | Meta | Logro alcanzado |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|
| 1 | Población que reporta uso del condón en la última relación sexual: Mujeres 15-24 años | >50 | 23.7 |
| 2 | Unidades de la secretaria de salud brindando servicios de atención integral: Hospitales Cesamos | 80 | 53 1 |
| 3 | Personas con VIH recibiendo atención integral. | 100 | 48 |
| 4 | Embarazadas con VIH recibiendo atención integral. | 100 | ND |
| 5 | Embarazadas Con VIH en prevención de la transmisión madre a hijo (a) recibiendo tratamiento. | 100 | 18 ³ |
| 6 | Áreas de salud con centro que brinde atención integral. | 100 | 88 |
| 7 | Personal SSH capacitados en atención integral | 8 | 93 |
| 8 | Instituciones capacitadas y aplicando normas de bio-seguridad: Públicas Privadas | 100 50 | |
| 9 | Detectado y diagnosticado el 90% de casos VIH y Sida. | >90 | 19 ⁴ |
| 10 | Investigados pacientes sintomáticos que acceden servicios en centros de atención integral. | 100 | 99 |
| 11 | Personas con VIH que cumplen con los criterios para recibir Targa. | 100 | 99 ⁵ |
| 12 | Personas con VIH con Targa anualmente se mantienen adheridas a la terapia. | 90 | 88 |
| 13 | Ong's que trabajan con VIH y Sida conocen protocolo de AI. | 100 | ND |
| 14 | Beneficiarios de proyectos conocen protocolo de atención integral. | 100 | ND |
| 15 | Incrementar uso del condón en poblaciones específicas. | 25 | ND |
| 16 | Municipios saludables con programas de acción funcionando. | >30 | 13 ⁶ |
| 17 | Gasto municipal al Programa de Municipios por la Salud. | 7 | ND |
| 18 | Personal capacitado sobre el contenido de la Ley Especial. | 80 | ND |
| 19 | Servicios de municipios prioritarios con AI comunitaria. | 100 | 100 |
| 20 | Consejeros brindando atención: calidad, eficacia, eficiencia, etc. | 100 | 95 |
| 21 | Capítulos del Fonasida organizados y funcionando. | 50 | 14 |
| 22 | Alianzas establecidas entre organizaciones e instituciones. | 10 | >10 |
| 23 | Proyecto Nacional: generación de ingresos de PVVS funcionando. | ND | ND |
| 24 | Personas con VIH y familiares recibiendo atención alimentaria y nutricional. | 50,000 | ND |
| 25 | Estrategia nacional contra la estigma y discriminación implementada. | ND | ND |

³ El 18% se refiere a cobertura nacional; en los municipios donde funciona la prevención de la transmisión madre a hijo (a), la cobertura es de 70%.

⁴ Indicador 9: Derivada de la tabla de estimaciones contra notificación de casos de sida

⁵ Indicador 11: no hay lista de espera por falta de reactivos CD-4 últimos 6 meses

⁶ Indicador 16: 39 municipios cubierto por el Fondo Global contra 298 municipios

La dificultad de Honduras al evaluar estos indicadores revela que el país necesita seleccionar mejor sus indicadores para Pensida III, así como la necesidad de recolectar mejor información para que pueda ser utilizada para evaluar los indicadores desarrollados. En la formulación de Pensida III se asegurará que todos los indicadores cuenten con una línea de base para poder evaluar efectivamente los logros. Al mismo tiempo, se establecerán planes de acción para que todos los datos sean medibles.

Logros del Pensida II

El proceso de evaluación del Pensida II empezó con una revisión integral de los datos disponibles, la cual fue dirigida por el equipo nacional, conformado por funcionarios del gobierno, académicos, Ong's, sector privado, personas con VIH y los consultores de ASAP/BM. El Equipo Nacional trabajó conjuntamente en el análisis de la situación de la epidemia y en el análisis de la respuesta nacional que resume los logros y limitantes del Pensida II.3

Se identificaron los logros del Pensida II en cada una de las siguientes cinco áreas: 1) Promoción de la salud sexual y reproductiva, 2) Atención integral, 3) Gestión y coordinación de políticas sociales, 4) Promoción y defensa de los derechos humanos y 5) Investigación científica.

A continuación se presentan algunos de los logros clave del Pensida II. Encontrará una lista de logros más detallada en el documento de análisis de la respuesta nacional3.

Promoción de la salud sexual y reproductiva

- En el 2006 se distribuyeron 8.9 millones de condones en comparación con 4.7 millones distribuidos en el 2005, de los cuales un millón de condones fueron distribuidos en los militares.
- Se aumentó el número de los hombres y las mujeres que reciben consejería sobre VIH, llegando a más de 100.000 personas entre 2003 y 2006 en clínicas y centros de salud, proporcionando además consejería prenatal a más de 45.000 mujeres durante el mismo período.
- El programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a) se amplió a las 20 regiones departamentales de salud y se aumentó de 15 establecimientos de salud que había en 2001 a 402 establecimientos en 2006.
- Se estableció una evaluación nacional del programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a) en 13 regiones departamentales de salud.
- Se fortaleció el sistema de información del programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a), mediante el diseño y la ejecución de una base de datos electrónica.
- Se creó el Departamento de Donaciones y Transfusión del Banco de Sangre para vigilar y evaluar los servicios de transfusión de sangre en el país.

Atención integral

- Se establecieron 22 centros de atención integral para personas que viven con VIH.
- Se proporcionó Targa a 4,674 adultos y niños hasta diciembre del 2006.
- Se entrenaron 370 profesionales de la salud en la atención integral a las personas con

VIH durante los tres últimos años.

- Se aumentó la cobertura de los servicios públicos que pueden diagnosticar el VIH, de 48 establecimientos en 2003 a 97 establecimientos en 2006.
- Se aumentó en 49% el financiamiento nacional para la compra de los ARV comparado con 2005.
- Está en desarrollo un sistema para evaluar la fármaco-resistencia a los ARV en personas con VIH.

Gestión y coordinación de políticas sociales

- Conasida se reactivó, conforme a la ejecución de la Ley Especial de VIH/Sida
- Se obtuvo mayor apoyo político del gobierno hondureño a los programas de respuesta ante el VIH y Sida y se movilizaron recursos más eficazmente de diversas fuentes (USAID, Fondo Mundial, UNICEF, ONUSida, UNFPA, CDC/GAP, OPS, DFID, Banco Mundial y otros)
- Se reafirmó Conasida como la organización responsable del manejo de Pensida II y el diseño de Pensida III.

Promoción y defensa de los derechos humanos

- Se creó una red a nivel municipal de derechos humanos para recibir y notificar a las autoridades acerca de las quejas de violaciones a los derechos.
- Se completó una auditoria social con la participación de la sociedad civil y personas con VIH, y hubo un proceso de mayor empoderamiento de las personas con VIH para demandar la aplicación de la Ley Especial sobre el VIH/SIDA .
- Se desarrollaron proyectos para dar apoyo nutricional a personas con VIH y a sus familias, con participación de personas con VIH como voluntarios.

Investigación científica/vigilancia

- Se realizó un estudio de la secretaría de salud y OPS sobre VIH y violencia en mujeres entre 18-49 años de edad.
- Se fortaleció la coordinación entre la secretaría de salud y el Instituto Nacional de la Mujer sobre el tema de violencia por género.
- Se completaron varias investigaciones, incluyendo: a) estudio de comportamiento y prevalencia del VIH e infecciones de transmisión sexual en hombres que tienen sexo con otros hombres, garífunas y trabajadoras del sexo, b) estudio de comportamiento y prevalencia de VIH e infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas, c) estudios cualitativos en trabajadoras del sexo, d) estudios de resistencia a los ARV7,19,9. e) Comportamientos sexuales de adolescentes y jóvenes adultos en comunidades de trabajadores de Honduras.
- Se fortaleció la coordinación entre el comité de ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH, la SSH, y otras instituciones para apoyar las iniciativas de investigación sobre VIH y Sida en el país.
- Se evaluó el sistema nacional de vigilancia epidemiológica y se implementó la vigilancia de segunda generación con el apoyo técnico y financiero de CDC/GAP y la USAID.

- Se sistematizó la información de las investigaciones realizadas en los últimos 10 años, SSH/CDC/GAP.
- Se fortaleció y amplió el sistema de monitoreo epidemiológico para el VIH y Sida y se mejoró el entrenamiento de los epidemiólogos en las 20 regiones departamentales de salud.

En general, los logros del Pensida II son relevantes. El servicio de atención integral y la Targa se ha expandido y han mejorado significativamente la esperanza de vida de las personas con VIH. El aumento en el acceso a Targa, de 200 personas en junio del 2002 a cerca de 5,000 personas en diciembre del 2006, es un logro importante. Si Honduras es capaz de mantener éste ímpetu, el país sería capaz de alcanzar acceso universal para TARGA durante el Pensida III. Sin embargo, es importante reconocer que el país ha tenido dificultades para asegurar la disponibilidad de los ARV en los centros de atención integral.

Como reporta Asonapvsidah, ocurrieron problemas de desabastecimiento de medicamentos en 6 ocasiones durante el Pensida II. Por lo tanto, mientras la cobertura es crucial, la disponibilidad de medicamentos debe ir acompañada por un correspondiente incremento en la calidad de la atención.

Limitantes de Pensida II

Las limitantes principales de Pensida II pueden categorizarse en la falta de: 1) Capacidad de respuesta, 2) Políticas, 3) Coordinación, 4) Información y 5) Recursos financieros. A continuación se enumeran algunas de las áreas donde Pensida II tuvo limitaciones.

Capacidad de respuesta

- Falta de recursos humanos y financieros, apoyo logístico y espacio físico asignado a Conasida.
- Recursos humanos limitados que trabajan en investigación, monitoreo y evaluación.
- Alta rotación de personal en todos los niveles del sector público y la sociedad civil, tanto a nivel central como local, lo cual hace particularmente difícil poder desarrollar procesos sostenidos en VIH y Sida.
- Falta de apoyo emocional e intervención en crisis para el personal encargado de cuidar y brindar atención integral y tratamiento a las personas con VIH y Sida.
- La participación de las instituciones de formación de recursos humanos ha sido limitada creando una escasez adicional del personal capaz para tratar la infección por el VIH.

Políticas

- Limitado apoyo político para promover el uso de condón y promover la salud sexual y reproductiva entre los adolescentes y jóvenes.
- Limitado compromiso político para la inclusión de la salud sexual y reproductiva en el sector de educación
- Fueron limitadas las medidas tomadas para denunciar las violaciones de derechos hu-

manos y para abordar la violencia doméstica. También no han habido esfuerzos suficientes durante el Pensida II para promover los derechos de la mujer y los niños.

- No se pudo abordar con éxito las posiciones opuestas a la eficacia de los condones para la prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual, sostenidas por grupos religiosos y otros sectores de la sociedad. Como resultado, ha sido limitado el éxito de difundir un mensaje claro que promueva el uso de condón.
- Ha habido un reconocimiento limitado, por parte del estado y de la sociedad en cuanto a que los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para la prevención de la infección por el VIH.
- Honduras carece de una política que garantice el acceso universal a la atención integral para personas con VIH y Sida, incluyendo la compra y distribución de materiales y medicamentos necesarios para esta población.
- No se tuvo éxito al asegurar un alto nivel de participación por ciertos sectores (sociedad civil, gremios, etc.) en el tema de derechos humanos e infección por el VIH.
- No se tuvo éxito a abordar los altos niveles de homofobia y discriminación en la sociedad.

Coordinación

- Limitada coordinación entre los diferentes sectores del gobierno y entre el gobierno y la sociedad civil.
- Se han desaprovechado oportunidades para promover la salud sexual y reproductiva, en parte, a una falta de sensibilidad del personal de salud con respecto a la introducción de ésta en los servicios de salud.
- La extensión de los servicios de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a), han tenido particulares problemas de coordinación, con períodos de escasez de reactivos y sustitutos de la leche materna.
- A pesar de la reactivación de Conasida, la participación de algunos representantes ha sido limitada.
- Limitada inclusión de temas como el VIH, género y derechos humanos a nivel de planificación local y dentro de los planes de los sectores no relacionados con la salud.
- La infección por VIH no ha recibido aún el énfasis necesario en la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP).

Información

- No hay sostenibilidad en las estrategias para cambiar el comportamiento de los jóvenes y prevenir nuevas infecciones por VIH.
- Hay una falta de datos de seguimiento y evaluación que podrían informar mejor la respuesta nacional al VIH y Sida.
- Honduras carece de una agenda de investigación y de un medio para coordinar la investigación sobre VIH y Sida que se lleva a cabo.

Recursos financieros

- Aunque el país tuvo éxito en la movilización de recursos durante Pensida II, los recursos financieros para la prevención del VIH y Sida fueron insuficientes, especialmente

- 
- para la compra de condones, medicamentos y reactivos para las infecciones de transmisión sexual.
- Durante Pensida II hubo una gran dependencia de fondos de la cooperación externa, sin embargo el Estado ha aumentado su inversión social con fondos de la ERP en los últimos años. Actualmente, el plan para mantener el financiamiento una vez que los recursos del Fondo Mundial se utilicen en su totalidad, es limitado.

El análisis de las limitantes de Pensida II muestran las áreas en las cuales el Pensida III debe mejorar.

Algunas de las áreas en particular en las que se necesita mejorar incluyen:

- ▶ Monitoreo y evaluación de la respuesta nacional, de forma tal que las decisiones se puedan tomar en base a información estratégica.
- ▶ Costeo de Pensida III, que permita evaluar y proyectar los recursos para el VIH y Sida en el país.
- ▶ Conasida necesita concentrarse en mejorar la coordinación entre los sectores involucrados en la respuesta nacional al VIH y Sida.

Herramienta de auto evaluación (HAE)

Como parte de la evaluación de los logros y limitaciones de Pensida II, se aplicó la herramienta de auto evaluación (SAT por sus siglas en inglés) de ASAP20. La herramienta está diseñada para evaluar los planes estratégicos nacionales de VIH y Sida al responder a un conjunto de 55 preguntas en 12 áreas programáticas. A las personas entrevistadas se les pidió que respondieran en una escala de 4 puntos, con respuestas que van de “definitivamente, si” a “no, en absoluto”.

En el caso de Honduras, Pensida II tuvo en su evaluación un resultado muy bajo. Ninguna de las áreas programáticas fue clasificada por encima de 50%. Las áreas que se observaron como particularmente débiles fueron: 1) vigilando y evaluando la respuesta, 2) costeo del plan estratégico, 3) determinando claramente los objetivos, 4) promoviendo la capacidad de los ejecutores del plan estratégico y 5) diseñando los planes de acción anuales para poner en práctica el plan estratégico.

Estas conclusiones fueron compatibles con discusiones que posteriormente se mantuvieron con el equipo conductor/facilitador nacional. Se destacó con frecuencia, por ejemplo, que Pensida II había sido incapaz de crear y administrar un sistema de monitoreo y evaluación. En Pensida II tampoco se realizó un costeo y el país carecía de planes de acción anuales.

Gasto y recursos financieros

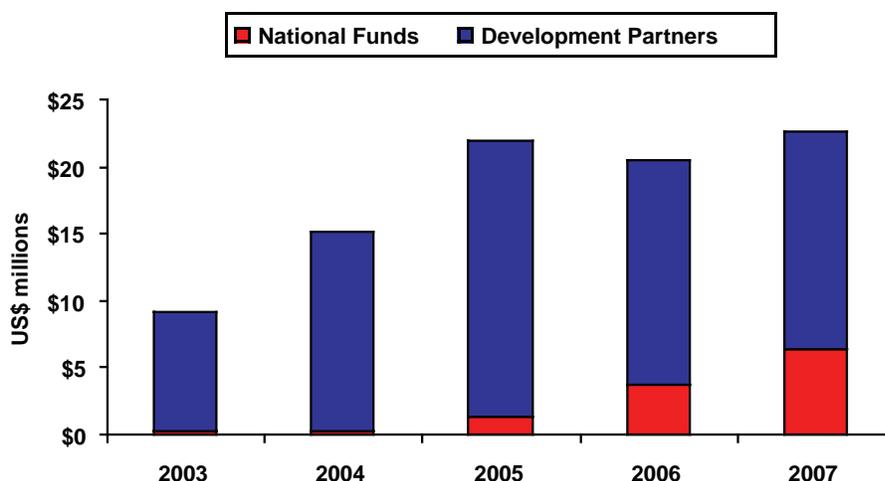
En 2007, el Departamento de ITS/VIH/Sida de la Secretaría de Salud con el apoyo técnico y financiero del Banco Mundial y Onusida, inició un proceso para llevar a cabo una revisión del gasto en VIH y Sida utilizando MEGAS, (NASA por sus siglas en inglés). Uno de los objetivos del MEGAS es monitorear los recursos gastados bajo Pensida II.

Los recursos asignados al VIH y Sida en Honduras se incrementaron casi dos veces y media a lo largo de Pensida II. Los recursos financieros programados e invertidos en actividades para VIH y Sida entre

2003 y 2007 fueron de aproximadamente de US\$ 89 millones. Las donaciones por parte de los socios de Honduras en su respuesta al VIH y Sida crecieron abruptamente entre 2003 y 2005 pero empezaron a descender a principios de 2006. Como se muestra en el gráfico ocho los recursos nacionales representan sólo 3% de todos los recursos para VIH y Sida en 2003, pero se espera que hayan alcanzado un 30% en 2007.

Entre 2005 y 2007 el total de recursos para programas de VIH y Sida se estima que permanezcan relativamente constantes con cerca de US\$ 21 millones por año.

Gráfico N° 8
Recursos para VIH y Sida en Honduras



Fuente: Secretaría de Salud de Honduras. Resultados preliminares del estudio MEGAS 2007.

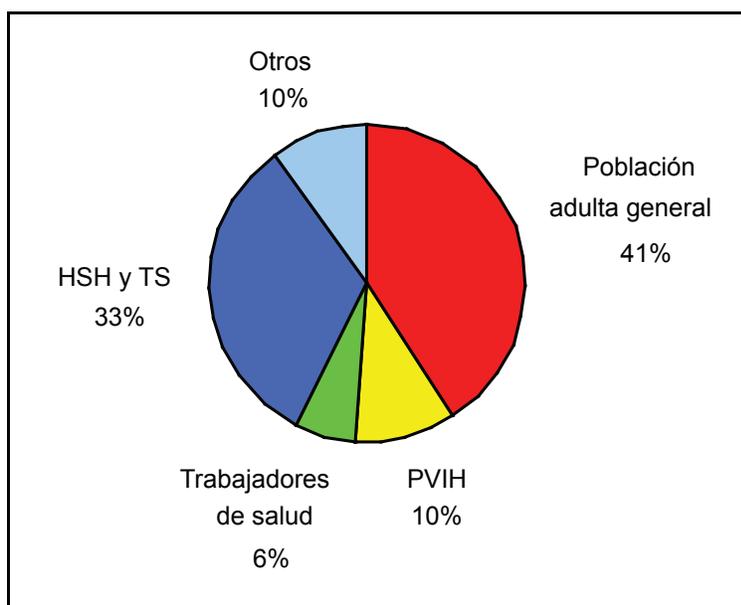
El financiamiento de los contribuyentes externos proviene de Fondo Mundial, Usaid, Unfpa, Unicef, Dfid, OPS, Onusida, CDC/GAP, Care, Unifem, Plan Internacional, Médicos del Mundo y otros.

El gráfico nueve, muestra la distribución de los recursos internacionales reportados por población objetivo⁷. La proporción más grande de recursos esta asignada a la población general

en la población adulta general es coherente con el patrón de la epidemia en Honduras, de acuerdo a la prevalencia de VIH en la población general. Dada la descendiente prevalencia en la población en general, una mejor asignación podría enfocarse más en los recursos para la prevención en trabajadoras del sexo y hombres que tienen sexo con otros hombres.

También es importante preguntar si se deberían gastar más recursos en grupos que tradicionalmente no han sido alcanzados por el programa de VIH y Sida en Honduras (Tolupanes, Misquitos, personas con capacidades diferentes). Como parte del proceso de desarrollo de Pensida III fue muy importante evaluar la forma en que los recursos del país serán invertidos para que este gasto sea más coherente con el curso de la epidemia.

Gráfico N° 9
Distribución de recursos por sub población



Conclusiones

Las lecciones aprendidas de Pensida II han sido relevantes para el diseño de Pensida III. Por un lado, se identificaron los logros alcanzados durante Pensida II. Un resultado positivo de Pensida II fue los altos niveles de participación en el proceso de planeación. Es un reto mantener la participación en el proceso de planificación y asegurar su continua importancia. Por ejemplo, los comentarios por parte del gobierno revelaron un bajo compromiso de las Ong's. De igual manera, las Ong's manifestaron su descontento por el poco compromiso del gobierno para apoyar su trabajo.

El logro más notable en el área de la prevención durante Pensida II, es que Honduras esta teniendo una prevalencia de VIH que puede haber llegado al punto máximo y quizá esté descendiendo. A pesar de la naturaleza poco focalizada del Pensida II, hay indicaciones de que las sub-poblaciones

que han concentrado la epidemia (hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras del sexo, garífuna) están reduciendo sus riesgos, lo que puede estar contribuyendo a una disminución en la prevalencia de infección por VIH.

Sin embargo, este éxito en el área de prevención no debe ser usado como razón para reducir la escala de intervenciones para prevenir nuevas infecciones de VIH o cambiar los recursos de prevención para financiar programas de tratamiento. Sin el continuo apoyo a campañas de prevención efectivas, es probable que el número de nuevas infecciones se incremente de nuevo. En la medida que los servicios de atención integral se continúan expandiendo, los programas de prevención son fundamentales.

Es importante reconocer que se debe considerar la expansión del VIH y Sida hacia la población general. Sin embargo, es fundamental mantener la atención en las sub poblaciones que continúan teniendo una alta prevalencia de VIH. Los garífunas, hombres que tienen sexo con otros hombres (Gtttb) y las trabajadoras(es) del sexo tienen una prevalencia de VIH casi 10 veces más alta que la que la de las mujeres embarazadas.

Otro logro notable es el incremento del programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a), y es una de las intervenciones efectivas para prevenir nuevas infecciones. Sin embargo, el crecimiento de este programa en el país no es una tarea fácil. Debe priorizarse el incremento continuo del prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a) y cada esfuerzo debe asegurar el rápido acceso universal a los ARV para las mujeres embarazadas infectadas.

Respecto del tratamiento, en el Pensida II Honduras desarrolló una estrategia de un acceso acelerado a Targa. Este incremento ha ocurrido mediante una combinación de los recursos, fundamentalmente del gobierno y del Fondo Mundial. Sin embargo, el país todavía no ha alcanzado la cobertura total de personas con VIH que necesitan de estos servicios, aunado a las crisis ocasionales de existencias de insumos y medicamentos. La resolución de estos problemas y asegurar el acceso universal a la Targa deben de ser una prioridad para Pensida III. Además se debe seguir ampliando la cobertura de servicios de atención integral a personas con VIH monitoreando la calidad de la atención.

El Pensida II tuvo como una de las limitantes principales la poca capacidad de MyE de la respuesta nacional. Por tal razón, Pensida III concentrará esfuerzos para fortalecer este componente.

El Pensida II identificó 11 diferentes sub poblaciones prioritarias, un número que sugiere que la definición de prioridades no estaba muy bien enfocada. El Pensida III centrará su priorización en las sub poblaciones más afectadas para alcanzar un mayor impacto en el curso de la epidemia.

El Pensida II no tuvo un presupuesto elaborado y sólo había información limitada acerca del gasto de los recursos. La elaboración del presupuesto y la gestión de recursos son componentes importantes de Pensida III. Es necesario tomar en cuenta que el financiamiento externo no ha crecido en los últimos años, y por lo tanto, el gobierno necesita aumentar el nivel de compromiso político y financiero para asegurar la sostenibilidad de las intervenciones.



Honduras ha sido capaz de documentar y caracterizar su epidemia mejor que otros países Centroamericanos, recolectando datos de prevalencia desde 1990 y teniendo datos recientes en 2006, que sirvieron de evidencia y de línea de base para Pensida III.

Honduras ha tenido un impulso significativo en su respuesta a la epidemia. Pensida III debe de usarse como una plataforma que sostenga el impulso del país a largo plazo. Sin embargo, a diferencia de Pensida II, Pensida III debe proveer más que una simple dirección, debe ser un plan estratégico realista para los próximos 5 años.

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO ESTRATÉGICO DEL PENSIDA III

Visión y misión

La visión del presente Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y Sida (Pensida III) es incorporar un enfoque renovado en derechos humanos, sexuales y reproductivos, equidad de género, la ausencia de estigma y discriminación, con el fin de disminuir la prevalencia de VIH y mitigar su impacto.

La misión es realizar un trabajo multi-sectorial, planificado y coordinado, armonizando los esfuerzos nacionales para brindar los servicios de atención integral, promoción de la salud, prevención, apoyo social a las personas para el bienestar en la población; con particular énfasis en aquellos grupos en mayor condición de vulnerabilidad.

Principales resultados esperados: metas de impacto y de resultado

A continuación se plantea las metas globales del PENSIDA III para el período 2008 – 2012.

Metas de Impacto

1. Mantener, al menos, en 1% la prevalencia nacional del VIH mediante la prevención de nuevas infecciones y de la mortalidad por Sida.
2. Reducir en un 25%, en relación a la línea base, la prevalencia de VIH en las poblaciones vulnerables.
3. Reducir en un 25%, en relación a la línea base, la prevalencia de infecciones de transmisión sexual en las poblaciones vulnerables.
4. Disminuir la tasa nacional de transmisión del VIH de madre a hijo(a) de 29% a 20%, a través del aumento de cobertura del programa nacional.
5. Disminuir la tasa de transmisión de sífilis congénita de 13/ 1000 nacidos vivos a 7/1000 nacidos vivos.
6. Disminuir a menos de 0.1% los casos de VIH asociados a transfusiones sanguíneas.
7. Reducir la tasa de prevalencia de co- infección VIH-TB a menos del 13.6%.
8. Disminuir en un 50%, de acuerdo a línea base, la mortalidad en personas con VIH que reciben Targa.

Metas de Resultados:

1. Incrementar en un 40%, en relación a la línea de base, la cantidad de personas que tienen conocimientos adecuados relacionados con la transmisión y la prevención del VIH en los diferentes grupos de población.
2. Aumentar la edad mediana de la primera relación sexual en hombres a más de 16.7 años y en mujeres a más de 18.2 años.
3. Aumentar en, al menos, el 5% la población de 15 a 24 años que refiere el uso del condón en la última relación sexual.
4. Aumentar en al menos, un 10% de acuerdo a línea de base, el uso consistente del condón en población de mayor vulnerabilidad.
5. Aumentar a 70%, de acuerdo a línea de base, el uso de equipo de inyección estéril en usuarios de drogas inyectables.
6. Incrementar en un 50%, de acuerdo a línea de base, los centros educativos que imparten educación en salud sexual y reproductiva para la prevención de ITS y VIH.
7. Aumentar al 90%, el acceso al tratamiento profiláctico post exposición en los casos registrados, según la normativa nacional en los servicios de salud.
8. Aumentar a 50% la población de 15 a 49 años que se hace la prueba de VIH de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conoce el resultado.
9. Aumentar a 90% la población en condiciones de mayor vulnerabilidad que se hace la prueba de VIH de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conoce el resultado.
10. Aumentar en un 25% el porcentaje de población general y población vulnerable que conocen las medidas de prevención y formas de transmisión del VIH de madre a hijo (a).
11. Aumentar de un 60% a 80% el acceso de mujeres embarazadas que asisten a los servicios de salud donde funcionan el programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a).
12. Aumentar de 90 a 98 % la atención integral para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo/a, en las embarazadas que acuden a los servicios de salud donde funciona el programa de prevención de la transmisión del VIH de de madre a hijo(a).

13. Aumentar al 100% el acceso a tratamiento profiláctico para reducir el riesgo de tuberculosis en personas con VIH.
14. Aumentar al 100% el acceso a servicios de consejería y pruebas voluntarias en VIH para las personas con tuberculosis.
15. Aumentar de 48% a un 93% la cobertura nacional de las personas que requieren servicios de atención integral y Targa (adultos y niños, diferenciados por sexo).
16. Aumentar al 100% el acceso a Targa para las personas con VIH que demanden servicios de atención Integral y que reúnan criterios de inclusión.
17. Aumentar al 95% la adherencia a Targa en las personas con VIH.
18. Eliminar actitudes de estigma y discriminación hacia las personas con VIH que demandan los servicios de salud.
19. Aumentar de 32% al 90%, los servicios de atención integral con capacidad de atención para niños/niñas y adolescentes con VIH.
20. Institucionalizar la política pública en VIH, con enfoque de derechos humanos, equidad de género, violencia, pobreza e inseguridad humana.
21. Mantener en por lo menos 90% el índice compuesto de política nacional en VIH y Sida.
22. Aumentar el gasto nacional e internacional relativo al VIH y Sida por categoría y fuente de financiación, tomando como base la medición del gasto en Sida 2006.
23. Establecer un mecanismo de auditoria social y rendición de cuentas en materia de VIH y Sida por organizaciones de la sociedad civil.

Orientación estratégica del plan nacional (2008-2012)

Para la exitosa implementación de Pensida III se requiere considerar varios aspectos claves, incluyendo: 1) Mejorar de los esfuerzos para el monitoreo y evaluación de la epidemia y la respuesta, 2) priorizar los esfuerzos para alcanzar las poblaciones vulnerables, 3) asignar los recursos según las prioridades estratégicas y 4) Elaborar de los planes de acción anuales y costeados.

