



**CONASIDA**  
Comisión Nacional de SIDA de Honduras

---

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE  
RESPUESTA AL VIH EN HONDURAS 2020 A  
2024 (EXTENSIÓN DEL PENSIDA IV)**  
Versión final

Tegucigalpa M.D.C.,

julio 2019

# PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE RESPUESTA AL VIH EN HONDURAS 2020 AL 2024

## (EXTENSIÓN DEL PENSIDA IV) Versión final

### **Agradecimientos**

La Secretaría Ejecutiva de CONASIDA, agradece a los integrantes del Comité Petit, conformado por la Secretaría de Salud (SESAL), Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Secretaría de Derechos Humanos (SEDH), Comisionado de los Derechos Humanos (CONADEH), Asociación de Personas Viviendo con VIH/SIDA (ASONAPVSI DAH), Asociación de Municipios de Honduras (AMHON) y Secretaría de Trabajo (STSS) así como al equipo técnico de la Secretaría de Salud por el apoyo y seguimiento técnico en la construcción de la Extensión del PENSIDA IV 2020-2024. También expresa su agradecimiento, por sus valiosos aportes, a las personas, tanto representantes de sociedad civil como de instancias estatales, que participaron en los talleres de consulta de revisión del borrador preliminar del documento, que fueron realizados en Tegucigalpa, La Ceiba y San Pedro Sula.

La Secretaría Ejecutiva expresa su aprecio a Global Communities, en su calidad de Receptor Principal de la subvención de VIH del Fondo Mundial, por el apoyo técnico, logístico y financiero durante el proceso de elaboración de la Extensión del PENSIDA IV 2020-2024.

También agradece el apoyo del equipo técnico y administrativo de la Dirección General de Normalización, así como de la Unidad de Administración Financiera de la Cooperación Externa (UAFCE), de la Secretaría de Salud.

# PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE RESPUESTA AL VIH EN HONDURAS 2020 AL 2024

## (EXTENSIÓN DEL PENSIDA IV) Versión final

### Presentación

El proceso de elaboración del documento de la Extensión del PENSIDA IV 2020-2024 ha sido coordinado por la CONASIDA, con el apoyo técnico y financiero de Global Communities a través de la subvención de VIH del Fondo Mundial.

El documento se basa en el PENSIDA IV 2014-2019, y su proceso de construcción ha requerido actualizar el análisis de situación de la epidemia y el análisis de la respuesta principalmente en función de procesos evaluativos de medio término, uno conducido por CONASIDA y otros por misiones internacionales (misión conjunta de la OPS y evaluación de VIH tipo 1 del Fondo Mundial).

La Extensión del PENSIDA IV pretende reorientar la respuesta nacional al VIH, por ello, se ha realizado un reenfoque en el planteamiento estratégico a la luz de los análisis de la epidemia y de su respuesta, así como de las directrices de ONUSIDA y OMS, expresadas en la Declaración Política de la Asamblea de las Naciones Unidas para eliminar la epidemia de sida al 2030 como problema de salud pública.

La epidemia de VIH en Honduras es un asunto prioritario de salud, y para su atención adecuada requiere de una respuesta nacional sólida, sostenida, multisectorial con la participación activa de la sociedad civil, que esté basada en evidencia y priorice las poblaciones más afectadas donde se concentra la epidemia.

La Extensión del PENSIDA IV 2020-2024 sintetiza estratégicamente la respuesta requerida en el país, dentro de los marcos internacionales y el contexto nacional. Es una herramienta para conducir el proceso nacional y contribuir a la armonización de enfoques y esfuerzos, bajo el liderazgo de la CONASIDA como ente coordinador en materia de VIH.

La respuesta nacional al VIH e ITS se fortalecerá en la medida que exista el compromiso político y apropiación por parte de los diferentes actores que están relacionados directa o indirectamente con la epidemia de VIH. Su planificación operativa y presupuestaria debe estar fundamentada en una estrategia de sostenibilidad progresiva por parte del Estado y contar con el apoyo de la cooperación externa.

La extensión del PENSIDA IV 2020-2024 ha considerado la importancia de armonizar este documento con la Estrategia Nacional de Sostenibilidad del VIH y TB por lo que se ha agregado una línea estratégica correspondiente al tema de sostenibilidad.

# PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE RESPUESTA AL VIH EN HONDURAS 2020 AL 2024

(EXTENSIÓN DEL PENSIDA IV) Versión final

## TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS .....	A
PRESENTACIÓN .....	B
TABLA DE CONTENIDOS .....	I
ÍNDICE DE TABLAS .....	III
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	V
LISTA DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS .....	VI
RESUMEN EJECUTIVO .....	X
I. INTRODUCCIÓN .....	XII
CAPÍTULO I: ANÁLISIS DE SITUACIÓN .....	14
I.1.- CONTEXTUALIZACIÓN DEL PAÍS .....	14
I.1.1.- País y economía .....	14
I.1.2.- Población, educación y trabajo.....	14
I.1.3.- Sistema de Salud.....	15
I.2.- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH .....	17
I.2.1.-Estimaciones y proyecciones de VIH.....	17
I.2.2 Notificación de casos de VIH.....	19
I.2.3.- Mortalidad asociada a Sida .....	22
I.2.4.- Epidemia de VIH en poblaciones claves y vulnerabilizadas .....	24
I.2.5.- Situación de la transmisión materno infantil de VIH y Sífilis .....	31
I.2.6.- Factores de vulnerabilidad.....	33
I.2.7.- Factores de riesgo.....	36
I.2.8.- Situación de la coinfección VIH/TB .....	39
I.2.9. Situación de Hepatitis B y virus del Papiloma Humano .....	41
I.3.- ESTIMACIONES DE TAMAÑO DE POBLACIONES CLAVE Y VULNERABILIZADAS.....	43
I.3.1.- Estimaciones por mapeo programático extrapolado .....	43
I.3.2- Estimaciones poblacionales de MTS y HSH, ECVC 2012.....	44
I.3.3- Estimaciones poblacionales de PPL y garífunas.....	45
CAPITULO II: ANÁLISIS DE LA DE LA RESPUESTA.....	46
II.1 LOGROS DEL PENSIDA IV .....	46
II.1.1 Metas de impacto .....	46
II.1.2 Metas de resultado por área estratégica .....	47
II.2 LIMITANTES Y RECOMENDACIONES DEL PENSIDA IV, SEGÚN ÁREA ESTRATÉGICA.....	67
II.2.1 AE1. Políticas públicas y gestión social con enfoque de derechos humanos.....	67
II.2.2 AE2. Promoción de la salud para la prevención del VIH .....	69
II.2.3 AE3. Atención integral .....	71
II.2.4 AE4. Información Estratégica .....	73
II.3. SOSTENIBILIDAD DE LA RESPUESTA .....	75
CAPITULO III: PLANTEAMIENTO ESTRATÉGICO DE LA EXTENSION DEL PENSIDA IV .....	78
III.1 MARCO ESTRATÉGICO .....	78
III.2 VISIÓN .....	78
III.3 MISIÓN .....	78

# PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE RESPUESTA AL VIH EN HONDURAS 2020 AL 2024

## (EXTENSIÓN DEL PENSIDA IV) Versión final

III.4. LINEAMIENTOS RECTORES .....	78
III.5 ÁREAS ESTRATÉGICAS .....	80
III.6 ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA.....	80
<i>III.6.1 Priorización de poblaciones clave y grupos vulnerabilizados de la población general .....</i>	<i>81</i>
<i>III.6.2 AE1. Políticas públicas y gestión social con enfoque de derechos humanos.....</i>	<i>81</i>
<i>III.6.3 AE2. Promoción de la salud para la prevención del VIH .....</i>	<i>83</i>
<i>III.6.4 AE3. Atención integral .....</i>	<i>84</i>
<i>III.6.5 AE4. Información estratégica.....</i>	<i>86</i>
III.7 OBJETIVO ESTRATÉGICO GENERAL .....	88
III.8 OBJETIVOS ESPECÍFICOS PARA CADA ÁREA ESTRATÉGICA .....	88
<i>III.8.1 Objetivos del AE1. Políticas públicas y gestión social con enfoque de derechos humanos.....</i>	<i>88</i>
<i>III.8.2 Objetivos del AE2. Promoción de la salud para la prevención del VIH.....</i>	<i>89</i>
<i>III.8.3 Objetivos del AE3. Atención Integral .....</i>	<i>89</i>
<i>III.8.4 Objetivo del AE4. Información Estratégica .....</i>	<i>90</i>
<i>III.8.5 Objetivos del AE5. Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH .....</i>	<i>92</i>
III.9 RESULTADOS ESPERADOS.....	95
<i>III.9.2 Matrices de metas de resultados.....</i>	<i>98</i>
<b>IV. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>143</b>
<b>V. ANEXOS .....</b>	<b>149</b>
<b>ANEXO 1.- RESUMEN ESTIMACIONES Y PROYECCIONES EPIDEMIA DE VIH .....</b>	<b>149</b>
<b>ANEXO 2. TABLAS DEL ANÁLISIS DE REPUESTA, EVALUACIÓN INTERMEDIA DEL PENSIDA IV .....</b>	<b>153</b>
<b>ANEXO 2. ACCIONES EN VIH. PLAN NACIONAL DE ACCIÓN EN DD HH .....</b>	<b>166</b>
<b>ANEXO 3. INVENTARIO DE ESTUDIOS SOBRE VIH E ITS, HONDURAS .....</b>	<b>171</b>
<b>ANEXO 4. APORTES DE LOS PARTICIPANTES EN LOS TALLERES SOBRE DOCUMENTO BORRADOR DE ANÁLISIS DE LA RESPUESTA AL VIH E ITS.....</b>	<b>174</b>
<b>ANEXO 5. APORTE DE LOS PARTICIPANTES EN LOS TALLERES DE CONSULTA SOBRE EL BORRADOR DEL MARCO ESTRATÉGICO DE LA RESPUESTA AL VIH E ITS .....</b>	<b>177</b>
<b>ANEXO 5. LISTA DE PARTICIPANTES TALLERES DE CONSULTA Y REVISIÓN DEL BORRADOR PRELIMINAR EXTENSIÓN DEL PENSIDA IV SEGÚN CIUDAD.....</b>	<b>183</b>

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.-</b> Prevalencia VIH e ITS por ciudad en MTS, Honduras 2012.....	24
<b>Tabla 2.-</b> Prevalencia de VIH e ITS por ciudad en HSH. Honduras 2012. ....	25
<b>Tabla 3.-</b> Prevalencia VIH e ITS por ciudad en MT, Honduras 2012.....	25
<b>Tabla 4.-</b> Positividad de VIH según población clave. Honduras 2015-2018.....	26
<b>Tabla 5.-</b> Positividad de VIH en HSH, por ciudad. Honduras 2018.....	26
<b>Tabla 6.-</b> Positividad de VIH en HSH por grupos de edad. Honduras 2018.....	26
<b>Tabla 7.-</b> Número de embarazadas atendidas con consejería pre y post prueba de VIH. Programa PTMH. Honduras 2016-2018.....	32
<b>Tabla 8.-</b> Comparativo de pruebas de VIH y positividad en embarazadas. Honduras, 2013-2018.....	32
<b>Tabla 9.</b> Estimaciones del número de nuevas infecciones transmitidas de madre a hijo según sexo y cobertura de TAR en embarazadas. Honduras 2018-2025 .....	33
<b>Tabla 10.-</b> Porcentaje de personas según su condición que han experimentado exclusión en actividades sociales, religiosas y familiares. Honduras 2016. ....	35
<b>Tabla 11.-</b> Uso de condón en la última relación sexual de MTS, HSH y MT, según tipo de pareja por ciudad. Honduras 2012.....	37
<b>Tabla 12.-</b> Estimación de población clave a nivel nacional extrapolada del mapeo programático. Honduras 2015 .....	43
<b>Tabla 13.-</b> Número de personas de poblaciones clave alcanzadas con programas de prevención VIH. Honduras 2015 .....	44
<b>Tabla 14.</b> No. de pruebas rápidas de VIH realizadas por año según sexo y positividad, Honduras 2014-2016	52
<b>Tabla 15</b> Porcentaje de población clave y vulnerabilizada con prueba de VIH, 2015 vs 2017, según tamaño poblacional estimado .....	53
<b>Tabla 16.</b> Financiamiento público adicional para sostener la respuesta al VIH en Honduras .....	76
<b>Tabla 17.-</b> Metas de impacto, indicadores, línea de base y medio de verificación .....	95
<b>Tabla 18.-</b> Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE1, Objetivo1.1.....	98
<b>Tabla 19.-</b> Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE1, Objetivo1.2.....	100
<b>Tabla 20.-</b> Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE1, Objetivo1.3.....	102
<b>Tabla 21.-</b> Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE2, Objetivo 2.1.....	105
<b>Tabla 22.-</b> Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE2, Objetivo 2.2.....	112
<b>Tabla 23.-</b> Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE3, Objetivo 3.1.....	120
<b>Tabla 24.-</b> Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE3, Objetivo 3.2.....	128
<b>Tabla 25.-</b> Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE4, Objetivo 4.1.....	130
<b>Tabla 26.-</b> Estimaciones del número de PVIH, nuevas infecciones, incidencia y mortalidad según sexo. Honduras 2018-2025.....	149
<b>Tabla 27.-</b> Resumen estimaciones sobre la PTMH de VIH, Honduras 2018-2025 .....	151
<b>Tabla 28.</b> Logros y brechas de metas de impacto del PENSIDA IV.....	153
<b>Tabla 29.</b> Metas de resultado clave del PENSIDA IV evaluadas y logradas al medio término, por área estratégica, 2015 - 2017 .....	154
<b>Tabla 30.</b> Logros, observaciones y brechas para cada meta del RC1.1.a.....	155
<b>Tabla 31.</b> Logros, observaciones y brechas para la meta del RC1.1.a.....	157
<b>Tabla 32.</b> Logros, observaciones y brechas para la meta del RC1.1.c.....	157
<b>Tabla 33</b> Logros, observaciones y brechas para la meta del RC1.2.a.....	158
<b>Tabla 34.</b> Logros, observaciones y brechas para la meta del RC1.3a.....	158

<b>Tabla 35.</b> Logros, observaciones y brechas para las metas del RC1.3b .....	158
<b>Tabla 36.</b> Logros, observaciones y brechas de las metas de los RC 2.1a y RC 2.1b. ....	160
<b>Tabla 37</b> Logros, observaciones y brechas de las metas del RC 2.1b.....	162
<b>Tabla 38.</b> Logros, observaciones y brechas de las metas del RC 2.1c .....	162
<b>Tabla 39.</b> Logros, observaciones y brechas de las metas del RC 2.2d.....	164
<b>Tabla 40.-</b> Logros, observaciones y brechas para la meta del RC 3.1.1 .....	164
<b>Tabla 41.-</b> Acciones en VIH. Plan nacional de acción en derechos humanos (PNADH .....	166
<b>Tabla 42.</b> Estudios relacionados con VIH e ITS según tipo, título y observaciones. Honduras, 2017 .....	171
<b>Tabla 43.-</b> Participantes talleres de consulta: TGU, SPS y LCE, 14-12 abril, 2019 .....	183