Mejorando los esfuerzos para el monitoreo y evaluación de la respuesta a la epidemia

Una respuesta nacional efectiva requiere de un sistema de monitoreo y evaluación que incluya datos de diferentes fuentes que provean a tomadores de decisiones información estratégica acerca del desempeño e impacto de las intervenciones en la población. El primer paso para el mejoramiento del monitoreo de la epidemia es la definición clara de objetivos y resultados, con indicadores pertinentes.²¹

Pensida III garantiza que sus objetivos de acción sean ambiciosos y realistas. Por ejemplo, en el aumento de acceso a Targa se debe tener en mente que eventualmente esto puede llevar a un incremento en la prevalencia de VIH. Por lo tanto, basar un éxito en la reducción de la prevalencia puede no ser realista. Pensida III, procura un balance adecuado entre la prevención y el tratamiento. Por ejemplo, invertir en consejería y prueba voluntaria y no invertir en el acceso al tratamiento puede traer como consecuencia que las personas fracasen en el acceso a dichos servicios. Por otro lado, destinar la mayoría de los recursos en tratamiento sin la correspondiente atención en la prevención puede traer como consecuencia pobres resultados en el control de la epidemia.

Priorizando esfuerzos para alcanzar poblaciones específicas

“Todos los países han tomado un alcance amplio hacia la prevención y control de la epidemia del VIH. La lista de grupos objetivos potenciales se ha incrementado a toda la población. Esta estrategia se debe revisar para asegurar que los recursos limitados disponibles sean asignados a grupos críticos para prevenir la transmisión del virus: trabajadoras de sexo, hombres que tienen sexo con hombres, presos y poblaciones móviles.”¹⁷

En el Pensida III se priorizan las sub poblaciones que tienen un mayor impacto en el curso de la epidemia para los próximos 5 años. Un análisis hecho en diciembre del 2006 por el equipo nacional y los consultores de ASAP produjo una metodología para seleccionar estas sub poblaciones. El proceso empezó con una evaluación integral de las 11 poblaciones identificadas en el Pensida II. El objetivo de este análisis fue revisar los datos disponibles, incluyendo los datos de prevalencia y comportamiento y evaluar las sub-poblaciones priorizadas en el Pensida III.

La priorización de las sub poblaciones está basada en evidencia pero también se reconoce que los datos obtenidos son muy limitados. Se identificó que algunas de ellas no habían sido priorizadas en el Pensida II y podrían considerarse para el Pensida III, en base a factores de riesgo conocidos. Siete sub poblaciones fueron de particular interés: personas con capacidades diferentes, tolupanes, amas de casa, víctimas de violencia de género, trabajadoras domésticas, migrantes y usuarios de drogas.

Mientras se reconoce que todas las sub poblaciones identificadas son importantes, no todos estos grupos están igualmente en riesgo o afectados por la epidemia. Por ejemplo, los hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadores y trabajadoras del sexo, privados de libertad y Garífunas tienen una prevalencia más alta de VIH que la población en general. Además, se reconoce la importancia de proveer servicios de atención integral con TARGA a las personas con VIH y el rol clave que tienen en la prevención de nuevas infecciones, a través de estrategias de cambio de comportamiento, uso consistente y adecuado del condón y manejo de las infecciones de transmisión sexual.

Como producto del proceso de consulta nacional se acordó que todas las sub poblaciones deben categorizarse en uno de los siguientes tres grupos:

1. Sub-poblaciones que deben recibir la prioridad más alta
2. Otras sub-poblaciones que se consideran en alto riesgo o particularmente vulnerables
3. Sub-poblaciones que deben investigarse aún más para determinar su riesgo y vulnerabilidad



Para categorizar las sub-poblaciones en cada uno de las tres categorías enumeradas se creó una matriz, considerando la existencia de estudios sobre VIH, prevalencia de infecciones de transmisión sexual y/o los datos acerca del comportamiento. Cada sub-población se identificó considerando si tenía datos para la asignación de prioridades: a) pocos o ningunos, 2) algunos, y 3) niveles razonables de información para su priorización.

Un análisis de los estudios de prevalencia y comportamiento existentes reveló que algunos grupos tenían niveles significativos de información para la asignación de prioridades, incluidos los hombres que tienen sexo con otros hombres, las personas con VIH, trabajadoras (es) y garífunas (Cuadro No.6). En otros grupos, se determinó que había algunos datos, pero que eran insuficientes para sustentar su priorización. Por último, hay sub-poblaciones que tienen poca o ninguna información acerca del VIH o la prevalencia de infecciones de transmisión sexual o los comportamientos de riesgo.

Cuadro N° 6

Sub poblaciones priorizadas en el Pensida II y la disponibilidad de las pruebas que merecían la asignación de prioridades

| Grupos de Interés | Estudios Disponibles | | | | |
|--------------------------------------------|----------------------------|-------------|-------------------------|-----------------|----------------|
| | PENSIDA-II | PENSIDA-III | Prevalencia VIH | Prevalencia ITS | Comportamiento |
| ? Personas con capacidades especiales | | √ | ? | ? | ? |
| ? Grupos étnicos | | | | | |
| o Población Garífuna | √ | √ | ? | ? | ? |
| o Población Tolupeán | | √ | ? | ? | ? |
| o Población Misquita | | √ | ? | ? | ? |
| ? Huérfanos(as) | √ | √ | ? | ? | ? |
| ? Diversidad sexual | | | | | |
| o Hombre Gay 's y otros HSH | √ | √ | ? | ? | ? |
| o Mujeres Lésbicas | | √ | ? | ? | ? |
| o Transexuales | | √ | ? | ? | ? |
| o Bisexuales | | √ | ? | ? | ? |
| o Travestí | | √ | ? | ? | ? |
| o Transgénero | | √ | ? | ? | ? |
| ? Jóvenes | | | | | |
| o Adolescentes 10 -19 años | √ | √ | ? | ? | ? |
| o Jóvenes 20 -24 años | | √ | ? | ? | ? |
| o Niñez en situación de calle | √ | √ | ? | ? | ? |
| ? Mujeres en la población general | | | | | |
| o Amas de casa | | √ | ? | ? | ? |
| o Mujeres en PPTMH | | √ | ? | ? | ? |
| o Mujeres víctimas de violencia | √ | √ | ? | ? | ? |
| o Trabajadoras domésticas | | √ | ? | ? | ? |
| o Trabajadoras de maquila | √ | √ | ? | ? | ? |
| ? Personas viviendo con VIH | √ | √ | | ? | ? |
| ? Población móvil | | | | | |
| o Conductores camiones y transporte pesado | √ | √ | ? | ? | ? |
| o Migrante | | | ? | ? | ? |
| o Taxistas) | | | ? | ? | ? |
| ? Poblaciones uniformadas | | | | | |
| o Policías | | √ | ? | ? | ? |
| o Militares | | | ? | ? | ? |
| o Vigilantes | | | ? | ? | ? |
| ? Privados (as) de libertad | √ | √ | ? | ? | ? |
| ? Trabajadoras de l sexo | √ | √ | ? | ? | ? |
| ? Usuarios de drogas | | √ | ? | ? | ? |
| ? Poca o ninguna información | ? Información insuficiente | | ? Información razonable | | |

Fuente: El formato de esta cuadro fue adaptado de un documento del Banco Mundial "Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central América," Diciembre 2006.

Posteriormente se realizó una revisión de otros planes estratégicos en Centroamérica, para: identificar las sub poblaciones de alta prioridad en toda la región; conocer más a fondo cómo se realizó la asignación de prioridades; comprender las decisiones de los países vecinos; obtener lecciones aprendidas; y ganar una visión acerca de la interrelación entre la epidemia en Centroamérica y la asignación de prioridades en poblaciones específicas.

La revisión reveló que los países en la región centroamericana tienen un promedio de siete sub poblaciones priorizadas en sus planes estratégicos (rango de 4 a 11 sub poblaciones). Según se muestra en el Cuadro 7, ciertas sub-poblaciones, como los hombres que tienen sexo con otros hombres y los trabajadores y trabajadoras del sexo, aparecen en los planes estratégicos de toda la región (incluyendo Pensada II). Otras sub-poblaciones, como las personas privadas (os) de libertad y adolescentes, se priorizan en cuatro de los cinco planes estratégicos analizados.

Cuadro N° 7
Lista de las sub poblaciones priorizadas por país

| Poblaciones priorizadas | Belice | Costa Rica | El Salvador | Guatemala | Honduras | Nicaragua |
|------------------------------------------------|---------------|-------------------|--------------------|------------------|-----------------|------------------|
| Trabajadores (as) sexuales | X | X | X | X | X | X |
| Hombres que tienen sexo con hombres (GTTTB) | X | X | X | X | X | X |
| Privados (as) de libertad | X | X | X | | X | X |
| Adolescentes | X | X | X | | X | X |
| Embarazadas | | | X | X | X | X |
| Población móvil | X | | X | | X | X |
| Uniformados (as) | X | | X | | | X |
| Huérfanos (as) | | X | | | X | X |
| Mujeres | | X | | | | |
| Usuarios (as) de drogas | | X | | | | |
| Clientes de trabajadores (as) sexuales | | | | X | | |
| Niñez víctima de violencia | | | | | | X |
| Niñez que sufre explotación sexual | | | | | | X |
| Niñez en situación de calle | | | | | X | |
| Personas con infecciones de transmisión sexual | X | | | | | |
| Pobres | X | | | | | |
| Grupos étnicos | | | | | X | X |
| Personas con VIH y sus familias | | | | | X | |
| Trabajadores (as) (especialmente maquilas) | | | | | X | |

El tercer criterio para priorizar las sub poblaciones incluyó el tamaño, el costo asumido de alcanzar cada una y la información mundial o regional acerca de la importancia de alcanzar ciertas sub poblaciones.

Basado en los datos disponibles, en Pensida III las sub poblaciones siguientes tienen alta prioridad:

1. Garífuna
2. Hombres que tienen sexo con otros hombres (GTTTB)
3. Privados (as) de libertad
4. Personas con VIH
5. Trabajadores y trabajadoras del sexo

Otras sub poblaciones fueron consideradas como vulnerables en Honduras y en otros países. Sin embargo, estos grupos no necesariamente tienen una prevalencia de VIH mayor que la población en general. Estos grupos fueron:

1. Adolescentes y jóvenes (10-24 años de edad)
2. Embarazadas
3. Huérfanos (as)
4. Trabajadores (as) de las maquilas
5. Uniformados (as)

Se identificó un tercer grupo, aunque considerado con un alto riesgo de infección o vulnerabilidad, se acordó que se necesitaba investigación adicional antes de poder priorizarlas:

1. Niñez en situación de calle
2. Mujeres de la población en general
 - a. Amas de casa
 - b. Trabajadoras domésticas
 - c. Víctimas de violencia de género
 - d. Trabajadores y trabajadoras de maquila
3. Diversidad sexual
 - a. Lesbianas
 - b. Transgénero
 - c. Travesti
 - d. Bisexuales
 - e. Transexuales
4. Otros grupos étnicos (Misquitos y Tolupanes)
5. Personas con capacidades diferentes
6. Población móvil (conductores de camión, migrantes, taxistas)
7. Usuarios de drogas

La categorización de las sub poblaciones debe utilizarse para asegurar que los grupos que son identificados como prioritarios reciban una mayor atención. Asimismo, esta priorización sirve para guiar la



nan, de tal manera que la respuesta se implemente con una visión amplia e integral.

Estos lineamientos se estructuran en una lógica de objetivos generales y específicos, resultados, intervenciones estratégicas, programas estratégicos, indicadores y responsables.

Para todas las áreas estratégicas, la monitoria y evaluación es el eje transversal que permite identificar los aspectos críticos, las fortalezas y debilidades para orientar la toma de decisiones en el seguimiento de la epidemia y la ejecución de la respuesta basada en evidencia.

Política pública y gestión social

Marco conceptual

La política pública en VIH es el marco regulador y normativo que responde al paradigma del desarrollo humano integral, bajo un enfoque de derechos humanos con equidad de género. Una vez institucionalizada la misma, el enfoque de derechos es de carácter transversal, permitiendo visualizar los fenómenos sociales que acompañan a la epidemia: pobreza, violencia, inequidades de género, inseguridad humana, estigma y discriminación.

Esta política requiere de la implementación de una normativa legal y de un plan estratégico que garantice el pleno goce y disfrute de los derechos humanos; que promueva la realización de acciones que la dinámica social progresivamente genera en la respuesta a la epidemia.

La gestión social es el conjunto de acciones que promueven la coordinación, concertación y armonización de acciones, políticas y movilización de recursos; a través del diálogo, para la construcción de consensos entre las diferentes instancias: gubernamentales, no gubernamentales, nacionales e internacionales, y se fundamenta en la política pública en materia de VIH, su plan estratégico y normativa legal.

Las acciones de gestión social contemplan la legislación y aplicación del marco legal en materia de VIH y Sida y otras leyes vinculantes. Además, permiten la construcción de procesos de homologación a fin de armonizar con el resto de políticas sociales o sectoriales vigentes en el país y procuran las acciones de auditoria social y de gestión para garantizar la transparencia debida.

La aplicación y cumplimiento de la política pública en VIH, expresada en su marco legal y estratégico, así como las estrategias de gestión social, será efectiva en la medida que se fortalece a la Conasida en su representatividad al más alto nivel, se conforme y consolide su capacidad técnica normativa y se le asignen los recursos necesarios para desempeñar su rol rector.

Matriz de objetivos POLÍTICA PÚBLICA Y GESTIÓN SOCIAL

Objetivos generales

1. Garantizar el goce y disfrute de los derechos humanos de las personas infectadas y afectadas, con la debida corresponsabilidad en el cumplimiento de deberes, bajo un concepto de seguridad humana integral; dando respuesta estatal progresiva en el marco de los tratados y convenios nacionales e internacionales suscritos y ratificados por el Estado Hondureño.
2. Facilitar los procesos de coordinación, concertación y armonización de acciones, políticas y de movilización de recursos entre las diferentes instancias del Estado, que generen consensos; así como la promoción y homologación en el ordenamiento jurídico nacional coherente con los lineamientos de la política pública en VIH y Sida.

| Resultado | Intervención estratégica | Programa estratégico | Indicador | Responsable |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1.1. Al 2012, se habrá formulado e institucionalizado la política pública en materia de VIH, transversalizado el enfoque de derechos humanos, de equidad de género, violencia, pobreza e inseguridad humana.</p> | <p>1.1.1 Analizar la normativa jurídica e institucional sobre el VIH y Sida, estrategias y políticas sectoriales. 1.1.2 Formular la política de estado en VIH articulada con estrategias y políticas sectoriales. 1.1.3 Divulgar y socializar las políticas de estado en VIH. 1.1.4 Vigilar y monitorear el cumplimiento de la política de Estado en las diferentes instancias involucradas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Abogacía, consenso y gestión de la política pública de VIH por parte de la Conasida. | <ul style="list-style-type: none"> • Documento de Política de Estado diseñado y aprobado al 2009. • Porcentaje de instituciones que aplican la política pública en VIH de acuerdo a roles y responsabilidades conferidos por la ley. • Índice compuesto de política nacional. • Porcentaje de cumplimiento de los compromisos en el marco de tratados y convenios suscritos y ratificados por el Estado Hondureño en materia de derechos humanos • Porcentaje de organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales, prestadoras de servicios, que aplican en su política laboral la normativa vigente en materia de derechos en VIH. • Porcentaje de organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales que educan en tema de derechos humanos relacionado a VIH a través de acciones institucionalizadas. | <p>Conasida Inam Conadeh Ong's Unah Secretaría de trabajo y seguridad social Secretaría de educación Foro Sida</p> |

Objetivo específico N° 1

Asegurar la implementación y el cumplimiento de la política pública en VIH, que operacionalice el plan estratégico y la normativa jurídica vigente, a fin de asegurar el pleno disfrute de los derechos humanos.

| Objetivo específico N° 2 Ampliar y armonizar la respuesta nacional ante el VIH a través de las acciones de gestión social, con el propósito de asegurar la inclusión de los lineamientos del Pensada III en los planes y programas, con criterios de descentralización y desconcentración de recursos financieros, para el sector gubernamental y no gubernamental. | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Resultado | Intervención estratégica | Programa estratégico | Indicador | Responsable |
| 2.1 Al 2012, se habrá promovido a través de acciones de la gestión social, la sostenibilidad de las intervenciones gubernamentales y no gubernamentales planteadas en la respuesta nacional. | <p>2.1.1 Diseñar e implementar el plan de gestión, movilización de recursos y sostenibilidad.</p> <p>2.1.2 Definir mecanismos de armonización y alineamiento de la respuesta nacional.</p> <p>2.1.3 Elaborar un plan de sostenibilidad de la respuesta nacional.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la iniciativa de los "Tres Unos". | <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de entidades gubernamentales y no gubernamentales con planes armonizados y sostenibles. • Porcentaje de instituciones/organizaciones de la Conasida y otras afines que operativizan sus planes, programas, proyectos y presupuestos de acuerdo a políticas públicas en el marco del Pensada III. • Porcentaje de instituciones/organizaciones de la Conasida y otras afines que incorporan en sus planes, programas, proyectos y presupuestos los lineamientos de la política de estado en VIH. • Plan de Gestión, movilización de recursos y sostenibilidad. • Gasto nacional e internacional relativo al Sida por categoría y fuente de financiación. | <p>Conasida Secretaría de finanzas Unat Conadeh Forosida</p> |

| Objetivo específico N° 3 Fortalecer Conasida para el cumplimiento de su rol, funciones y operatividad de acuerdo a la normativa jurídica vigente y su ley orgánica. | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <i>Resultado</i> | <i>Intervención estratégica</i> | <i>Programa estratégico</i> | <i>Indicador</i> | <i>Responsable</i> |
| 3.1 Al 2009, se habrá fortalecido la capacidad política, de gestión, administrativa y técnica de la Conasida. | <p>3.1.1 Desarrollar actividades de sensibilización en VIH con los miembros del poder ejecutivo, legislativo, judicial y otras instancias de la sociedad civil.</p> <p>3.1.2 Gestionar el presupuesto anual para el funcionamiento de la Conasida.</p> <p>3.1.3 Movilizar los recursos de las instituciones de la Conasida para la implementación de sus planes de acción.</p> <p>3.1.4 Monitorear los planes operativos anuales para la implementación de la repuesta nacional.</p> <p>3.1.5 Definir y ejecutar los lineamientos para el desarrollo técnico-administrativo de la Conasida. (Unidad Técnica y su reglamento interno)</p> <p>3.1.6 Gestionar los recursos humanos para el fortalecimiento de la Conasida, basada en los manuales organizacionales.</p> <p>3.1.7 Conformar los comités técnicos definidos por ley.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Plan de incidencia política para el fortalecimiento de la Conasida. • Plan de desarrollo gerencial, organizacional y de fortalecimiento institucional. | <ul style="list-style-type: none"> • Ley orgánica de la Conasida reformada, aprobada y puesta en vigencia. • Porcentaje de instituciones representadas con poder de decisión política y con participación activa. • Documento de monitoreo de planes operativos anuales por instituciones y organizaciones involucradas en la respuesta nacional • Porcentaje de reuniones al año de la Conasida con representantes de alto nivel. • Unidad técnica y administrativa de la Conasida creada y fortalecida. | Conasida |

| Objetivo específico N° 4 Promover por parte de la Conasida una agenda de discusión pública en el tema de VIH a nivel nacional. | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Resultado</i> | <i>Intervención estratégica</i> | <i>Programa estratégico</i> | <i>Indicador</i> |
| 4.1 Al 2010, se habrá debatido el tema de VIH a nivel nacional, con un enfoque de derechos humanos. | 4.1.1 Desarrollar una alianza con los medios de comunicación para la implementación de una estrategia de comunicación en el tema de VIH y Sida a nivel nacional. 4.1.2 Diseñar, e implementar un plan de comunicación de la Conasida. | <ul style="list-style-type: none"> • Roles y responsabilidades de los medios de comunicación en el marco de la Ley Especial de VIH. | <ul style="list-style-type: none"> • Estrategia de comunicación diseñada, aprobada e implementada. • Plan de comunicación aprobado por Conasida e implementándose. |
| | | | <i>Responsable</i> Conasida Conadeh Forsida |
| Objetivo específico N° 5 Vigilar la aplicación de la política pública en VIH mediante mecanismos de rendición de cuentas y auditoría social | | | |
| <i>Resultado</i> | <i>Intervención estratégica</i> | <i>Programa estratégico</i> | <i>Indicador</i> |
| 5.1 Al 2009, se habrá establecido un mecanismo de auditoría social para rendición de cuentas en materia de VIH por organizaciones de la sociedad civil. | 5.1.1 Elaborar de protocolos para la implementación y vigilancia del cumplimiento de la política pública en VIH. 5.1.2 Conformar de comités de vigilancia. 5.1.3 Realizar de auditoría social para el cumplimiento de los indicadores del protocolo. 5.1.4 Diseñar, e implementar de un programa para el fortalecimiento institucional. 5.1.5 Fortalecer las capacidades institucionales de las organizaciones de sociedad civil para realizar acciones de auditoría social. | <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de auditoría social y rendición de cuentas con participación ciudadana. • Programa de desarrollo de capacidades institucionales | <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de auditorías sociales y de rendición de cuentas realizadas. • Porcentaje de organización es desoociedadcivilrealizandoauditorias sociales. |
| | | | <i>Responsable</i> Conadeh Forsida Asonapysidah |

Promoción de la salud para la prevención del VIH

Marco conceptual

En el Pensida III, el acceso universal a los servicios de promoción y prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual, es una de las estrategias fundamentales de la respuesta a la epidemia. Las acciones propuestas incluyen intervenciones políticas y programáticas, que exigen un esfuerzo sostenido y de largo plazo, para lo cual la escala, cobertura e intensidad de las mismas deben de resultar suficientes para marcar una diferencia decisiva que asegure el alcance de las metas propuestas.

Esta área estratégica, se basa en el ámbito de derechos humanos, de los derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género, para el acceso a servicios de promoción y prevención a la población, partiendo de prioridades identificadas, para la programación de las acciones destinadas a eliminar el estigma, la discriminación, la homofobia, lesbofobia, transfobia y la sensibilización a las y los proveedores de servicios.

Las intervenciones para la respuesta en promoción de la salud para la prevención del VIH se basan en el trabajo sistemático con la comunidad, la articulación con servicios de atención, el desarrollo de estrategias descentralizadas en los municipios, la aplicación de modelos de gestión vigentes, la renovación de la atención primaria, con participación activa de las personas con VIH; en una acción multi-sectorial armonizada, consecuente con la implementación de abordajes que superen la transmisión de información y que conduzcan al cambio de comportamientos en la población; que además, permitan redimensionar el valor de una vida saludable, mediante la toma de decisiones para el disfrute de una sexualidad placentera, sana y responsable.

Los procesos están dirigidos a incrementar las capacidades de la población para la promoción y prevención del VIH y las infecciones de transmisión sexual; incorpora elementos de información, educación y comunicación (IEC), pruebas rápidas con consejería, prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a), aplicación de normas universales de bioseguridad, acceso a sangre segura, uso de jeringas estériles, profilaxis post exposición, uso correcto y consistente del condón y todas las oportunidades que ofrece el abordaje integral de la salud sexual y reproductiva (SSR).

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 falta de oportunidades de educación es uno de los mayores obstáculos para el desarrollo de capacidades de las personas y para la disminución de la vulnerabilidad. Múltiples estudios han documentado el impacto que tiene el haber terminado la educación secundaria, particularmente en las mujeres, lo

que favorece el retraso en el inicio de las relaciones sexuales y mayor probabilidad de protegerse; lo anteriormente expuesto ha demostrado el efecto protector de la enseñanza secundaria en la incidencia de VIH en las jovencitas⁹. En otra investigación se encontró que terminar la educación primaria tiene un efecto preventivo tan poderoso, especialmente para las jóvenes, que merece el nombre de “vacuna social”¹⁰.

En la prevención del VIH y las infecciones de transmisión sexual, la educación en sexualidad en el sistema formal (desde pre escolar, primaria, media y universitaria) y no formal (en todas sus modalidades) es fundamental (aunque no exclusiva), permite el aprendizaje de habilidades para la vida, ayuda a la toma de decisiones asertivas y contribuye a la adopción de comportamientos sexuales saludables en los diferentes grupos poblacionales; considera a las personas según el ejercicio de su sexualidad, condición de género y área geográfica. Gestores de este proceso educativo deben coordinarse, para mantener la congruencia de los mensajes que se impartan (persona, familia, medios de comunicación e instancias educativas), estableciendo prioridades en función de la dinámica de la epidemia.

La estrategia de promoción de la salud y prevención del VIH se orienta a satisfacer las necesidades de los grupos priorizados de mayor vulnerabilidad: garífunas, hombres que tienen sexo con otros hombres, personas privados(as) de libertad, personas con VIH, trabajadoras(es) del sexo, sus clientes y parejas estables, mujeres sobrevivientes de violencia, adolescentes, jóvenes y embarazadas; se utilizarán estrategias de IEC diferenciadas, diseñadas con metodologías que promueven el cambio de comportamiento y que aborden los factores subyacentes que obstaculizan una prevención eficaz.

Además, existen otros grupos de población, considerados de alto riesgo o particularmente vulnerables, en donde no se cuenta con información: niñez en riesgo, en orfandad y en situación de calle, otros grupos étnicos, amas de casa, trabajadoras domésticas, población trabajadora de maquilas, militares, policías, vigilantes, conductores, población lesbiana, transexuales, bisexuales, hombres y migrantes. Para la toma de decisiones, el Pensida III trata de asegurar un esfuerzo de inversión en dos campos: investigación e implementación de tecnologías de prevención que promuevan comportamientos sexuales saludables y disminuyan el riesgo de infección por VIH. Adicionalmente, contribuye a realizar cambios estructurales que disminuyan los contextos de vulnerabilidad asociada al VIH.

La prevención del VIH, debe formar parte de los programas de intervención en situaciones de desastres. Con frecuencia estos eventos facilitan las condiciones de transmisión del virus; en estos casos el impacto depende de las tasas de prevalencia y la capacidad de respuesta. Como preparación previa al desastre es necesario que todas las personas que proporcionarán ayuda, hayan recibido una capacitación básica (antes de la emergencia) que incluya temas como: violencia sexual, problemas de gen-

⁹ Hargreaves James. *The Impact of girl's education on HIV and sexual behaviour*, Londres, Action Aid International, 2006

¹⁰ Boler Tania y Jelema A. *Inercia Mortal: Un estudio comparado entre países sobre las respuestas al VIH. La Campaña Mundial por la Educación*, Bélgica, 2005 p.5



ero, no discriminación a las personas con VIH y sus cuidadores, medidas de prevención y disponibilidad de suministros pertinentes, apropiados y específicos para el VIH¹¹ (incluye TARGA, medicamentos para infecciones oportunistas, paquete básico de profilaxis post exposición, materiales educativos, condones, protocolos, etc.)

En cuanto a los factores de género, se sabe que las mujeres y jóvenes viven su sexualidad en condiciones de sometimiento a los varones, sosteniendo relaciones sexuales no deseadas o no protegidas que con frecuencia provocan embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual o VIH y que los hombres se sienten presionados para demostrar su virilidad cumpliendo con los estereotipos sexuales.

- 
- Programas que aborden la inequidad de género en la educación formal y en la población general.
 - Estrategias para garantizar la promoción, disponibilidad, el acceso y uso apropiado de condones.
 - Educación en salud sexual y reproductiva a través de programas comunitarios de educación no formal que utilicen metodologías para favorecer el cambio de comportamiento de riesgo y que aborden los factores subyacentes que obstaculizan las prácticas sexuales saludables.
 - Uso de estrategias de movilización socio cultural en y para jóvenes.
 - Estrategias de educación en pares para jóvenes a través del sistema educativo formal y no formal.
 - Estrategias continuas y permanentes de IEC a través de diversos medios, con mensajes adecuados a las necesidades de la población específica y con la participación de éstas en el diseño de la campaña y sus contenidos.
 - Fortalecimiento de la coordinación multisectorial y la coordinación intra e inter programática.

Matriz de objetivos POLÍTICA PÚBLICA Y GESTIÓN SOCIAL

Objetivo general

1. 1. Desarrollar capacidades de promoción de la salud para la prevención del VIH en el marco de los derechos humanos, a través de la educación sexual y de medidas específicas para la adopción de prácticas sexuales seguras, el cumplimiento de medidas de bioseguridad, prevención de la transmisión del VIH y la sífilis de madre a hijo(a), detección y tratamiento oportuno de las infecciones de transmisión sexual y estándares óptimos de sangre segura, promoción del uso correcto y consistente del condón, uso de jeringas estériles, que integre las diferentes instituciones y organizaciones desde el ámbito municipal hasta el nivel nacional.

| Objetivo específico N° 1 Aumentar el conocimiento adecuado en materia de prevención de VIH en zonas geográficas y poblaciones diferenciadas. | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Resultado</i> | <i>Intervención estratégica</i> | <i>Programa estratégico</i> | <i>Indicador</i> |
| <p>1.1 Al 2012, se habrá aumentado el número de personas con VIH que tienen conocimiento adecuado sobre la infección por VIH (conocen al menos tres formas de prevención y dos formas de transmisión correctas y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus).</p> | <p>1.1.1 Integrar de la promoción de la salud para la prevención del VIH y de las ITS en los centros de atención integral (CAI).</p> <p>1.1.2 Integrar de personas con VIH a grupos de autoapoyo y en acciones de prevención.</p> <p>1.1.3 Desarrollar de una estrategia de IEC, con énfasis en metodología de pares y fortalecimiento de la negociación, uso correcto y consistente del condón.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Acceso universal a servicios de prevención en VIH e infecciones de transmisión sexual. | <p style="text-align: center;"><i>Responsable</i></p> <p>Secretaría de salud INE Conasida Asonapvisdah Ong's</p> |
| <p>1.2 Al 2012 se habrá aumentado el número de personas en condiciones de mayor vulnerabilidad que tienen conocimiento adecuado sobre la infección por VIH (conocen al menos tres formas de prevención y 2 formas de transmisión correctas y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus).</p> | <p>1.2.1 Implementar programas diferenciados de calidad para el abordaje integral y de pares para la adopción de comportamientos sexuales saludables basados en evidencia y sensible a la cultura, al género y diferenciado por población.</p> <p>1.2.2 Desarrollar de una estrategia de IEC para la prevención del VIH diferenciado por población</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Programas de abordaje integral para personas en condiciones de vulnerabilidad • Estrategias de Información, Educación y Comunicación diferenciadas por población. | <p style="text-align: center;"><i>Responsable</i></p> <p>Secretaría de salud INE Conasida Ong's</p> |

| Resultado | Intervención estratégica | Programa estratégico | Indicador | Responsable |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1.3 Al 2012, se habrá aumentado el número de personas de población general de 10 a 15 años que tienen conocimiento adecuado sobre la infección por VIH (conocen al menos tres formas de prevención y dos formas de transmisión correctas y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus):</p> <p>Mujeres: Tres formas de prevención: a 85% Dos formas de transmisión: a 85% Rechazan principales ideas erróneas de transmisión: a 85%</p> <p>Hombres: Tres formas de prevención: a 85% Dos formas de transmisión: a 85% Rechazan principales ideas erróneas de transmisión: a 85%</p> | <p>1.3.1 Desarrollar de estrategias de IEC, con énfasis en metodología de pares, promoviendo los factores protectores para la prevención del VIH con un enfoque de derechos humanos, sensible a la cultura y al género, basados en evidencia</p> <p>1.3.2 Implementar programas de atención primaria a nivel municipal para la promoción y prevención de VIH infecciones de transmisión sexual</p> | <ul style="list-style-type: none"> Programas de prevención en VIH e infecciones de transmisión sexual, en el marco de la salud sexual reproductiva. Estrategias de IEC en el sector público, privado, Ong's, comunidad y otros. | <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 10 a 15 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus. Porcentaje de escuelas que imparten educación sobre VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico. | <p>Secretaría de salud Secretaría de educación INE Ong's</p> |
| <p>1.4 Al 2012, se habrá aumentado el número de personas de población general de 15 a 24 años que tienen conocimiento adecuado sobre la infección por VIH (conocen al menos tres formas de prevención y dos formas de transmisión correctas y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus):</p> <p>Mujeres: Tres formas de prevención: 85% Dos formas de transmisión: 85% Rechazan principales ideas erróneas de transmisión: 85%</p> <p>Hombres: Tres formas de prevención: 85% Dos formas de transmisión: 85% Rechazan principales ideas erróneas de transmisión: 85%</p> | <p>1.4.1 Desarrollar de estrategias de IEC, con énfasis en metodología de pares, promoviendo los factores protectores para la prevención del VIH con un enfoque de derechos humanos, sensible a la cultura y al género, basados en evidencia.</p> <p>1.4.2 Implementar programas de atención primaria a nivel municipal para la promoción y prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual.</p> <p>1.4.3 Integrar los servicios de prevención del VIH con los servicios de salud sexual y reproductiva.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Estrategias de IEC en el sector público, privado, Ong's, comunidad y otros. Programas de prevención en VIH e infecciones de transmisión sexual, en el marco de la salud sexual reproductiva. | <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus. Porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus. | <p>Secretaría de Salud Secretaría de Educación INE Ong's Otros socios</p> |

**Objetivo específico N° 2
Aumentar en la población meta el acceso y utilización de los servicios de prueba de VIH con consejería, calidad y calidez.**

| <i>Resultado</i> | <i>Intervención estratégica</i> | <i>Programa estratégico</i> | <i>Indicador</i> | <i>Responsable</i> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <p>2.1 Al 2012, se habrá aumentado a 90% la población de mayor vulnerabilidad: trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con otros hombres (GTB), garífunas y personas privados (as) de libertad, que se ha hecho la prueba de VIH de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conocen el resultado.</p> | <p>2.1.1 Implementar una estrategia de promoción y ampliación de cobertura de pruebas rápidas de VIH, con consejería pre y post prueba y con sensibilidad a la cultura y al género. 2.1.2 Implementar un programa móvil de tomade pruebas voluntarias de VIH con consejería pre y post prueba y seguimiento de casos. 2.1.3 Fortalecer las capacidades y habilidades de los recursos humanos que realizan las pruebas de VIH y brindan servicios de consejería.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Programa de acceso a pruebas de VIH con consejería. | <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de trabajadoras del sexo que se hacen la prueba de VIH de forma voluntaria, con consejería en los últimos 12 meses y conocen el resultado Porcentaje de hombres que tienen sexo que se hacen la prueba de VIH de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conocen el resultado Porcentaje de garífunas que se hacen la prueba de VIH de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conocen el resultado Porcentaje de personas privados (as) de libertad que se hacen la prueba de VIH de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conocen el resultado | <p>Secretaría de Salud Secretaría de gobernación Ong's certificadas</p> |
| <p>2.2 Al 2012, se habrá aumentado a un 50% de la población de 15 a 49 años, hombres y mujeres, de acuerdo a línea de base que se realizan la prueba de VIH, de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conocen el resultado.</p> | <p>2.2.1 Implementar una estrategia de promoción y ampliación de cobertura de pruebas rápidas de VIH con consejería pre y post prueba, con sensibilidad a la cultura y al género. 2.2.2 Implementar un programa móvil de toma de pruebas voluntarias de VIH con consejería pre post prueba y seguimiento de casos 2.2.3 Fortalecer las capacidades y habilidades de los recursos humanos que realiza la consejería pre y post prueba y seguimiento de casos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Programa de acceso a pruebas de VIH con consejería. | <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de establecimientos con la capacidad para ofrecer servicios de consejería y pruebas de VIH. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que se realizó la prueba del VIH, de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conoce el resultado. | <p>INE Secretaría de Salud Ong's certificadas</p> |

| Objetivo específico N° 3 Fomentar los factores protectores para la prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual con enfoque de derechos humanos, sensibilidad cultural y género. | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Resultado | Intervención estratégica | Programa estratégico | Indicador | Responsable |
| 3.1 Al 2012, se habrá aumentado la edad mediana de la primera relación sexual en hombres a más del 16.7 años y en mujeres a más de 18.2 años. | <p>3.1.1 Implementar programas de prevención diferenciados para la promoción y bienestar de la salud (aptitudes para la vida), y la adopción de comportamientos sexuales saludables.</p> <p>3.1.2 Implementar programas de atención primaria a nivel municipal, para la promoción de la salud y la prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual diferenciado por poblaciones.</p> <p>3.1.3 Fortalecer de las alianzas estratégicas para la movilización social en acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual.</p> <p>3.1.4 Implementar la currícula de educación sexual en el sistema educativo formal y no formal.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Política Nacional de Educación, orientada a la promoción de la salud para la prevención del VIH Currículo Nacional Básica Programa de salud sexual y reproductiva, para la prevención del VIH en el sistema educativo formal y no formal, en el lugar de trabajo y otros. | <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de población de 15 a 24 años (mujeres y hombres) que han tenido su primera relación sexual antes de los 15 años. Edad mediana de la primera relación sexual (años) en mujeres y hombres de 20 a 24 años. Porcentaje de centros educativos (primaria y secundaria) que impartió educación sobre VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico. | <p>INE</p> <p>Secretaría de salud</p> <p>Secretaría de educación</p> <p>Ong's</p> |
| 3.2 Al 2012, se habrá disminuido el porcentaje de hombres y mujeres sexualmente activos entre 15 a 49 años que tienen más de una pareja sexual en los últimos 12 meses: Hombres: de 49% a 40% Mujeres: de 27% a 20% | <p>3.2.1 Implementar programas diferenciados en la promoción y bienestar de la salud sexual y reproductiva para la adopción de comportamientos saludables.</p> <p>3.2.2 Implementar programas de atención primaria a nivel municipal para la promoción y prevención del VIH y las infecciones de transmisión sexual diferenciado por poblaciones.</p> <p>3.2.3 Desarrollar estrategias de información, educación y comunicación que promuevan la reducción del número de parejas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Acceso universal a la educación y la promoción de la salud sexual, para la prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual, con abordaje integral. | <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de población de 15 a 49 años (mujeres y hombres) que han disminuido el número de parejas sexuales en el último año. | <p>INE</p> <p>Secretaría de salud</p> <p>Conasida</p> |

| Resultado | Intervención estratégica | Programa estratégico | Indicador | Responsable |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <p>3.3 Al 2012, se habrá aumentado, en al menos un 10%, de acuerdo a líneas de base, el uso consistente del condón en población de mayor vulnerabilidad:</p> <p>Personas con VIH, trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con otros hombres (GTH), garífunas y personas privadas (os) de libertad.</p> | <p>3.3.1 Desarrollar foros de análisis sobre las barreras culturales, religiosas, económicas, políticas y legales que dificultan el uso del condón para la prevención del VIH.</p> <p>3.3.2 Implementar programas de prevención diferenciados para la adopción de comportamientos sexuales saludables basados en evidencia, sensible a la cultura y al género.</p> <p>3.3.3 Establecer coordinación interprogramática e interinstitucional para la ampliación de la cobertura en la promoción y acceso al condón para las poblaciones</p> <p>3.3.4 Desarrollar una estrategia de mercadeo social del condón, basados en evidencia, sensible a la cultura y al género</p> | <ul style="list-style-type: none"> Acceso universal a la educación y la promoción de la salud sexual, para la prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual, con abordaje integral. Estrategia de información, educación y comunicación, diferenciados por población. | <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de personas con VIH, que reportaron el uso consistente del condón en los últimos 12 meses. Porcentaje de garífunas que reportaron el uso consistente del condón en los últimos 12 meses. Porcentaje de trabajadoras (es) del sexo que reportaron el uso consistente del condón en los últimos 30 días. Porcentaje de hombres que tienen sexo con otros hombres que reportaron el uso consistente del condón en los últimos 30 días. Porcentaje de personas privadas de libertad, que reportaron el uso consistente del condón en los últimos 30 días. | <p>Secretaría de salud Ong's certificadas</p> |
| <p>3.4 Al 2012, se habrá aumentado en al menos el 5%, de acuerdo a línea base la población de 15 a 24 años que reportaron el uso del condón en su última relación sexual.</p> | <p>3.4.1 Implementar programas de prevención diferenciados para la adopción de comportamientos sexuales saludables basados en evidencia, sensible a la cultura y al género.</p> <p>3.4.2 Implementar estrategias de mercadeo social del condón; sensible a la cultura y al género.</p> <p>3.4.3 Diseñar un sistema de logística de condon es que garantice el acceso oportuno.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Política de Condones Estrategia de información, educación y comunicación, | <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de uso de condón en la última relación sexual en la población de 15 a 24 años (hombres y mujeres). | <p>INE Conasida Secretaría de Salud</p> |

| Resultado | Intervención estratégica | Programa estratégico | Indicador | Responsable |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <p>3.5 Al 2012, se habrá aumentar el uso de condón en su última relación sexual en la población sexualmente activa de 15 a 49 años (por sexo) que han tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos doce meses:</p> <p>Hombres: a 80% y Mujeres: a 60%</p> | <p>3.5.1 Implementar programas diferenciados de calidad para la adopción de comportamientos saludables basados en evidencia, sensible a la cultura y al género. 3.5.2 Diseñar e implementar un sistema de logística de condones que garantice el acceso oportuno. 3.5.3 Implementar programas de promoción del condón diferenciado y sensible a la cultura y al género.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Política de Condones. Estrategia de información, educación y comunicación, | <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un condón durante la última relación sexual. | <p>INE Secretaría de Salud Ong's certificadas</p> |
| <p>3.6 Al 2012, se habrá aumentado a un 70% el uso de equipo de inyección estéril, en usuarios de drogas inyectables.</p> | <p>3.6.1 Formular e implementar un programa integrado y eficaz para la prevención de VIH en usuarios de drogas y reducción del daño basado en respeto de los derechos humanos. 3.6.2 Formular e implementar un programa específico para desarrollar intervenciones de prevención de las adicciones y reducción del daño. 3.6.3 Incluir el tema de adicciones y mitigación del daño en las estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a poblaciones de mayor vulnerabilidad.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Programa Nacional de prevención de las adicciones y farmacodependencia. Programa de información educación y comunicación | <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declaran haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó. | <p>Ihadía Secretaría de salud Ong's certificadas</p> |

| Objetivo específico N° 4 Aumentar a nivel nacional el acceso a servicios de promoción y prevención de la transmisión del VIH. | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Resultado</i> | <i>Intervención estratégica</i> | <i>Programa estratégico</i> | <i>Indicador</i> | <i>Responsable</i> |
| 4.1 Al 2012, se habrá aumentado en un 25%, de acuerdo a línea de base, el porcentaje de población general y población vulnerable que conocen las medidas de prevención y formas de transmisión del VIH de madre a hijo (a). | 4.1.1 Diseñar e implementar de la estrategia de IEC para la prevención de la transmisión del VIH madre hijo (a) de acuerdo a las características poblacionales y sensible a la cultura y al género. 4.1.2 Fortalecer y promocionar los servicios de consejería, prueba voluntaria y salud sexual y reproductiva en mujeres en edad fértil, embarazadas, mujeres con VIH y otras poblaciones en condición de vulnerabilidad 4.1.3 Establecer coordinación interprogramática e interinstitucional para fortalecer las acciones de prevención de la transmisión del VIH de madre – hijo (a) en mujeres en edad fértil, embarazadas y mujeres con VIH y otras poblaciones en condición de vulnerabilidad. | <ul style="list-style-type: none"> Programa de Prevención de la Transmisión del VIH de madre – hijo (a). Estrategia de información educación y comunicación Coordinación de programas y proyectos de salud dirigidos a la población en edad fértil. | <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de población general, personas con VIH, trabajadoras del sexo y garífunas que conocen las medidas de prevención de la transmisión del VIH de madre – hijo (a). Porcentaje de población general, personas con VIH, trabajadoras del sexo y garífunas que conocen las formas de transmisión del VIH de madre – hijo (a). | Secretaría de Salud Ihss Ong's certificadas Asonapsidah Grupos de auto apoyo |
| 4.2 Al 2012, se habrá aumentado de un 60% a 80% el acceso de mujeres embarazadas que asisten a los servicios de salud donde funciona el Programa de Prevención de la Transmisión del VIH madre a hijo (a). | 4.2.1 Conformar y capacitar equipos multidisciplinarios. 4.2.2 Revisar e implementar de la normativa. 4.2.3 Implementar el programa en nuevas unidades de salud. | <ul style="list-style-type: none"> Programa de Prevención de la Transmisión del VIH de madre – hijo (a). Programa de Atención a la Mujer. Coordinación de Programas y proyectos de salud. | <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de mujeres embarazadas que acceden a los servicios de la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a). | Secretaría de salud Ihss Ong's certificadas |

| <i>Resultado</i> | <i>Intervención estratégica</i> | <i>Programa estratégico</i> | <i>Indicador</i> | <i>Responsable</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <p>4.3 Al 2012, se habrá aumentado al 90%, el acceso al tratamiento profiláctico post exposición en los casos registrados, según la normativa nacional en los servicios de salud.</p> | <p>4.3.1 Establecer coordinación intra e inter institucional para la promoción y referencia de casos a los servicios de prevención post exposición al VIH. (servicios de salud, públicos, privados y seguridad social, policía, FFAA, ministerio público, operadores de justicia; DDHH, secretaría de trabajo, Ong's)</p> <p>4.3.2 Diseñar e implementar de una estrategia de promoción de los servicios de profilaxis post exposición.</p> <p>4.3.3 Capacitar al personal multidisciplinario e inter institucional en profilaxias post exposición y normas de bioseguridad.</p> <p>4.3.4 Aplicarlas normas de precauciones universales y bioseguridad.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Estrategia de promoción de los servicios de profilaxis post exposición. • Coordinación de Programas y proyectos de salud. • Normativa nacional en profilaxias post exposición y bioseguridad. | <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de casos notificados post exposición al VIH tratados. | <p>Secretaría de salud Ihss Ministerio público</p> |
| <p>4.4 Al 2012, se habrá aumentado en un 25%, de acuerdo a línea base, la población general y grupos en condición de vulnerabilidad (que tienen conocimiento adecuado, sobre los síntomas de infecciones de transmisión sexual que se manifiestan en hombres y mujeres.</p> | <p>4.4.1 Diseñar e implementar de la estrategia de IEC sobre infecciones de transmisión sexual de acuerdo a las características poblacionales y sensibles a la cultura y el género.</p> <p>4.4.2 Fortalecer y promocionar los servicios de consejería y pruebas diagnósticas en infecciones de transmisión sexual en la población general y grupos en condición de vulnerabilidad.</p> <p>4.4.3 Establecer coordinación interprogramática e interinstitucional para fortalecer las acciones de prevención de las infecciones de transmisión sexual en población general y grupos en condición de vulnerabilidad.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Infecciones de Transmisión Sexual. • Programa de Atención Integral al Hombre. • Programa de Atención Integral a la Mujer. • Estrategia de información, educación y comunicación. • Coordinación de Programas y proyectos de salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de población general, personas con VIH, personas con VIH, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras del sexo, y garífunas que conocen los síntomas de las infecciones de transmisión sexual que se manifiestan en hombres y mujeres. • Porcentaje de población general, personas con VIH, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras del sexo, y garífunas que reportan haber tenido una infección de transmisión sexual en los últimos 12 meses. | <p>Secretaría de salud Ihss Ong's certificadas</p> |

| Resultado | Intervención estratégica | Programa estratégico | Indicador | Responsable |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>4.5 Al 2012, se habrá disminuido en un 25%, de acuerdo a línea base, la prevalencia de infecciones de transmisión sexual en población en condición de mayor vulnerabilidad: personas con VIH, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras del sexo, garífunas y personas privadas (os) de libertad.</p> | <p>4.5.1 Fortalecer en la consejería de seguimiento, detección, tratamiento y/o referencia de infecciones de transmisión sexual, negociación y uso del condón</p> <p>4.5.2 Implementar un programa de sensibilización y capacitación de los y las prestadores de servicios de salud públicos, privados, seguridad social, y Ong's para la atención integral de las infecciones de transmisión sexual.</p> <p>4.5.3 Establecer el sistema nacional de suministro y abastecimiento de insumos, medicamentos y con dones de acuerdo a necesidades.</p> <p>4.5.4 Implementar el programa de atención primaria a nivel municipal para la prevención de infecciones de transmisión sexual.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Programa de Infecciones de Transmisión Sexual. Programa de Atención Integral al Hombre. Programa de Atención Integral a la Mujer. Estrategia de información, educación y comunicación. Coordinación de Programas y proyectos de salud. | <ul style="list-style-type: none"> Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en personas en condición de mayor vulnerabilidad: personas con VIH, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras del sexo, garífunas y personas privadas (os) de libertad. | <p>Secretaría de salud Ihss Ong's certificadas Asonapvisdah Grupos de auto apoyo</p> |

| Objetivo específico N° 5 Mantener óptimos estándares de calidad para sangre segura. | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Resultado</i> | <i>Intervención estratégica</i> | <i>Programa estratégico</i> | <i>Indicador</i> | <i>Responsable</i> |
| 5.1 Al 2012, se mantendrá el 100% de sangre segura en los servicios de salud públicos, privados y de seguridad social. | <p>5.1.1 Fortalecer la unidad técnica normativa para sangre segura.</p> <p>5.1.2 Diseñar e implementar una estrategia de promoción para la autodonación y donación voluntaria desangre.</p> <p>5.1.3 Continuar divulgando y aplicando la política en materia de seguridad hematológica en hospitales públicos, privados y deseguridad social.</p> <p>5.1.4 Tamizaje de sangre para transfusión.</p> <p>Fortalecimiento de las Unidades de consejería para donadores de sangre.</p> <p>5.1.5 Sistema nacional de suministro y abastecimiento de insumos y reactivos de acuerdo a necesidades.</p> | Programa Nacional de Sangre | <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada. | <p>Secretaría de salud Ihss Cruz Roja Hondureña Consejo Nacional de la Sangre</p> |



Atención integral

Marco conceptual

En el marco del Pensada III, atención integral se define como la provisión de servicios dirigidos a personas con VIH, su

Matriz de objetivos ATENCIÓN INTEGRAL

OBJETIVOS GENERALES

1. Mejorar el acceso a los servicios de atención integral, destinada a optimizar las condiciones generales y la calidad de vida de las personas con VIH, previniendo la rápida progresión de la enfermedad y el deterioro de las condiciones físicas, mentales y emocionales.
2. Fortalecer el desarrollo de la coordinación inter programática e inter sectorial entre los diferentes actores del sector salud, que brindan servicios de atención a las personas con VIH y Sida, para asegurar atención integral de calidad con calidez .

| Objetivo específico N° 1 Aumentar la cobertura nacional de los servicios de atención integral con calidad y calidez para personas con VIH y personas afectadas por la epidemia. | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Resultado</i> | <i>Intervención estratégica</i> | <i>Programa estratégico</i> | <i>Indicador</i> |
| <p>1.1 Al 2012, se habrá aumentado, a un 93% la cobertura nacional de las personas que requieren servicios de atención integral y Targa (adultos y niños, diferenciados por sexo).</p> | <p>1.1.1 Diseñar e implementar una estrategia de promoción de los servicios de atención integral. 1.1.2 Ampliar la cobertura de los servicios de atención integral. 1.1.3 Diseñar e implementar de una estrategia de búsqueda activa de las personas que requieren atención integral. 1.1.4 Desarrollar servicios de atención integral en VIH en las unidades de salud, de acuerdo a escenarios y niveles de atención, que incluya servicios diferenciados según la complejidad de los mismos y funcionando como una red. 1.1.5 Fortalecer las capacidades comunitarias para fortalecer y complementar los servicios de atención integral.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Acceso Universal a la Atención Integral basado en la estrategia paso a paso por niveles de atención. • Programa de atención integral para adolescentes y migrantes retornados. • Programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a). • Organizaciones, Programas y Proyectos que realizan acciones comunitarias. • Programa Conjunto de las Naciones Unidas para respuesta humanitaria en VIH en casos de desastres. • Programa de Atención Integral a la Mujer. • Programa de Atención integral al Hombre. | <p>• Porcentaje de personas con VIH con criterios de inclusión, recibiendo atención integral y tratamiento en los servicios de salud.</p> <p>• Porcentaje de organizaciones, programas y proyectos que realizan acciones comunitarias en el marco de atención integral.</p> |
| | | | <p style="text-align: center;"><i>Responsable</i></p> <p>Secretaría de salud Conasida Ihss Ong's Asonapvsidah Grupos de autoapoyo</p> |

.....
¹⁵ *Calidad de la Atención en Salud. Los niveles de excelencia que caracterizan la prestación de servicios de salud basados en estándares de calidad aceptados. Health on the net Foundation. US National Library of Medicine, 2005.*

| Resultado | Intervención estratégica | Programa estratégico | Indicador | Responsable |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.2 Al 2012, se habrá garantizado, la disponibilidad y accesibilidad al 100% de los insumos críticos, en forma oportuna en las unidades de salud, que prestan servicios a personas con VIH. | <p>1.2.1 Diseñar y ejecutar un plan de suministro y abastecimiento de acuerdo a necesidades en el marco de un sistema logístico.</p> <p>1.2.2 Articular permanentemente con la comisión interinstitucional de adquisición de medicamentos para VIH y Sida (incluyendo negociación anual de precios preferenciales).</p> <p>1.2.3 Garantizar la disponibilidad de insumos críticos en VIH en forma oportuna, de calidad y costo efectivos.</p> <p>1.2.4 Garantizar la permanencia de la comisión de compra de medicamento a través de una política de Estado.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Mecanismos de adquisición de medicamentos e insumos. Funcionamiento de la comisión interinstitucional de adquisición de medicamentos. Política nacional de medicamentos. | <ul style="list-style-type: none"> Porcentajes de servicios de salud, de diversos niveles de atención, dotados con el 100% de insumos críticos¹⁶. | <p>Secretaría de salud Ihss Ong's Forosida</p> |
| 1.3 Al 2012, se habrá eliminado el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH y Sida en los servicios de salud. | <p>1.3.1 Diseñar e implementar una estrategia de socialización masiva de la ley especial de VIH y Sida al personal de salud.</p> <p>1.3.2 Desarrollar un proceso de capacitación y sensibilización sobre formas de estigma, discriminación y derechos humanos de las personas con VIH y Sida.</p> <p>1.3.3 Incorporar en las diferentes normativas elementos sobre estigma y discriminación.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Marco legal en con VIH. Estrategia de sensibilización para personal de salud | <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de unidades de salud que han desarrollado ciclos de mejora para proporcionar a las personas con VIH atención con calidad, calidez y confidencialidad. Porcentaje de usuarios de servicios de salud que reportan acciones de estigma y discriminación en los últimos 12 meses. | <p>Secretaría de salud Ihss Ongs, Asonapvsidah Grupos de autoapoyo.</p> |
| 1.4 Al 2012, se habrá mejorado al 100% la calidad, calidez y confidencialidad de los servicios de atención integral para las personas con VIH. | <p>1.4.1 Incorporar las herramientas de garantía de calidad en la atención integral en VIH.</p> <p>1.4.2 Desarrollar los recursos humanos para la aplicación de la atención integral con garantía de calidad.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Programa de atención a las personas con VIH con garantía de calidad. Programa nacional de garantía de la calidad. Programa permanente de educación en VIH de la Unah y secretaria de salud. | <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de usuarios satisfechos con la calidad, calidez y confidencialidad de la atención en VIH en las unidades de salud. | <p>Secretaría de Salud IHSS Ong's Asonapvsidah</p> |

.....
¹⁶ Ver listado de insumos críticos.