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1.-</b> Tasas estimadas de incidencia de VIH por 1,000 habitantes, Honduras 1992-2018. ....	17
<b>Gráfico 2.-</b> Número estimado de PVIH, Honduras años 1990-2018. ....	18
<b>Gráfico 3.</b> No. estimado anual de casos nuevos de VIH en población mayor de 15 años, Honduras 1990-2018. ....	18
<b>Gráfico 4.-</b> No. de muertes estimadas anualmente relacionadas con Sida, Honduras 1990-2018. ....	19
<b>Gráfico 5.-</b> . Número de casos de VIH notificados según estadio, Honduras, 2010-2018* .....	20
<b>Gráfico 6.-</b> No. de casos por estadio y según sexo, Honduras 2013-2018.....	20
<b>Gráfico 7.-</b> Casos VIH asintomáticos por sexo. ....	
<b>Gráfico 8.-</b> Casos VIH avanzados por sexo .....	21
<b>Gráfico 9.-</b> No. de casos notificados de VIH según estadio y sexo por grupos de edad, Honduras, 2013-2018 .....	22
<b>Gráfico 10.-</b> Tasa de mortalidad por causas relacionadas al Sida, Honduras 2013-2018.....	23
<b>Gráfico 11.</b> Defunciones por causas relacionadas al Sida, según sexo. Honduras. 2013-2018 .....	23
<b>Gráfico 12.-</b> Prevalencia de ITS etiológicas en HSH que asisten a las VICITS, Honduras 2015-2018. ....	27
<b>Gráfico 13.-</b> Prevalencia de ITS etiológicas en MTS que asisten a las VICITS, Honduras 2015-2018.....	27
<b>Gráfico 14.-</b> Prevalencia de ITS etiológicas en MT que asisten a las VICITS, Honduras 2015-2018.....	28
<b>Gráfico 15.-</b> Prevalencia de ITS por manejo sintomático en HSH y MT que asisten a las VICITS, por modalidad. Tegucigalpa, Honduras 2016-2018.....	28
<b>Gráfico 16.-</b> Prevalencia de ITS por manejo sintomático en HSH y MT que asisten a las VICITS, por modalidad, San Pedro Sula, Honduras 2016-2018.....	28
<b>Gráfico 17.-</b> No. de casos VIH. Honduras, 2015-2018 en PPL. ....	29
<b>Gráfico 18</b> Prevalencia por VIH en población garífuna. Honduras ECVC 2006, 2012 y 2017 .....	31
<b>Gráfico 19.-</b> Porcentaje de HSH según autoidentificación de identidad sexual por ciudad .....	36
<b>Gráfico 20.-</b> Lugar donde las MTS captan sus clientes. Honduras 2012. ....	37
<b>Gráfico 21.</b> Porcentaje de casos de coinfección VIH/TB de los nuevos diagnósticos de VIH y de PVIH nuevos en TAR recibiendo profilaxis con isoniacida, 2014-2018.....	40
<b>Gráfico 22.</b> Personas con tuberculosis con resultados de pruebas de VIH, Honduras. 2012-2018.....	40
<b>Gráfico 23.</b> Porcentaje de personas con TB y VIH, que reciben TAR .....	41
<b>Gráfico 24.-</b> Tasa de incidencia de Hepatitis B por 100,000 habitantes según año, Honduras 2009-2017.....	41
<b>Gráfico 25.</b> Cascada del continuo de la atención de embarazadas con VIH. Honduras 2016 .....	55
<b>Gráfico 26.</b> Cascada del continuo de la atención en VIH, Honduras 2018.....	58
<b>Gráfico 27.</b> Cascada de atención en población garífuna según sexo, Honduras 2017 .....	60



## Lista de Acrónimos y Abreviaturas

AE	Área Estratégica
AgHBs	Antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B
AMHON	Asociación de Municipios de Honduras
APN	Atención Pre Natal
ARV	Antirretrovirales
ASONAPVSIDAH	Asociación Nacional de personas viviendo con VIH y Sida de Honduras
BIOS	Herramienta de consolidación de los datos logísticos de Medicamentos e insumos
CESAMO	Centro de Salud con Médico y Otros
CESAR	Centro de Salud Rural
CEO	Centro Especial Odontológico
CD4	Linfocitos T esenciales del sistema inmunológico
CDC	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los EUA
CDF	Compuestos de Dosis Fija
CLIPER	Clínica Periférica de Emergencias
CNR	Congreso Nacional de la República de Honduras
COHEP	Consejo hondureño de la empresa privado
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana
CONASIDA	Comisión Nacional del Sida
CONADEH	Comisionado Nacional de los Derechos Humanos
CUI	Código Único de Identificación
DDHH	Derechos Humanos
DTG	Dolutegravir
DLT	Dolutegravir + Lamivudina + Tenofovir Desoproxil
ECVC	Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables.
EUA	Estados Unidos de América
EFV	Efavirenz
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ETMI	Eliminación de la Transmisión de Madre a Hijo
ETMI PLUS	Estrategia regional de eliminación de la transmisión materna infantil de VIH, Sífilis, Hepatitis B y enfermedad de Chagas
FM	Fondo Mundial
FOROSIDA	Foro Nacional de SIDA
GAM	Monitoreo Global del Sida
GARPR	Informe sobre el Progreso de la Respuesta Global contra el Sida
GC/CHF	Global Communities (Comunidades Globales)

HBV	Virus de la Hepatitis B
HCV	Virus de la Hepatitis C
HNL	Lempira, moneda nacional de Honduras
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
INICE	Instituto Nacional de Investigación y Capacitación Educativa
INNTI	Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IVAA	Inspección visual con ácido acético
LGTBI	Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales
LLAVES	Fundación Llanto, Valor y Esfuerzo
LCB	Ciudad de La Ceiba
LNR	Laboratorio Nacional de Referencia
LNVIH	Laboratorio Nacional de VIH
MCP	Mecanismo Coordinador de País
M&E	Monitoreo y Evaluación
MEGAS	Medición del Gasto en Sida
MSSM	Manejo de Suministros de Medicamentos e Insumos
MT	Mujer trans
MTS	Mujeres Trabajadoras del Sexo
NN UU	Naciones Unidas
NV	Nacidos Vivos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OE	Objetivo Específico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas de VIH y Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PASCA	Proyecto Acción Sida en Centroamérica, USAID.
PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social
PEPFAR	Programa Presidencial de los EUA de Emergencia en Respuesta al Sida
PC	Poblaciones clave
PCR	Reacción en Cadena de la Polimerasa
PCV	Prueba y Consejería del VIH
PIB	Producto Interno Bruto
PENSIDA	Plan Estratégico Nacional de la Respuesta al VIH y SIDA

PNADH	Plan Nacional de Acción de Derechos Humanos
PNME	Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación 2016-2019
PPE	Profilaxis post Exposición
PPL	Población Privada de Libertad
PPS	Política Protección Social
PrEP	Profilaxis preexposición
PT	Persona transgénero
PTMH	Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo/a
PVIH	Persona con VIH
RC	Resultado Clave
RPR	Reagina Rápida en Plasma
RRHH	Recursos Humanos
SAI	Servicios de Atención Integral
SALMI	Sistema Informático de Administración Logística de Medicamentos e Insumos
SC	Sífilis Congénita
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SCGG	Secretaría de Coordinación General de Gobierno
SEDENA	Secretaría de Defensa
SEDUC	Secretaria de Educación
SEDIS	Secretaria de Desarrollo e Inclusión Social
SENACIT	Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología y la Innovación
SESAL	Secretaria de Salud.
SEDH	Secretaria de Derechos Humanos
SPS	Ciudad de San Pedro Sula
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
STSS	Secretaria de Trabajo y Previsión Social
TAR	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculosis
TGU	Ciudad de Tegucigalpa
TIC	Tecnología de Información y Comunicación
TMI	Transmisión Materna Infantil
TPE	Tamaño Poblacional Estimado
TRaC	Tracking Results Continuously (Rastreo continuo de resultados)
UGI	Unidad de Gestión de la información
ULMIE	Unidad de Logística de Medicamentos e Insumos
UMIETS	Unidades de Manejo Integral de las Enfermedades de Transmisión Sexual (fueron sustituidas por las VICITS)
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
USD	Dólares Estadounidenses
UVS	Unidad de Vigilancia de la Salud
VICITS	Vigilancia Centinela de las ITS

VIH  
VPH

Virus de la inmunodeficiencia humana  
Virus de Papiloma Humano

## RESUMEN EJECUTIVO

La epidemia de VIH en Honduras es de modalidad concentrada, transmitida principalmente por vía sexual (en un 93%)<sup>1</sup>. Afecta principalmente a poblaciones clave y otros grupos vulnerabilizados. La infección es más frecuente en hombres, la razón hombre: mujer es 1.2:1.0. Se ha experimentado una disminución de casos de VIH entre quienes reportaron relaciones heterosexuales y un aumento entre los que tuvieron relaciones homo y bisexuales. Según las estimaciones, cada año se produce un descenso de los casos nuevos de VIH y de las muertes asociadas al Sida. Dos tercios de los casos registrados en el período 1985 - diciembre 2018 son de infección avanzada. El litoral atlántico del país (Departamentos de Atlántida, Islas de la Bahía, Cortés y Colón), registra el mayor número de casos.

Honduras ha logrado importantes avances en la respuesta al VIH, asumiendo la responsabilidad de ofrecer terapia antirretroviral a las personas diagnosticadas con VIH y servicios diagnósticos gratuitamente. La Reforma a la Ley Especial sobre VIH/Sida en 2015, significó un importante avance, pero persisten brechas en cuanto a la gobernabilidad y gobernanza en la coordinación de la respuesta nacional. El nivel técnico de CONASIDA ha mantenido un grado de compromiso que ha permitido dar respuesta a ciertas necesidades del país, pero el nivel político-decisionario aún no ha alcanzado una plena funcionalidad. En cuanto al estigma y la discriminación merece una nueva evaluación con la misma metodología que se utilizó en 2015 para determinar si ha habido avances en la disminución del índice de estigma y discriminación. Aunque el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención del VIH se mantiene relativamente alto en las poblaciones clave, el uso del condón en la última relación sexual es bajo. Entre la población garífuna, persisten brechas en el uso de condón principalmente en mujeres que viven en zonas urbanas. El uso de preservativos en zonas rojas no sobrepasa el 33%.

Destacan los esfuerzos nacionales para aumentar la cobertura de población clave mediante la apertura de nuevos sitios de Vigilancia Centinela de ITS. Sin embargo, el acceso a pruebas y servicios de prevención continúa siendo un desafío para las poblaciones clave. Respecto a la Estrategia de Eliminación de la Transmisión Materna Infantil de VIH, Sífilis y Hepatitis B, se han realizado esfuerzos en el país, pero todavía se debe continuar trabajando para llegar a las metas establecidas. Es de destacar que ya se cuenta con el Plan Nacional de ETMI Plus.

Se han obtenido logros en la atención integral de personas con VIH, mediante fondos públicos para incrementar la cobertura de terapia antirretroviral, lo cual va aparejado con la decisión de diagnosticar y tratar. Las mayores brechas para la atención integral se relacionan con la detección de personas con VIH y la supresión de su carga viral. Aunque empíricamente se han observado brechas en la retención y adherencia, no se cuenta con datos duros basados en evidencia. Con relación al objetivo 90-90-90, para 2018, se había alcanzado 60-85-74, lo que representa una brecha demasiado

---

<sup>1</sup> Unidad de Vigilancia de la Salud, Secretaría de Salud

grande para lograrlo al 2020, y con ello que el país siga la ruta hacia la eliminación de la epidemia (objetivo 95-95-95).

Casi el 40% de las embarazadas estimadas con VIH desconocían que eran VIH positivo, de las que conocían su diagnóstico, el 54% recibió antirretrovirales y solo en el 24% se logró supresión de la carga viral.

En 2018, tanto el plan de M&E de la Respuesta Nacional al VIH como el sistema único de M&E no se estaban implementando. Las perspectivas de una respuesta sostenible, más allá del apoyo del FM y otros donantes, son variadas. El país parece estar relativamente bien posicionado para continuar ofreciendo suficientes servicios de atención a las personas con VIH. Sin embargo, otras áreas estratégicas de la respuesta: prevención, y prueba voluntaria con consejería en poblaciones clave, el Sistema de Información Integral en Salud, y el abordaje de barreras estructurales, aún dependen del apoyo de la cooperación externa. Un avance clave es el lanzamiento de la Estrategia de Sostenibilidad de la Respuesta al VIH y la Tuberculosis, estructurada a partir de siete grandes riesgos, entre los que destacan: la resistencia a los antirretrovirales; la inestabilidad del personal de salud y su adecuada acreditación; la dependencia de fuentes externas para la compra de ciertos insumos y medicamentos; la falta de toma de decisiones y responsabilidad política para el respeto de los derechos humanos; limitaciones de financiamiento para las OSC y el incumplimiento en la rendición de cuentas, acentuado por los cambios organizaciones de la SESAL. A partir de ellos, se definieron siete objetivos y las acciones correspondientes en el marco de un plan, cuya implementación fortalecerá una respuesta sostenible. El planteamiento estratégico de la Extensión del PENSIDA IV 2020-2024, parte de la visión de alcanzar el objetivo 90-90-90 y demás compromisos para que el país logre las metas 95-95-95 contribuyendo de esta forma a ponerle fin a la epidemia de VIH en el 2030.

El PENSIDA IV extendido, consta de nueve lineamientos rectores alineados a las actuales directrices internacionales y al contexto nacional. Sus áreas estratégicas y objetivos específicos son: **1-Política pública y gestión social con enfoque de derechos humanos:** 1.1) Asegurar el cumplimiento de la normativa nacional y lineamientos internacionales relacionados con la promoción, protección y respeto de los DDHH; 1.2) Garantizar el involucramiento de otros sectores en la respuesta nacional al VIH, incluyendo organizaciones de la sociedad civil; y 1.3) Velar por el cumplimiento de las leyes que protegen los derechos humanos, en el marco de la respuesta integral al VIH. **2-Promoción de la salud para la prevención del VIH:** 2.1) Aumentar oferta, acceso, cobertura y uso del paquete integral de servicios de prevención en poblaciones clave; y 2.2) Aumentar la oferta, acceso, cobertura y utilización del paquete integral de prestaciones y servicios de prevención a personas privadas de libertad, garífunas y embarazadas. **3-Atención integral:** 3.1) Aumentar la oferta, acceso y cobertura de los servicios de atención integral de calidad a personas con VIH; y 3.2) Ampliar la oferta, acceso y cobertura de servicios de prevención y atención de infecciones oportunistas reforzando la vigilancia y atención de la coinfección TB-VIH. **4-Información estratégica:** 4.1) Garantizar la gestión, disponibilidad, retroalimentación y uso de datos de calidad que se conviertan en información

estratégica para la toma de decisiones informadas, **5-Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH:**<sup>2</sup> 5.1 Fortalecer la vigilancia y monitoreo de la resistencia a medicamentos de VIH y TB y migración a esquemas de menor costo y baja toxicidad, así como actividades que favorecen el control de la TB-MDR; 5.2 Fortalecimiento de los Recursos Humanos dedicados a VIH y TB a través de su contratación regular, certificación, desarrollo profesional y asignación eficiente; 5.3 Asegurar la sostenibilidad de la adquisición de insumos incluyendo ARV, pruebas de carga viral, e insumos para el diagnóstico de VIH y TB a través de fuentes públicas; 5.4 Incrementar el financiamiento de fuentes nacionales destinadas a prevención de VIH y TB; 5.5 Reducir el estigma y la discriminación de la población clave; 5.6 Fortalecimiento financiero y operativo de las OSC trabajando en VIH y TB; y 5.7 Mejorar la rendición de cuentas y capacidad técnica de alto nivel para los servicios de VIH y TB.

Se definen 83 metas, 13 de impacto y 70 de resultado. La implementación de la Extensión del PENSIDA IV será exitosa en la medida que se tenga en cuenta aspectos claves tales como: fortalecimiento del liderazgo nacional a través de la CONASIDA, fortalecimiento de la priorización de las poblaciones clave y otras poblaciones vulnerabilizadas, asignación de los recursos según las prioridades estratégicas, fortalecimiento del sistema integrado de información en salud, mejoramiento de los esfuerzos para el desarrollo e implementación de un sistema único de monitoreo y evaluación de la respuesta, y la implementación de las intervenciones y actividades claves derivadas del planteamiento estratégico para una respuesta efectiva, mediante planes operativos anuales costeados de los cuales se responsabilicen todos los actores clave involucrados y se logre la sostenibilidad de la respuesta nacional.

## I. INTRODUCCIÓN

La planificación estratégica es una herramienta fundamental a fin de proveer direccionalidad y enfoque estratégico para una respuesta al VIH basada en evidencia, eficiente y efectiva, en función del contexto de país, su situación epidemiológica, así como el análisis de la respuesta, lo cual se debe hacer en el marco de una amplia participación multisectorial del Estado y la sociedad civil. La planificación estratégica contribuye grandemente a la movilización de recursos para mejorar la respuesta nacional cada cierto período o ciclo que el país define, orientando tanto el financiamiento nacional como internacional que aseguren la sostenibilidad.

La mayoría de los países cuentan con planes estratégicos que identifican sus líneas estratégicas, indicadores, metas, objetivos y actividades. En los planes estratégicos se suele asignar la responsabilidad de implementación a una instancia multisectorial para conducir la respuesta nacional. El proceso de planeación estratégica de VIH ha mejorado a nivel mundial, y ha sido un modelo para el desarrollo de planes para la respuesta a otros problemas de salud. Los países tienen la responsabilidad de alcanzar y demostrar resultados, con eficiencia y cada vez con una mayor inversión pública en la medida que la cooperación externa va disminuyendo gradualmente. El plan

---

<sup>2</sup> Estrategia Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH y TB en Honduras, 2019

estratégico debe establecer objetivos con alta probabilidad de ser alcanzados, identificando los indicadores que midan su progreso, y priorizando las poblaciones más afectadas.