| Objetivo específico N° 2 Incorporar el en foco de atención integral en infecciones de transmisión sexual y VIH en los servicios diferenciados para la prevención de la transmisión madre a hijo (a), niñez y la adolescencia. | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <i>Resultado</i> | <i>Intervención estratégica</i> | <i>Programa estratégico</i> | <i>Indicador</i> | <i>Responsable</i> |
| <p>2.1. Al 2012, se habrá aumentado de 90 a 100%, la atención integral a la embarazada para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a).</p> | <p>2.1.1 Promover de la prueba de VIH durante el control prenatal. 2.1.2 Proveer el paquete básico de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a) a la mujer embarazada VIH positiva. 2.1.3 Aumentar la cobertura de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a) a nivel nacional</p> | <ul style="list-style-type: none"> Programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a). | <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de embarazadas con VIH que reciben el paquete completo para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a). | <p>Secretaría de salud Ong´s certificadas Ihss</p> |
| <p>2.2 Al 2012, se habrá disminuido la tasa nacional de transmisión del VIH de madre a hijo(a) de 29% a 20%, a través del aumento de la cobertura del programa nacional.</p> | <p>2.2.1 Diseñar e implementar la estrategia de IEC para la promoción de los servicios del Programa de Prevención de la Transmisión Madre-hijo(a). 2.2.2 Coordinar entre los servicios de salud materna e infantil, los centros de atención integral de VIH, promoción de la salud, salud mental y vigilancia de la salud. 2.2.3 Ampliar la cobertura del programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo(a). 2.2.4 Fortalecer la estrategia de sustitución de la leche materna.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo(a). | <ul style="list-style-type: none"> Tasa de transmisión del VIH de madre a hijo/a. | <p>Secretaría de salud Ong´s certificadas Ihss</p> |

| Resultado | Intervención estratégica | Programa estratégico | Indicador | Responsable |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 2.3 Al 2012, se habrá disminuido la tasa nacional de transmisión de sífilis congénita de 13/1000 nacidos vivos a 7/1000 nacidos vivos. | <p>2.3.1 Implementar la normativa nacional en el marco del plan nacional de erradicación de la sífilis congénita.</p> <p>2.3.2 Desarrollar un proceso de capacitación a personal de las unidades de salud.</p> <p>2.3.3 Diseñar e implementar la estrategia de IEC para la prevención de la sífilis congénita.</p> <p>2.3.4 Fortalecer la vigilancia epidemiológica de la sífilis congénita.</p> <p>2.3.5 Coordinar entre los servicios de salud materna e infantil, los centros de atención integral de VIH, y vigilancia de la salud.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Programa nacional de infecciones de transmisión sexual Plan nacional de erradicación de la sífilis congénita. | <ul style="list-style-type: none"> Tasa de transmisión de sífilis congénita. | <p>Secretaría de salud Ihss Ong's certificadas</p> |
| 2.4 Al 2012, se habrá aumentado de 32% al 90%, los servicios de atención integral en VIH y Sida diferenciada para niños, niñas y adolescentes. | <p>2.4.1 Promover los servicios de atención integral calificada y diferenciada en VIH para niños, niñas y adolescentes 2.4.2 Fortalecer las habilidades y conocimientos del equipo multidisciplinario para la atención de los niños (as) y adolescentes en los centros de atención integral.</p> <p>2.4.3 Aplicar las normas de atención integral, diferenciada en VIH, para niños, niñas y adolescentes.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Programa de atención integral al niño (a). Programa de atención integral al adolescente. Programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo(a). Programa de atención integral al VIH. | <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de centros de atención integral que cuentan con servicios de atención integral en VIH y Sida, diferenciada para niños/as y adolescentes. Porcentaje de adolescentes y jóvenes con VIH que recibieron diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que recibieron servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento de VIH y Sida. | <p>Secretaría de salud Ihss Ong's certificadas</p> |

| Objetivo específico N° 3 Fortalecer el manejo y la vigilancia de casos de personas con coinfección TB-VIH. | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <i>Resultado</i> | <i>Intervención estratégica</i> | <i>Programa estratégico</i> | <i>Indicador</i> | <i>Responsable</i> |
| <p>3.1 Al 2012, se habrá brindado al 100% de las personas con VIH, el tratamiento profiláctico para reducir el riesgo de tuberculosis.</p> | <p>3.1.1 Crear el comité nacional de co-infección de VIH - TB. 3.1.2 Diseñar e implementar del protocolo de coinfección VIH - TB. 3.1.3 Desarrollar un proceso de capacitación a personal de salud para la aplicación del protocolo de coinfección VIH - TB 3.1.4 Diseñar e implementar una estrategia de promoción de los servicios de VIH - TB 3.1.5 Buscar activa los casos de tuberculosis en personas con VIH. 3.1.6 Brindar los servicios de consejería y prueba de VIH a todas las personas con tuberculosis 3.1.7 Fortalecer la coordinación inter programática entre el programa nacional de tuberculosis, el Departamento de infecciones de transmisión sexual / VIH / sida y la red de laboratorios.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Programa Nacional de infecciones de transmisión sexual / VIH / Sida. Programa Nacional de Tuberculosis. Laboratorio Central. Programa de salud mental | <ul style="list-style-type: none"> Tasa de coinfección VIH - TB Porcentaje de personas con coinfección VIH-TB que reciben Targa y terapia para TB según normas. Tasa de coinfección TB-VIH. | <p>Secretaría de salud Ihss</p> |

| Objetivo específico N° 4 Aumentar la cobertura de personas con VIH elegibles según normas nacionales para Targa. | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <i>Resultado</i> | <i>Intervención estratégica</i> | <i>Programa estratégico</i> | <i>Indicador</i> | <i>Responsable</i> |
| 4.1. Al 2012, se habrá aumentado al 100% el acceso a Targa para las personas con VIH, que demanden servicios de atención Integral y que reúnan criterios de inclusión. | <p>4.1.1 Fortalecer la capacidad instalada: infraestructura física y desarrollo de recurso humano que brinden servicios de atención integral.</p> <p>4.1.2 Actualizar periódicamente las normas y protocolos para el manejo de las personas con VIH.</p> <p>4.1.3 Reforzar la coordinación intersectorial e interinstitucional para la búsqueda activa, captación temprana y seguimiento comunitario y domiciliario de las personas con VIH.</p> <p>4.1.4 Promover de los servicios de salud en atención integral para las personas con VIH.</p> <p>4.1.5 Mejorar el funcionamiento de la red de referencia y contra-referencia en los servicios de salud intra e interinstitucional y comunitario en la atención integral para las personas con VIH.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Acceso Universal a la atención integral brindada con experticia, calidad, confidencialidad, con responsabilidad y calidez. | <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de adultos con infección por VIH avanzado que reúnen criterios de inclusión y recibe Targa. • Porcentaje de niños/niñas con infección por VIH avanzado y reúnen criterios de inclusión y recibe Targa. | <p>Secretaría de salud Ihss Ongs certificadas</p> |
| 4.2 Al 2012, la adherencia a Targa de las personas con VIH es mayor al 95%. | <p>4.2.1 Fortalecer la consejería en adherencia a Targa para las personas con VIH.</p> <p>4.2.2 Promover la participación de la familia y la comunidad en el proceso de adherencia a Targa en las personas con VIH.</p> <p>4.2.3 Diseñar e implementar la estrategia de educación de pares sobre adherencia a Targa y cuidado en personas con VIH.</p> <p>4.2.4 Fortalecer los grupos de autoapoyo y las redes de facilitadores de personas con VIH que realizan visitas domiciliarias.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Normas de atención integral para personas con VIH relacionado a la adherencia. • Programas y proyectos para el fortalecimiento de grupo de autoapoyo | <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas con Targa que continúan el esquema de tratamiento después de 12 meses. | <p>Secretaría de salud Ihss Ongs certificadas</p> |

| Resultado | Intervención estratégica | Programa estratégico | Indicador | Responsable |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 4.3 Al 2012, se habrá disminuido a 5% la tasa de abandono de Targa. | <p>4.3.1 Fortalecer la consejería en adherencia a Targa para las personas con VIH.</p> <p>4.3.2 Promover la participación de la familia y la comunidad en el proceso de adherencia a Targa en las personas con VIH.</p> <p>4.3.3 Diseñar e implementar de la estrategia de educación de pares sobre adherencia a Targa y cuidado en personas con VIH.</p> <p>4.3.4 Fortalecer los grupos de autoapoyo y las redes de facilitadoras (es) de personas con VIH que realizan visitas domiciliarias.</p> <p>4.3.5 Promover la terapia a través de unidades.</p> <p>4.3.6 Desarrollar estrategias de IEC que incluyan temas de alcoholismo, fármaco dependencia y comportamientos sexuales de riesgo para la reinfección.</p> <p>4.3.7 Apertura servicios de atención integral periféricos y móviles.</p> <p>4.3.8 Ampliar la cobertura de donación de canasta básica de alimentos a las personas con VIH en atención integral.</p> <p>4.3.9 Desarrollar procesos de educación continúa para personas con VIH y familiares sobre cuidado y auto cuidado.</p> <p>4.3.10 Promoción de empleos y otras formas de generación de ingreso ara hogares de personas con VIH.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Guía de cuidado y auto cuidado de personas con VIH sus familiares. • Normas de atención integral para personas con VIH. • Programas y proyectos que se desarrollan desde sociedad civil. • Programa nacional de Nutrición en Atención Integral. | <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de abandono de Targa. | Secretaría de salud Ihss Ibadfa Ong's certificadas |

| Resultado | Intervención estratégica | Programa estratégico | Indicador | Responsable |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 4.4 Al 2012, se habrá disminuido en un 50% la mortalidad en personas con VIH que reciben Targa. | <p>4.4.1 Diseñar e implementar de una estrategia para la detección temprana de VIH en población general.</p> <p>4.4.2 Diseñar e implementar de una estrategia de promoción de los centros de atención integral y los servicios que se brindan a personas con VIH.</p> <p>4.3.4 Fortalecer la estrategia de visita domiciliaria para el seguimiento a personas con VIH que reciben servicios de atención integral.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de los programas de detección temprana, seguimiento y referencia de personas con VIH. | <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de muertes asociadas al VIH y Sida en personas que reciben Targa. | <p>Secretaría de salud Ihss Ong's certificadas</p> |
| 4.5 Al 2012, se habrá disminuido a menos de 8.6% la resistencia primaria a la Targa. | <p>4.5.1 Analizar resultados de estudios de resistencia primaria disponibles a la fecha (2003-2006) y definición de línea base nacional.</p> <p>4.5.2 Adaptar e implementar las normas mundiales (OMS) para vigilancia de la resistencia.</p> <p>4.5.3 Establecer convenios entre gobierno y universidades nacionales e internacionales para estudios de detección de la resistencia.</p> <p>4.5.4 Fortalecer el laboratorio nacional en la detección de la resistencia a los antiretrovirales.</p> <p>4.5.5 Definir normas de manejo clínico de la resistencia en base a resultados de estudios de resistencia y para el abordaje de personas con VIH que ingresan al país con esquemas diferentes.</p> <p>4.5.6 Desarrollar un proceso de educación permanente sobre la resistencia a Targa dirigida a personal institucional y sociedad civil.</p> <p>4.5.7 Revisar esquemas y el cuadro básico de medicamentos para el tratamiento de las personas con VIH.</p> <p>4.5.8 Incorporar los nuevos medicamentos en el cuadro básico de medicamentos.</p> <p>4.5.9 Mejorar la logística y suministros de insumos y medicamentos para VIH.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Implementación del sistema nacional de vigilancia de la resistencia a los antiretrovirales. Normas mundiales (OMS) para vigilancia de la resistencia. | <ul style="list-style-type: none"> Prevalencia de la resistencia primaria del VIH a los antiretrovirales. Ingresos hospitalarios de las personas con VIH recibiendo Targa. | <p>Secretaría de salud Ihss Ong's certificadas</p> |
| 4.6 Al 2012, se habrá disminuido a menos del 2%, la resistencia secundaria del VIH a los antiretrovirales. | <p>4.6.1 Revisión de esquemas y cuadro básico de medicamentos.</p> <p>4.6.2 Incorporación de nuevos medicamentos en Cuadro Básico de Medicamentos.</p> <p>4.6.3 Logística y suministros</p> <p>4.6.4 Definir protocolo de manejo de la resistencia a los antiretrovirales e incorporarlos a los normas de atención integral para personas con VIH.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Normas de atención integral. | <ul style="list-style-type: none"> Prevalencia de la resistencia secundaria del VIH a los antiretrovirales. | <p>Secretaría de salud Ihss Ong's certificadas</p> |

Sistema de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional

Marco conceptual

Para desarrollar metas realistas para los próximos 5 años, es fundamental establecer ahora un sistema único de monitoreo y evaluación, que permita evaluar los resultados que las Autoridades Nacionales esperan alcanzar con Pensida III, para lograrlos se necesita planificar como se pueden medir estos resultados, por lo que se identificaron datos de referencia, como línea base y objetivos de acción.

El Pensida III debe establecer los mecanismos para llevar a cabo las revisiones regulares al plan, especialmente ahora que se dispone de nuevas evidencias acerca de la tendencia de la epidemia en Honduras. El país debe recopilar información de mejor forma sobre diferentes poblaciones ya identificadas. Se observó, por ejemplo, que la encuesta de comportamiento de 2006 produjo información muy útil acerca de ciertas sub poblaciones evaluadas previamente, pero quedaron pendientes otros grupos que no han sido encuestados. Por consiguiente se debe recopilar información de mejor manera, acerca de una variedad de las sub-poblaciones identificadas en el Pensida III, para ello la lista de grupos priorizados deben revisarse regularmente a fin de asegurar que las decisiones se basen en la mejor evidencia disponible.

La necesidad de tener un sistema único de MyE de las infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida de la respuesta nacional

La importancia de crear, implementar y fortalecer un sistema unificado de monitoreo y evaluación coherente, es uno de los aspectos clave del Pensida III. Un sistema único de monitoreo y evaluación garantiza que:

1. Se disponga de datos pertinentes, oportunos y válidos para la toma de decisiones en el marco de la respuesta nacional
2. Informar a tomadores/as de decisiones sobre la calidad de los datos
3. Facilitar a la Conasida la oportunidad de satisfacer las necesidades de información de las autoridades nacionales y donantes, bajo un esfuerzo unificado para contener la epidemia del VIH y Sida¹⁷.

El Marco conceptual para el monitoreo y evaluación del Pensida es un elemento básico para la estandarización de los procesos de recolección de información por parte de los diferentes actores comprometidos con la respuesta nacional a las infecciones de transmisión sexual/VIH y Sida, independiente del rol que cada uno de ellos cumpla en el sistema: rectoría sectorial, financiación, ejecutores programáticos, consenso y coordinación.

El Pensida III, plantea organizar y poner en funcionamiento un Sistema Único de Monitoreo y Evaluación del VIH en Honduras.

¹⁷ Guía de Monitoreo y Evaluación de VIH/Sida, Tuberculosis y Malaria. Segunda Edición. Enero de 2006.

Para homologar el entendimiento conceptual de MyE, en el Pensida III se utilizarán los siguientes conceptos:

El Sistema de monitoreo y evaluación incorpora un conjunto de instituciones, personas, procesos, métodos y herramientas debidamente organizados y coordinados para generar información que permita el seguimiento de la epidemia del VIH y valorar la ejecución y los resultados de las intervenciones planificadas en la respuesta nacional. La evaluación tiene como propósito alimentar oportunamente y en condiciones de calidad la toma de decisiones de los diferentes actores involucrados. El Sistema de Monitoreo y evaluación permite recolectar, consolidar, analizar y retroalimentar información para la toma de decisiones de orden general¹⁸.

El monitoreo es el seguimiento continuo, rutinario y regular de los elementos clave del desempeño del programa o proyecto (recursos, procesos y resultados), mediante el mantenimiento de registros, informes periódicos y sistemas de vigilancia, así como el uso de otras herramientas como la observación en establecimientos de salud, encuestas u otros. Tiene como propósito proporcionar información sobre el progreso y resultado de las actividades.

La evaluación, es la valoración sistemática de las intervenciones planificadas en función de los resultados del programa o proyecto, tiene como propósito medir si se han alcanzado los resultados esperados y si los procesos contribuyen a estos.

Objetivos

Objetivo general

Producir información oportuna y de calidad sobre la ejecución y los resultados de la respuesta nacional, con el propósito de retroalimentar a los tomadores de decisiones, cooperantes y población general.

Objetivos específicos

1. Crear una unidad técnica de monitoria y evaluación que cuente con los recursos necesarios, para organizar, coordinar, armonizar e implementar el sistema de monitoria y evaluación de la respuesta nacional.
2. Elaborar el plan de monitoreo y evaluación del Pensida III que incluya:
 - Identificar las necesidades de información para el monitoreo y evaluación de la epidemia y la respuesta nacional.
 - Desarrollar una estrategia y metodológica para la recolección de la información con base en los objetivos e indicadores del Pensida III.
 - Definir los roles y responsabilidades de todos(as) los(as) participantes en la respuesta nacional, para la generación, procesamiento y uso de la información para la toma de decisiones.
 - Evaluar y mejorar el sistemas de monitoreo y evaluación a lo largo del tiempo, a medida que se amplían las intervenciones, asimismo como la retroalimentación de

¹⁸ Marco Conceptual de Monitoreo y Evaluación. República Dominicana 2007

- los subsistemas de los socios implementadores.
- Evaluar el Pensida III, a medio término y finalización del periodo.
- Desarrollar una estrategia y los mecanismos apropiados para socializar la información generada por el sistema de monitoreo y evaluación.

El sistema de monitoreo y evaluación del Pensida III

El sistema de monitoreo y evaluación del VIH debe permitir el seguimiento integral a: (1) la epidemia y (2) a la ejecución y los resultados de la respuesta nacional. Por lo tanto, los elementos clave en la MyE por parte del sistema son:

- Situación de la epidemia y factores relacionados
- Disponibilidad y uso de los recursos con que se cuenta para la respuesta nacional
- Calidad y eficiencia de las intervenciones programáticas
- Calidad y eficiencia de los procesos administrativos de apoyo; y
- Resultado e impacto de las intervenciones
- Coordinación y armonización sistemática con todas las entidades ejecutoras

Basado en los elementos a monitorear y evaluar se propone que el sistema integre los siguientes subsistemas¹⁹:

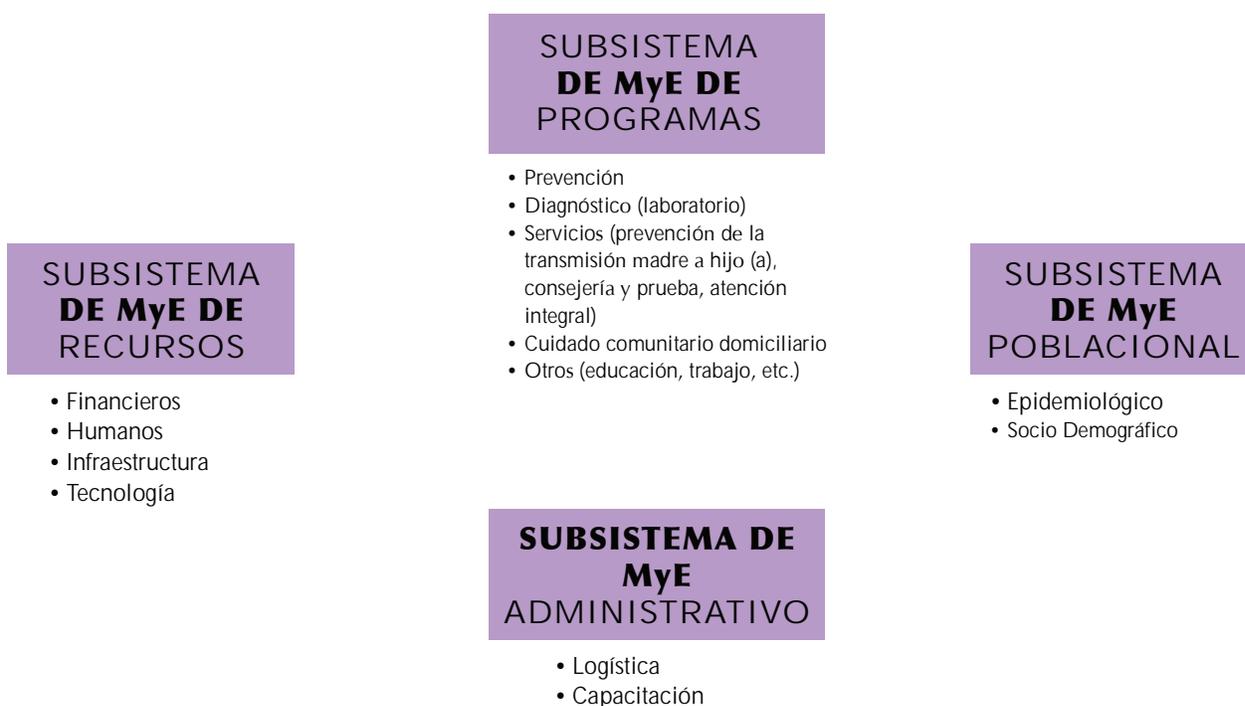
- 1. Subsistema de MyE poblacional:** Es el conjunto de indicadores, herramientas y metodologías usadas para hacer seguimiento al comportamiento y efecto de los programas en la población general, a grupos específicos y a los factores de riesgo relacionados, teniendo en cuenta las distintas variables de distribución poblacional. Se aplica la vigilancia epidemiológica pasiva, mediante la utilización de los datos del sistema ya establecido y la vigilancia epidemiológica activa mediante la utilización herramientas de investigación como estudios especiales de conocimiento, comportamiento y marcadores biológicos, además estudios de resistencia a los ARV entre otros.
- 2. Subsistema de MyE de recursos:** Es el conjunto de indicadores, herramientas y metodologías usadas para el seguimiento a la disponibilidad y uso de los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos con que opera la respuesta nacional. Se vale de información regular generada por los diferentes integrantes de la respuesta nacional y de otros estudios especiales, como por ejemplo la Medición del Gasto en Salud (ME-GAS).
- 3. Subsistema de MyE de programas:** Es el conjunto de indicadores, herramientas y metodologías usadas para el seguimiento de las coberturas, eficacia, eficiencia y calidad de los programas y proyectos implementados por los diferentes sectores e instituciones que hacen parte de la respuesta nacional. La herramienta fundamental son los sistemas de información de los diferentes sectores e instituciones.

.....
¹⁹ IDEM

4. **Subsistema de MyE de apoyo administrativo:** Es el conjunto de indicadores, herramientas y metodologías usadas para el seguimiento a la ejecución de las actividades de apoyo administrativo que hacen parte de la respuesta nacional en apoyo a las acciones de tipo programático, tales como manejo de insumos críticos, desarrollo de capacidad de gestión, capacitación, etc. La herramienta fundamental al igual que en el componente programático son los sistemas de información sectoriales e institucionales.

El siguiente esquema identifica los componentes del sistema de monitoria y evaluación y algunos de los elementos que los integran.

Componentes del sistema de MyE



Estructura y funcionamiento del sistema de MyE

La respuesta nacional es amplia y compleja, con carácter multisectorial (salud, educación, trabajo entre otros) y multi-institucional (organizaciones públicas, privadas, ONG, organizaciones de la comunidad, organismos internacionales), por lo tanto es necesario identificar los participantes en el sistema para definir sus roles, responsabilidades y los mecanismos de interacción y coordinación.

Sistema de monitoreo y evaluación: participantes y roles

Para efectos del Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional al VIH, los participantes del sistema se agruparán de la siguiente manera:

1. Organismos de coordinación y consenso:

- **Conasida:** le corresponde coordinar y liderar la respuesta nacional, articulando los esfuerzos de los diferentes actores tales como, el Mecanismo Coordinador de País para el Fondo Global, el Programa Nacional de infecciones de transmisión sexual/VIH y Sida, el Foro Nacional de Sida, las Ong's, el Sector Privado, entre otros.

Responsabilidades

- Mantener en funcionamiento una instancia técnica de coordinación y consenso para seguimiento al Sistema de MyE.
- Impulsar, coordinar y dirigir el proceso de diseño y el Plan de Implementación del Sistema Único de Monitoreo y Evaluación.
- Consolidar, analizar, sistematizar y publicar la información vinculada a la respuesta nacional.
- Gestionar fuentes de financiamiento y promover la coordinación de esfuerzos para el desarrollo de las herramientas metodológicas inherentes a los requerimientos del Sistema de MyE.
- Administrar la información y las herramientas que por consenso de los integrantes del sistema le sean responsabilizadas.
- Promover, liderar y coordinar periódicamente procesos de evaluación del Sistema de MyE.
- Mantener actualizada la base de datos del sistema de MyE
- Desarrollar procesos de capacitación sistemáticos al personal vinculado a la monitoria y evaluación de la respuesta nacional, para asegurar el flujo, la oportunidad y la calidad de la información

▮ Unidad de apoyo técnico (UNAT): ubicado en la Secretaría de la Presidencia y dependiente de la Secretaría del Despacho Presidencial. La misión de la UNAT es formular políticas económicas y sociales y proponer estrategias específicas para el logro de objetivos congruentes con el programa económico, que ejecuta el Gobierno. Así como, darle seguimiento y monitorear dichas políticas.

▮ Instituto nacional de estadística (INE): tiene como finalidad coordinar el Sistema Estadístico Nacional (SEN), asegurando que las actividades estadísticas oficiales se efectúen en forma integrada, coordinada, racionalizada y bajo una normativa común, en materia de VIH, se están armonizando indicadores con el INE.

2. Entidades de rectoría sectorial: Son aquellas entidades de orden gubernamental que de acuerdo al marco legal en Honduras ejercen la rectoría institucional o sectorial específica sobre algunos de los campos que hacen parte de la respuesta nacional al VIH Secretaría de Salud, Secretaría de Trabajo, Secretaría de Educación, Fuerzas Armadas, COHEP y otros.

Responsabilidades

La secretaría de salud:

La coordinación entre las dependencias involucradas: Las Direcciones Generales de: Hospitales, Vigilancia de la Salud, Promoción de la Salud y Redes de Servicios, con todos los departamentos y unidades que cada dirección General incluye. En el marco de su rol rector la Secretaria de Salud tendrá las siguientes responsabilidades:

- Garantizar el funcionamiento de las herramientas metodológicas especializadas que están bajo la responsabilidad del sector salud, para llevar a cabo el monitoreo de los diferentes componentes (subsistemas) del sistema MyE. (vigilancia epidemiológica, sistemas de información de programas de servicios, etc.).
- Vigilar y controlar la oportunidad y calidad de la información producida y generada por las diferentes instancias del sector salud.
- Mantener la coordinación entre las diferentes dependencias internas de la Secretaria Salud para la actualización, modernización y unificación de los sistemas de información que apoyan la MyE en VIH.

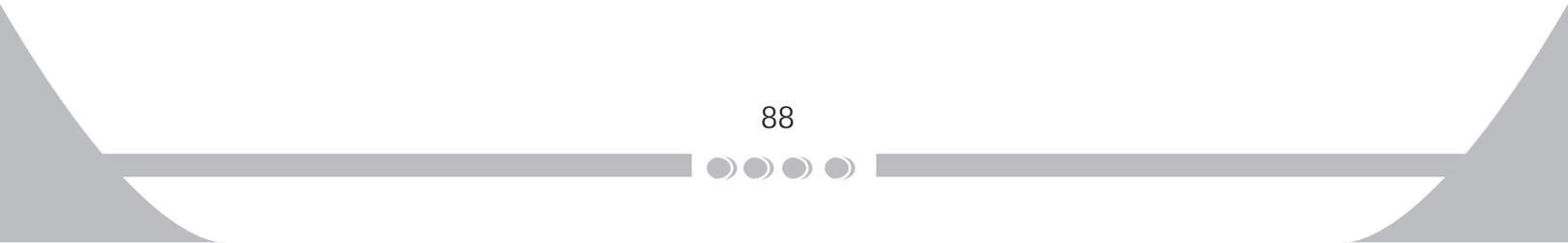
Otras secretarías de estado tendrán las siguientes responsabilidades en el marco de la rectoría de su respectivo sector:

- Garantizar el funcionamiento de las herramientas metodológicas especializadas que estén bajo la responsabilidad del sector respectivo, para el monitoreo de los componentes de su competencia (subsistemas) del sistema MyE.
3. Organizaciones ejecutoras: Corresponde al conjunto de instituciones, pertenecientes a diferentes sectores y de distinto carácter que ejecutan actividades en el marco de la respuesta nacional al VIH. Entre estas instituciones se encuentran los prestadores de servicios de salud públicos o privados, ONG, entidades educativas, organizaciones de base comunitaria, organizaciones religiosas, etc.

Responsabilidades

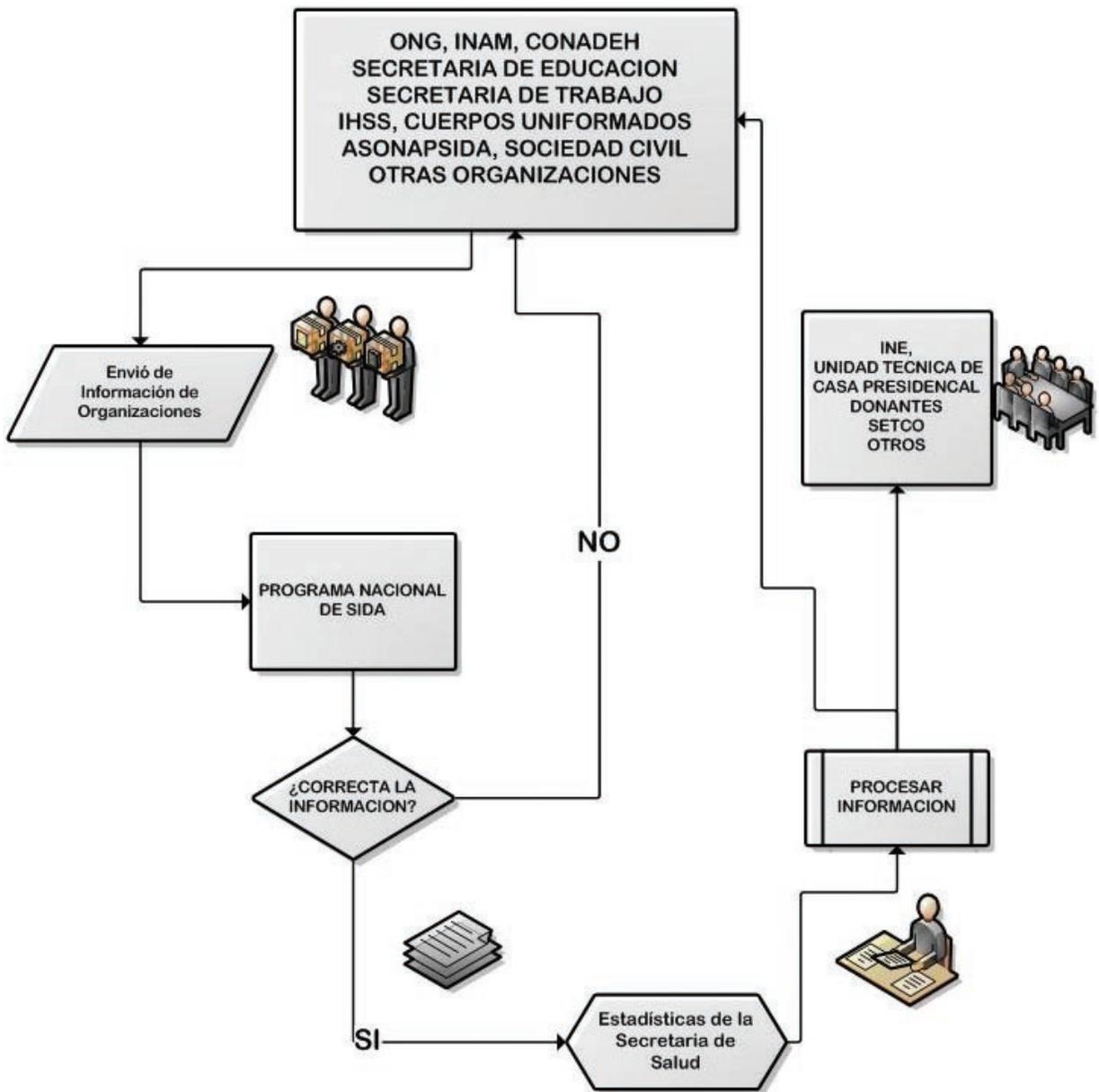
Las entidades ejecutoras de actividades de cualquier carácter tendrán las siguientes responsabilidades:

- Implementar las herramientas que se definan por el sistema de MyE, de acuerdo con el marco legal y normativo que las rija.
 - Garantizar la oportunidad y calidad de la información que se produzca.
 - Remitir oportunamente a la instancia que le sea definida la información bajo las condiciones de calidad exigidas.
 - Recibir y utilizar la información en la toma de decisiones, considerando la retroalimentación en función del Sistema Único.
4. Organismos de cooperación: Son las organizaciones de carácter nacional o internacional que brindan apoyo financiero y/o técnico a la respuesta nacional al VIH.



La pagina tiene como propósito presentar información actualizada de publicaciones y enlaces (links), orientar a los usuarios (as) a obtener la información y localización de los datos publicados (también en versión electrónica). Dicha pagina también divulgará bases datos, libros, folletos, tesis, informes de consultorías, documentos en formato electrónico para todos los(as) usuarios(as) (estudiantes, profesores, investigadores y la comunidad en general) interesados en esta temática.