En esa perspectiva, desde 1998 hasta 2015, el país ha elaborado cuatro planes estratégicos concertados con los diferentes sectores para dar una respuesta amplia, multisectorial y coordinada a la epidemia de VIH. En 2014, se elaboró el cuarto plan estratégico actualmente vigente, el PENSIDA IV que plantea una plataforma estratégica orientada al fortalecimiento de las acciones de prevención del VIH con énfasis en las poblaciones clave y poblaciones más vulnerables; y la intensificación de intervenciones para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de atención integral y tratamiento para las personas con VIH, en un ambiente libre de estigma y discriminación, y en el marco de políticas nacionales amplias que busquen la sostenibilidad de las acciones.

En 2017, tuvo lugar una misión conjunta liderada por la OPS/OMS para evaluar la repuesta del sistema de salud al VIH. En 2018 se realizó una evaluación intermedia (2015-2017) del PENSIDA IV, para identificar logros y brechas en cada área estratégica y sus objetivos. También en 2018, se realizó la evaluación tipo 1 del Fondo Mundial en relación con la contribución de este ente a la respuesta nacional de VIH.

La CONASIDA junto con otros socios decidieron extender el PENSIDA IV para el período 2020-2024. En tal sentido, se desarrolló un proceso que incluyó una revisión documental y consultas con actores de entes gubernamentales y sociedad civil, con la conducción del comité técnico de la CONASIDA. Se han tenido en cuenta las directrices de la OMS relacionadas con testear y tratar, así como los compromisos de la Declaración de la Asamblea de Naciones Unidas para poner fin a la epidemia de SIDA al 2030 y alcanzar las metas de Vía Rápida (Fast Track) al 2020, entre las cuales destaca el objetivo 90-90-90, que Honduras está distante de lograr en el 2020.

El documento de Extensión del PENSIDA IV 2020-2024, incluye el capítulo 1 que contiene el análisis de la situación epidemiológica del VIH e ITS; en el capítulo 2, se presenta el análisis de la respuesta en función de logros y brechas para las metas de resultado e impacto del PENSIDA IV, así como las recomendaciones y limitaciones recogidas principalmente por la evaluación intermedia, la misión conjunta de OPS/OMS y por el FM; el capítulo 3 contiene el planteamiento estratégico de la extensión del PENSIDA IV período 2020-2024, basado en las áreas y objetivos estratégicos del PENSIDA IV, con un enfoque estratégico reorientado que considera el actual contexto nacional e internacional relacionado con la respuesta al VIH y el capítulo 4 que establece las acciones principales para el logro de las sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH.



# CAPÍTULO I: ANÁLISIS DE SITUACIÓN

## I.1.- Contextualización del país

### I.1.1.- País y economía

Honduras se encuentra ubicada en Centro América, tiene una extensión territorial de 112,492 Km<sup>2</sup> y según el XVII Censo de Población, realizado por el INE, para el 2019 Honduras tenía una población estimada de 9,139,530 (1) de habitantes. Se divide política y administrativamente en 18 departamentos. En 2018 su IDH (Índice de Desarrollo Humano) fue de 0.623<sup>3</sup> (2), que ubica al país en la posición 132 de la clasificación mundial. La esperanza de vida al año 2016 se calculó en 71.04 años para hombres y 76.13 para mujeres. (3)

La población es predominantemente urbana (54.3%) y el índice de masculinidad es 0.95 (Urbano: 0.9; Rural: 1.0). El aumento de la población en las áreas urbanas se ve agravado por los flujos migratorios desde el campo a la ciudad, para compensar necesidades insatisfechas que no necesariamente son suplidas pues también en las ciudades hay hacinamiento, falta de acceso a los servicios básicos como agua, luz y saneamiento básico. (4)

El idioma oficial es el español, aunque existe diversidad étnica donde algunos grupos conservan su lengua nativa como los garífunas y los misquitos ubicados en la zona costera atlántica de Honduras.

Honduras es un país de ingreso medio -bajo, el producto interno bruto (PIB) per cápita en 2015 fue de USD 2,429, con un crecimiento económico de 4.8% en el 2017 y 3.5% en el 2018. Las remesas anuales ascendieron a USD 3,649.8 millones. El 60.9% de hogares viven en pobreza, con una pobreza relativa del 22.5% y una pobreza extrema del 38.4%. El 20.1% de personas viven en hogares con ingreso per cápita de un dólar o menos. Se espera que el crecimiento económico se mantenga en el corto plazo entre 3.5-4.0% del PIB. Con respecto al PIB del 2017 (US\$22.98 billones), el compromiso del Estado para el financiamiento directo de los servicios de salud, expresado en el gasto público, fue 2.7%, esta inversión se expresa en el 5.8% de los gastos de la Administración Pública para el Ejercicio Fiscal 2018 aprobado por el Congreso Nacional de la República. (5), (6), (7), (8)

El gasto nacional en SIDA para el año 2012 fue de USD201,318,291, de tal cifra un 81% (USD161,466,390) correspondió a inversión pública y un 19% (USD31,851,901) a inversión del sector privado. En 2016 en relación con el 2012, hubo un incremento nominal del 14.5% del gasto.(5)

### I.1.2.- Población, educación y trabajo

La población hondureña (9) es en gran parte joven, constituida en un 43% por personas entre 0 a 19 años. Por otro lado, la población de la tercera edad representada por adultos de 60 años y más, conforman una minoría de 8.9% (10). El país tiene uno de los crecimientos

---

<sup>3</sup> Informe sobre Desarrollo Humano 2019

naturales poblacionales más altos en Latinoamérica, siendo éste de 1.39% para el quinquenio 2015-2020. (11)

En Honduras el 12.8% de las personas mayores de 15 años no sabe leer ni escribir (6) La cobertura educativa del primero y segundo ciclo es del 98%, en el tercer ciclo es de 69%, en pre básica es de 43% y 39% en educación media. (12)

En 2018, se estimaba que la población económicamente activa era de 4.1 millones de habitantes (13). Los datos poblacionales demuestran que los jóvenes tienen más dificultades para ingresar al mercado laboral que la población adulta; más de la mitad de la población desempleada tiene menos de 24 años. (4)

### **I.1.3.- Sistema de Salud**

El sistema de salud está conformado por todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos al mejoramiento de la salud de la población hondureña. Incluye organizaciones gubernamentales, grupos profesionales, agentes de financiamiento, organizaciones privadas, comunitarias, locales y los proveedores de servicios.

En Honduras, el sistema de salud es un sistema mixto, constituido por el sector público, la Secretaría de Salud (SESAL); el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS); y el sector privado, con y sin fines de lucro. De acuerdo con lo establecido en la Constitución de la República se reconoce el derecho a la protección de la salud y el deber de todos y todas a participar en la promoción y preservación de la misma. La SESAL es la Rectora y conduce las principales estrategias de salud a nivel nacional, regional y local. Los servicios de la SESAL están dirigidos a la población de escasos recursos económicos, sin exclusión de los otros niveles sociales; el IHSS brinda servicios de salud a la población trabajadora y sus beneficiarios debidamente afiliados. A través de la SESAL el acceso de la población es de un 60%, del IHSS un 12% y del sector privado un 10%. (14)

Según datos de la SESAL, para el año 2018, existen 1,753 establecimientos de salud, entre los cuales hay 31 hospitales, 72 clínicas materno infantil, 446 Centro de Salud con Médico y Otros (CESAMO), 1,095 Centros de Salud rural (CESAR), 2 Policlínicos, 14 Centros Especiales Odontológicos (CEO) y tres Clínicas Periféricas de Emergencia (CLIPER) (15). También, existen 52 Servicios de Atención Integral (SAI) para las personas con VIH (PVIH).

El IHSS cuenta con: (i) servicios propios: 16 Clínicas Periféricas, una Clínica del Adulto Mayor, una Unidad de Cirugía Ambulatoria, dos Hospitales, dos Centros Especializados de Medicina Física y Rehabilitación, y dos Consultorios; (ii) servicios subrogados: 26 centros, y (iii) dentro del Sistema Médico de Empresa (SME): 161 clínicas. (16).

El IHSS cuenta con dos SAI, uno en la ciudad de San Pedro Sula ubicado dentro del Hospital Regional de Norte y otro en la ciudad de Tegucigalpa, en el Hospital de Especialidades.

En el IHSS, el sistema nacional de la vigilancia epidemiológica cuenta con estructura legal y organizativa para su respectivo funcionamiento, el cual está conformado por un subsistema general que corresponde a la consolidación semanal de enfermedades fundamentalmente endémicas, de alta incidencia e inmunoprevenibles, tiene amplia cobertura y es representativo de la población derechohabiente; y subsistemas específicos que comprenden la notificación de algunas enfermedades a través de fichas de notificación, que incluye información de laboratorio y de vigilancia centinela. (16)

De acuerdo con la Visión de País 2010-2038 y el Plan de Nación para el período 2010-2022, el objetivo No. 1 plantea: “una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social”; y en la meta 1.4 establece: “alcanzar el 95 % de cobertura de salud en todos los niveles del sistema”. En ese sentido y en el marco del Plan Nacional de Salud 2010-2014 se plantea la reforma del sector salud a partir del reconocimiento de que la misión del sistema nacional de salud es proteger y mejorar con equidad el nivel de salud de la población hondureña. El mismo brinda los lineamientos para que la SESAL, los servicios privados, la sociedad civil, la comunidad hondureña, el gobierno central y gobiernos locales articulen esfuerzos con el fin de alcanzar la visión de salud consensuada en el país: “para el año 2038, Honduras habrá sentado las bases de un sistema de salud capaz de atender las demandas de toda la población y desarrollar esfuerzos sustantivos para profundizar su sostenibilidad y calidad” (14) asumiendo la salud como fundamento para la mejora de las condiciones de vida de la población hondureña, y garantizando el acceso igualitario al sistema de salud con calidad, sin discriminación de ningún tipo.

Con la aprobación del Acuerdo No. 1000-2013 del 26 de Mayo de 2013, se puso en marcha el nuevo Modelo Nacional de Salud, que se describe como el instrumento de carácter político y estratégico para la SESAL y se definen los principios y lineamientos para la transformación y el desarrollo del servicio nacional de salud, con base a los postulados contenidos en la Constitución de la República, el Código de Salud, la Ley para el Establecimiento de la Visión de País y adopción del Plan de Nación para Honduras, el Plan de Gobierno 2018-2022, el Plan Nacional de Salud 2010-2014, el Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud, la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida en el marco de la reforma al Sector Salud, Ley especial sobre VIH/sida y su reforma 2015 y la Política del VIH en el mundo del trabajo. (14)

Este marco legal de diversas políticas públicas muestran el avance que ha tenido el país en implementar un enfoque de protección social que pretende rescatar la intersectorialidad necesaria para el trabajo en VIH, un ejemplo concreto de esto lo constituye el sector educación que ha implementado la educación integral de la sexualidad, tanto a nivel del aula como en el programa de la Escuela para Padres.

## I.2.- Situación epidemiológica del VIH

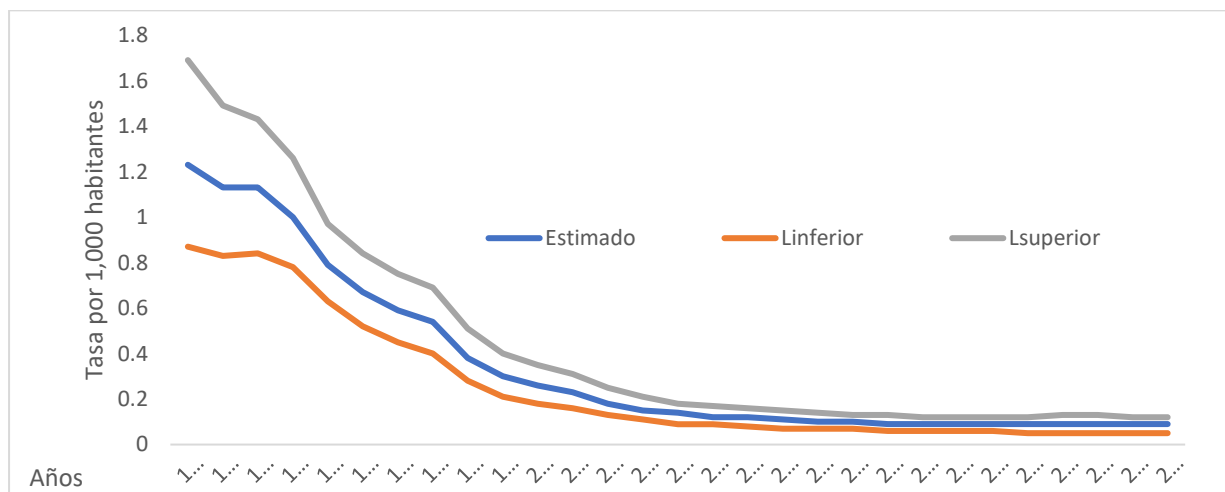
### I.2.1.-Estimaciones y proyecciones de VIH

El proceso de estimaciones se inició a partir del año 2003, desde ese momento el país ha realizado nueve ejercicios de estimaciones y proyecciones (2005, 2007, 2009, 2011, 2013, 2015, 2016, 2017 y 2019). Para el modelo generado en el 2019, con el fin de estimar cifras para el cierre del año 2018 se consideró como insumo los datos de vigilancia epidemiológica y estudios e intervenciones programáticas. En el caso de Honduras cuya epidemia es concentrada, el ejercicio de estimaciones y proyecciones, se realizaron a partir de datos programáticos de la prevención de la transmisión de madre hijo, estudios de vigilancia centinela en embarazadas, estudios retrospectivos y datos de vigilancia regular. Además, se utilizaron los datos de la encuesta demográfica y de salud (ENDESA); así como datos programáticos del sistema de atención integral (tratamiento antirretroviral), estudios de prevalencia de privados de libertad, estudio de prevalencia en garífunas, y supuestos relacionados con el tamaño de las poblaciones clave.

Mediante la metodología Spectrum v5.756.beta 12, en el 2018 se estimaron 23,142 PVIH (13,825 hombres y 9,317 mujeres), 796 nuevas infecciones y 776 muertes a causa del Sida.

La prevalencia estimada de VIH en la población adulta de 15-49 años fue de 0.30%, mientras que la tasa de incidencia de nuevos casos fue de 0.09 por cada mil habitantes. La tasa estimada de mortalidad fue de 8.28 por cada 100,000 habitantes.

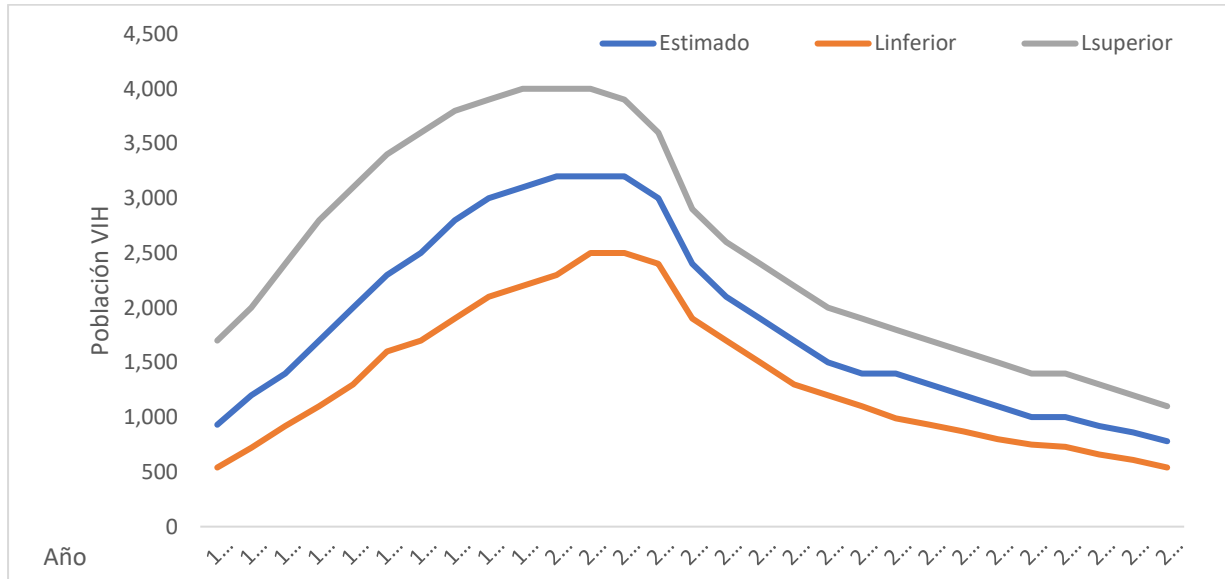
**Gráfico 1.-** Tasas estimadas de incidencia de VIH por 1,000 habitantes, Honduras 1992-2018.