FLUJO DE INFORMACIÓN PENSIDA III



| Indicador | Definición | Referencia | Frecuencia | Línea de Base | Metodología o Fuente | Responsable |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo específico N° 1 Asegurar la implementación y el cumplimiento de la política pública en VIH, que operacionalice el plan estratégico y la normativa jurídica vigente, a fin de asegurar el pleno disfrute de los derechos humanos. | | | | | | |
| <i>Resultado 1.1: Al 2012, se habrá formulado e institucionalizado la política pública en materia en VIH, transversalizando el enfoque de derechos humanos, de equidad de género, violencia, pobreza e inseguridad humana.</i> | | | | | | |
| Documento de Política de Estado diseñado y aprobado al 2009. | Documento de política estructurado conforme al enfoque de derechos humanos, equidad de género, violencia, pobreza e inseguridad humana. | Tratados internacionales en materia de derechos humanos, ODM, ERP | Una vez | ND | Participación activa de grupo de profesionales entendidos en políticas públicas. | Conasida Inam Conadeh Ong's Unah Secretaría de trabajo y seguridad social Secretaría de educación Forosida |
| Porcentaje de instituciones que aplican la política pública en VIH de acuerdo a roles y responsabilidades conferidos por la ley. | Número de instituciones que aplican la política pública en VIH y revisión crítica de los roles y responsabilidades por institución / Total de instituciones que trabajan en la temática de VIH. | Informes, programas y proyectos | Semestral | ND | La unidad de planificación y evaluación de la gestión de cada una de las instituciones deberá velar por la incorporación de la política en sus programas y proyectos. | Conasida Conadeh Forosida |
| Índice compuesto de política nacional Porcentaje de cumplimiento de los compromisos en el marco de tratados y convenios suscritos y ratificados por el Estado Hondureño en materia de derechos humanos. | El Índice compuesto abarca las siguientes grandes áreas de las políticas, estrategias y ejecución del programa: Parte A: 1. Plan estratégico; 2. Apoyo político; 3. Prevención; 4. Tratamiento, atención y apoyo; 5. Vigilancia y evaluación Parte B: 1. Derechos humanos; 2. Participación de la sociedad civil; 3. Prevención; 4. Atención y apoyo. Informes que el Estado de Honduras presenta a los diferentes comités que velan por los derechos humanos. | UNGASS | Cada dos años | 89.58% (informe de País UNGASS 2005) | Estudio especial: Cuestionarios del Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN) | Conasida |

| Plan de gestión, movilización de recursos y estrategias sostenibles. | Plan de gestión, movilización de recursos y estrategias sostenibles | Nacional | Anual | Presupuesto nacional anterior. | Identificación y asignación de recursos. Planes de gestión | Conasida Secretaría de finanzas |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Gasto nacional e internacional relativo al Sida por categoría y fuente de financiación. | Cuentas nacionales de salud y sub-cuentas del Sida o encuesta del flujo de recursos. | UNGASS | Cada dos años | L. 332,297.863 Nacionales y L. 192,277.907 internacionales 50.2% prevención, 26.4% en atención, 21.6% en desarrollo de programas, 1.2% desarrollo comunitario, 0.2% en niños huérfanos y vulnerables y el resto de actividades menos del 1% (investigación, mitigación social e incentivos para reclutar RRHH para Sida) | Evaluación del Gasto Nacional (EGN) relativo al Sida | Secretaría de finanzas. Unat |

| Objetivo específico N° 3 Fortalecer Conasida para el cumplimiento de su rol, funciones y operatividad de acuerdo a la normativa jurídica vigente y su ley orgánica. | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------|
| <i>Resultado 3.1: Al 2009, se habrá fortalecido la capacidad política, de gestión, administrativa y técnica de la Conasida.</i> | | | | | | |
| Ley orgánica de la Conasida reformada aprobada y puesta en vigencia. | Reformulación de la ley orgánica de Conasida | Nacional | Cada dos años | Anteproyecto de Ley orgánica de Conasida socializada con legisladores | Revisión de informes anuales | Conasida |
| Porcentaje de instituciones representadas con poder de decisión política y con participación activa. | Número de instituciones y organizaciones que participan activamente en la ejecución del Pensida y tiene poder de decisión. | Nacional | Anual | ND | Estudio especial: Informes anuales | Conasida |
| Documento de monitoreo de planes operativos anuales por instituciones y organizaciones involucradas en la respuesta nacional | Documento contentivo de diversas herramientas de monitoreo y seguimiento de planes operativos anuales. | Nacional | Anual | ND | Herramientas de monitoreo y seguimiento | Conasida |
| Porcentaje de reuniones al año de la Conasida con representantes de alto nivel | Reuniones en que participen los Secretarios (as) de Estado y directivos de las organizaciones de la Sociedad Civil. | Nacional | Anual | ND | Informes anuales Listados de reuniones | Conasida |
| Unidad técnica y administrativa de Conasida creada y fortalecida. | Unidades de la unidad técnica y administrativas, multidisciplinarias y multisectoriales desempeñando su rol según manuales de funcionamiento | Nacional | Anual | ND | Manuales técnico, organizacionales y administrativos | Conasida |

Objetivo específico N° 4

Promover por parte de la Conasida una agenda de discusión pública en el tema de VIH a nivel nacional.

Resultado 4.1: Al 2010, se habrá debatido el tema de VIH a nivel nacional, con un enfoque de derechos humanos.

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Estrategia de comunicación diseñada e implementada. | Estrategia de comunicación social, que promueva una postura de cambio de pensamiento y actitud de la población en torno al VIH y Sida. Logrando que el tema sea de interés nacional. | Nacional | Cada dos años | ND | Diseño e implementación de la estrategia de comunicación | Conasida Conadeh Forosida |
| Plan de Comunicación aprobado por Conasida e implementándose | Plan de comunicación, con objetivos de comunicación, canales de comunicación al interno y externo de Conasida, tipos de mensajes a difundirse, distribución sistemática de la información y evaluación del plan de comunicación. | Nacional | Anual | 30% de las Rsd habían utilizado al menos una vez la TV, 20% los medios escritos y 40% radio como medios de comunicación masivo en campañas de sensibilización relacionadas al VIH y Sida eval. 10-06) PNS | Diseño, elaboración e implementación del plan de comunicación. | Conasida Conadeh Forosida |

Objetivo específico N° 5

Vigilar la aplicación de la política pública en VIH mediante mecanismos de rendición de cuentas y auditoría social.

Resultado 5.1: Al 2009, se habrá establecido un mecanismo de auditoría social y rendición de cuentas en materia de VIH por organizaciones de la sociedad civil.

| | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|----|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Porcentaje de auditorías sociales y de sociales realizadas. | Número de auditorías sociales y rendición de cuentas realizadas a las diferentes instancias encargadas de implementar la política de estado en VIH. | Nacional | Anual | ND | Diseño e implementación de una metodología de auditoría social. | Conadeh Forosida, Asonapvssidah |
| Porcentaje de organizaciones de sociedad civil realizando auditorías sociales y acciones de rendición de cuentas. | Número de organizaciones de sociedad civil realizando auditorías sociales y acciones de rendición de cuentas / Total de organizaciones de sociedad civil que trabajan en VIH. | Nacional | Anual | ND | Informes de auditorías sociales de seguimiento | Conadeh Forosida, Asonapvssidah |

II. Promoción y Prevención

| Indicador | Definición | Referencia | Frecuencia | Línea de Base | Metodología o Fuente | Responsable |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Objetivo específico N° 1 Aumentar el conocimiento adecuado en materia de prevención de VIH en zonas geográficas y poblaciones diferenciadas. | | | | | | |
| <i>Resultado 1.1: Al 2012, se habrá aumentado, el número de personas con VIH que tienen conocimiento adecuado sobre la infección por VIH. (conocen al menos tres formas de prevención y dos formas de transmisión correctas y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus): Tres formas de prevención: a 98% - Dos formas de transmisión: a 98% - Rechazan principales ideas erróneas de transmisión: a 98%.</i> | | | | | | |
| Porcentaje de personas con VIH que tiene conocimiento adecuado sobre VIH (conocen tres formas de prevención, dos formas de transmisión correctas y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus). | Número de personas con VIH que tienen conocimiento adecuado sobre VIH / Total de personas con VIH entrevistados | Encuestas Demográficas | Cada 2 años (mínimo cada 4-5 años) | Dos o más formas de prevención: 78% Dos formas de transmisión: 78%. ECVC 2007 | Encuestas | Secretaría de salud INE Conasida Asonapysidah Ong's |
| <i>Resultado 1.2: Al 2012 se habrá aumentado el número de personas en condiciones de mayor vulnerabilidad que tienen conocimiento adecuado sobre la infección por VIH (conocen al menos tres formas de prevención y 2 formas de transmisión correctas y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus).</i> | | | | | | |
| Porcentaje de trabajadoras del sexo, que tienen conocimiento adecuado sobre VIH (conocen tres formas de prevención y dos formas de transmisión correctas y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus). | Número de trabajadoras del sexo que tiene conocimiento adecuado sobre VIH (conocen tres formas de prevención y dos formas de transmisión correctas y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus / Total de trabajadoras del sexo entrevistada | Encuestas Demográficas | Cada 2 años (mínimo cada 4-5 años) | ECVC 2007 Transmisión del VIH: - Tegucigalpa: 40% - Comayagua: 14.5% - San Pedro Sula: 17.7% - La Ceiba: 11.3% Prevención del VIH: - Tegucigalpa: 10.6% - Comayagua: 8.0% - San Pedro Sula: 17.4 % - La Ceiba: 4.4% | Encuestas | Secretaría de salud INE Conasida Ong's |

| | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Porcentaje de hombres que tienen sexo con otros hombres, que tienen conocimiento adecuado sobre VIH (conocen tres formas de VIH) (conocen tres formas de prevención y dos formas de transmisión correctas y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus). | Número de hombres que tienen sexo con otros hombres, que tiene conocimiento adecuado sobre VIH (conocen tres formas de prevención y dos formas de transmisión correctas y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus / Total de hombres que tienen sexo con otros hombres entrevistados. | Encuestas Demográficas | Cada 2 años (mínimo cada 4-5 años) | ECVC 2007 Transmisión del VIH: - Tegucigalpa: 23,4% - San Pedro Sula: 15,4% - La Ceiba: 4,73% | Encuestas | Secretaría de salud INE Conasida Ong's |
| Porcentaje de garífunas, que tienen conocimiento adecuado sobre VIH (conocen tres formas de prevención y dos formas de transmisión correctas y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus). | Número de garífunas, que tiene conocimiento adecuado sobre VIH (conocen tres formas de prevención y dos formas de transmisión correctas y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus / Total de garífunas entrevistados. | Encuestas Demográficas | Cada 2 años (mínimo cada 4-5 años) | ECVC 2007 Transmisión del VIH. | Encuestas | Secretaría de salud INE Conasida Ong's |
| <p>Resultado 1.3: Al 2012, se habrá aumentado el número de personas de población general de 10 a 15 años que tienen conocimiento adecuado sobre la infección por VIH (conocen al menos tres formas de prevención y dos formas de transmisión correctas y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus). Mujeres: Tres formas de prevención: a 85%, dos formas de transmisión: a 85%, rechazan principales ideas erróneas de transmisión: a 85% Hombres: Tres formas de prevención: a 85%, dos formas de transmisión: a 85%, rechazan principales ideas erróneas de transmisión: a 85%.</p> | | | | | | |
| Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 10 a 15 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir, la transmisión del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus. | Número de encuestados de 10 a 15 años de edad que contestó correctamente a las cinco preguntas / Total de encuestados de 10 a 15 años encuestados. | Nacional | Cada 2 años | ND | ENDESA o Encuestas | Secretaría de salud Secretaría de educación INE Ong's |
| Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre VIH basada en aptitudes para la vida durante el último curso académico. | Número de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en aptitudes para la vida durante el último curso académico / Total de escuelas encuestadas. | Nacional | Cada 2 años | UNGASS, indicador 11 | Encuesta escolar o revisión del Plan de Estudio | Secretaría de salud Secretaría de educación INE Ong's |

| <p>Resultado 1.3: Al 2012, se habrá aumentado el número de personas de población general de 10 a 15 años que tienen conocimiento adecuado sobre la infección por VIH (conocen al menos tres formas de prevención y dos formas de transmisión correctas y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus). Mujeres: Tres formas de prevención: a 85%, dos formas de transmisión: a 85%, rechazan principales ideas erróneas de transmisión: a 85% Hombres: Tres formas de prevención: a 85%, dos formas de transmisión: a 85%, rechazan principales ideas erróneas de transmisión: a 85%.</p> | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <p>Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus</p> | <p>Número de mujeres de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus / Total de mujeres de 15 a 24 años encuestadas.</p> | <p>UNGASS 13</p> | <p>Cada 5 años</p> | <p>Dos de cada tres mujeres (66 %) conocen formas de evitar el VIH y Sida. El 48% de las mujeres analfabetas cree que hay formas de evitar frente al 85% de las mujeres con educación superior. En el área urbana es 73% y 59 % en área rural. Endesa 05-06</p> | <p>Encuesta CAP Endesa</p> | <p>Secretaría de salud Secretaría de educación INE Ong's</p> |
| <p>Porcentaje de hombres de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus</p> | <p>Número de hombres de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus / Total de hombres de 15 a 24 años encuestados.</p> | <p>UNGASS 13</p> | <p>Cada 2 ó 5 años</p> | <p>ND</p> | <p>Encuesta CAP Endesa</p> | <p>Secretaría de salud Secretaría de educación INE Ong's</p> |

**Objetivo específico N° 2
Aumentar en la población meta el acceso y utilización de los servicios de prueba de VIH con consejería, con calidad y calidez.**

Resultado 2.1: Al 2012, se habrá aumentado a 90% la población de mayor vulnerabilidad: trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con otros hombres (GTB), garífunas y personas privados (as) de libertad, que se ha hecho la prueba de VIH de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conocen el resultado.

| | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------|
| Porcentaje trabajadoras del sexo que se ha hecho la prueba de VIH de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conocen el resultado. | Número de trabajadoras del sexo que se ha hecho la prueba de VIH de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conocen el resultado. / Total de trabajadoras del sexo entrevistadas. | Nacional | Cada 2 años | ECVC 2007. - Tegucigalpa: 82% - Comayagua: 52% - San Pedro Sula: 84% - La Ceiba: 68% | Encuestas | Secretaría de salud Ong's certificadas |
| Porcentaje hombres que tiene sexo con otros hombres, que se ha hecho la prueba de VIH de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conocen el resultado. | Número de hombres que tiene sexo con otros hombres, que se ha hecho la prueba de VIH de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conocen el resultado. / Total de hombres que tiene sexo con otros hombres entrevistados. | Nacional | Cada 2 años | ECVC 2007. Tegucigalpa: 62% San Pedro Sula y La Ceiba: 57% Garífunas: 55% ECVC 2007 | Encuestas | Secretaría de salud Ong's certificadas |
| Porcentaje de garífunas, que se ha hecho la prueba de VIH de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conocen el resultado. | Número de garífunas, que se ha hecho la prueba de VIH de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conocen el resultado. / Total de garífunas entrevistadas. | Nacional | Cada 2 años | ECVC 2007. Hombres: 46% Mujeres: 62% | Encuestas | Secretaría de salud Ong's certificadas |
| Porcentaje de personas privadas (os) de libertad, que se ha hecho la prueba de VIH de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conocen el resultado. | Número de personas privadas (os) de libertad, que se ha hecho la prueba de VIH de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conocen el resultado. / Total de personas privadas (os) de libertad entrevistadas. | Nacional | Cada 2 años | ND | Encuestas | Secretaría de salud Secretaría de gobernación Ong's certificadas |

| Resultado 2.2: Al 2012, se habrá aumentado a un 50% de la población de 15 a 49 años, hombres y mujeres, de acuerdo a línea de base que se realizan la prueba de VIH, de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conocen el resultado. | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Porcentaje de establecimientos con la capacidad para ofrecer servicios de consejería y pruebas de VIH. | Número de establecimientos que ofrecen servicios básicos de VCT / Total de establecimientos investigados | Nacional N° 8 | Anual | De las 189 US evaluadas Julio 05-Junio 06 47% Categ A 35% Categ B 28% Categ C 57% Categ D Solo 4% de las US cumplen con todos los criterios | Historia clínica, registros de las ONG | Secretaría de Salud Ong's certificadas |
| Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que se realizó la prueba del VIH, de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conoce el resultado. | Número de encuestados de 15 a 49 años de edad que se realizó la prueba del VIH, de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conoce el resultado / Total de encuestados de 15 a 49 años de edad. | UNCGASS 7 | Anual | De cada mil habitantes mayor de 13 años solamente a 14.74 se realizó la prueba y supo su resultado (Eval. 05-06 SSH) ENDESA 2006. 29% | Historia clínica, registros de Ong's, Endesa | INE Secretaría de Salud Ong's certificadas |

Objetivo específico N° 3

Fomentar los factores protectores para la prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual con enfoque de derechos humanos, sensibilidad cultural y género.

Resultado 3.1: Al 2012, se habrá aumentado la edad mediana de la primera relación sexual en hombres a más del 16,7 años y en mujeres a más de 18,2 años.

| | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Porcentaje de población de 15 a 24 años (mujeres y hombres) que han tenido su primera relación sexual antes de los 15 años. | Número personas de 15 a 24 años) que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años de edad / Total de entrevistados de 15 a 24 años de edad. | Nacional | Cada 4 – 5 años | ENDESA 2006. Mujeres: 11% Hombres: | Encuestas Demográficas | INE Secretaría de salud Secretaría de educación ONG's |
| Edad mediana de la primera relación sexual (años) en mujeres y hombres de 20 a 24 años. | Número de entrevistados (de 20 a 24 años) que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años de edad / Número total de entrevistados de 20 a 24 años de edad | UNGASS N° 15 y 16 | Cada 4 – 5 años | En mujeres: 18.3% Hombres: 16.7% UNGASS 2005 | Encuestas Demográficas | INE Secretaría de Salud ONG's |
| Porcentaje de centros educativos (primaria y secundaria) que impartió educación sobre VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico | Número de centros educativos (primaria y secundaria) que impartió educación sobre VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico/ Total de centros educativos a nivel nacional (públicos y privados) | UNGASS N° 4 y 5 | | Escuelas secundarias: 17.8% Escuelas primarias: 20.79% UNGASS 2005 | Encuestas Demográficas | INE Secretaría de salud Secretaría de educación ONG's |

Resultado 3.2: Al 2012 se habrá disminuido el porcentaje de hombres y mujeres sexualmente activos entre 15 y 49 años que tiene más de una pareja sexual en los últimos 12 meses. Hombres: de 49% a 40% y Mujeres: de 27% a 20%

| | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------|
| Porcentaje de población de 15 a 49 años (mujeres y hombres) que han disminuido el número de parejas sexuales. | Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses / Total de entrevistados de 15 a 49 años de edad | UNGASS 16 | Cada 4-5 años | Hombres: 49% Mujeres: 27% Informe UNGASS 2005 Personas con VIH Mujeres: 17,5% Hombres: 29,0% Garífunas Mujeres: 29,0% Hombres: 36,0% | Encuestas Demográficas | INE Conasida Secretaría de Salud |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------|

| Resultado 3.3: Al 2012, se habrá aumentado, en al menos un 10%, de acuerdo a líneas de base, el uso consistente del condón en población de mayor vulnerabilidad: Personas con VIH, trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con otros hombres (CTB), garífunas y personas privadas (as) de libertad. | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas con VIH, que reportaron el uso consistente del condón en los últimos 12 meses. | <ul style="list-style-type: none"> • Número de personas con VIH, que reportaron el uso consistente del condón en los últimos 12 meses. / Total de personas con VIH entrevistadas que declara haber tenido relaciones sexuales en los últimos 12 mes. | Nacional | Cada 2 años | ECVC 2007 Pareja comercial - Hombres: 59.5% - Mujeres: 54.5% Pareja ocasional - Hombres: 60.3% - Mujeres: 42.4% Pareja Estable - Hombres: 58.7% - Mujeres: 37.1% | Encuestas de Vigilancia de Comportamiento | Secretaría de Salud Asonapsidah Ong's certificadas |
| <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de garífunas que reportaron el uso consistente del condón en los últimos 12 meses. | <ul style="list-style-type: none"> • Número de garífunas que reportaron el uso consistente del condón en los últimos 12 meses. • / Total de garífunas entrevistadas que declara haber tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses. | Nacional | Cada 2 años | ECVC 2007 Pareja comercial - Hombres: 42.2% - Mujeres: 37% Pareja ocasional - Hombres: 42.2% - Mujeres: 37% Pareja Estable - Hombres: 12% - Mujeres: 10% | Encuestas de Vigilancia de Comportamiento | Secretaría de salud Ong's certificadas |
| <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de trabajadoras (es) del sexo que reportaron el uso consistente del condón en los últimos 30 días. | <ul style="list-style-type: none"> • Número de trabajadoras (es) del sexo que reportaron el uso consistente del condón en los últimos 30 días. / Total de trabajadoras del sexo entrevistadas. | Nacional | Cada 2 años | ECVC 2007 Tegucigalpa - Pareja estable: 40.5% - Pareja ocasional: 87.6% - Cliente regular: 89.4% - Cliente nuevo: 87.6% Comayagua - Pareja estable: 49.5% - Pareja ocasional: 55.8% - Cliente regular: 75.9% - Cliente nuevo: 73.7% | Encuestas de Vigilancia de Comportamiento | Secretaría de salud Ong's certificadas |

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de hombres que tienen sexo con otros hombres que reportaron el uso consistente del condón en los últimos 30 días. | | Nacional | Cada 2 años | <p>San Pedro Sula</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pareja estable: 53.3% - Pareja ocasional: 86.6% - Cliente regular: 88.9% - Cliente nuevo: 83.3% <p>La Ceiba</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pareja estable: 40.5% - Pareja ocasional: 87.6% - Cliente regular: 89.4% - Cliente nuevo: 87.6% | Encuestas de Vigilancia de Comportamiento | Secretaría de salud Ong's certificadas |
| <ul style="list-style-type: none"> • Número de hombres que tienen sexo con otros hombres que reportaron el uso consistente del condón en los últimos 30 días. / Total de hombres que tienen sexo con otros hombres entrevistados. | | Nacional | Cada 2 años | <p>ECVC 2007 Tegucigalpa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pareja estable: 66.0% - Pareja ocasional: 76.6% - Pareja comercial: 90.0% <p>San Pedro Sula</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pareja estable: 76.0% - Pareja ocasional: 80.2% - Pareja comercial: 90.9% <p>La Ceiba</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pareja estable: 69.0% - Pareja ocasional: 90.0% - Pareja comercial: 79.0% | Encuestas de Vigilancia de Comportamiento | Secretaría de salud Ong's certificadas |
| <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas privadas de libertad, que reportaron el uso consistente del condón en los últimos 30 días. | <ul style="list-style-type: none"> • Número de personas privadas (os) de libertad que reportaron el uso consistente del condón en los últimos 30 días. / Total de personas privadas (os) de libertad entrevistados | Nacional | Cada 2 años | ND | Encuestas de Vigilancia de Comportamiento | Secretaría de salud Ong's certificadas |

| Resultado 3.4: Al 2012, se habrá aumentado en al menos el 5%, de acuerdo a línea base la población de 15 a 24 años que reportaron el uso del condón en su última relación sexual. | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|
| Porcentaje de uso de condón en última relación sexual en población de 15 a 24 años (hombres y mujeres). | Porcentaje de población de 15 a 24 años que declara haber usado un condón durante su última relación sexual / Total de población de 15 a 24 años entrevistados. | Nacional | De 4 a 5 años | ENDESA 2006 Pág. 243 Mujeres: 24, 1 % Hombres: | Encuestas Especiales Endesa | INE Conasida Secretaría de salud |
| Resultado 3.5: Al 2012, se habrá aumentar el uso de condón en su última relación sexual en la población sexualmente activa de 15 a 49 años (por sexo) que han tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos doce meses: Hombres: 80% y Mujeres: 60%. | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un condón durante la última relación sexual. / Total de entrevistados de 15 a 49 años. | Número de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un condón durante la última relación sexual. / Total de entrevistados de 15 a 49 años. | Nacional | Cada dos años | <p>El uso de condón con alguien con quien la mujer entrevistada no vive, se estima en 20%. Este uso aumenta con el nivel de educación (desde el 6 hasta el 31%) y tiende a disminuir con la edad (desde el 33 % entre las mujeres más jóvenes hasta el 7 % entre las de mayor edad. Independientemente del estatus de pareja durante la última relación sexual en los 12 meses previos a la entrevista, apenas el 5 % de las mujeres utilizaron el condón; el uso es más alto en el área urbana (7 %) que en el área rural (3%) igualmente disminuye con la edad y se incrementa con el nivel educativo. Endesa 05-06</p> | Encuesta CAP, Endesa | INE, Secretaría de salud Ong's. |

| Resultado 3.6: Al 2012, se habrá aumentado a un 70% el uso de equipo de inyección estéril, en usuarios de drogas inyectables | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declaran haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó | Número de usuarios de drogas inyectables que declaran haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó/ Total de entrevistados que declara haberse inyectado drogas durante el último mes. | Nacional | Cada 2 años | Reporte de uso de drogas inyectables ECVC 2007: Trabajadoras del sexo: San Pedro Sula: 65.2% La Ceiba: 28.7% Tegucigalpa: 1% Garífuna: 5.9% Personas con VIH: 30.43% Hombres que tienen Sexo con otros hombres; reportaron no compartir jeringa la última vez que se inyectaron | Encuestas Especiales Encuestas de Vigilancia de Comportamiento en consumidores de drogas inyectables | Ihadfa Secretaría de salud Ong's certificadas |

| Objetivo específico N° 4 Aumentar a nivel nacional el acceso a servicios de promoción y prevención de la transmisión del VIH. | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------|
| <i>Resultado 4.1: Al 2012, se habrá aumentado en un 25%, de acuerdo a línea de base, el porcentaje de población general y población vulnerable que conocen las medidas de prevención y formas de transmisión del VIH de madre a hijo (a).</i> | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de población general, personas con VIH, trabajadoras del sexo y garífunas que conocen las medidas de prevención de la transmisión del VIH de madre – hijo (a). | Número de personas de la población general, personas con VIH, trabajadoras del sexo y garífunas que conocen las medidas de prevención del VIH de madre a hijo (a) / Número total de personas de población general, personas con VIH, trabajadoras del sexo y garífunas entrevistadas. | Nacional | Cada 5 años | Población general: ND ECVC 2007 - Persona con VIH: - Trabajadoras del sexo: - Garífunas: | Encuestas | Secretaría de salud lhss Ong's certificadas |
| Porcentaje de población general, personas con VIH, trabajadoras del sexo y garífunas que conocen las formas de transmisión del VIH de madre a hijo (a). | Número de personas de la población general, personas con VIH, trabajadoras del sexo y garífunas que conocen las formas de transmisión del VIH de madre a hijo (a) / Número total de personas de población general, personas con VIH, trabajadoras del sexo y garífunas entrevistadas | Nacional | Cada 5 años | Población general: ND ECVC 2007 - Persona con VIH: 40% - Trabajadoras del sexo: 33% - Garífunas: 1% | Encuestas | Secretaría de salud lhss Ong's certificadas |
| <i>Resultado 4.2: Al 2012, se habrá aumentado de un 60% a 80% el acceso de mujeres embarazadas que asisten a los servicios de salud donde funciona el Programa de Prevención de la Transmisión del VIH madre a hijo (a).</i> | | | | | | |
| Porcentaje de mujeres embarazadas que acceden a los servicios de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a) | Número de mujeres embarazadas que acceden a los servicios de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a) / Total de mujeres embarazadas que asisten a las unidades de salud | Nacional | Cada 2 años | 60 % | Registros | Secretaría de salud lhss |
| <i>Resultado 4.3: Al 2012, se habrá aumentado al 90%, el acceso al tratamiento profiláctico post exposición en los casos registrados, según la normativa nacional en los servicios de salud.</i> | | | | | | |
| Porcentaje de casos notificados post exposición al VIH tratados. | Número de casos notificados post exposición al VIH tratados. / Total de casos notificados post exposición al VIH. | Nacional | Cada año | Evaluación institucional 2006 | Registros | Secretaría de salud lhss Ministerio público |

| Resultado 4.4: Al 2012, se habrá aumentado en un 25%, de acuerdo a línea base, la población general y grupos en condición de vulnerabilidad (que tienen conocimiento adecuado, sobre los síntomas de infecciones de transmisión sexual que se manifiestan en hombres y mujeres. | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Porcentaje de población general, personas con VIH, personas con VIH, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras del sexo, y garífunas que conocen los síntomas de las infecciones de transmisión sexual que se manifiestan en hombres y mujeres. | <ul style="list-style-type: none"> Número de población general, personas con VIH, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras del sexo, y garífunas que conocen los síntomas de las infecciones de transmisión sexual que se manifiestan en hombres y mujeres. / Total de población general, personas con VIH, hombres que tiene sexo con otros hombres trabajadoras del sexo y garífunas entrevistadas. | Nacional | Cada 5 años | ECVC 2007 Garífuna - ITS en hombres: 69.1% - ITS en mujeres: 77.9% Personas con VIH - ITS en hombres: 59.9% - ITS en mujeres: 62.5% | Encuestas Especiales | Secretaría de salud Ong's |
| Porcentaje de población general, personas con VIH, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras del sexo, y garífunas que reportan haber tenido una infección de transmisión sexual en los últimos 12 meses. | <ul style="list-style-type: none"> Número de población general, personas con VIH, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras del sexo, y garífunas que reportan haber tenido una infección de transmisión sexual en los últimos 12 meses/ Total de población general, personas con VIH, hombres que tiene sexo con otros hombres trabajadoras del sexo y garífunas entrevistadas | Nacional | Cada 5 años | ENDESA - Mujeres: 15% - Hombres: 0.2% ECVC Garífuna: 9% Personas con VIH: 18% | Encuestas Especiales | Secretaría de salud Ong's |
| Resultado 4.5: Al 2012, se habrá disminuido en un 25 %, de acuerdo a línea base, la prevalencia de infecciones de transmisión sexual en población en condición de mayor vulnerabilidad: personas con VIH, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras del sexo, garífunas y personas privadas (os) de libertad. | | | | | | |
| Incidencia de infecciones de transmisión sexual agudas en personas con VIH. | Número de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual agudas en personas con VIH. / Total de personas con VIH. | Nacional | Cada año | ECVC 2007 | Encuestas Especiales | Secretaría de Salud Ong's |

Resultado 4.6: Al 2012, se habrá disminuido en un 25 %, de acuerdo a línea base, la prevalencia de infecciones de transmisión sexual en población en condición de mayor vulnerabilidad: personas con VIH, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras del sexo, garifunas y personas privadas de libertad.

| Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en personas en condición de mayor vulnerabilidad: personas con VIH, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras del sexo, garifunas y personas privadas de libertad | Número de infecciones de transmisión sexual diagnosticadas en personas en condición de mayor vulnerabilidad: personas con VIH, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras del sexo, garifunas y personas privadas de libertad. / Total de personas en condición de mayor vulnerabilidad: personas con VIH, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras del sexo, garifunas y personas privadas de libertad investigadas. | Nacional | Cada año | ECVC 2007 | Encuestas Especiales | Secretaría de Salud Ong's |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|
| | | | | <p>Hombres que tiene sexo con otros hombres</p> <p>a) Sífilis: - Tegucigalpa: 11.7% - San Pedro Sula: 17.5% - La Ceiba: 6.9%</p> <p>b) Clamidia - Tegucigalpa: 6% - San Pedro Sula: 2.8% - La Ceiba: 1.7%</p> <p>c) Gonorrea anal - Tegucigalpa: 1.7% - San Pedro Sula: 16.4% - La Ceiba: 0.1%</p> <p>Trabajadoras del sexo</p> <p>a) Sífilis - Tegucigalpa: % - San Pedro Sula: % - La Ceiba: %</p> <p>b) Clamidia - Tegucigalpa: 6% - San Pedro Sula: 11.6% - La Ceiba: 11.5% - Comayagua: 7.1%</p> <p>c) Gonorrea - Tegucigalpa: 3%</p> | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| | | | | | <p>- San Pedro Sula: 7.2%</p> <p>- La Ceiba: 7.8%</p> <p>- Comayagua: 1.2%</p> <p>Garifunas</p> <p>- Sífilis: 3.2%</p> <p>- Gonorrea: 1.1%</p> <p>- Clamidia: 6.8%</p> <p>- Mycoplasma: 7.1%</p> <p>Personas con VIH</p> <p>- Sífilis: 1.2%</p> <p>- Gonorrea: 0.2%</p> <p>- Clamidia: 1.4%</p> <p>- Mycoplasma: 11.8%</p> | | | | |
| <p>Objetivo específico N° 5 Mantener óptimos estándares de calidad para sangre segura.</p> | | | | | | | | | |
| <p><i>Resultado 5.1: Al 2012, se mantendrá el 100% de sangre segura en los servicios de salud públicos, privados y de seguridad social</i></p> | | | | | | | | | |
| <p>Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada.</p> | <p>Número de unidades de sangre donada analizada para la detección del VIH en centros hematólogicos/laboratorios de cribado sistemático de la sangre que han:</p> <p>1) seguido procedimientos operativos de referencia documentados y</p> <p>2) participado en un plan de control de calidad externo/ Número total de unidades de sangre donada</p> | <p>UNGASS 3</p> | <p>Cada 6 meses</p> | <p>ND</p> | <p>Reportes estadísticos, laboratorio</p> | <p>Secretaría de salud Ilhss Cruz Roja Hondureña Consejo Nacional de la Sangre</p> | | | |

III. Atención Integral.

| Indicador | Definición | Referencia | Frecuencia | Línea de Base | Metodología o Fuente | Responsable |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|---------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo específico N° 1 Aumentar la cobertura de los servicios de atención integral con calidad y calidez a personas con VIH. | | | | | | |
| <i>Resultado 1.1: Al 2012, se habrá aumentado, a un 93% la cobertura nacional de las personas que requieren servicios de atención integral y Targa (adultos y niños, diferenciados por sexo).</i> | | | | | | |
| Porcentaje de personas con VIH con criterios de inclusión, recibiendo atención integral y tratamiento en los servicios de salud. | Porcentaje de personas con VIH con criterios de inclusión, recibiendo atención integral y tratamiento en los servicios de salud. | Nacional | Cada Año | ND | Evaluaciones anuales, reportes estadísticos. | Secretaría de salud Conasida Ihss Ong's Asonapysidah Grupos de autoapoyo |
| Porcentaje de organizaciones, programas y proyectos que realizan acciones comunitarias en el marco de atención integral. | <ul style="list-style-type: none"> Número de organizaciones, programas y proyectos que realizan acciones comunitarias en el marco de atención integral. / Total de organizaciones, programas y proyectos que realizan acciones para personas con VIH. | Nacional | Cada Año | ND | Evaluaciones anuales, informes de proyectos. | Secretaría de salud Ihss Ongs, Asonapysidah Grupos de autoapoyo |
| <i>Resultado 1.2: Al 2012, se habrá garantizado, la disponibilidad y accesibilidad al 100% de los insumos críticos, en forma oportuna en las unidades de salud, que prestan servicios a personas con VIH.</i> | | | | | | |
| Porcentajes de servicios de salud, de diversos niveles de atención, dotados con el 100% de insumos críticos 20 | Número de servicios de salud que están dotados con el 100% de insumos críticos / Número total de servicios de salud que prestan estos servicios a personas con VIH. | Nacional | Cada Año | ND | Evaluaciones anuales, informes de proyectos. | Secretaría de salud Ihss |

| | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Resultado 1.3: Al 2012, se habrá eliminado el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH y Sida en los servicios de salud. | | | | | | |
| Porcentaje de unidades de salud que han desarrollado ciclos de mejora para proporcionar a las personas con VIH atención con calidad, calidez y confidencialidad. | Número de unidades de salud que brindan servicios a personas con VIH y han desarrollado ciclos de mejora / Total de unidades de salud encuestadas | Nacional | Cada Año | ND | Evaluaciones anuales, informes de proyectos. | Secretaría de salud Ihss Ongs. Asonapvsidah Grupos de autoapoyo |
| Porcentaje de usuarios de servicios de salud que reportan acciones de estigma y discriminación en los últimos 12 meses. | Número de personas con VIH que asisten a servicios de salud y que reportan acciones de estigma y discriminación en los últimos 12 meses. / Total de personas con VIH que asisten a servicios de salud entrevistados. | Nacional | Cada Año | ND | Evaluaciones anuales, informes de proyectos, encuestas de calidad y satisfacción a usuarios | Secretaría de salud Ihss Ongs. Asonapvsidah Grupos de autoapoyo. |
| Resultado 1.4: Al 2012, se habrá mejorado al 100% la calidad, calidez y confidencialidad de los servicios de atención integral para las personas con VIH. | | | | | | |
| Porcentaje de usuarios satisfechos con la calidad, calidez y confidencialidad de la atención en VIH en las unidades de salud. | Número de personas con VIH satisfechos con la calidad, calidez y confidencialidad brindada en las unidades de salud / Total de personas con VIH que asisten a los servicios de salud encuestados. | Nacional | Cada Año | ND | Evaluaciones anuales, informes de proyectos, encuestas de calidad y satisfacción a usuarios | Secretaría de salud Ihss Ongs. Asonapvsidah Grupos de autoapoyo. |
| Objetivo específico N° 2 Incorporar el enfoque de atención integral en infecciones de transmisión sexual y VIH en los servicios diferenciados para la prevención de la transmisión madre a hijo (a), niñez y adolescencia. | | | | | | |
| Resultado 2.1: Al 2012, se habrá disminuido la tasa nacional de transmisión del VIH de madre a hijo(a) de 29% a 20%, a través del aumento de la cobertura del programa nacional. | | | | | | |
| Porcentaje de embarazadas con VIH que reciben el paquete completo para la prevención de la transmisión del VIH madre a hijo (a). | Número de embarazadas con VIH que reciben el paquete completo para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo en los servicios de salud (a). / Total de embarazadas con VIH que asisten a los servicios de salud. | Nacional | Cada Año | ND | Evaluaciones anuales, informes del programa | Secretaría de salud Ong's certificadas Ihss |

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <i>Resultado 2.2: Al 2012, se habrá disminuido la tasa nacional de transmisión del VIH de madre a hijo(a) de 29% a 20%, a través del aumento de la cobertura del programa nacional.</i> | | | | | | |
| Tasa de transmisión del VIH de madre a hijo/a. | Número de niños nacidos de madres con VIH que reciben el paquete completo para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (a) con VIH. / Total de de niños nacidos de madres con VIH que reciben el paquete completo para la prevención de la transmisión del VIH madre a hijo (a). | Nacional | Cada Año | ND | Evaluaciones anuales, informes del programa | Secretaría de salud lhss |
| <i>Resultado 2.3: Al 2012, se habrá disminuido la tasa nacional de transmisión de sífilis congénita de 13/1000 nacidos vivos a 7/1000 nacidos vivos.</i> | | | | | | |
| Tasa de sífilis congénita. | Número de niños nacidos con sífilis. / Total de de niños nacidos. | Nacional | Cada Año | ND | Evaluaciones anuales, informes del programa | Secretaría de salud lhss |
| <i>Resultado 2.4: Al 2012 el 90% de los centros de atención integral cuentan con atención calificada de la niñez y adolescentes.</i> | | | | | | |
| Al 2012, se habrá aumentado de 32% al 90%, los servicios de atención integral en VIH y Sida, diferenciada para niños/niñas y adolescentes. | Número de centros de atención integral que cuentan con servicios de atención integral en VIH y Sida diferenciada para niños (as) y adolescentes. / Total de centros de atención integral. | Nacional | Cada Año | ND | Evaluaciones e informes anuales. | Secretaría de salud lhss |
| Porcentaje de adolescentes y jóvenes con VIH que recibieron diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual | Número de adolescentes y jóvenes con VIH que recibieron diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual. / Total de adolescentes y jóvenes usuarios de los servicios diferenciados. | Nacional | Cada Año | ND | Evaluaciones anuales, informes del programa | Secretaría de salud lhss Ong's certificadas |
| Porcentaje de niños / niñas y adolescentes que recibieron servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento de VIH y Sida. | Número de niños y niñas que recibieron servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento de VIH y Sida. / Total de niños y niñas usuarias de los servicios de salud. | Nacional | Cada Año | ND | Evaluaciones anuales, informes del programa | Secretaría de salud lhss Ong's certificadas |

| Objetivo específico N° 3 Fortalecer el manejo y la vigilancia de casos de personas con coinfección TB-VIH. | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <i>Resultado 3.1: Al 2012, se habrá brindado al 100% de las personas con VIH, el tratamiento profiláctico para reducir el riesgo de tuberculosis.</i> | | | | | | |
| Tasa de transmisión del VIH de madre a hijo/a. | Número de personas con VIH que reciben tratamiento profiláctico para TB / Número total de personas con VIH. | Nacional | Cada Año | 14.1% | Evaluaciones anuales, informes del programa | Secretaría de salud lhss Ongs certificadas |
| Porcentaje de personas con coinfección VIH-TB que reciben Targa y terapia para TB según normas. | Número de personas con coinfección VIH-TB que reciben Targa y terapia para TB según normas. / Total personas con coinfección VIH-TB. | Nacional | Cada Año | 13.6% | Evaluaciones anuales, informes del programa | Secretaría de salud lhss Ongs certificadas |
| Tasa de coinfección TB-VIH | Número de personas con TB que han recibido servicios de consejería y prueba para VIH / Número total de personas con TB. | Nacional | Cada Año | ND | Evaluaciones anuales, informes del programa | Secretaría de salud lhss Ongs certificadas |
| Objetivo específico N° 4 Aumentar la cobertura de personas con VIH elegibles según normas nacionales para TARGA. | | | | | | |
| <i>Resultado 4.1: Al 2012, se habrá aumentado al 100% el acceso a Targa para las personas con VIH, que demanden servicios de atención Integral y que reúnan criterios de inclusión.</i> | | | | | | |
| Porcentaje de adultos y niños con infección por VIH avanzado que reúnen criterios de inclusión que recibe Targa. | Número de personas con infección por VIH avanzada que reciben Targa de acuerdo con el protocolo de tratamiento nacional aprobado y se calcula como sigue: Número de persona que reciben el tratamiento al principios del año, más número de personas que empezaron el tratamiento en los últimos 12 meses, menos el número de personas en quienes se interrumpió el tratamiento en los últimos 12 meses (incluidas las que han fallecido)/ Número de personas con por VIH avanzada (es decir, las que necesitan Targa). Para el cálculo del número de adultos que requieren TARGA, se suma el número de adultos que la requieren nuevos, al número de las que estuvieron en tratamiento el año anterior y sobrevivieron hasta el año actual. | UNGASS (49 y Plan de monitoreo y evaluación PNS (14) | Anual | 4,674 personas con ARV a diciembre de 2006 Adultos=4066 (87%) Niños=608 (13%)+ | Registros de los Centros de Atención Integral (CAI) | Secretaría de salud lhss Ongs certificadas |

Informes

Informe trimestral de avance del proyecto

Se producirán informes de avances en forma (semestral, trimestral). El propósito del informe es dar una visión rápida de los indicadores de acceso, de la prestación de servicios y de actividades de prevención, identificación de las brechas y proporcionar recomendaciones para maximizar los recursos. Las fuentes de información serán los informes trimestrales de cada Integrante de la Conasida, proyectos de organizaciones ejecutoras (cooperantes y/o ONG). Se recomienda que el formato de la información incorpore datos acumulados trimestralmente, permitiendo observar la tendencia de indicadores en el transcurso del año. Esta información generada va dirigida a la Unidad de MyE de la Conasida y estará a la disposición de otras entidades gubernamentales, cooperación externa, sociedad civil y todo aquel que la demande.

Informe anual de avance de la respuesta nacional y monitoreo de la calidad de los programas

El propósito del informe anual es dar una visión integral de la respuesta nacional al VIH. Este informe incluirá, igual que los informes (semestrales trimestrales), indicadores de acceso, cobertura y prestación de servicios por los socios implementadores. En adición, el informe anual incluirá información de los sitios centinela, estudios especiales realizados en el año y algunos indicadores de resultados. Este informe estará directamente relacionado con la planificación de actividades del siguiente año fiscal. El formato de este informe se basará en las necesidades de información de los socios implementadores y agencias de cooperación técnica y financiera.

El informe incluirá un análisis de los indicadores claves de procesos y resultados para toda la respuesta nacional e identificará los cambios respecto al año anterior.

Equipo técnico de MyE

La perspectiva de que la respuesta nacional al VIH corresponde a la sociedad en su conjunto, se espera que cada miembro integrante de la Conasida asigne recursos humanos, logísticos y financieros para la formación de un equipo multidisciplinario que coordine y realice las actividades de MyE programadas. El equipo debe estar Coordinado por un responsable a tiempo completo, quien conducirá todas las actividades de MyE.

La Unidad la conformará el grupo técnico ampliado de MyE (GTAMyE) con representantes de organizaciones y programas gubernamentales y de la sociedad civil encargadas de la ejecución de actividades de Monitoreo y Evaluación. El GTMyE se reunirá regularmente y en forma ampliada, incluyendo representantes de organizaciones de apoyo financiero y técnico y de agencias del Sistema de Naciones Unidas involucradas en la respuesta así como de las Agencias de Cooperación que aporten a la respuesta

Responsabilidades

Las responsabilidades de los integrantes de equipo técnico de MyE serán:

- Elaboración del Plan de Monitoria y Evaluación.
- Armonización de indicadores, marco conceptual de MyE, fuentes de información y herramien-

- tas para la recolección de datos.
- Armonización y coordinación sobre los informes y productos de información de la respuesta nacional.
- Diseño de estrategias para la diseminación de la información y toma de decisiones:
- Vigilancia y estudios
- Información rutinaria de servicios medico-clínicos y no médicos
- Desarrollo de una estrategia para la formación de recursos humanos en MyE: sectores públicos y privados
 - ▶ Diagnóstico de necesidades de capacitación entre los socios implementadores
 - ▶ Armonizar la formación de recursos entre los socios:
 - Nivel central
 - Nivel departamental
 - Nivel municipal
 - Nivel servicios de medico clínicos y no-médicos

Financiamiento del plan estratégico 2008-2012

Costos estimados para el Pensida III

El siguiente análisis resume las mejores estimaciones relacionadas a la necesidad de recursos financieros para Pensida III. El costeo del plan estratégico se basó en una evaluación de las prioridades establecidas en Pensida III, incluyendo un análisis de las estrategias de prevención, tratamiento y cuidados. El costeo de Pensida III es consistente con la meta de proveer acceso universal, el alcance de las Metas del Milenio así como con los objetivos establecidos en la más reciente aplicación al Fondo Global en Honduras.

Adicionalmente a la revisión de metas, objetivos e indicadores del Pensida III, el siguiente análisis incluyó una evaluación de un número de documentos esenciales que contenían información relevante para este costeo. Paralelamente, en julio de 2007, Honduras llevó a cabo un Estudio de Medición del Gastos en Sida (MEGAS). El estudio proporcionó información acerca de la disponibilidad y gasto de los recursos para el año 2006.

El costeo llevado a cabo en Honduras involucró el Modelo de Recursos y Necesidades (RNM, por sus siglas en inglés). Este modelo ha sido utilizado ampliamente para estimar la necesidad de recursos para los programas de VIH y Sida; aplica principalmente una combinación de información sobre:

- costos unitarios
- tamaño de la población objetivo
- niveles de cobertura actual
- niveles planeados de cobertura

Por lo tanto, una estimación de la necesidad de antiretrovirales requerirá de:

- costo unitario del tratamiento de antiretrovirales
- estimación del número de personas con necesidad de tratamiento
- estimación de los niveles actuales de cobertura, y

- proyección del número de personas que deberían recibir TARGA según las metas del Pensada III.

Al igual que con los programas de prevención es necesario:

- conocer el costo unitario de alcance de la población objetivo
- tamaño de la población objetivo
- número actual de personas que reciben servicios de prevención, y
- número estimado de personas que recibirán estos servicios.

El Modelo de Recursos y Necesidades categoriza a los programas de VIH y Sida en 4 áreas programáticas.

- Prevención
- Servicios de cuidado y tratamiento
- Intervenciones de mitigación para huérfanos y niños vulnerables.
- Políticas, administración, investigación, monitoreo y evaluación.

Cada área programática está dividida en áreas de intervención mucho más detalladas. Por ejemplo, los programas de prevención incluyen intervenciones enfocadas en jóvenes, trabajadoras y trabajadores sexuales, prevención de transmisión de madre a hijo (a), distribución de condones, consejería y prueba voluntaria, transfusiones sanguíneas seguras, etc.

El Modelo de Recursos y Necesidades asume un aumento estable de las intervenciones, alcanzando los más altos niveles de cobertura al último año del período del plan estratégico (el año 2012 en este caso). También asume que el aumento inicia en el año en el cual está disponible la mejor información sobre cobertura, año 2006 para Honduras.

Es importante notar que el modelo muestra un amplio estimado de recursos, necesarios para los programas de VIH y Sida. De tal forma que el modelo es más apropiado para planes estratégicos, contrario a los planes de acción anuales, los cuales deben ser costeados utilizando un alcance más detallado.

El cuadro N° 8 muestra una lista de suposiciones relacionadas con las intervenciones específicas, incluyendo los niveles de cobertura planeados y actuales así como los costos unitarios.

Cuadro N° 8
ESTIMACIONES DE COBERTURA Y COSTOS UNITARIOS
Honduras, 2007

| INTERVENCIÓN | COBERTURA | COSTO UNITARIO |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Trabajadoras del sexo | | |
| Educación de Pares | 54% (2006) 93% (2012) | US\$ 22 / Trabajadora sexual alcanzada |
| Uso de condones | 86% (2006) 95% (2012) | US\$ 0.30 / condón distribuido |
| Hombres que tienen relaciones sexuales con otro hombre | | |
| Educación de Pares | 28% (2006) 75% (2012) | US\$ 18 / Hombre que tiene relaciones sexuales con otro hombre alcanzado |
| Uso de condones | 67% (2006) 90% (2012) | US\$ 0.30 / condón distribuido |
| Usuarios de drogas intravenosas | | |
| Reducción de daño | 1% (2006) 80% (2012) | US\$ 18 / IDU alcanzado |
| Uso de condón | 20% (2006) 50% (2012) | US\$ 0.30 / condón distribuido |
| Garífuna | | |
| Educación de Pares | 20% (2006) 80% (2012) | US\$ 5.53 / Garífuna alcanzado |
| Privado de Libertad | | |
| Educación de Pares | 20% (2006) 80% (2012) | US\$ 23.66 / privado de libertad alcanzado |
| Jóvenes | | |
| Movilización Comunitaria | 9% (2006) 22% (2012) | US\$ 1.44 / joven alcanzado |
| Educación en escuelas primarias | 28% (2006) 80% (2012) | US\$ 30 / maestra recibiendo entrenamiento |
| Educación en escuelas secundarias | 36% (2006) 80% (2012) | US\$ 30 / maestra recibiendo entrenamiento |
| Intervenciones para jóvenes fuera de la escuela | 7% (2006) 80% (2012) | US\$ 13 / joven alcanzado |

| Trabajadores | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Educación de Pares | 1% (2006) 4% (2012) US\$ 4.13 / trabajador |
| Acceso a servicio de infecciones de transmisión sexual | 1% (2006) 4% (2012) US\$ 25 / trabajador |
| Uso de condón | 1% recibiendo condones (2006) 4% recibiendo condones (2012) US\$ 0.30 / condón distribuido |
| Infecciones de transmisión sexual | |
| Tratamiento por infecciones de transmisión sexual | 26% tiene acceso a servicios (2006) 90% tiene acceso a servicios (2012) US\$ 20 / paciente |
| Consejería para prueba voluntaria | |
| Pruebas de VIH | 0.4% de todos adultos (2006) 1.1% de todos adultos (2012) US\$ 20 / cliente |
| Madres Embarazadas | |
| Prueba por PMTCT | 18% de embarazadas (2006) 80% de embarazadas (2012) US\$ 20 / mujer embarazada |
| Servicios para mujeres VIH | 70% de embarazadas VIH positivo (2006) 80% de embarazadas VIH positivo (2012) US\$ 540 / embarazadas VIH |
| Comunicación Masiva | |
| Campaña | US\$ 680,000 / año (2006 y 2012) |
| Sangre Segura | |
| Prueba por VIH | 100% (2006) 100% (2012) US\$ 15.68 / unidad de sangre |

| Trabajadoras en Salud y Víctimas de Violencia | | |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Profilaxis luego de la exposición | 100% (2006) 100% (2012) | US\$ 101.81/set |
| Precauciones universal | 32% camas de hospitales (2006) 95% camas de hospitales (2012) | US\$ 306 / camas de hospitales |
| Personas con VIH | | |
| TARGA | 41% de personas que necesitan TARGA (2006) 75% de personas que necesitan TARGA (2012) | US\$ 803 / año: primera línea US\$ 2,276 / año: segunda línea (costos incluyen medicamentos, laboratorios, y la oferta de los servicios) |
| Profilaxis y tratamiento de las infecciones oportunistas | 100% de los personas identificado (2006) 100% de los personas identificado (2012) | US\$ 686/paciente |
| Huérfanos | | |
| Programa integral | | US\$ 1.8 millón (2008) US\$ 2.5 millón (2012) |
| Políticas, Gerencia, Monitoreo y Evaluación | | |
| Políticas | 5% del presupuesto total | |
| Gerencia | 2% del presupuesto total | |
| Investigación | 3% del presupuesto total | |
| Monitoreo y Evaluación | 5% del presupuesto total | |
| Recursos humanos para el programa | 10% del presupuesto total | |
| Entrenamiento | 5% del presupuesto total | |

Los datos del cuadro N° 8 muestran información que es utilizada por el Modelo de Recursos y Necesidades para estimar la necesidad de recursos del Pensida III.

Cuadro N° 9
COSTO DEL PENSIDA III (Millones de US\$)
Honduras, C.A. 2008 – 2012

| AREAS DE COSTEO | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2008-2012 |
|-----------------------------------------------------|------|------|------|------|------|-----------|
| Poblaciones con mayor prioridad | 4.3 | 5.5 | 6.6 | 7.9 | 8.8 | 33.1 |
| Intervenciones enfocadas en jóvenes | 0.6 | 0.8 | 1.0 | 1.2 | 1.3 | 4.9 |
| Trabajadoras del sexo y clientes | 0.3 | 0.4 | 0.5 | 0.5 | 0.6 | 2.3 |
| Lugar de trabajo | 1.6 | 2.0 | 2.4 | 2.8 | 3.1 | 11.9 |
| Consumidores de drogas intravenosas | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.1 | 0.1 | 0.2 |
| Hombres que tienen sexo con hombres | 0.8 | 1.0 | 1.2 | 1.4 | 1.6 | 6.0 |
| Movilización de la comunidad | 0.8 | 1.0 | 1.2 | 1.4 | 1.6 | 6.0 |
| Garífuna | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.2 | 0.2 | 0.7 |
| Privados de Libertad | 0.1 | 0.2 | 0.2 | 0.3 | 0.3 | 1.1 |
| Servicios de entrega | 7.2 | 8.8 | 10.4 | 12.2 | 14.0 | 52.6 |
| Abastecimiento de Condones | 3.1 | 3.8 | 4.5 | 5.3 | 6.0 | 22.7 |
| Administración de infecciones de transmisión sexual | 1.2 | 1.5 | 1.8 | 2.1 | 2.5 | 9.1 |
| VCT Asesoría Voluntaria | 0.5 | 0.6 | 0.7 | 0.8 | 1.0 | 3.6 |
| Prevención de transmisión de madre a hijo | 1.7 | 2.2 | 2.7 | 3.3 | 3.8 | 13.7 |
| Medios masivos de comunicación | 0.7 | 0.7 | 0.7 | 0.7 | 0.7 | 3.5 |
| Cuidados de Salud | 2.6 | 2.9 | 3.3 | 3.6 | 4.0 | 16.4 |
| Transfusiones de sangre seguras | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 5.0 |
| Profilaxis post-expuestas | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.5 |
| Precauciones Universales | 1.5 | 1.8 | 2.2 | 2.5 | 2.9 | 10.9 |
| Sub Total | 14.1 | 17.2 | 20.3 | 23.7 | 26.8 | 102.1 |
| Servicios de cuidado y tratamiento | 7.2 | 7.5 | 7.7 | 7.9 | 8.3 | 38.6 |
| Terapia ARV | 6.3 | 6.8 | 7.1 | 7.4 | 7.8 | 35.4 |
| Cuidado (no-ARV) y Profilaxis | 0.8 | 0.6 | 0.5 | 0.4 | 0.4 | 2.7 |
| Capacitación en cuidado de Terapia ARV | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Tuberculosis | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.5 |
| Mitigación | 1.8 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.6 | 11.3 |
| Educación | 0.2 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 1.4 |
| Familia / apoyo al hogar | 1.3 | 1.5 | 1.6 | 1.7 | 1.8 | 7.9 |
| Apoyo a la comunidad | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.2 | 0.6 |
| Costo Organizacional | 0.2 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 1.4 |
| Sub Total | 9.0 | 9.7 | 10.0 | 10.3 | 10.9 | 49.9 |
| Políticas, Administración, Investigación y MyE | 6.9 | 8.0 | 9.1 | 10.2 | 11.3 | 45.5 |
| Total Millones de US\$ | 30.0 | 34.9 | 39.4 | 44.2 | 49.0 | 197.5 |

El cuadro N° 9 muestra información acerca de la estimación de recursos financieros necesarios.

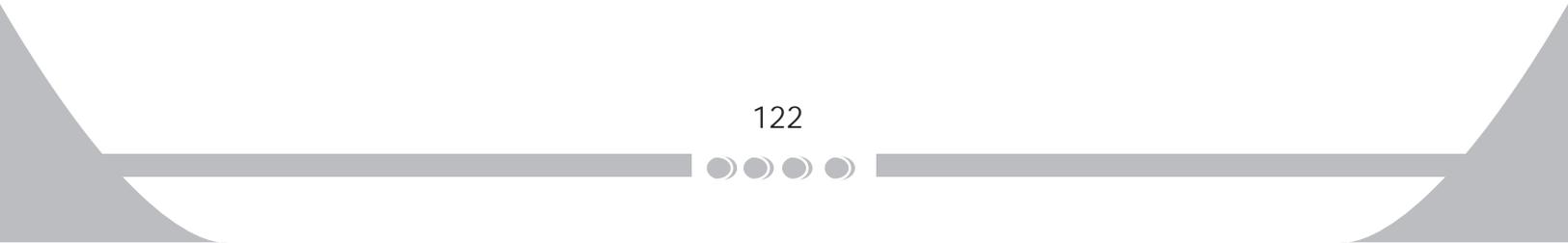
Como se muestra en el cuadro N° 9, se espera que el total de recursos necesarios se incremente de aproximadamente US\$ 30 millones en 2008 a US\$ 49 millones en 2012. El análisis de MEGAS indica que el total de recursos invertidos en 2006 fue aproximadamente de US\$ 17.5 millones. De tal forma que cualquier aumento en la cobertura, implicará un aumento US\$ 4 millones a US\$ 5 millones por año.

Un análisis de los recursos a invertir sugiere que aproximadamente el 52% de todas las necesidades se encuentran en el área de prevención, 23% para políticas, administración, investigación y monitoreo y evaluación, 20% para cuidado y tratamiento y 5% para el cuidado y apoyo a huérfanos y niños vulnerables.

El cálculo de los costos sugiere que si estos recursos son generados y utilizados eficientemente, sería razonable esperar alcanzar efectivamente al 80% de la población Garífuna, 80% de los privados de libertad, 75% de los hombres que tienen sexo con otros hombre y al 93% de los trabajadores y trabajadoras del sexo. También es razonable asumir que un gran número de jóvenes, usuarios de drogas intravenosas y personas de la comunidad en general serían beneficiados de las intervenciones de prevención bajo Pensida III.

En cuanto a la parte de cuidado y tratamiento, también es razonable esperar que todos los tratamientos necesarios sean recibidos, lo cual coincide con la meta de acceso universal . Cuidado y tratamiento debe incluir no sólo la terapia antirretroviral sino también tratamiento y profilaxis para infecciones oportunistas, cuidado paliativo, etc.