Fuente: Estimaciones según Spectrum V 5.756.beta 12, Honduras 2019

Las tasas estimadas de incidencia muestran que se espera una disminución importante de los nuevos casos (**Gráfico 1**) lo cual también se expresa en la disminución, no tan marcada, de la PVIH estimada dado que se ha incrementado la sobrevivencia de personas con VIH. (**Gráfico 2**)

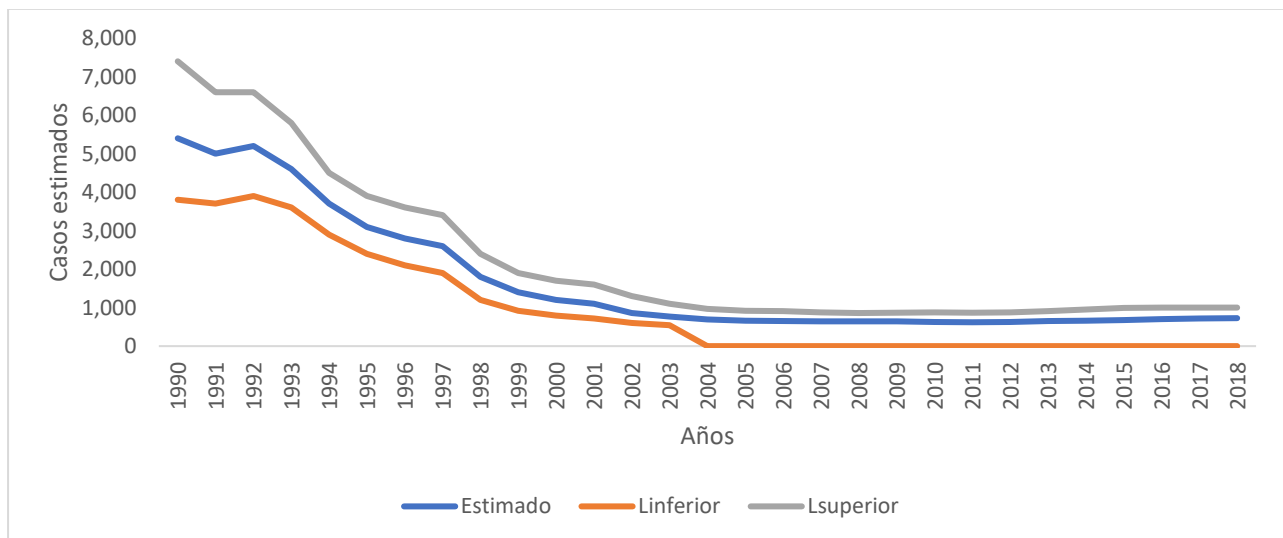
**Gráfico 2.-** Número estimado de PVIH, Honduras años 1990-2018.



Fuente: Estimaciones según Spectrum V 5.756.beta 12, Honduras 2019

El número estimado anual de casos nuevos de VIH, entre las personas mayores de 15 años, empieza a presentar una disminución a partir de 1990 con una tendencia a estabilizarse a partir de 2004, habiendo un ligero incremento en 2018. (Ver **Gráfico 3**).

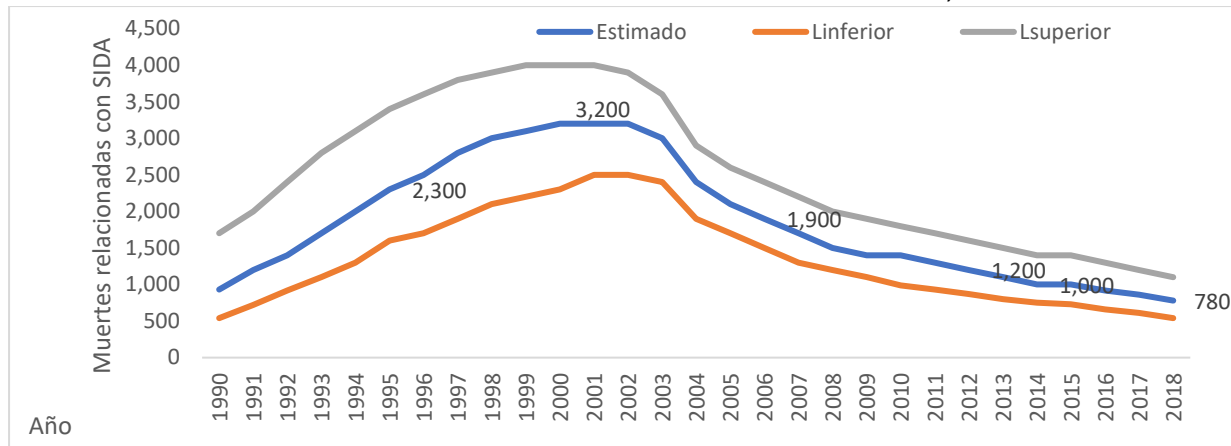
**Gráfico 3.** No. estimado anual de casos nuevos de VIH en población mayor de 15 años, Honduras 1990-2018.



Fuente: Estimaciones según Spectrum V 5.756.beta 12, Honduras 2019.

En el **Gráfico 4** se puede observar que la mortalidad estimada por Sida ha disminuido a 780 muertes para el año 2018, lo que estaría relacionado con la introducción de la terapia antirretroviral (TAR) al país a partir del año 2002.

**Gráfico 4.- No. de muertes estimadas anualmente relacionadas con Sida, Honduras 1990-2018.**



Fuente: Estimaciones según Spectrum V 5.756.beta 12, Honduras 2019

De acuerdo con las proyecciones del 2018 (Spectrum v5.757 Beta 12) hasta el año 2025, el número de PVIH no variará sustancialmente (2018: 23,142; 2025: 23,654), pero habrá una disminución en el número de los casos nuevos de VIH (2018: 796; 2025: 479), así como en la mortalidad relacionada con Sida (2018: 776; 2025: 268). (Ver **Tabla 26**)

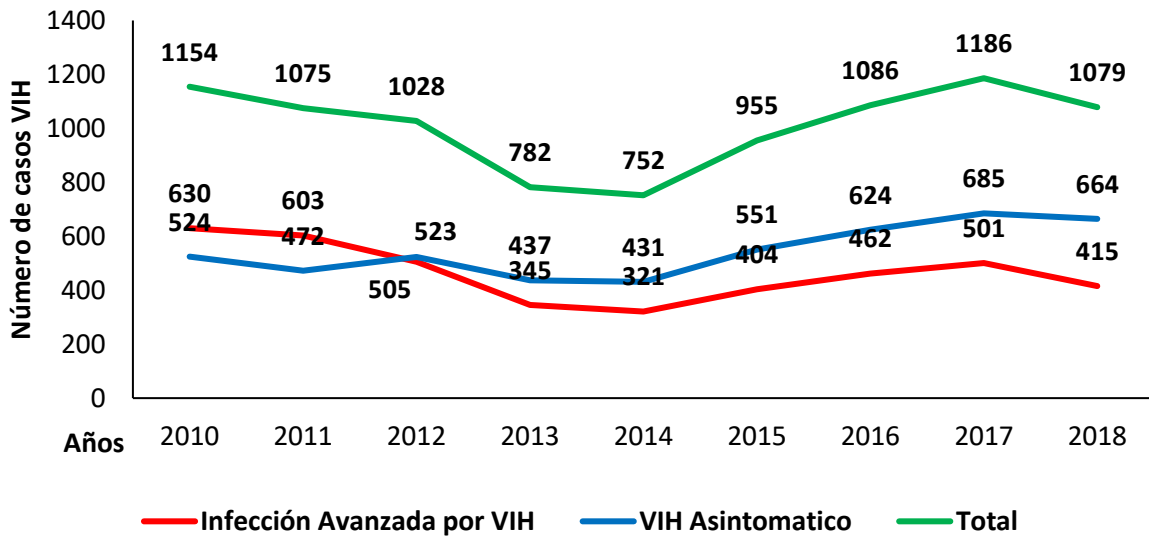
### 1.2.2 Notificación de casos de VIH

Según datos de VICITS del 2018, Honduras experimenta una epidemia concentrada en poblaciones clave: hombres que tiene sexo con hombres (HSH) con 8.4%, mujeres trabajadoras sexuales (MTS) con 2%, y la población trans (PT), con un 8.2%.

Desde inicios de la epidemia en 1985 hasta diciembre del 2018, la Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS) de la SESAL ha registrado por notificación, un total de 36,937 casos acumulados de los cuales 24,536 corresponden a infección avanzada por VIH y 12,401 a casos asintomáticos. (17)

Para el 2018 fueron notificados 1,079 casos de VIH, observándose un incremento constante desde la reducción registrada en los años 2013 y 2014, lo que podría relacionarse a las estrategias implementadas por la SESAL y las ONGs para incrementar la detección de casos y su notificación, fortaleciendo además la vinculación con los SAI de las PVIH detectadas. (17) (Ver **Gráfico 5**)

**Gráfico 5.-** Número de casos de VIH notificados según estadio, Honduras, 2010-2018\*

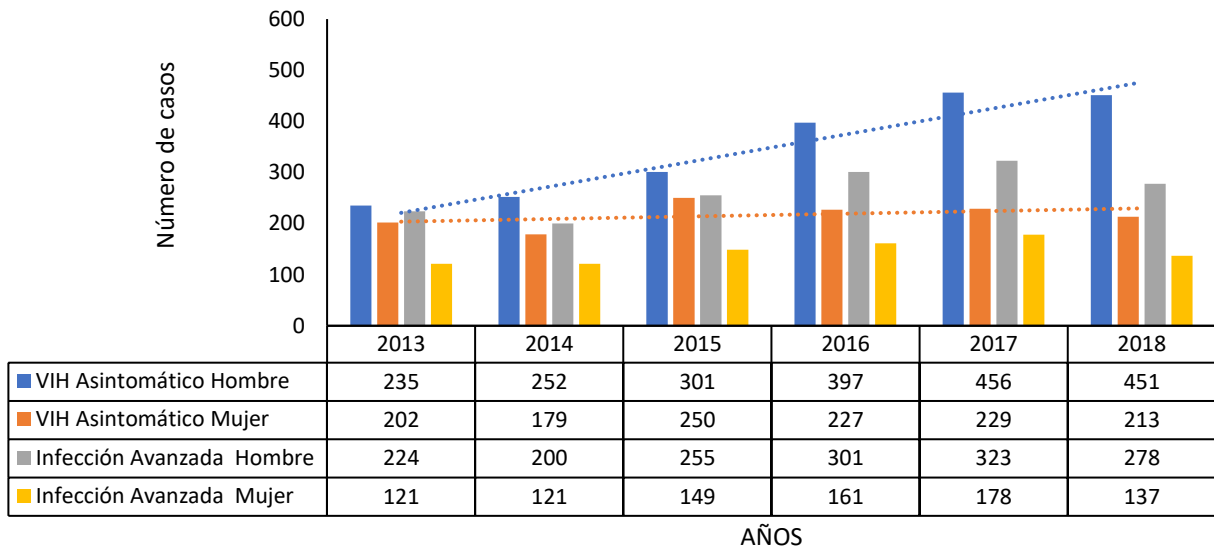


Fuente: SESAL. Base de datos de Notificación de casos de VIH/Sida, UVS2010-2018, Honduras

\*Aún hay casos pendientes del 2018, que aún no se cierra.

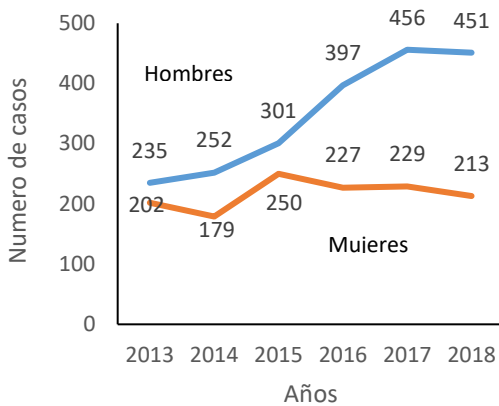
La distribución de casos de VIH asintomático según sexo durante el periodo 2013-2018 fue de 62% (2,092/3,392) en hombres y de 38% (1,300/3,392) en mujeres. En los casos de infección avanzada la situación presentada fue de 65% (1,581/2,448) en los hombres y 35% (867/2,448) en las mujeres. (Ver **Gráfico 6**, **Gráfico 7**, **Gráfico 7**)

**Gráfico 6.-** No. de casos por estadio y según sexo, Honduras 2013-2018

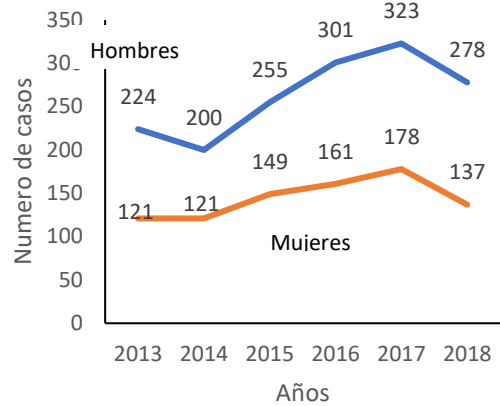


Fuente: SESAL. Unidad Vigilancia de la Salud/Base de datos casos VIH 2013-2018, Honduras

**Gráfico 7.-Casos VIH asintomáticos por sexo.**



**Gráfico 8.-Casos VIH avanzados por sexo**



Fuente: SESAL. Unidad Vigilancia de la Salud/Base de datos casos VIH 2013-2018, Honduras.

Las relaciones sexuales coitales siguen siendo la principal vía de transmisión, 93.4% (731/782) en el 2013 y 94.3% (1,017/1,078) en 2018. Entre las PVIH aquellas que se autodefinen como heterosexuales constituyen la mayoría de los casos reportados; al comparar el año 2013 con el 2018 se observa un descenso del 79% (448/782) al 57.42% (619/1,078) en heterosexuales. En cuanto a la autodefinición como homosexual y bisexual se observa un incremento para el 2018 (22.3%, 231/1078 homosexual y 12.8%, 138/1,078 bisexual) en comparación al 2013 (7.0%, 55/782 homosexual y 7.5%, 59/782 bisexual). Es importante mencionar que para el año 2018, el 2.0 % (22/1,078) se autodefinió como trans.

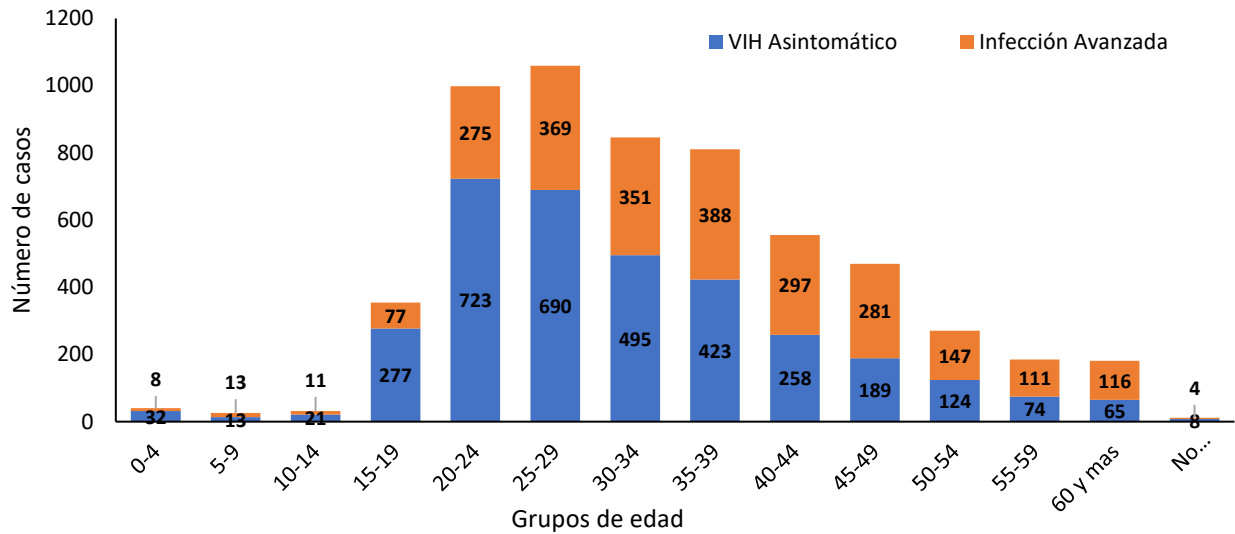
La vía de transmisión materno infantil se mantiene en 1%. No se han reportado casos atribuidos a vía de transmisión sanguínea en los últimos 5 años.