.....
²¹ *Note que para los propósitos de acceso universal a antiretrovirales es poco probable que se alcance al 100%, dado que el número de personas no sabrán que están infectadas por el VIH, no buscarán y/o no aceptarán tratamiento. Sin embargo, el acceso universal, debe asegurar que todas las personas que soliciten tratamiento lo obtengan.*



CAPÍTULO IV

IMPLEMENTACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL EN EL MARCO DE LOS TRES UNOS

La iniciativa de los Tres Unos que promueve Onusida fue refrendada en una reunión de consulta sobre armonización de la financiación internacional para Sida, llevada a cabo abril de 2004, con el fin de fortalecer las capacidades de respuesta de los países y optimizar el uso de los recursos. Comprende la creación y consolidación en los países de:

1. Un plan estratégico concertado sobre el Sida que proporcione la base para coordinar el trabajo con todos los asociados
2. Una autoridad nacional de coordinación del Sida, cuyo mandato es multisectorial amplio; y
3. Un sistema único de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional.

Para el fortalecimiento de esta iniciativa se propone lo siguiente:

- Capacidad de asumir un liderazgo.
- Ajuste y armonización.
- Reforma para una respuesta multilateral más eficaz.
- Rendición de cuentas y supervisión.

En Honduras la iniciativa de los “Tres Unos” ha sido ampliamente aceptada por la Conasida y los diferentes actores que participan en la respuesta nacional, para la implementación se han realizado importantes esfuerzos por consolidar y fortalecer cada uno de los “Tres Unos”.

Antes del surgimiento de esta iniciativa se abogó por un liderazgo nacional con amplia representación multisectorial, representado en la autoridad legítima de la Conasida. Por otra parte desde 1998 a la fecha, se han elaborado 3 Planes estratégicos ampliamente concertados con los diferentes sectores acorde a las realidades y retos que la epidemia ha demandado en su momento.

Como grandes desafíos en el marco de los “Tres Unos” se encuentran: La definición e implementación de un Sistema Único de Monitoreo y Evaluación que involucre a los diferentes sectores, cuyos lineamientos estratégicos forman parte del Plan 2008-20012; así como la integración de una Conasida al más alto nivel. También se consideran como retos importantes la coordinación y armonización de la cooperación internacional, y la rendición de cuentas.

Liderazgo de la respuesta nacional bajo la Conasida

La Conasida a partir de su reactivación en 2006, ha definido y asumido como prioridad en su plan de acción 2006- 2007 una serie de acciones estratégicas orientadas a fortalecer su rol rector en la coordinación de la respuesta nacional a la epidemia del VIH.

Como acción estratégica se ha presentado ante el Congreso Nacional de la República, la propuesta de Reforma de la Ley Orgánica de Conasida, con la que se busca elevar el perfil de representación de sus miembros y asegurar los recursos financieros y humanos para la implementación de las políticas públicas en materia de VIH y Sida, así como la coordinación de las acciones de la respuesta.

En Septiembre de 2006 la Conasida asumió el liderazgo en la coordinación del proceso de elaboración del Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y Sida, y promovió un ejercicio de construcción, con amplia participación multisectorial, incluyendo el respaldo y apoyo de la comunidad cooperante. Los miembros representados en la Conasida se han involucrado en el proceso de elaboración del Pensida III, desde la formulación de los lineamientos estratégicos, hasta la definición de acciones sectoriales, con un enfoque integral de la problemática.

Para asegurar la implementación del Pensida III, serán elaborados y operativizados los planes de acción anual, debidamente costeados y con niveles de responsabilidad sectorial e institucional. Para garantizar la toma de decisiones políticas oportunas, la Conasida se propone llevar a cabo al menos 3 reuniones de alto nivel al año.

Por otra parte, Conasida promoverá la implementación de un efectivo sistema de Monitoreo y Evaluación Nacional, que facilite la información y la evidencia para la toma de decisiones. Esta responsabilidad operativa estará a cargo de la Unidad de Monitoreo y Evaluación Nacional que será creada adscrita a la Conasida para tal fin.

Para asegurar el uso apropiado de los recursos, y la optimización de los esfuerzos, la Conasida promoverá la coordinación y armonización entre las instituciones multilaterales y donantes internacionales, por medio de la implementación de disposiciones comunes, la simplificación de procedimientos y el intercambio de información y la rendición de cuentas.

Actores claves en la implementación

La respuesta nacional en Honduras esta integrada por diversos actores clave, que bajo la coordinación de la Conasida contribuyen con visión multidisciplinaria, expresada por la diversidad de disciplinas y experiencias, para un abordaje holístico y una respuesta efectiva, desde la perspectiva global y local de la epidemia del VIH; cuentan con un bagaje de potencialidades, recursos y perspectivas que armonizados de manera estratégica, conjuga esfuerzos y saberes, para una respuesta innovadora, eficaz y coherente con los intereses y necesidades de la sociedad y la consecuente optimización de los recursos disponibles.

Es preciso señalar, que los actores clave responsables de conducir la respuesta nacional y de incorporar los lineamientos del Pensida III, en los planes estratégicos de las instituciones que representan, son los que forman parte de la Conasida, otros actores habrá que sensibilizarlos sobre la temática, son una fuerza latente de fundamental importancia en la implementación del Pensida III, no solo con el personal que labora en sus instituciones, sino que también en los procesos que desarrollan en las comunidades, entre estos: los sindicatos y las confederaciones a las que pertenecen, las organizaciones campesinas, los colegios profesionales, el sector agrícola, la industria, las organizaciones étnicas, las Ong's, los académicos y sus estudiantes (en la produc-

ción de trabajos científicos o en el ejercicio de proyectos estudiantiles)

Las sociedades funcionan con mayor eficacia cuando el Estado y sus ciudadanos se comprometen en la formulación y aplicación de políticas, para ello se requiere de procesos consistentes, incluyentes y de desarrollo de capacidades involucrando a los diferentes grupos sociales y estamentos gubernamentales, medios de comunicación que antes no han sido incluidos.

Las primeras respuestas de la sociedad civil, surgieron desde las personas con VIH, familiares, Ong's y organizaciones de feé. Estos grupos siguen siendo efectivos en este nuevo plan donde la respuesta cada vez es más incluyente, analizándose mecanismos apropiados para una participación informada y organizada.

Los cooperantes son actores clave, y contribuyen con asistencia técnica apropiada y financiera con base en las prioridades nacionales establecidas en el Plan Estratégico; desde las instancias como ser: las Mesas Sectoriales, Fondo Global, la Estrategia de Reducción de la Pobreza, El Plan Conjunto de las Naciones Unidas en Materia de VIH y desde la abogacía por el cumplimiento de convenios internacionales con los cuales se vinculan (ODM, Declaración de Compromisos Ungass).

El problema del VIH es de carácter social y en cuya respuesta se espera el concurso de toda la sociedad organizada

Atribuciones y mecanismos de ejecución de las instancias que integran la Conasida.

La Comisión Nacional del Sida fue creada como órgano superior; gestor y de coordinación interinstitucional; y como ente disciplinario de formulación de políticas generales en materia de VIH y Sida.

Secretaría ejecutiva de la Conasida

Para el mejor cumplimiento de los fines, la Comisión Nacional del Sida (Conasida) cuenta con una secretaría ejecutiva que es desempeñada por el Programa Nacional de Sida.

La secretaría ejecutiva de la Conasida tiene las siguientes funciones:

- Elaborar el anteproyecto de presupuesto de la Conasida y someterlo a ésta para su aprobación y envío a las instancias respectivas.
- Administrar el presupuesto asignado a la Conasida.
- Mantener informados a todos los miembros de la Conasida de los asuntos de su competencia.
- Presentar y validar propuestas y recomendaciones a la Conasida, para el diseño o formulación de políticas, programas o proyectos en materia de VIH y Sida, enfermedades de transmisión sexual y tuberculosis.
- Coordinar, monitorear y evaluar las decisiones que haya adoptado la Conasida.
- Presentar un informe semestral de actividades a la Conasida.
- Otras que se atribuyan o deleguen.



Cuadro N° 10
Atribuciones y mecanismos de ejecución de las instancias que integran la Conasida.

| N° | INSTANCIA | ATRIBUCIONES | MECANISMOS DE EJECUCION |
|-----|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Secretaría de Salud | <ul style="list-style-type: none"> • Formulación, aprobación y validación de las políticas nacionales en materia de educación, prevención, tratamiento, control, información, investigación y cualquier otro tema vinculado a la problemática de VIH y Sida. • Fortalecimiento y apoyo al Plan Nacional de Lucha contra el Sida. • Gestión de recursos financieros, tecnológicos y de otra índole nacional e internacional para apoyar los programas y proyectos institucionales en materia de prevención, atención e investigación. • Coordinación interinstitucional para la ejecución de las políticas nacionales en materia de VIH y Sida. • Vigilancia, monitoreo y divulgación de los programas interinstitucionales de VIH y Sida. • Coordinación en la formación de cuadros técnicos para fortalecer los programas institucionales. | <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar programas destinados al cumplimiento de las acciones descritas en el artículo 2 de Ley Especial sobre VIH y Sida, gestionando recursos para su funcionamiento y ejecución. • Promover la capacitación de recursos humanos y el desarrollo de actividades de estudio e investigación, coordinando sus actividades con otros organismos públicos y privados, nacionales e internacionales. • Propiciar la adecuación de los planes nacionales a los acuerdos internacionales y evaluar las agendas nacionales e internacionales para la formulación y ejecución de programas conjuntos, relacionados con los objetivos y propósitos de la Ley. • Gestionar la ratificación y cumplimiento de los acuerdos, convenios y programas que suscriban con organismos nacionales o internacionales. |
| 2. | Secretaría de Educación | | |
| 3. | Secretaría de Trabajo y Seguridad Social | | |
| 4. | Secretaría de Seguridad | | |
| 5. | Consejo de Educación Superior | | |
| 6. | Instituto Hondureño de Seguridad Social | | |
| 7. | Dirección de Sanidad Militar | | |
| 8. | Consejo Nacional de Sangre | | |
| 9. | Asociación de Municipios de Honduras | | |
| 10. | Colegio Médico de Honduras | | |
| 11. | Consejo Hondureño de la Empresa Privada | | |
| 12. | Iglesia Católica | | |
| 13. | Asociación de Iglesias Evangélicas | | |
| 14. | Foro Nacional de Sida | | |
| 15. | Asociación Nacional de Personas Viviendo con Sida | | |

.....

²² Las atribuciones y mecanismos de ejecución fueron tomados de la Ley Especial sobre VIH y Sida de 1999.

Desarrollo de recursos humanos

Para el éxito de la implementación del Pensida III, el desarrollo de los recursos humanos es uno de los procesos fundamentales, por su responsabilidad de conducir y concretar la respuesta nacional, en un esfuerzo multisectorial y coordinado de la Conasida con la Comisión Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (CONARHUS) en el marco del Plan Nacional 2007- 2017.

El desarrollo de los recursos humanos incluidas la planificación, contratación, capacitación, formación, retención/retribución (por la alta deserción de recursos bien formados) y gestión de trabajadores calificados, representan el componente esencial para la capacidad de respuesta y reversión de la epidemia en el país.

Siendo la Conasida la autoridad nacional en VIH, debe contar con conocimientos, experiencias y tecnologías necesarias, para fortalecer las capacidades de los (as) involucrados (as), en todos los sectores y niveles, desde el nacional hasta el local, con estrategias de desarrollo de recursos humanos encaminadas a:

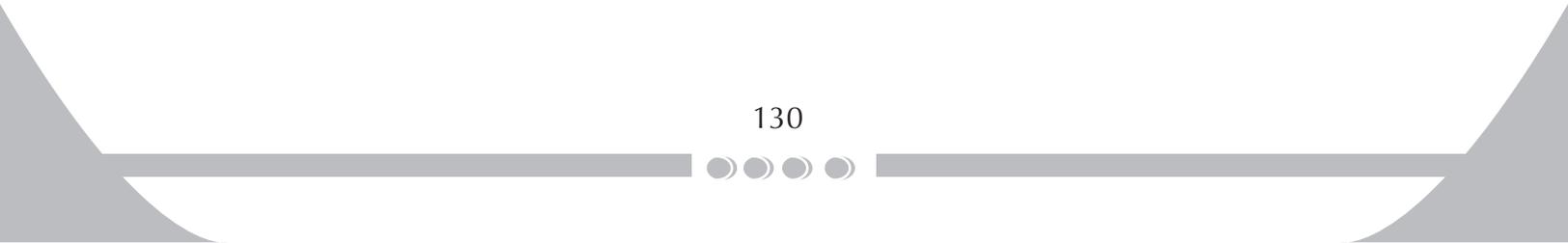
1. Contar con mecanismos que faciliten la planificación anticipada del personal necesario para los servicios de salud en materia de VIH.
2. Elaborar un plan, para fortalecer de las capacidades del personal, para los siguientes propósitos según competencia:
 - Conducción, coordinación, planificación, administración investigación, armonización, vigilancia, monitoria, evaluación y otros aspectos vinculados, para el personal político - normativo.
 - Renovación de la atención primaria con las comunidades (municipios) y sus líderes, para en el desarrollo de actividades con alcance multisectorial, encaminadas a la prevención, cuidado y apoyo social en VIH
 - Atención Integral con carácter multidisciplinaria y con servicios de calidad y con calidez e integración de otros servicios (incluye farmacéuticos, médicos, enfermeras, consejeros, técnicos, auxiliares, grupos de auto- apoyo y otros)
 - Liderazgo de la sociedad civil para una participación consistente y efectiva, que incorpore a las personas viviendo con VIH, los grupos en mayor condición de vulnerabilidad, las diferentes organizaciones entre otros
3. Incorporar contenidos de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género, violencia y énfasis en la prevención del VIH y las infecciones de transmisión sexual como eje transversal, en la educación formal y no formal en todos sus niveles y ámbitos (público y privado). Asimismo, la incorporación de contenidos curriculares en las diferentes carreras. iniciando por aquellas vinculadas a la salud, considerando su nivel de competencia.

El personal laborante en VIH, el personal de los centros formadores y los líderes de la sociedad, deben ser participes activos de procesos de educación permanente, según su área de trabajo, a fin de promover la experticia que les permita brindar una atención de alta calidad. El desarrollo de diplomados teórico prácticos y la incorporación de otras modalidades de probada eficacia, facilitaran las condi-



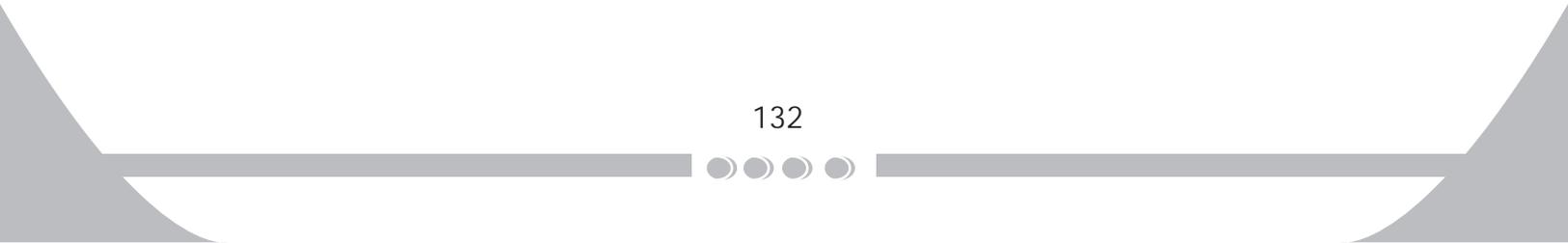
ciones para que el personal que brinda servicios, los (as) docentes y administradores (as) de los centros formadores se mantengan actualizados para el desempeño óptimo de sus funciones

En materia de VIH es preciso el rescate de prácticas óptimas, que sirvan de base para intervenciones similares, también se requiere la identificación de obstáculos, oportunidades, necesidades y alianzas para la acción concertada, planificada y centrada en evidencias concretas.



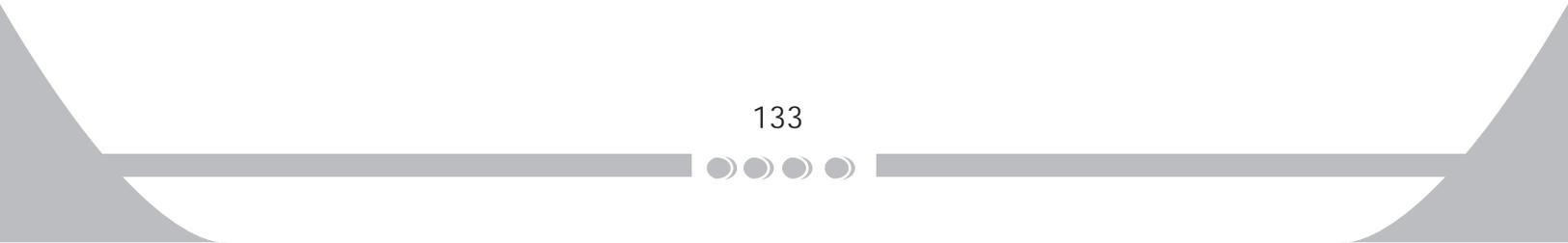
BIBLIOGRAFIA

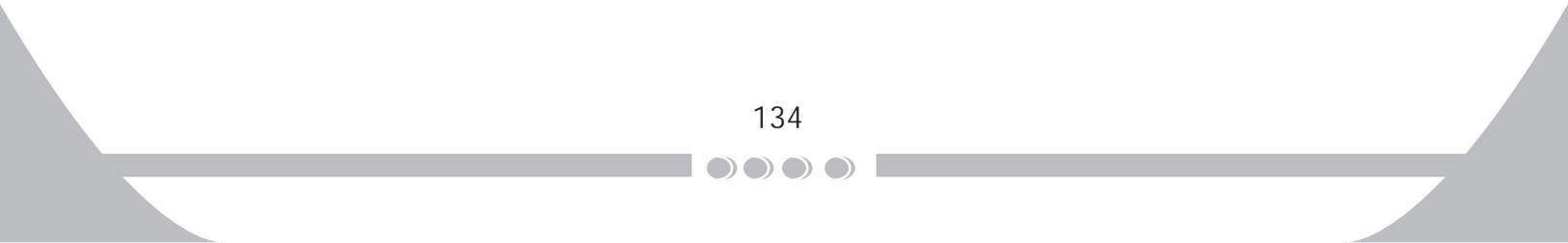
1. UNAIDS. 2006 Report on the global AIDS epidemic. 2006. Geneva, Switzerland, UNAIDS.
2. Mullen P. Review of National HIV/AIDS Strategies for Countries Participating in the World Bank's Africa Multi-Country AIDS Program (MAP): Background Paper for the OEC Evaluation of the World Bank's Assistance for HIV/AIDS Control. 2005. Washington DC, The World Bank Operations Evaluation Department.
3. Conasida. Análisis de la Situación y de la Respuesta de Honduras ante la epidemia del VIH/Sida y en el marco del Pensida-II periodo 2003-2007. 2007. Tegucigalpa, Honduras.
4. Camara B, Branson B. CAREC-CDC Estimates of People Living with HIV/AIDS in CAREC Member Countries. 2002. Port of Spain, Trinidad, Caribbean Epidemiology Centre. CAREC Surveillance Report.
5. Cohen J. Honduras, Why So High? A Knotty Story. *Science* 2006; 313(28 July 2006):481-483.
6. Núñez C FMFSSM. El Impacto Socioeconómico del VIH/Sida en Tegucigalpa y San Pedro Sula, Honduras. 1995. Tegucigalpa, Honduras and Arlington VA, Ministerio de Salud Publica de Honduras and AIDSCAP/Family Health International.
7. CDC. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento en Hombres que tienen sexo con Hombres y de Trabajadoras del sexo. 2007. Tegucigalpa, Honduras.
8. UNAIDS. 2004 Report on the Global AIDS Epidemic. 1-230. 2004. Geneva, Switzerland, UNAIDS.
9. Depto infecciones de transmisión sexual/VIH/Sida. Secretaría de Salud de Honduras. Epidemiologic Surveillance of HIV/AIDS Cases. 2006.
10. Engender Health. Sexually Transmitted Infections: Online Minicourse. 1-290. 2002. New York, NY.
11. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial
3. *PLoS Med* 2005; 2(11):e298.
12. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial
1. *Lancet* 2007; 369(9562):657-666.
13. Bailey RC, Moses S, Parker CB et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial
2. *Lancet* 2007; 369(9562):643-656.
14. Conasida. Honduras: Follow-Up Report to the Commitment on HIV/AIDS. 2006.
15. Secretaría de Salud [Honduras] INDElyMI. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA 2005-2006. 2006. Tegucigalpa, Honduras.
16. Secretaría de Salud [Honduras]. Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/infecciones de transmisión sexual y Comportamientos en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres en Honduras. 2003.
17. Bortman M, Saenz L, Pimenta I, Isern C, Rodríguez A, Miranda M et al. Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: Honduras: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic. 1-52. 2006. Washington DC, The World Bank.
18. UNAIDS. Guide to the Strategic Planning Process for a National Response to HIV/AIDS. UNAIDS, editor. 1998. Geneva, Switzerland, UNAIDS. UNAIDS Best practice Collection.
19. Secretaría de Salud [Honduras]. Epidemiología de VIH/Sida en Honduras: Situación Actual y Perspectivas. 2007.
20. AIDS Strategy and Action Plan (ASAP) team. HIV/AIDS Strategic Self Assessment Tool. [2]. 2006. Washington DC, World Bank.
21. Rodríguez-García R, Kusek J. Using Strategic Information to Improve Policy and Planning - A Handbook for Planners. 2007. Washington DC, The World Bank.



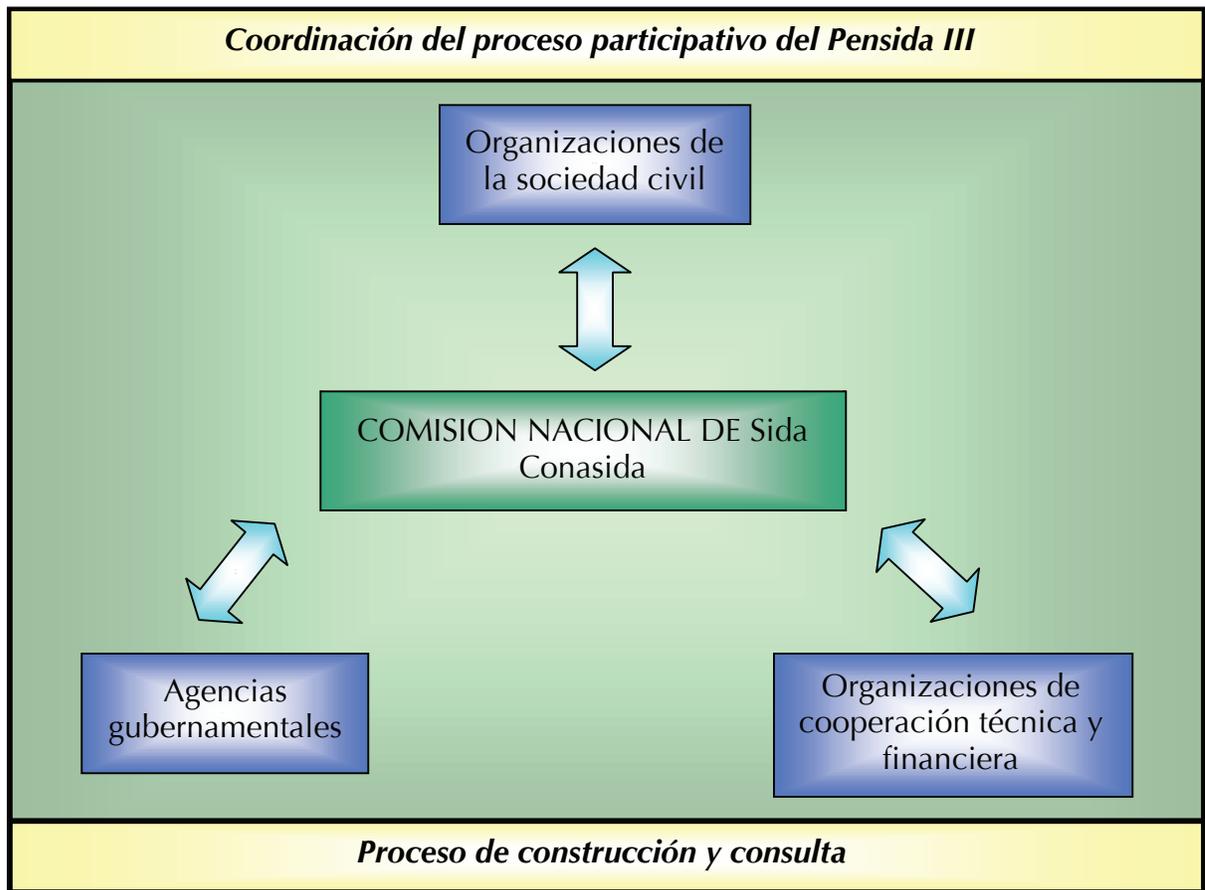


ANEXOS





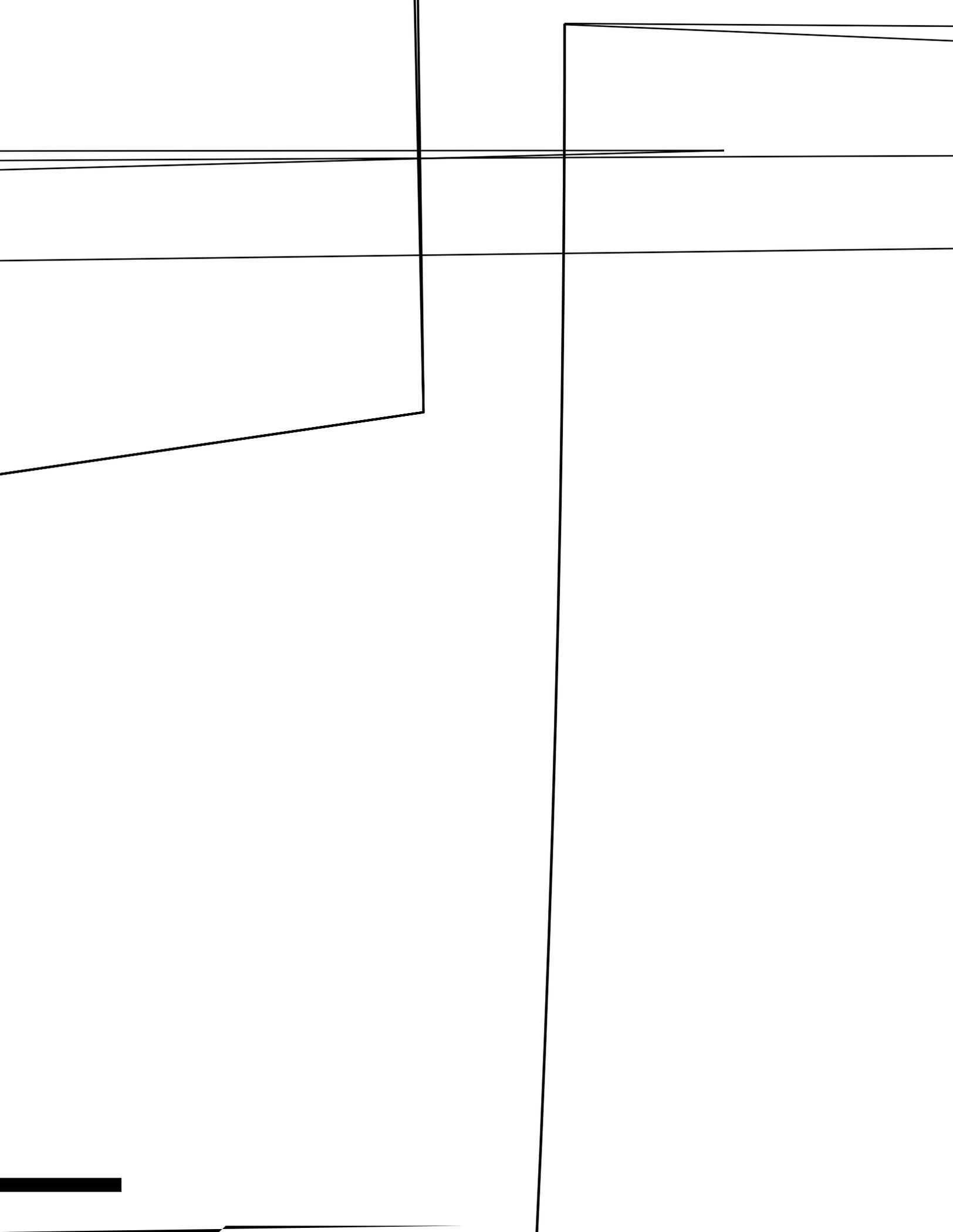
Anexo I: Organigrama de la implementación de la respuesta nacional





Anexo II: Agenda de investigación

Otras sub poblaciones han sido identificadas en el Pendida III que, aunque consideradas con un alto riesgo de infección o vulnerabilidad, requiere de investigación para establecer líneas de base. No obstante, éstas poblaciones serán también objeto de interv



Anexo IV: Estimados de la epidemia en población adulta

Estimados de la epidemia de VIH en población adulta general y en población adulta 15-49 años, 2007 - 2012

| Parametros | 2007 | 2008 | 2009 | 2012 | 2011 | 2012 |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Población Adulta Total | | | | | | |
| PVIH | | | | | | |
| Total | 27,258 | 28,536 | 29,982 | 31,579 | 33,254 | 34,959 |
| Hombres | 16,069 | 16,610 | 17,237 | 17,936 | 18,554 | 19,184 |
| Mujeres | 11,189 | 11,926 | 12,746 | 13,643 | 14,700 | 15,775 |
| Prevalencia adulto | 0.64 | 0.65 | 0.66 | 0.68 | 0.69 | 0.7 |
| Población Adulta 15-49 | | | | | | |
| Total | 3,674,849 | 3,792,015 | 3,912,449 | 4,035,645 | 4,160,073 | 4,287,185 |
| Hombres | 1,780,576 | 1,839,660 | 1,900,609 | 1,963,187 | 2,026,965 | 2,092,648 |
| Mujeres | 1,894,272 | 1,952,356 | 2,011,840 | 2,072,458 | 2,133,108 | 2,194,537 |
| PVIH: 15-49 | | | | | | |
| Total | 23,684 | 24,756 | 25,957 | 27,269 | 28,640 | 30,032 |
| Hombres | 14,182 | 14,649 | 15,179 | 15,763 | 16,366 | 16,967 |
| Mujeres | 9,502 | 10,108 | 10,777 | 11,507 | 12,274 | 13,065 |
| Prevalencia Adulto | 0.64 | 0.65 | 0.66 | 0.68 | 0.69 | 0.7 |
| Nuevas infecciones | | | | | | |
| Total | 1,445 | 2,712 | 2,761 | 2,811 | 2,810 | 2,799 |
| Hombres | 751 | 1,540 | 1,534 | 1,531 | 1,497 | 1,460 |
| Mujeres | 694 | 1,171 | 1,227 | 1,280 | 1,313 | 1,339 |
| Muertes anuales | | | | | | |
| Total | 1,446 | 1,339 | 1,249 | 1,172 | 1,118 | 1,073 |
| Hombres | 951 | 866 | 796 | 736 | 694 | 659 |
| Mujeres | 495 | 473 | 453 | 436 | 424 | 414 |
| Necesidades de TARGA | | | | | | |
| Total | 9,090 | 9,369 | 9,675 | 10,020 | 10,431 | 10,927 |
| Hombres | 5,957 | 6,061 | 6,182 | 6,331 | 6,522 | 6,765 |
| Mujeres | 3,133 | 3,308 | 3,492 | 3,690 | 3,909 | 4,162 |
| Personas recibiendo Targa | | | | | | |
| Total | 4,297 | 5,042 | 5,786 | 6,527 | 7,261 | 7,993 |
| Hombres | 2,862 | 3,312 | 3,752 | 4,180 | 4,595 | 5,003 |
| Mujeres | 1,435 | 1,729 | 2,034 | 2,347 | 2,666 | 2,990 |

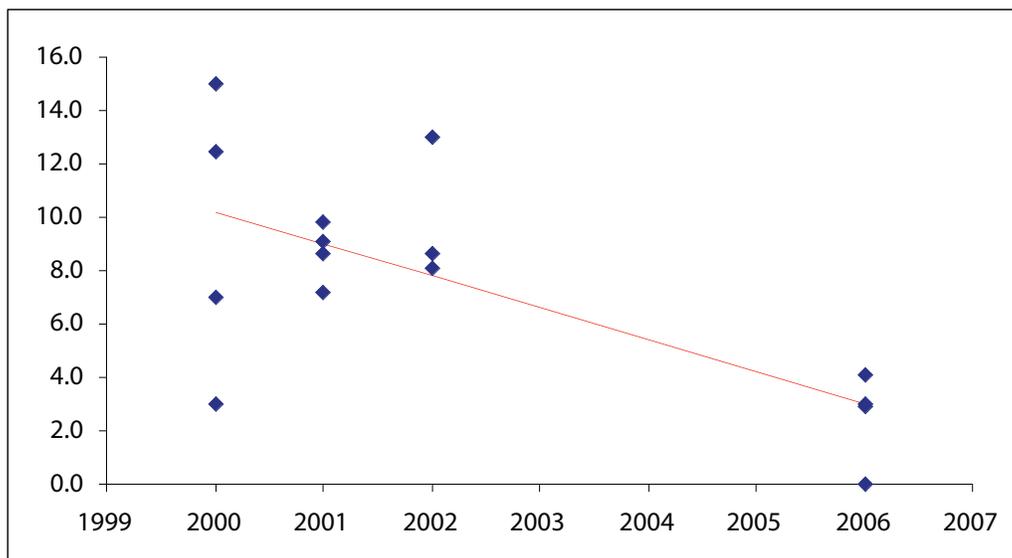
Anexo V: Estimados de la epidemia en niños

Estimados de la epidemia de VIH en niños (as) 0 a 14 años de edad, 2007 - 2012

| Parámetro | 2007 | 2008 | 2009 | 2012 | 2011 | 2012 |
|------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Poblacion 0-14 | | | | | | |
| Total | 2,991,215 | 3,008,229 | 3,023,767 | 3,038,368 | 3,057,562 | 3,075,665 |
| Hombres | 1,511,013 | 1,519,284 | 1,526,925 | 1,534,209 | 1,433,217 | 1,331,104 |
| Mujeres | 1,480,202 | 1,488,945 | 1,496,842 | 1,504,160 | 1,624,345 | 1,744,561 |
| PVIH Niños | | | | | | |
| Total | 1,954 | 2,037 | 2,127 | 2,225 | 2,328 | 2,440 |
| Hombres | 996 | 1,038 | 1,084 | 1,134 | 1,076 | 1,022 |
| Mujeres | 958 | 999 | 1,043 | 1,091 | 1,252 | 1,418 |
| Nuevas infecciones | | | | | | |
| Total | 210 | 212 | 219 | 228 | 236 | 245 |
| Hombres | 107 | 109 | 112 | 117 | 0 | 0 |
| Mujeres | 102 | 103 | 107 | 111 | 236 | 245 |
| Muertes anuales (sin ARV) | | | | | | |
| Total | 128 | 126 | 127 | 130 | 129 | 138 |
| Hombres | 66 | 64 | 65 | 66 | 48 | 44 |
| Mujeres | 63 | 62 | 62 | 64 | 81 | 94 |
| Niños que necesitan Cotrimoxazole | | | | | | |
| Total | 1,822 | 1,891 | 1,967 | 2,052 | 2,139 | 2,243 |
| Hombres | 928 | 963 | 1,002 | 1,045 | 1,090 | 1,033 |
| Mujeres | 894 | 927 | 965 | 1,006 | 1,049 | 1,210 |
| Niños que necesitan ART | | | | | | |
| Total | 826 | 943 | 1,065 | 1,190 | 1,310 | 1,442 |
| Hombres | 421 | 481 | 543 | 607 | 617 | 626 |
| Mujeres | 405 | 462 | 522 | 583 | 693 | 816 |
| Niños que reciben ART | | | | | | |
| Total | 738 | 868 | 998 | 1,128 | 1,258 | 1,388 |
| Hombres | 293 | 357 | 420 | 484 | 544 | 571 |
| Mujeres | 282 | 344 | 404 | 466 | 524 | 627 |
| Madres que necesitan PPTMH | 1,018 | 1,057 | 1,114 | 1,179 | 1,241 | 1,296 |
| Madre que reciben PPTMH | 273 | 345 | 414 | 484 | 553 | 593 |

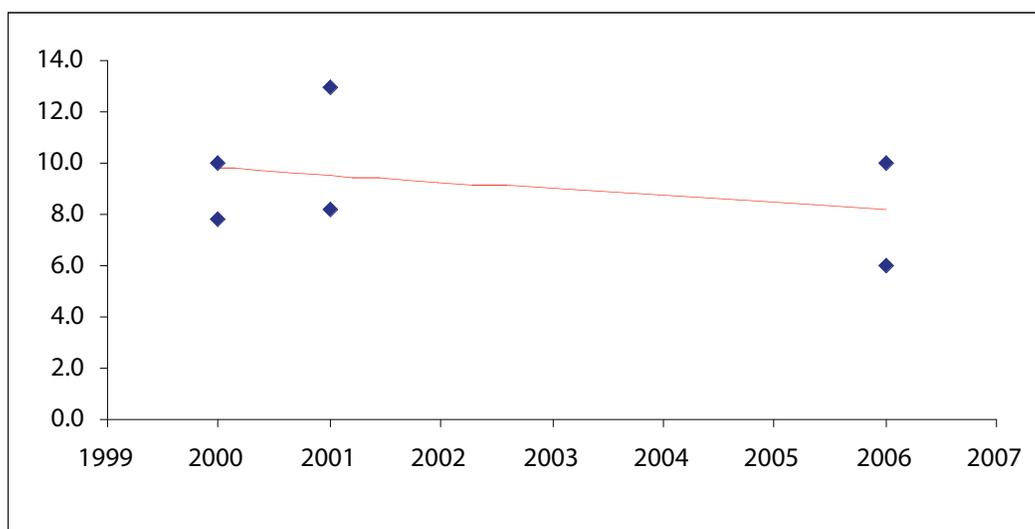
Anexo VI: Modelo de Regresión lineal aplicado a prevalencias de TS e de Hombres que tienen sexo con otros hombres

Modelo de regresión lineal utilizando los estimados de prevalencia de VIH en TS con que cuenta Honduras para el período 2000 - 2006



Fuente: UNAIDS Regression Model for Low Concentrated Epidemic 2007 – HIV Prevalence Trend Analysis in Excel for low level and concentrated Epidemics - Panama Workshop June 2007.

Modelo de regresión lineal utilizando los estimados de prevalencia de VIH en Hombres que tienen sexo con otros hombres con que cuenta Honduras para el período 2000 - 2006



Fuente: UNAIDS Regression Model for Low Concentrated Epidemic 2007 – HIV Prevalence Trend Analysis in Excel for low level and concentrated Epidemics - Panama Workshop June 2007.

Anexo VII: Lista de personas que han contribuido en la elaboración del Pensida III 2008-2012

Lista de de personas que han contribuido de una manera u otra en el proceso de análisis de la respuesta de Pensida-II, análisis de la situación del VIH y Sida, y en la formulación de Pensida III. Este documento no refleja necesariamente la opinión particular de cada una de estas personas, pero sí el consenso de las mesas y de los grupos de trabajo conformados en el proceso.

| Nº | APELLIDO (S) | NOMBRE | ORGANIZACIÓN |
|-----|------------------|------------------|-------------------------------------|
| 1. | Aelbrecht | Liesbth | Médicos Sin Fronteras |
| 2. | Alarcón | Amalia | Centro de Derechos de Mujeres |
| 3. | Aldana | Juana Maria | Rsd Metropolitana de SPS. SSH |
| 4. | Alduvín | Emilia | Dfid |
| 5. | Almendárez | Alicia | Fonasida |
| 6. | Álvarez | Berta | CDC/GAP- Honduras |
| 7. | Álvarez Arnoldo | Sandra | Conadeh |
| 8. | Alvarado | Perla | ULAT-MSH |
| 9. | Aguilar | Indira | Catrachas / Cofemun |
| 10. | Aguilar | Mirna | Fondo Global / Pnud |
| 11. | Aragón | Miguel | CDC/GAP - Honduras |
| 12. | Arzú | Bertha | Emuneh |
| 13. | Aviléz | Ritza | Comcavi |
| 14. | Ayala | Marvín | Arcoiris |
| 15. | Bande | Irina | Fundación Minnesota |
| 16. | Bautista | Lícida | Comcavi |
| 17. | Barahona | Claudio | Coiproden |
| 18. | Barahona | Emelina | Fonasida. Intibuca |
| 19. | Barahona Perdomo | Jeffrey | Banco Mundial - Secretaría de Salud |
| 20. | Barleta | Héctor | MCP - Fondo Global |
| 21. | Bendel | Maria | Asdi |
| 22. | Berrios | Miguel Ángel | Fonasida. El Paraíso |
| 23. | Blandin | Juan Francisco | Fundación Minnesota |
| 24. | Bonilla | Pastora | Inam |
| 25. | Bortman | Marcelo | Banco Mundial |
| 26. | Bú | Xiomara | Fonasida |
| 27. | Bustillo Strever | Lina | Secretaria de Salud |
| 28. | Caballero | Jaime | Programa ITS/VIH/Sida. Rsd Cortés. |
| 29. | Camoriano | Gisella | Pnud |
| 30. | Canales | Gabriela | Fonasida |
| 31. | Canales | Marvin Noel | Fondo Global – Pnud |
| 32. | Canales Meza | Wilma | Fonasida |
| 33. | Carias | Lérida | Gaviota |
| 34. | Carias | Marcos | Unfpa |
| 35. | Castrillo | Marcelo | Banco Mundial – ASAP |
| 36. | Castro | Lesby | Rs Metropolitana de TGU. SSH |
| 37. | Castro | Marcos | Canal 5 |
| 38. | Cerrato | Carmen Maria | Amda Honduras |
| 39. | Cerrato | Berthila | Ashonplafa. Copán |
| 40. | Cerrato López | José | Casa Renacer |
| 41. | Cerrato | Nidia Jacqueline | Liga de la Juventud |

| | | | |
|-----|--------------|----------------|-----------------------------------------|
| 42. | Clavijo | Hernando | Unfpa |
| 43. | Colíndres | Erica | Asonapvsidah |
| 44. | Contreras | Guadalupe | Rsd Comayagua. SSH |
| 45. | Corrales | Sandra | Fonasida, Choluteca |
| 46. | Cubas | Dora | Consultora Independiente |
| 47. | Cubillo | Lizeth | Confraternidad Evangélica |
| 48. | Cruz Lagos | Jorge | Cesadeh |
| 49. | Cruz | Maria Elena | Visión Mundial |
| 50. | Cruz | Ramona | Aldea Global |
| 51. | Cubillas | Julio Cesar | Casa Renacer |
| 52. | Chávez | Miriam | IHSS |
| 53. | Chinchilla | Elmer Geovany | Fuerzas Armadas |
| 54. | De la Puente | Devanna | Adevas – Unifem |
| 55. | De León | Miriam | Médicos Sin Frontera |
| 56. | Díaz | Maria Georgina | Dpto. de Estadística. SSH |
| 57. | Díaz Méndez | Maria Virginia | CEM – H |
| 58. | Dreisissig | Daniela | Fonasida |
| 59. | Dole | Blanca | Cofemun |
| 60. | Dolmo | Ciria Maria | Oficina Municipal de la Mujer. Trujillo |
| 61. | Domínguez | Fátima | Rsd La Paz. SSH |
| 62. | Donaire | Alba Luz | Ihnfa |
| 63. | Duarte | Karen Janneth | Muchachas Guías, Tegucigalpa |
| 64. | Edwards | Renai | CDC – SSH |
| 65. | Eguigure | José | Conadeh |
| 66. | Espinal | Héctor | UNICEF |
| 67. | Espinal | Enrique | Secretaría de Salud |
| 68. | Estrada | Ana Lucila | Upeg - SSH |
| 69. | Estrada | Eduardo | FF AA |
| 70. | Erazo | Luís | Asociación Rimás |
| 71. | Euceda | Maura | Ihnfa. Red Vial |
| 72. | Euceda | Selvin Ernesto | Colectivo Travestí |
| 73. | Farach | Nazim | ULAT-MSH |
| 74. | Fernández | Margarita | Instituto Nacional de la Mujer |
| 75. | Fernández | Jorge | Consejo Nacional de Sangre |
| 76. | Fernández | Ricardo | Dgvs - SSH |
| 77. | Ferrera | Ana | CEM-H |
| 78. | Ferrera | Aura Ninfa | Rsd Colón. SSH |
| 79. | Ferrera | Brenda | Ccid |
| 80. | Ferrera | Hermes N | Casa Renacer |
| 81. | Ferrera | Lilian | Sued- Unah |
| 82. | Figueroa | Manuel | Consejo de Educación Superior |
| 83. | Flores | Diana | Secretaría de Educación |
| 84. | Flores | Gabriela | Red de Jóvenes por los DSR |
| 85. | Flores | Janneth | Fonasida |
| 86. | Flores | Miguel | Secretaría de Seguridad |
| 87. | Flores U | Sergio | Hospital Atlántida |
| 88. | Fonseca | Regina | CDM |
| 89. | Forsythe | Stheven | Banco Mundial - ASAP |
| 90. | Fuentes | Darwin | Kukulcán |
| 91. | Fúnez | Karla Patricia | Ihnfa |
| 92. | Gaillard | Eric | Banco Mundial - ASAP |
| 93. | Galeano | Leonel | Fonasida . La Ceiba, Atlántida |
| 94. | Galeas | Teodora | Red de Abuelas. Choluteca |
| 95. | Galindo | Héctor | Prog. ITS/ VIH/SIDA. Choluteca |
| 96. | García | Ana Mareilly | Proyecto VIDA. La Ceiba |
| 97. | García | Joany | Fonasida |

| | | | |
|------|------------|----------------|-------------------------------------|
| 98. | García E | Julia | Depto. Salud Mental. SSH |
| 99. | García | Mireya | Fonasida |
| 100. | García | Odalys | Dpto. ITS/VIH/SIDA. SSH |
| 101. | Garza | Rosa | Ayuda en Acción |
| 102. | Gradelhy | Juan Ramón | Onusida |
| 103. | Godoy | Rolando | PMA |
| 104. | Gómez | Miriam Beatriz | Red de Abuelas |
| 105. | González | Maria Teresa | Cocsida |
| 106. | Gonzáles | Martha | Rompiendo Cadenas |
| 107. | Gonzáles | Mercy Pastora | Rsd Copán. SSH |
| 108. | Guardiola | Daisy | Rsd Atlántida. SSH |
| 109. | Guevara | Tomás | Rsd Olancho. SSH |
| 110. | Guerrero | Miguel | Instituto Nacional de la Juventud |
| 111. | Gulallaume | Legros | Acdi |
| 112. | Gutiérrez | Nuvia | Rsd La Paz. SSH |
| 113. | Gupta | Sundeeep | CDC/GAP - Honduras |
| 114. | Guzmán | Gustavo | Asociación Arcoiris Lgtb |
| 115. | Hernández | José Luís | FF AA |
| 116. | Hernández | Josué Elías | Cepress |
| 117. | Hernández | Miriam Isabel | Asociación Manos Amigas |
| 118. | Hernández | Reina Isabel | Paz y Justicia |
| 119. | Hernández | Rosalinda | Dpto. ITS/VIH/SIDA. SSH |
| 120. | Inestroza | Judith Araceli | Red Contra la Violencia |
| 121. | Satoru | Lida | Jica |
| 122. | Irías | Rene Javier | Secretaría de Educación |
| 123. | Isidoro | Paulino | |
| 124. | Jahnsen | Javier | ONUSida |
| 125. | Lacayo | Karen | Col. de Profesionales de Enfermería |
| 126. | Lacayo | Nedelka | Emuneh |
| 127. | Lanza | Maria Eugenia | Dpto. Genero. SSH |
| 128. | Lara | Bredy | CDC/GAP - Honduras |
| 129. | Lazo | Meliza | Dpto. ITS/VIH/SIDA |
| 130. | Linares | Gaby Roxana | Asonog. Ocotepeque |
| 131. | López | Fany Morelia | GAA. Choluteca |
| 132. | López | Josué Manuel | GAA. Choluteca |
| 133. | López | Juan Bautista | Choluteca |
| 134. | López | Louis Weldenor | Cruz Roja Hondureña |
| 135. | López | Marco Aurelio | Fonasida . La Ceiba |
| 136. | López | Martha Maria | Fonasida . Choluteca |
| 137. | López Lara | Luís Rodolfo | Fonasida . Santa Rosa de Copán |
| 138. | López | Yeymi Noelia | GAA. Choluteca |
| 139. | López | Pablo | Rsd Francisco Morazán. SSH |
| 140. | Madrid | Ingrid | Congreso Nacional |
| 141. | Magaña | Ernesto | Ayuda en Acción |
| 142. | Maldonado | Jairo | HM Producciones |
| 143. | Maradiaga | Hancel | Imágenes Positivas |
| 144. | Maradiaga | José Virgilio | Asociación Arco Iris Lgtb |
| 145. | Maradiaga | Lorena | Cruz Roja Hondureña |
| 146. | Martínez | Erick | Kukulcán |
| 147. | Martínez | Lenín | Fondo Global MCP |
| 148. | Martínez | Mabel | Ayuda en Acción |
| 149. | Martínez | Noemí | Cohep |
| 150. | Martínez | Tania Gabriela | Red de Abuelas. Choluteca |
| 151. | Mass | Gabriel | Catrachas |
| 152. | Mayen | Lorena | Fonasida |
| 153. | Medina | Lessa | AMDA de Honduras |

| | | | |
|------|---------------|--------------------|-----------------------------------------|
| 154. | Medina | Javier | Cogaylesh. Kukulcán |
| 155. | Medina | Ruth Maria | Rs Metropolitana TGU. SSH |
| 156. | Meléndez | Brenda | Docente UNAH |
| 157. | Mencía | Juan Francisco | Colectivo Violeta |
| 158. | Mejía | Leyla | Rs de Atlántida. SSH |
| 159. | Mejía | Liliana Rafaela | Onusida |
| 160. | Mejía | Sonia Rosario | Fonasida |
| 161. | Méndez | Maria Elena | CEM-H |
| 162. | Mendoza | Irma | Conasida |
| 163. | Mendoza | Suyapa | Laboratorio Nacional de ITS. SSH |
| 164. | Meza | Rita Isabel | Laboratório Nacional de Sida. SSH |
| 165. | Molinero | Rudy | Conasida, Secretaria de Trabajo y SS |
| 166. | Moncada | Andersy | Depto. ITS/VIH/SIDA. SSH |
| 167. | Moncada | José | Depto. Salud Mental. SSH |
| 168. | Montoya | Vilma | Cohep |
| 169. | Montenegro | Miriam | Banco Mundial |
| 170. | Moradel | Miriam | Ceprosaf |
| 171. | Morales | Gina | Depto. ITS/VIH/SIDA. SSH |
| 172. | Munguía | Sindy | Fonasida |
| 173. | Munguía | Gima | Red de Mujeres Positivas |
| 174. | Muñoz | Bibiana Paz | Liga Lactancia Materna. SPS |
| 175. | Murillo | Ana Silvia | Secretaría de Salud |
| 176. | Murillo | Gilma Nereida | Secretaría de Salud |
| 177. | Murillo | Nidia | Rsd Cortés. SSH |
| 178. | Navarro | Lorena | Amhon |
| 179. | Navarro | Maribel | Depto. Salud Integral a la Familia. SSH |
| 180. | Obando | Martha | Unicef |
| 181. | Ochoa | Ofelia | Secretaria de Educación |
| 182. | Ochoa | Santa Margarita | Secretaría de Finanzas |
| 183. | Ochoa de | Sandra | Mujeres Positivas |
| 184. | Oliva | Edwin Armando | Siempre Unidos |
| 185. | Ordóñez | Dorís | Rs Metropolitana TGU. SSH |
| 186. | Ordóñez | Mario | Casa Alianza |
| 187. | Ordóñez | Lily | Congreso Nacional |
| 188. | Ortiz | Karla | PDA San Matías, Choluteca |
| 189. | Otero | Cesar | Colectivo III |
| 190. | Palma | Randy Amed | Kukulcán |
| 191. | Padilla | Carolina | Depto. Salud Mental. SSH |
| 192. | Padilla | Iris | OPS/OMS |
| 193. | Palencia | Nelson | Kukulcán |
| 194. | Palou | Elsa | Colegio Médico Honduras |
| 195. | Paredes | Mayté | Conasida / Dpto. TS/VIH/SIDA. SSH |
| 196. | Pavón | Estefanía Ivanna | Cocsida. La Ceiba |
| 197. | Pavón | Fernando | Banco Mundial |
| 198. | Paz | Nerza | Conasida / Secretaría de Salud |
| 199. | Pelen | Rosario Lily | Cohep |
| 200. | Peralta | Wendy Marilyn | Red de Mujeres Positivas |
| 201. | Pérez | Diego Josué | Adetriunf |
| 202. | Pérez Rosales | María Dolores | OPS/OMS |
| 203. | Pérez | Trudis | Red de Mujeres Positivas |
| 204. | Peñalva | Ermelinda | Fonasida |
| 205. | Pineda | Alison | Fundación Amor |
| 206. | Pinel | Carolina | Fonasida |
| 207. | Pinel | Rolando | MCP/FG |
| 208. | Pinto | Maria del Transito | Fonasida Ocatepeque. |
| 209. | Polesana | Michelle | Onusida |

| | | | |
|------|---------------|-----------------|--------------------------------------|
| 210. | Ponce | Elvin | Arcoiris |
| 211. | Ponce | Mirtha | Hospital Atlántida. La Ceiba. SSH |
| 212. | Portillo | Maira | Plan Internacional |
| 213. | Pravia | Aída Marina | Casa Renacer |
| 214. | Quevedo | Melida | Ecosalud |
| 215. | Quijano | Adonis | Depto. de Promoción de la Salud. SSH |
| 216. | Ramírez O | Benita | Red de Mujeres Positivas |
| 217. | Ramírez | Blanca Joice | Fondo Global – Pnud |
| 218. | Ramírez | Leopoldina | Rsd Colón. SSH |
| 219. | Ramos | Eduardo | Foro Dptal. Cortés. SSH |
| 220. | Ramos | Elías | Conadeh |
| 221. | Ramos | Ileana | Depto. de Salud Mental. SSH |
| 222. | Ramos | Norma | Depto. ITS/VIH/SIDA. SSH |
| 223. | Reyes | Benigno Antonio | Choluteca |
| 224. | Reyes | Dony | Asociación Arco Iris |
| 225. | Reyes | Envida | Cruzada Estudiantil |
| 226. | Reyes | Marian Leonila | GAA. Voz Calma en el Desierto |
| 227. | Reyes | Maria Isabel | Fonasida /CAP, Olanchito |
| 228. | Reneau Bernon | Lilian | OPS/OMS |
| 229. | Reyes | Lourdes | Emuneh |
| 230. | Rimby | Mia | Asdi |
| 231. | Rivas | Santos | Rsd El Paraíso. SSH |
| 232. | Rivera | Lesbia Karina | Asonapvsidah |
| 233. | Rivera | Miguel Ángel | Asociación Rimás |
| 234. | Rivera | Marlén | Grupo Auto Apoyo. IHSS |
| 235. | Rivera Alas | Oscar | Rsd Intibucá. SSH |
| 236. | Robles | Emma Yolany | COMVIDA |
| 237. | Rodríguez | Betzabe | Fundación Minnesota |
| 238. | Rodríguez | Maria Teresa | Secretaría de Salud |
| 239. | Rodríguez | Javier | Unicef |
| 240. | Rodríguez | Luís Mauricio | Choluteca |
| 241. | Rodríguez | Rosalía | Banco Mundial – ASAP |
| 242. | Rodríguez | Kenneth | Unfpa |
| 243. | Romero | Telma | Secretaría de Salud |
| 244. | Rubio Flores | Incolaza | Red de Abuelas. Choluteca |
| 245. | Rosales | Maria Gilma | Depto. ITS/VIH/Sida. SSH |
| 246. | Rubio | Marinela | Concavi |
| 247. | Sanabria | Miriam Esther | Asonog. Copán |
| 248. | Sánchez | Blacina | Secretaría de Educación |
| 249. | Sánchez | Evelyn | Asociación Arcoiris. Lgtttb |
| 250. | Sánchez | José Ramón | Rs Metropolitana TGU. SSH |
| 251. | Sánchez | Guadalupe | Amhon |
| 252. | Segura | Pastora | Amdc |
| 253. | Shaurie | Kamil Octavio | Jóvenes sin Fronteras |
| 254. | Sierra | Carlos | FNJ |
| 255. | Sierra | Manuel | UIC-FCM/Unah/CDC |
| 256. | Sierra | Xiomara | Agua Buena |
| 257. | Sevilla | Héctor Leonel | Fonasida |
| 258. | Sorto | Alex | Arcoiris |
| 259. | Sosa | C. Nohemí | El Paraíso. SSH |
| 260. | Soto | Roberto | Docente Unah |
| 261. | Stella | Alberto | Onusida |
| 262. | Stevrer | Katya | OPS/GTZ |
| 263. | Steward | Kellie | Usaid |
| 264. | Spellmant | Claudia | Colectivo Travesti |
| 265. | Suazo | Justa | Asonapvsidah |

| | | | |
|------|------------|-----------------|-------------------------------------|
| 266. | Tabora | Nancy Yakelyn | Fonasida. Choluteca |
| 267. | Tabora S | Ligia | Fonasida. Choluteca |
| 268. | Tallarico | Maria | Onusida |
| 269. | Torres | Fredesvinda | Secretaria de Salud |
| 270. | Tróches | Walter Orlando | Asonapvsidah |
| 271. | Urquía | Marco Antonio | Depto. ITS/MIH/Sida. SSH |
| 272. | Valenzuela | José Mario | Ceprosaf |
| 273. | Valladares | Liziem | Plan Internacional |
| 274. | Valle | David | Asociación Arcoiris |
| 275. | Valle | Fátima | Fondo Global /Pnud |
| 276. | Valle | Yolany | Rsd Atlántida. SSH |
| 277. | Vallecillo | Guadalupe | Amor Viviente |
| 278. | Vargas | Esther | EMUNEH |
| 279. | Vásquez | Belinda | Rsd Francisco Morazán. SSH |
| 280. | Vásquez | Maria Elena | ASHONPLAFA |
| 281. | Vásquez | Ruth Lorena | Red de Jóvenes |
| 282. | Vásquez | Santos Darío | Hogar esperanza de Vida |
| 283. | Vernhard | Erika | Proyecto Hope |
| 284. | Vilorio | Onán | Secretaría de Salud. |
| 285. | Villalobos | Raúl | GAA. Voz en el Desierto |
| 286. | Zambrano | José | Casa Renacer |
| 287. | Zamna | Camila | Asociación Rimás |
| 288. | Zavala | Luís | COTEPA. La Ceiba |
| 289. | Zelaya | Alma R. | Fonasida SPS. |
| 290. | Zelaya | Santos Griselda | Secretaría de Trabajo y Seg. Social |
| 291. | Zepeda | Karla | OPS/OMS |
| 292. | Zúñiga | Evelyn Soraya | Liga de la juventud. El Triunfo |
| 293. | Zúñiga | Nery Luz | CIPE-Consultores |