La relación hombre: mujer fue de 2.3:1.0 en 1986, en 2018 se reporta una razón hombre: mujer de 1.2:1.0. La proporción de casos notificados de infección avanzada es mayor en hombres representando un 58%, opuesto a la situación de los casos de VIH asintomático donde las mujeres representan el 54%. Esto puede deberse a la oferta activa de las pruebas de VIH a las embarazadas lo cual permite que una mayor proporción de mujeres sean detectadas tempranamente con VIH.

La población económicamente activa, en el rango de 20 a 49 años, sigue siendo la más afectada, como se puede observar en el acumulado de casos de VIH, en ambos estadios, que corresponde al período de los últimos seis años. (Ver **Gráfico 9**)



**Gráfico 9.-** No. de casos notificados de VIH según estadio y sexo por grupos de edad, Honduras, 2013-2018

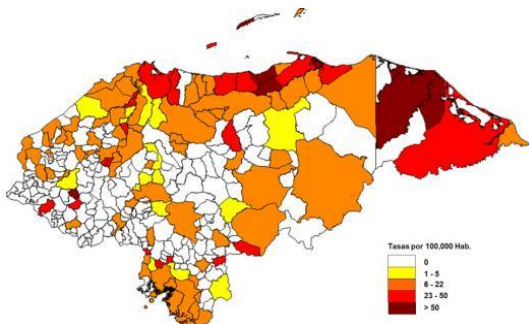


Fuente: SESAL Base de datos de Notificación de casos de VIH/Sida, UVS/SESAL, Honduras.

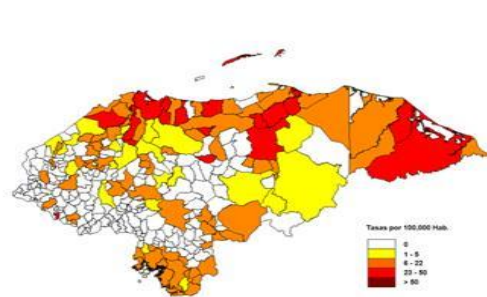
\*casos pendientes al cierre.

Geográficamente, la epidemia se concentra en la zona atlántica y el corredor central del país, sin observarse cambios sustanciales en la tasa de notificación de casos de VIH por municipio en los últimos 5 años (Ver Mapa 1 y 2).

**Mapa 1.** Tasa de notificación por 100,000 Hab. de casos VIH, según municipio, Honduras, 2013



**Mapa 2.** Tasa de notificación por 100,000 Hab. de casos VIH, según municipio, Honduras, 2018

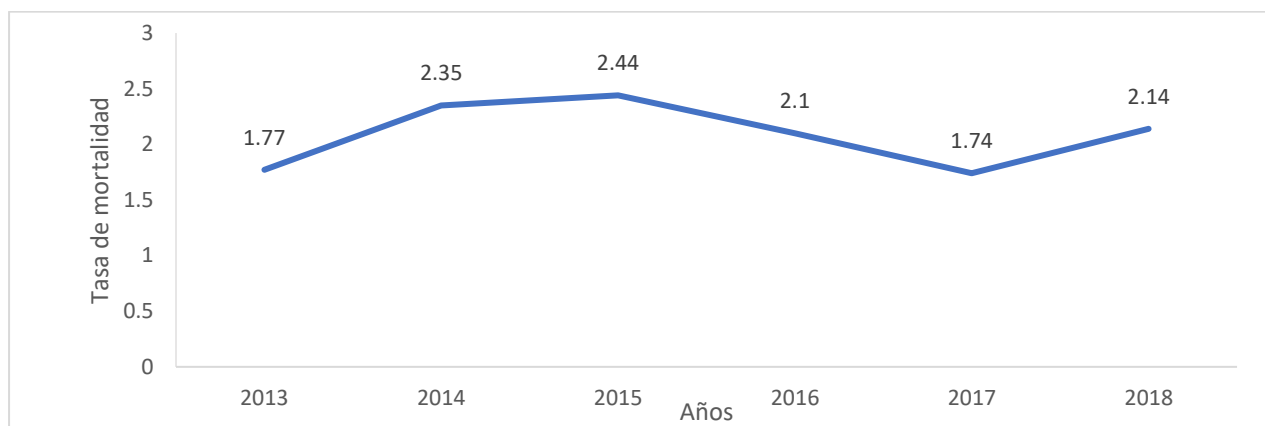


Fuente: Base de datos de Notificación de casos de VIH/Sida, UVS/SESAL, Honduras.

### I.2.3.- Mortalidad asociada a Sida

Durante el periodo de 2013-2018, según los registros hospitalarios se reportaron 1,584 muertes a causa de Sida, la tasa anual de mortalidad específica no presenta variaciones importantes reportándose para el año 2018 una tasa de 2.14 por 100,000 habitantes. (18), (19) (Ver Gráfico 10)

**Gráfico 10.-** Tasa de mortalidad por causas relacionadas al Sida, Honduras 2013-2018

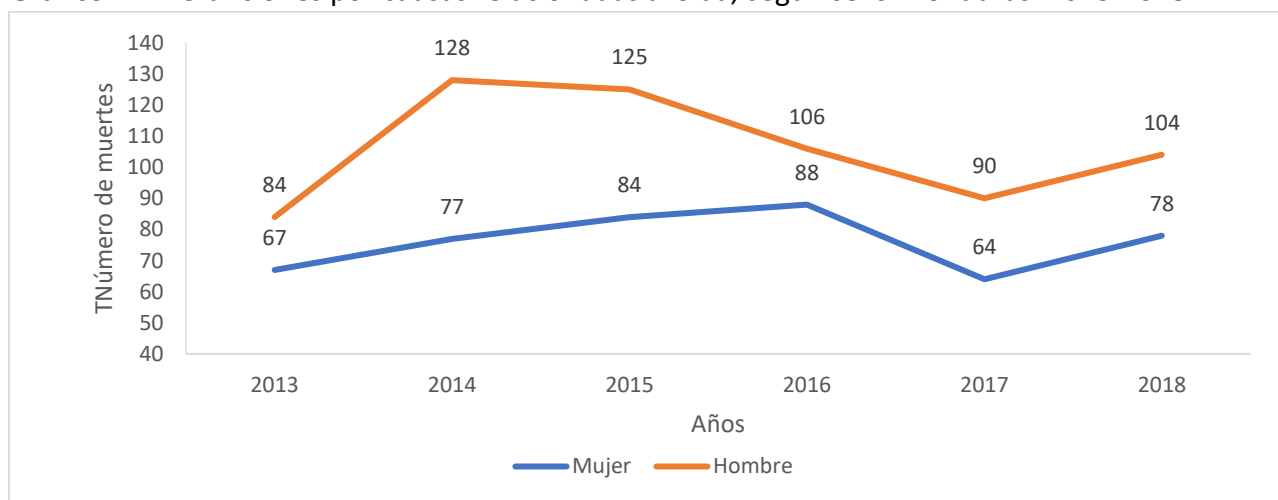


Fuente: SESAL. Área de estadística/UGI, Honduras. 2010-2018 \*datos preliminares

De acuerdo con los datos, los hombres - a diferencia de las mujeres - presentan un registro mayor de defunción por VIH/Sida durante el periodo 2010-2013, con un incremento importante en los años 2014 y 2018.

La distribución de las muertes se presenta en el **Gráfico 11**, del total de defunciones acumuladas (1,534) en el período 2013-2018, el 58.9% (903) ocurrieron en hombres y 41.1% (631) en mujeres. Si acumulamos las defunciones en periodos de 5 años. Al analizar comparativamente las series históricas de los períodos 2010-2014 y 2015-2018 la relación hombre: mujer fue de 1.5:1.0 (478/317), para el primer periodo y de 1.35:1.0 (425/314) para el segundo.

**Gráfico 11.** Defunciones por causas relacionadas al Sida, según sexo. Honduras. 2013-2018



## I.2.4.- Epidemia de VIH en poblaciones claves y vulnerabilizadas

De acuerdo con la evidencia epidemiológica, dentro de los grupos de población clave en Honduras, se encuentran los HSH, incluyendo los que ejercen trabajo sexual, las MTS y las mujeres Trans; dentro de los grupos vulnerabilizados están las PPL, las embarazadas y la población garífuna, siendo estos los grupos priorizados en el Plan Estratégico Nacional de VIH y Sida (PENSIDA IV 2015-2019).

### I.2.4.1.- Prevalencia de VIH e ITS en población clave según ECVC 2012

Conforme datos de la Encuesta Centroamericana de Vigilancia Comportamientos y Prevalencia de VIH e ITS en Poblaciones Clave (ECVC) realizada en 2012, en MTS la prevalencia de VIH más alta (15.3%) se registró en La Ceiba, seguida de San Pedro Sula con 6.7% y Tegucigalpa tuvo la menor prevalencia (3.3%). La prevalencia de Sífilis activa fue mayor en Tegucigalpa (1.2%) y en La Ceiba (1.1%). La prevalencia de Clamidia fue elevada en general, siendo la más alta (15.8%) en San Pedro Sula seguida por la encontradas en La Ceiba (10.1%) y Tegucigalpa (9.7%). Por otra parte, en lo referente a la Gonorrea, Tegucigalpa presentó la mayor prevalencia (4.2%), seguida por San Pedro Sula (0.9%) con un índice mucho menor. (Ver **Tabla 1**).

**Tabla 1.-** Prevalencia VIH e ITS por ciudad en MTS, Honduras 2012.

Prevalencia de ITS	Tegucigalpa	San Pedro Sula	La Ceiba
VIH	3.3% (21/601)	6.7% (38/606)	15.3% (24/202)
Sífilis activa	1.2% (5/601)	0.4% (4/609)	1.1% (3/202)
Clamidia ( <i>Chlamydia trachomatis</i> )	9.7% (63/531)	15.8% (94/574)	10.1% (13/188)
Gonorrea ( <i>Neisseria gonorrhoeae</i> )	4.2% (13/346)	0.9% (5/425)	0.0% (0/171)

Fuente: Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS de población clave de Honduras, 2012 (ECVC).

Los datos de la ECVC 2012 indican que la prevalencia de VIH en los HSH se encontraba en niveles entre el 6.9% y 11.7%, siendo La Ceiba la ciudad con la prevalencia más elevada en este grupo poblacional. La Sífilis activa presentó niveles mayores al 1% en las tres ciudades, siendo San Pedro Sula la de mayor prevalencia (6.1%). En lo que respecta a las otras ITS, en Tegucigalpa la prevalencia de Clamidia fue de 21.7% (la más alta de las tres ciudades), y en la ciudad de La Ceiba la prevalencia de Gonorrea fue de 6.9%. (Ver

**Tabla 2)**

**Tabla 2.- Prevalencia de VIH e ITS por ciudad en HSH. Honduras 2012.**

Prevalencia de ITS	Tegucigalpa	San Pedro Sula	La Ceiba
VIH	6.9% (24/260)	10.7% (43/259)	11.7% (29/146)
Sífilis activa	1.9% (8/261)	6.1% (20/268)	1.5% (2/146)
Clamidia ( <i>Chlamydia trachomatis</i> )	21.7% (36/237)	14.2% (41/272)	16.1% (21/144)
Gonorrea ( <i>Neisseria gonorrhoeae</i> )	6.8% (13/236)	5.7% (11/271)	6.9% (11/143)

Fuente: ECVC 2012.

Las prevalencias de VIH en MT (**Tabla 3**), presentaron niveles entre el 17.2% y 33.3%, siendo LCE la ciudad con la prevalencia más elevada. La Sífilis activa presentó niveles mayores al 1% en las tres ciudades, siendo San Pedro Sula la ciudad donde las MT tuvieron la mayor prevalencia (8.2%). En relación con las otras ITS, en Tegucigalpa la prevalencia de Clamidia fue de 25.9% (la más alta de las tres ciudades), y en la ciudad de La Ceiba la prevalencia de Gonorrea fue de 9.5%. Un hallazgo relevante fue que las MT de La Ceiba tenían la prevalencia más alta en todas las ITS estudiadas a excepción de la Sífilis activa.

**Tabla 3.- Prevalencia VIH e ITS por ciudad en Mujeres Trans (MT), Honduras 2012**

Prevalencias de ITS/ MT	Tegucigalpa	San Pedro Sula	La Ceiba
Prevalencia de VIH	17.2% (5/29)	23.6% (17/72)	33.3% (7/21)
Sífilis activa	3.4% (1/29)	8.2% (6/73)	4.8% (1/21)
Clamidia ( <i>Chlamydia trachomatis</i> )	25.9% (7/27)	17.8% (13/73)	19.1% (4/21)
Gonorrea ( <i>Neisseria gonorrhoeae</i> )	3.7% (1/27)	8.2% (6/73)	9.5% (2/21)

Fuente: ECVC 2012.

#### 1.2.4.2.- Vigilancia centinela de VIH e ITS en población clave

Honduras cuenta con servicios de vigilancia centinela de las ITS (VICITS), en las poblaciones de HSH, MTS y MT. Dentro de las aportaciones de los servicios de VICITS en la respuesta a la epidemia de VIH, destaca su rol en la generación sistemática de información estratégica en dichas poblaciones, incluyendo datos de positividad de VIH y otras ITS, que sirven como un proxi de monitoreo de la prevalencia en las poblaciones que acceden a estos servicios. Ante el contexto actual de recursos limitados y la dificultad de llevar a cabo estudios de seroprevalencia de manera constante, la información programática de las VICITS se ha vuelto un eje relevante para el monitoreo de la epidemia en el país.

Datos sistematizados sobre positividad a VIH reportados del testeo realizado en las clínicas VICITS para HSH, MTS y MT, muestran niveles elevados, observándose para 2018 una positividad de 8.4% en HSH, 2% en MTS y 8.2% en MT. (Ver

**Tabla 4).**

**Tabla 4.-** Positividad de VIH según población clave. Honduras 2015-2018

Población/Años	2015	2016	2017	2018
HSH	15.1% (70/463)	11.7% (187/1596)	12.4% (201/1618)	8.4% (217/2589)
MTS	0.3% (2/22)	3.4% (19/565)	2.0% (13/640)	2% (18/884)
MT	5.7% (3/53)	11.9% (18/143)	9.7% (12/124)	8.2% (13/159)

Fuente: Datos de clínicas VICITS205-2018

Al considerar la positividad de los HSH que se realizaron la prueba del VIH, se observó una alta positividad en La Ceiba, menor – pero aún alta – en la ciudad de San Pedro Sula y una menor positividad, pero por arriba del 5% en la ciudad de Tegucigalpa (5.50%). (**Tabla 5**)

**Tabla 5.-** Positividad de VIH en HSH, por ciudad. Honduras 2018.

Ciudad	No. de HSH que se realizaron la prueba	No de HSH con resultado VIH+	Positividad de VIH
Tegucigalpa	1481	82	5.50%
San Pedro Sula	852	93	10.90%
La Ceiba	256	42	16.40%

Fuente: Indicadores VICITS año 2018. SESAL.

Si se analiza por grupos de edad, los datos recogidos indican que la positividad de VIH en los HSH mayores de 25 años es 8.5%, siendo superior a la de aquellos menores de 25 años. (**Tabla 6**)

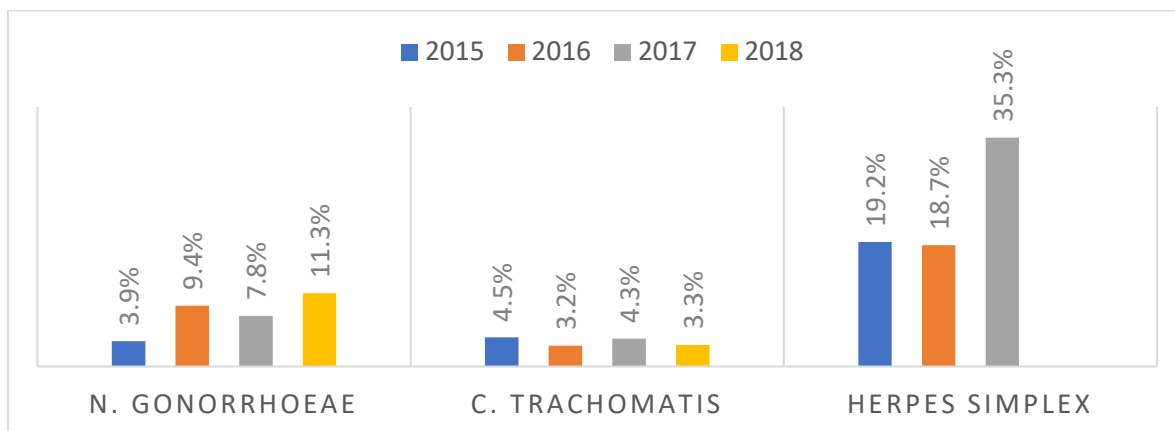
**Tabla 6-** Positividad de VIH en HSH por grupos de edad. Honduras 2018.

Edades	Variables		
	Tamizados	VIH+	% Positividad
Menores 25ª	1067	88	8.20%
Mayores 25ª	1522	129	8.50%

Fuente: Indicadores VICITS año 2018. SESAL.

El reporte de otras ITS entre HSH atendidos en clínicas VICITS, muestra una mayor frecuencia con un aumento sostenido anual (2016-2018) de *Herpes simplex*. (20) (Ver **Gráfico 12**), observando un comportamiento similar en los casos de Gonorrea.

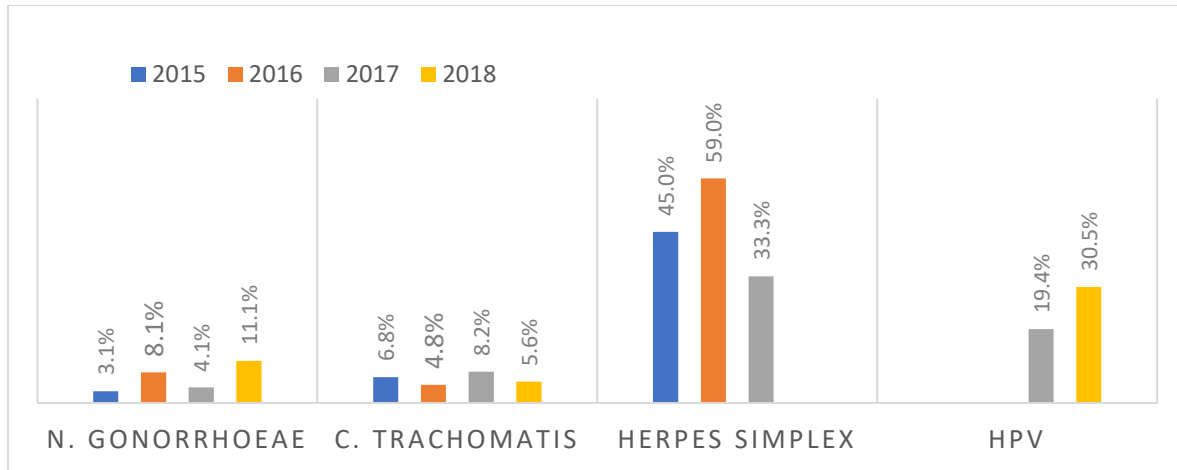
**Gráfico 12.-** Prevalencia de ITS etiológicas en HSH que asisten a las VICITS, Honduras 2015-2018.



Fuente: SESAL, UVG, CDC/PEPFAR. Informe de Modalidades VICITS Ampliado. Años 2006-2018. Análisis de la estrategia VICITS en Honduras. 2019.

Al considerar la prevalencia de otras ITS en MTS atendidas en las clínicas VICITS, nuevamente el Herpes simplex es la enfermedad reportada con mayor frecuencia, en general más frecuente que en HSH. También resalta el incremento en los casos etiológicos de Gonorrea y el alto índice de virus del papiloma humano (VPH). (Ver **Gráfico 13**).

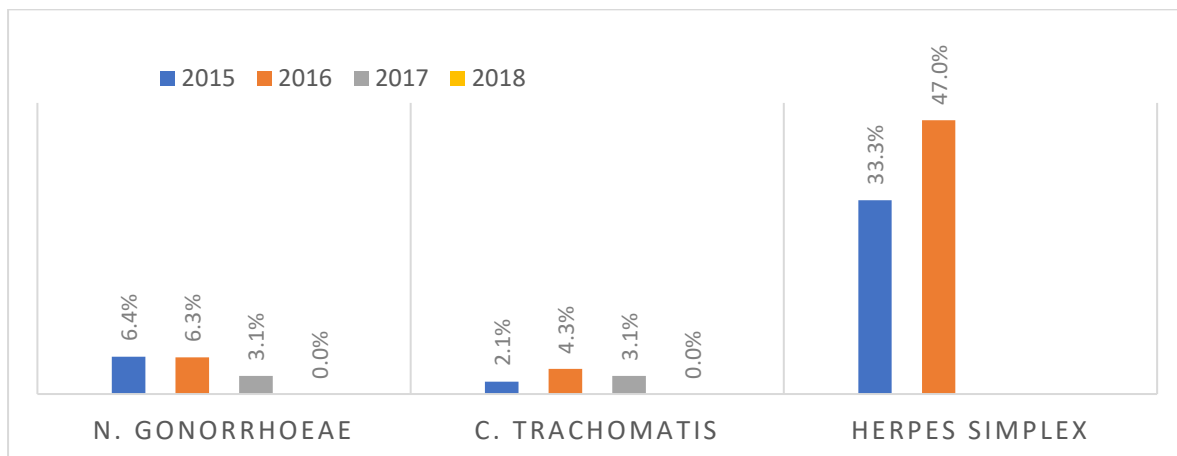
**Gráfico 13.-** Prevalencia de ITS etiológicas en MTS que asisten a las VICITS, Honduras 2015-2018



Fuente: SESAL, UVG, PEPFAR. Informe de Modalidades VICITS Ampliado. Años 2006-2018. Análisis de la estrategia VICITS en Honduras. 2019.

En MT, también es el Herpes simplex el que se vuelve relevante, con una prevalencia alarmantemente alta (47%) en 2018, la más alta entre las tres poblaciones clave incluidas en esta vigilancia. (Ver **Gráfico 14**).

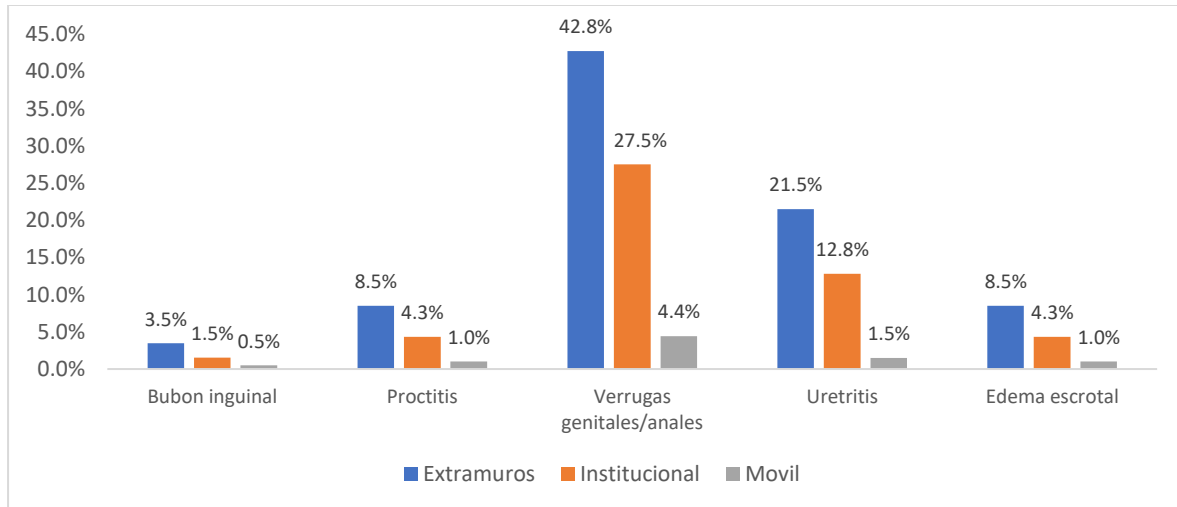
**Gráfico 14.-** Prevalencia de ITS etiológicas en MT que asisten a las VICITS, Honduras 2015-2018



Fuente: SESAL, UVG, PEPFAR. Informe de Modalidades VICITS Ampliado. Años 2006-2018. Análisis de la estrategia VICITS en Honduras. 2019.

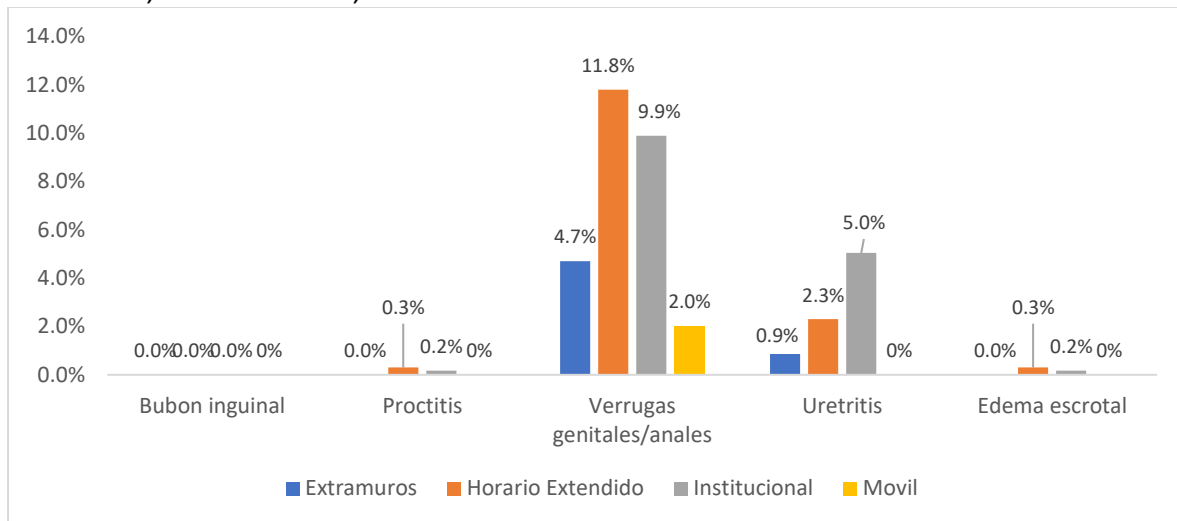
Cuando se trata de evaluación médica para búsqueda de síndromes asociados a ITS, en HSH y MT son más comunes las verrugas genitales y las uretritis, tanto en Tegucigalpa como en San Pedro Sula. (Ver **Gráfico 15** y **Gráfico 16**)

**Gráfico 15.-** Prevalencia de ITS por manejo sintomático en HSH y MT que asisten a las VICITS, por modalidad. Tegucigalpa, Honduras 2016-2018.



**Fuente:** SESAL, UVG, PEPFAR. Informe de Modalidades VICITS Ampliado. Años 2006-2018. Análisis de la estrategia VICITS en Honduras. 2019.

**Gráfico 16.-** Prevalencia de ITS por manejo sintórmico en HSH y MT que asisten a las VICITS, por modalidad, San Pedro Sula, Honduras 2016-2018.



**Fuente:** SESAL, UVG, PEPFAR. Informe de Modalidades VICITS Ampliado. Años 2006-2018. Análisis de la estrategia VICITS en Honduras. 2019.

#### 1.2.4.3.- VIH e ITS en Personas Privadas de Libertad

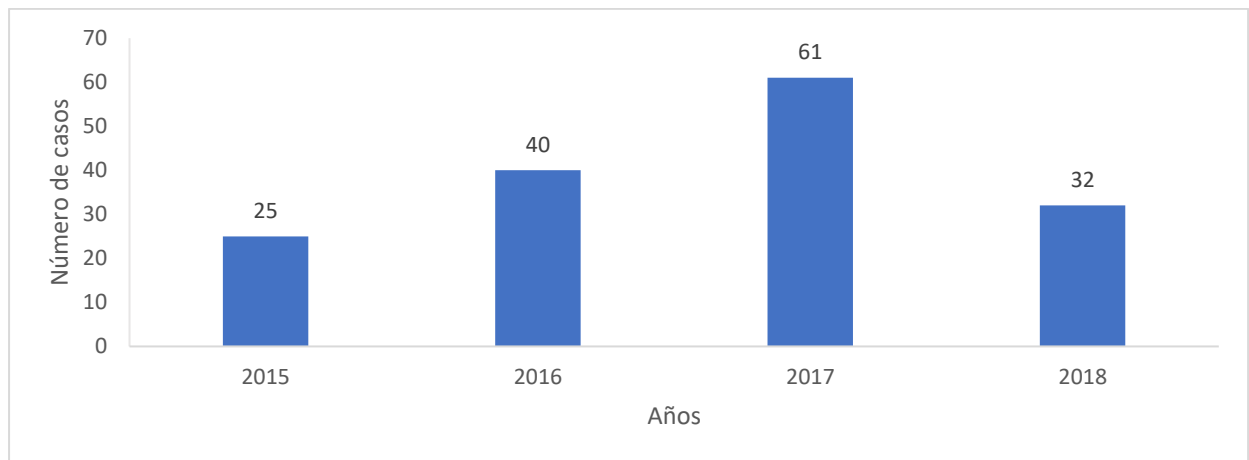
En el año 2015 se realizó el “Estudio sobre conocimientos, actitudes, prácticas sexuales, y seroprevalencia de VIH y Sífilis en población privada de libertad de Honduras en Tegucigalpa y San Pedro Sula”, encontrando niveles de prevalencia VIH mayor al 1% en hombres de ambas ciudades, y cercana a 1% en mujeres de TGU y 0% en SPS. (19)

En el **Gráfico 17**, según información de la SESAL, (17) se muestra la cantidad de casos de VIH en PPL, en 2015 se reportaron 25 PPL con VIH con una tendencia a subir hacia el 2017, pero en 2018 el número de casos fue de 32. Al no contar con los datos de denominador, no es posible hacer una comparación epidemiológica adecuada ya que no se pueden calcular las tasas, por lo cual no



podríamos afirmar si las tasas aumentaron al 2017 y luego hubo un descenso en 2018.

**Gráfico 17.-** No. de casos VIH. Honduras, 2015-2018 en PPL.



**Fuente:** SESAL/UVS. Datos del Informe Estadístico de la Epidemia de VIH periodo 1985 a diciembre 2018, Honduras.

En lo correspondiente a la Sífilis la seroprevalencia usando solo la prueba TPHA (Hema Aglutinación de *Treponema pallidum*) fue en promedio de 6.17% (20/324) en hombres y de 6.13% (10/163) en mujeres. La seroprevalencia de Sífilis más alta fue en SPS con 15.0% (6/40) en mujeres y en hombres con 7.4% (9/122). La incidencia de Sífilis (utilizando como criterio RPR positivo confirmado por TPHA) más alta fue en SPS, con 3.3% (4/122) en hombres y 7.5% (3/40) en mujeres.

Los resultados preliminares del Estudio sobre conocimientos, actitudes, prácticas sexuales y prevalencia de VIH, sífilis y tuberculosis en población privada de libertad realizado entre 2018 y 2019 muestran una prevalencia baja de VIH: 0.6% (IC95% 0.3-1.5), siendo similar en hombres, 0.7% (IC95% 0.3-1.6) en comparación a mujeres 0.2% (IC95% 0.0-1.3). También la prevalencia de sífilis activa fue baja correspondiendo a 0.5%, en hombres un poco más alta 1.8% en relación con la encontrada en mujeres 0.6%.

#### 1.2.4.4.- VIH en Población Garífuna

Según el Perfil Epidemiológico del VIH en Población Garífuna de Honduras 2017 (17), la mayor tasa de prevalencia se reportó en hombres urbanos 3.1% (3/185), seguido de mujeres urbanas 1.3% (3/220), mujeres rurales 0.7% (1/200) y hombres rurales 0.25% (1/198). La prevalencia general fue de 1.6% (11/803), mayor en hombres, 2% (7/383) que, en mujeres, 1.1% (4/420). (Ver **Gráfico 18**)

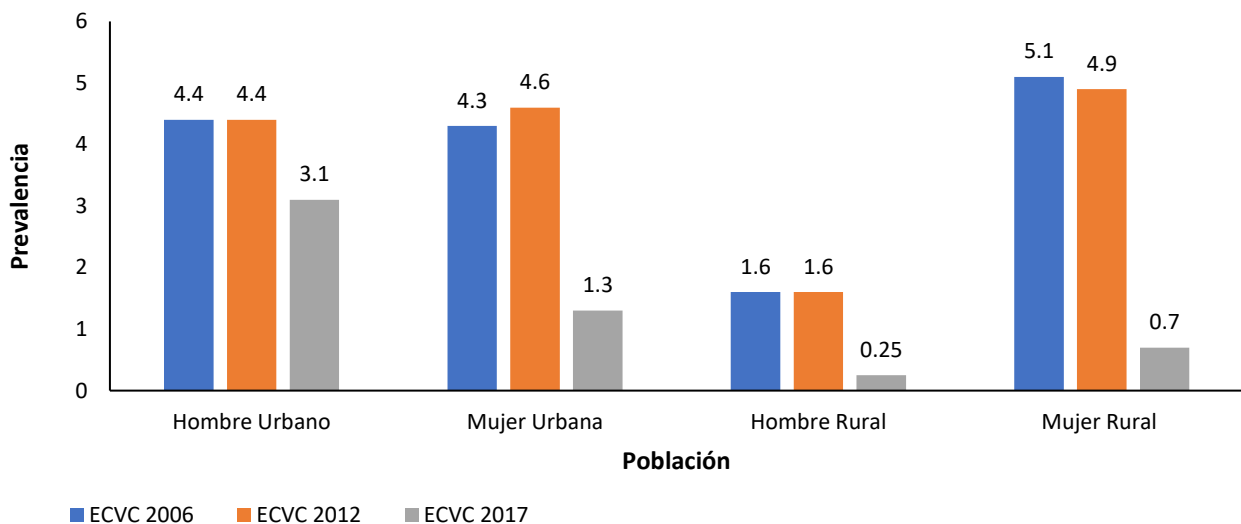
Al comparar la prevalencia de VIH encontrada en las ECVC 2006, 2012, 2017 se observa que la prevalencia en hombres y mujeres en el área urbana es mayor la observada en el área rural, presentando una reducción tanto en área geográfica como en ambos sexos, aunque en hombres y mujeres urbanos se mantiene por arriba del 1%.

Los datos también establecieron que la positividad tanto en mujeres como hombres sean habitantes de zonas rurales o de ciudades, muestra una disminución importante en el transcurso

de los años 2006 al 2017, observándose un mayor decremento en mujeres tanto rurales como de zonas urbanas, seguidas por hombres de áreas rurales.

El relativo poco descenso de la positividad de VIH en hombres habitantes de zonas urbanas podría ser explicado en que éstos estarían habitando en ciudades que tienen mayores tasas de positividad por VIH y sería un reflejo de la dinámica de las poblaciones urbanas en general.

**Gráfico 18** Prevalencia por VIH en población garífuna. Honduras ECV 2006, 2012 y 2017



Fuente: Secretaría de Salud de Honduras. ECV 2006, 2012 Y 2017

Como dato importante de referencia específicamente para el año 2017, es que se estimaron 1,956 personas garífunas con VIH. (19)

### **I.2.5.- Situación de la transmisión materno infantil de VIH y Sífilis**

En Honduras las actividades de prevención de la transmisión materno infantil del VIH se iniciaron en el año 2002 a través de un proyecto piloto en 15 establecimientos de salud de 3 municipios ubicados en diferentes regiones de salud. En 2004 se crea el Programa Nacional de Prevención de la Transmisión de VIH de Madre a Hijo/a (PTMH), basado en intervenciones preventivas, como el uso de antirretrovirales para la embarazada y el niño/a perinatalmente expuesto, cesárea electiva y sucedáneos de leche materna.

Los registros de la SESAL muestran que muchas de las embarazadas que acuden a control prenatal (CPN)<sup>4</sup> reciben consejería previa a realizarse una prueba de VIH y que de ellas un alto porcentaje se realizó la prueba (2016: 91%; 2018: 98%) y recibió consejería post prueba (2016: 88%; 2018: 87%). Los datos de consejería preprueba muestran que el número es mayor a la cantidad de atenciones prenatales en embarazadas nuevas, que indica incongruencia en los registros, porque el sistema de información descansa en contabilizar el número de atenciones y no la cantidad de embarazadas que realmente reciben la atención. (Ver **Tabla 7**).

**Tabla 7.-** Número de embarazadas atendidas con consejería pre y post prueba de VIH. Programa PTMH. Honduras 2016-2018.

Año	Atenciones de embarazadas nuevas en control prenatal	Embarazada que recibió consejería pre-prueba	Embarazada que hizo la prueba VIH		Embarazada que recibió consejería post-prueba	
		No.	No.	%	No.	%
2016	162,215	173,769	158,910	91%	139,855	88%
2017	166,055	183,449	172,125	94%	151,701	88%
2018	182,523	209,974	205,382	98%	179,181	87%

Fuente: Consolidado Programa de PTMH 2016, 2017 y 2018

Para el año 2018 se esperaban 230,365 mujeres embarazadas, de ellas fueron captadas en control prenatal 182,523 nuevas embarazadas (79.2%), de éstas a 129,847 se les realizó la prueba de VIH (71.1%), lo cual representa un 56.3% del total de embarazadas esperadas. (**Tabla 8**)

En relación con el acceso de consejería en el 2018, el 100% de embarazadas recibiendo CPN tuvieron acceso a servicios de consejería preprueba, de estas el 62% se realizó la prueba de VIH y el 100% de las que se realizaron la prueba de VIH recibieron su resultado mediante consejería posprueba. En ese mismo año el porcentaje de positividad para VIH en embarazadas fue de 0.17%. (Ver **Tabla 8**).

**Tabla 8.-** Comparativo de pruebas de VIH y positividad en embarazadas. Honduras, 2013-2018

Variable	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Embarazadas estimadas	259,980	260,845	261,478	262,185	228,798	230,365
Embarazadas nuevas en control prenatal	181,390	183,361	199,102	162,215	166,055	182,523
Pruebas de VIH	137,542	159,318	183,580	158,910	120,769	129,847
Embarazadas positivas por VIH	240	227	188	174	166	215
% positividad VIH	0.17%	0.14%	0.10%	0.11%	0.14%	0.17%

<sup>4</sup> La SESAL registra en consejería el número de atenciones no el número de embarazadas.

Fuente: SESAL, Honduras 2013-2018

De acuerdo con las estimaciones y proyecciones, se espera que para el año 2025 la transmisión de madre a hijo se haya reducido a por lo menos la mitad de la cifra en 2018, asimismo se proyecta un aumento en la proporción de embarazadas recibiendo TAR, del 59% en 2018 al 86% en 2025. (Ver

**Tabla 9).**

**Tabla 9.** Estimaciones del número de nuevas infecciones transmitidas de madre a hijo según sexo y cobertura de TAR en embarazadas. Honduras 2018-2025

Variable	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Total	71	54	46	39	38	36	35	33
Hombres	37	28	24	20	19	19	18	17
Mujeres	35	26	22	19	18	18	17	16
Cobertura de TAR en embarazadas con VIH (%)	59	74	80	86	86	86	86	86

Fuente: Estimaciones según Spectrum V 5.756.beta 12, Honduras 2019

Según las estimaciones de Spectrum en el 2018, 344 mujeres embarazadas necesitaban PTMH y lo recibían 202, las proyecciones indican que la brecha se acortará progresivamente hasta el 2022 (304 vs. 262) y hacia el 2025 se mantendrá una brecha estable en alrededor de 42 mujeres embarazadas requiriendo PTMH que no lo recibirían. La cantidad de niños y niñas con nuevas infecciones de VIH tiende a reducirse de 71 en 2018 a 33 en 2025. En el anexo 1, **tabla 27** se incluye el resumen de las estimaciones relacionada a la transmisión materno infantil de VIH.

La SESAL pudo estimar que la tasa de Sífilis congénita en el primer semestre de 2019 fue de 0.1 por 1,000 NV<sup>5</sup> La vía transmisión materno infantil se mantiene en alrededor de 1%.

---

<sup>5</sup> Informe de Evaluación Indicadores de ITS y VIH SESAL 2019 (1er.Semestre). Indicadores de Monitoreo Global.

Para el 2018 de las 230,365 embarazadas esperadas el 70.2% (182,523/230,365) asistieron a control prenatal de estas el 56.3% (129,847/230,365), se realizaron por lo menos una prueba rápida para detección de Sífilis. El porcentaje de positividad fue 0.16% (215/129,847).

### **I.2.6.- Factores de vulnerabilidad**

Se definen como factores de vulnerabilidad aquellos cuya presencia incide sobre la probabilidad de ocurrencia de una situación de riesgo, dado que, incrementa la susceptibilidad o debilita los mecanismos de defensa del sujeto expuesto. En cuanto a los factores que contribuyen a la vulnerabilidad se pueden mencionar, entre otros, los siguientes: (i) el consumo de alcohol y/o drogas, (ii) la discriminación y el estigma, (iii) relaciones de poder como presión de la pareja, (iv) las inequidades sociales incluyendo la de género, y (v) la pobreza. (23)

Al respecto de las relaciones de poder, según la ENDESA 2012, entre las mujeres de 15-49 años alguna vez unidas que han sufrido violencia por parte del esposo/compañero, el 21% había sufrido violencia psicológica, un 10% violencia física, 3% violencia sexual, 11% violencia física o sexual y 22% violencia física, sexual o psicológica. (19)

Las desigualdades de género se constituyen en un factor de vulnerabilidad para las mujeres, entre estos se pueden mencionar: la violencia sexual basada en género, la dependencia económica de muchas mujeres, las dificultades de acceso a la educación sobre todo en mujeres del área rural y el abuso sexual en niñas y adolescentes las sitúa en una clara desventaja para poder empoderarse respecto a su autocuidado en la prevención del VIH.

En las edades de 24 a 49 años, la mitad de las mujeres reportaron que habían iniciado su vida sexual antes de los 18.4 años (las mujeres con bajo nivel educativo lo hicieron en promedio a la edad de 16.7 años) y para los hombres la media fue de 16.4 años. En cuanto a la edad de la primera unión, las mujeres lo hicieron con una edad mediana de 19.3 años y los hombres de 22.4 años. (24)

Las mujeres de 15 a 49 años reportaron en su vida haber tenido en promedio 1.5 parejas sexuales, mientras en los hombres del mismo grupo de edad el promedio reportado de parejas sexuales fue de 5.5. (25)

#### I.2.6.1.- Estigma y Discriminación

Al respecto de actitudes de discriminación (14) hacia las PVIH, las fuentes consultadas establecieron respuestas favorables para los temas de que las persona deben tener acceso a lugares públicos (2013: 86.4%; 2016: 85.6%; 2019: 87%) también a que los niños y niñas con VIH deberían recibir educación aparte , (2013: 50.8%; 2016: 30.6%; 2019: 44.1%) y al respecto de si un empleador debería solicitar una prueba de VIH para proveer empleo, no están de acuerdo: (2013:34.0%; 2016: 33.3%; 2019:31.5%).

Con respecto a las actitudes de discriminación hacia la población de HSH y MTS se estableció que han habido cambios positivos lo que se expresa en las respuestas a las preguntas (25) en los siguientes ítems: Los % descritos es que los/las encuestados/as están de acuerdo : (i) un amigo de la población

HSH puede convivir en la casa (2013: 65.0%; 2016: 67.3%; 2019: 63%), también en relación a que (ii) Dios castiga con sida a los homosexuales y las MTS (2013: 56.5%; 2016: 35.5% ; 2019: 46.2%) o a que (iii) las MTS adquieren sida por su mal comportamiento (2013: 36.2%; 2016: 27.5% ;2019: 47%), también a que (iv) las personas se sienten cómodas trabajando al lado de una persona trans/trasvesti (2013: 50.2%; 2016: 57.7%; 2019: 61.1%) y finalmente en que (v) las personas trans/trasvesti tienen derecho a nuevos documentos de identidad (2013: 30.7%; 2016: 39.6%; 2019:37.2%)

Fuente: Encuesta de opinión en población general ,Estigma y Discriminación asociados con el VIH, en Honduras, 2019.

Otro estudio (26) reportó que casi la mitad de las personas del pueblo garífuna (45.4%) se han sentido discriminadas por ser garífunas, un mayor porcentaje en la ciudad de La Ceiba (58.9%), y en Trujillo (35.9%) y en Tela (40.05). En general, las PVIH reportan haber sufrido exclusión social en 8.1%, exclusión religiosa (6.2%) y exclusión familiar (5.1%) (28), siendo más común la exclusión social y religiosa entre las personas de la diversidad sexual y de minorías sociales. **(Tabla 10)**

**Tabla 10.-** Porcentaje de personas según su condición que han experimentado exclusión en actividades sociales, religiosas y familiares. Honduras 2016.

Características	Exclusión social (a)	Exclusión religiosa (b)	Exclusión familiar (c)
Total	8.10%	6.20%	5.10%
<b>Sexo</b>			
Femenino	6.70%	5.80%	5.50%
Masculino	8.40%	5.49%	4.10%
<b>Tiempo con VIH (años)</b>			
0-1 años	16.70%	0.00%	4.60%
1-4 años	10.20%	10.00%	4.10%
5-9 años	7.10%	5.30%	4.40%
10-14 años	10.90%	9.10%	8.40%
15 y+ años	1.80%	0.00%	2.20%
<b>Pertenencia a grupos minoritarios</b>			
Diversidad sexual	18.20%	25.00%	14.10%
Minoría social	21.80%	11.50%	12.60%
No pertenece	4.10%	4.80%	3.60%

(a) Se incluyen sólo los casos en los que sus amistades/vecinos y las o los líderes de comunidad conocen la condición de VIH. (b) Se incluyen solo los casos en que las y los líderes religiosos conocen la condición VIH. (c) Se incluyen sólo los casos en que su esposo, esposa o pareja, otros familiares y niños y niñas de su familia conocen la condición VIH.

Fuente: SESAL, ONUSIDA, Fondo Mundial. Informe Final: Medición del Porcentaje de Estigma y Discriminación en Personas con VIH de Honduras, basado en el informe de Fundación Llaves y revisión documental. Enero 2016.

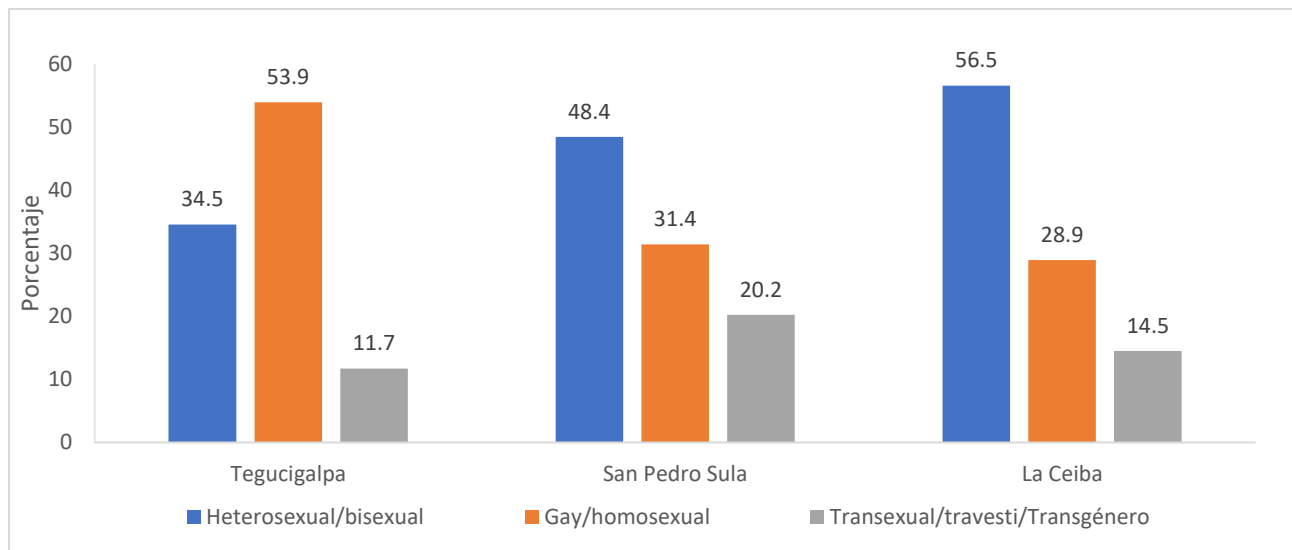
Según el estudio TRaC (27), entre 26%-34% de la población de HSH (incluyendo Trans) reportó haber sufrido algún tipo de violencia en los últimos 12 meses. La mitad de las MTS estableció que por el hecho de dedicarse al trabajo sexual habían padecido de violencia basada en género en la modalidad

de violencia psicológica, una proporción similar (55.7%) sufrió violencia verbal, el 59.2% sufrió violencia física y el 54.1% reportó violencia sexual contra su persona.

### 1.2.6.2.- Autoidentificación respecto a Identidad Sexual

Adicionalmente alrededor de la mitad de los HSH se identifican como gay/homosexual, aspecto que puede estar interviniendo en la eficacia de la respuesta y/o en la búsqueda y apego a los servicios de salud. (Gráfico 19)

**Gráfico 19.-**Porcentaje de HSH según autoidentificación de identidad sexual por ciudad



Fuente: ECVC 2012. Tegucigalpa, Honduras.

## **I.2.7.- Factores de riesgo**

### I.2.7.1.-Comportamientos de riesgo en poblaciones claves

De acuerdo a la ENDESA 2012, un alto porcentaje de la población (hombres: 78% y mujeres: 68%) reportó saber que el riesgo de contraer VIH se reduce usando condones y manteniendo relaciones sexuales con una sola pareja sexual no infectada.

La misma fuente señala que solo 1% de las mujeres y 17% de los hombres entrevistados habían tenido dos o más parejas sexuales en el último año, y que el 33% de ellas y el 44% ellos habían utilizado preservativo cuando tuvieron tales relaciones sexuales. (29)

El 12% de hombres reportó haber pagado por relaciones sexuales en algún momento de su vida,

el 1% dijo haberlo hecho en los últimos 12 meses, de los cuales el 32% reportó haber usado condón. (25)

Según la ECVC 2012, entre la población de MTS, el uso del condón en la última relación sexual con clientes superó el 80% en las tres ciudades (TGU, SPS y LCE) donde se realizó la investigación. Sin embargo, con las parejas ocasionales este indicador disminuyó a 50% en SPS y 59% en LCE. El uso de condón con pareja estable es bajo, por ejemplo, en SPS solo 22.8% de MTS reportó haberlo usado. (30). En la **Tabla 11**, se observa que el uso de condón en la última relación sexual con pareja estable, entre los HSH, en LCE y TGU, presentó los porcentajes más bajos, 54.4% y 61.1% respectivamente. Mientras que, con pareja ocasional, en TGU el 77.0% reportó su uso, en LCE el 79.6% y en SPS el 82.6%. El 77.3% y 70.1% de las MT dijeron haber usado condón, en su última relación sexual con pareja estable, en TGU y SPS respectivamente. Mientras que, con pareja ocasional, en TGU el 83.3% reportó haberlo usado, en LCE el 77.8% y el 91.5% en SPS.

**Tabla 11.-** Uso de condón en la última relación sexual de MTS, HSH y MT, según tipo de pareja por ciudad. Honduras 2012.

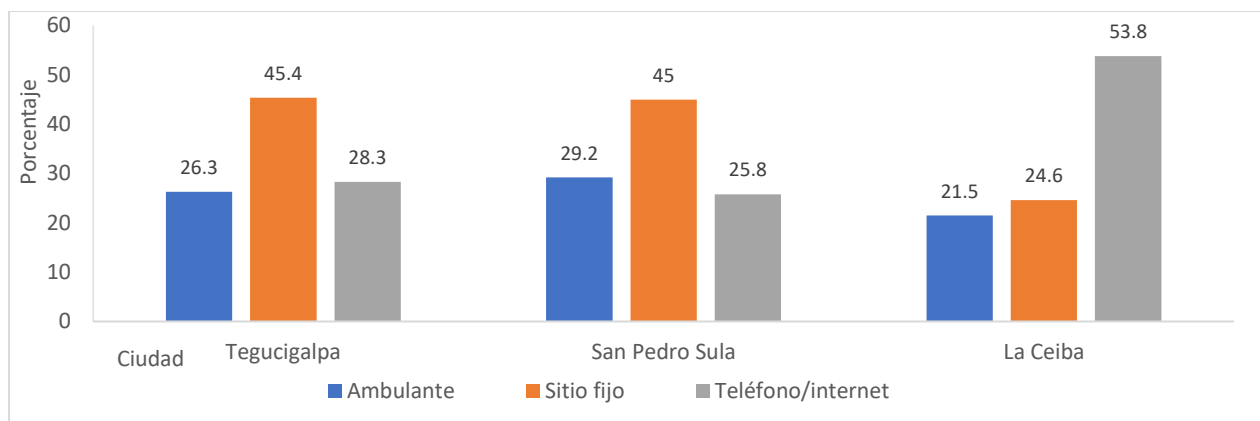
Uso de condón	Tegucigalpa	San Pedro Sula	La Ceiba
	Mujeres trabajadoras sexuales		
En la última relación sexual con pareja estable	39.2% (98/328)	22.8% (106/426)	40.5% (60/147)
En la última relación sexual con pareja ocasional	84.0% (193/246)	50.2% (132/210)	58.8% (59/81)
En la última relación sexual con cliente	96.0% (557/573)	86.6% (479/520)	96.2% (147/180)
Uso de condón	Hombres que tienen sexo con hombres		
En la última relación sexual con pareja estable	61.1% (137/205)	75.4% (126/176)	54.4% (45/69)
En la última relación sexual con pareja ocasional	77.0% (146/174)	82.6% (451/179)	79.6% (58/69)
Uso de condón	Mujeres Trans		
En la última relación sexual con pareja estable	77.3% (17/22)	70.7% (41/58)	81.3% (13/16)
En la última relación sexual con pareja ocasional	83.3% (20/24)	91.5% (54/59)	77.8% (14/18)

Fuente: ECVC Honduras, 2012.

De acuerdo a la ECVC 2012, los clientes son captados por las MTS ambulatoriamente, en sitios fijos y por teléfono o internet. Destaca que un poco más de la mitad lo hacía por teléfono/internet en LCE, en cambio el 45% lo hacía en sitio fijo en las otras dos ciudades. (**Gráfico 20**)

**Gráfico 20.-** Lugar donde las MTS captan sus clientes. Honduras 2012.





Fuente: ECVC Honduras 2012

En los últimos 12 meses previos a la entrevista un alto porcentaje de las MTS reportó haber utilizado consistentemente el condón (TGU: 88.3%; SPS: 75.5% y LCB: 79.8%). El 90% de las MTS reportó haber usado condón en su última relación, tanto en TGU como en SPS, cifras similares a las obtenidas en la ECVC 2006.

Los motivos de las MTS para no utilizar condón con un cliente fueron: uso de alcohol o drogas (Tegucigalpa: 6.1%, San Pedro Sula : 6.3% y La Ceiba: 6.7%), cliente regular (Tegucigalpa: 10.1%, San Pedro Sula: 19.1% y La Ceiba: 20.5%), cuando le pagan más o el cliente insiste mucho (Tegucigalpa: 12.4%, San Pedro Sula: 13.3% y La Ceiba: 24.2%), cuando da sexo oral (Tegucigalpa: 9.6%, San Pedro Sula: 10.8%, La Ceiba: 20.3%) y cuando revisa al hombre y lo considera sano (Tegucigalpa: 16.3, San Pedro Sula: 18.9% y La Ceiba: 24.1%).

Al respecto del número de clientes con quienes sostuvieron relaciones sexuales en los siete días previos a la entrevista, las MTS reportaron un bajo porcentaje para ningún cliente (Tegucigalpa: 1.4%, San Pedro Sula: 12.0% y La Ceiba: 6.0%), para entre uno y tres clientes fue mucho más alto (Tegucigalpa: 38.8%, San Pedro Sula: 67.3% y La Ceiba: 72.7%); y para más de cuatro clientes la proporción más alta se observó en Tegucigalpa: 58.7%.

Alrededor de la mitad (47.1%-51.3%) de las MTS reconocieron haber consumido alcohol y de ellas más de dos tercios (74.6%-85.0%) consumieron cinco (5) o más vasos de licor, un poco más de un tercio de las MTS reportó haber consumido drogas en algún momento de su vida. La ECVC 2012 también reportó que entre 23.0% a 39.0% de las MTS tuvieron una ITS.

Por su parte el estudio TRAC (31) realizado en 2017, publicó que las MTS reportaron un alto uso del condón en su última relación sexual con cliente (94.3%), no así con sus parejas afectivas (51.6%), el uso consistente del condón con clientes de una ocasión fue alto (83.3%). Un tercio (34.4%) de las MTS identificó correctamente las formas de prevenir la transmisión del VIH, asimismo una cuarta parte (24.8%) manifestó haber sospechado, en los últimos 12 meses, el tener una ITS y de ellas un elevado porcentaje (70.6%) buscó atención médica.

La ECVC 2012, encontró que un alto porcentaje de la población MT (46.6%-72.1%) había consumido alcohol durante los últimos 30 días, y de ellas, entre 49.0% y 100% habían bebido seis o más vasos por día; el consumo de drogas ilícitas osciló entre 42.2% en la ciudad de LCE a 70.0% en la ciudad de SPS. Un quinto de las MT reportó haber tenido alguna ITS en su vida y de ellas todas buscaron tratamiento.

Dos tercios de los HSH y MT (TGU y SPS: 62.8% y LCE: 68.0%) tenían conocimientos correctos sobre las formas de transmisión y de prevención del VIH. El 51.5% de los HSH y MT de Tegucigalpa, el 33.0% de San Pedro Sula y el 31.4% de La Ceiba reportaron tener una sola pareja estable, mientras que en ese mismo orden de ciudades aquellos que dijeron tener dos o más parejas estables fueron un 30.9%, 37.7% y 36.2% respectivamente. La mitad de los HSH de Tegucigalpa (51.5%) y de San Pedro Sula (54.2%) reportaron haber utilizado condón en los últimos 12 meses de forma consistente con sus parejas estables, la cifra para la ciudad de La Ceiba fue de 33.2%.

Más de la mitad de los HSH y MT reportaron haber tenido parejas ocasionales en los últimos doce meses (Tegucigalpa: 53.1%, San Pedro Sula: 55.5% y La Ceiba: 64.6%), de estos más de la mitad dijeron haber tenido dos o más parejas sexuales ocasionales en ese período (Tegucigalpa: 53.1%, San Pedro Sula: 51.5% y La Ceiba: 64.6%). En general, fue bajo el porcentaje de HSH que dijo haber tenido relaciones sexuales con una mujer (Tegucigalpa: 8.2%, San Pedro Sula: 11.7% y La Ceiba: 27.8%); o con dos mujeres o más (Tegucigalpa: 7.8%, San Pedro Sula: 19.1% y La Ceiba: 16.7%) en el último año.

El 14.6% de los HSH y MT en Tegucigalpa, 34.7% en San Pedro Sula y 19.6% en La Ceiba refirieron haber recibido dinero por trabajo sexual alguna vez en su vida. Un tercio de la población HSH de Tegucigalpa y la mitad de San Pedro Sula se identificaron como heterosexuales/bisexuales.

Según el estudio TrAC (31) entre la población de HSH, el promedio de parejas sexuales en los últimos 30 días (incluyendo MT) fue de 7.7, si solo se consideran a las MT sube a 15.4 parejas. En tanto, 42% de HS (incluyendo trans) y el 80% de las MT reconocieron haber realizado trabajo sexual en el último mes. El 24% de la población HSH (incluyendo trans) y el 39% de las MT reconocieron haber realizado sexo en grupo definido como haber tenido relaciones sexuales con más de una persona. Durante tal práctica el 93% de los HSH y el 96% de las MT reportaron haber usado condón. En las tres ciudades del estudio, entre el 84% y 92% de los HSH (incluyendo trans) dijeron haber usado condón durante su última relación sexual, en la población de MT se registraron valores entre 92% y 95%.

Respecto al uso de condón con su último cliente, entre 89% y 96% de los HSH (incluyendo trans) dijeron haber usado condón, el registro más bajo fue la ciudad de La Ceiba. El 100% de MT dijo haberlo usado. Sin embargo, el uso consistente del condón con todas las parejas baja, en los HSH (incluyendo trans) fue entre 39%-59%, en la población de MT las cifras fueron similares (40%-47%).

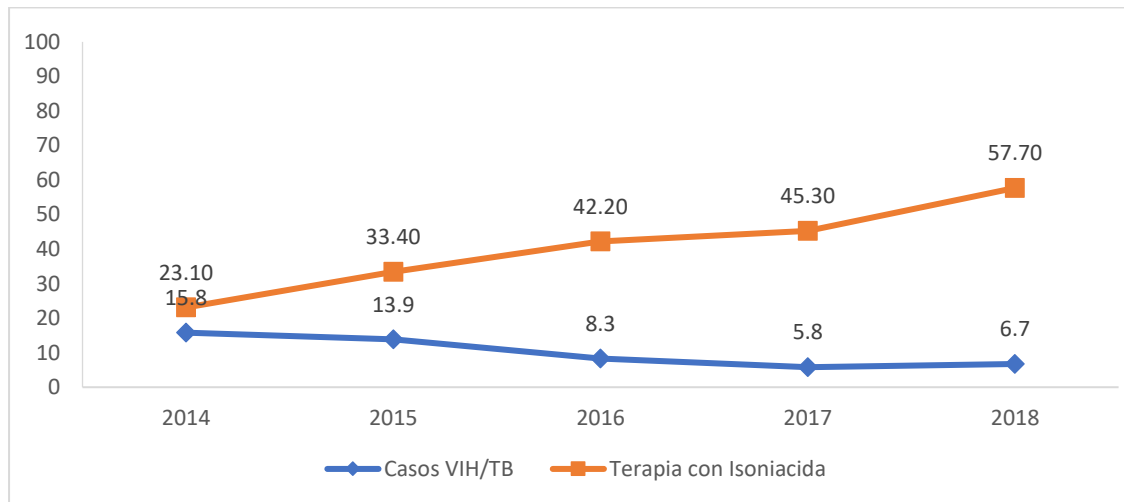
Entre la población de HSH (incluyendo trans) del 9% al 17% reportaron sospecha de haber tenido una ITS en los últimos 12 meses, cifras similares se registraron entre la población de MT, a excepción de la ciudad de La Ceiba (43%).

Entre 34%-44% de los HSH (incluyendo trans) identificaron al menos dos formas correctas de prevención VIH, esos porcentajes se reducen en las MT (SPS: 13%, LCE:4%).

### I.2.8.- Situación de la coinfección VIH/TB

De los 1,265 PVIH vinculadas y que iniciaron TAR, 901 (71%) fueron evaluados por TB, encontrando 85 casos de coinfección VIH/TB (6.7%, 85/1,265). En tanto, 730 PVIH de los 1,265, a quienes se les descartó TB activa, iniciaron terapia preventiva con isoniazida (57.7%). El 100% de los coinfectados reciben el tratamiento respectivo para ambas enfermedades. (Gráfico 21)

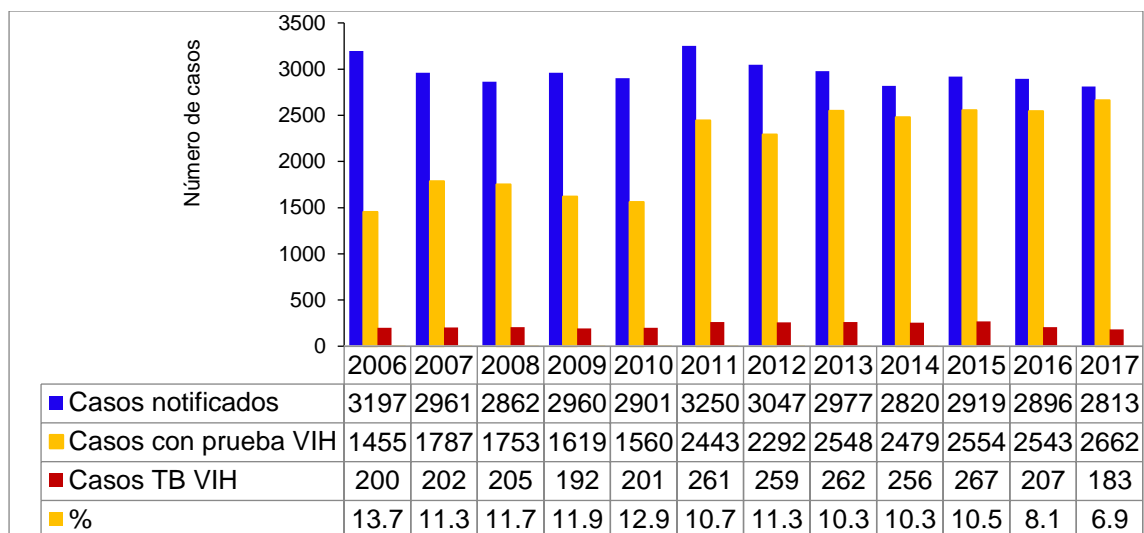
**Gráfico 21.** Porcentaje de casos de coinfección VIH/TB de los nuevos diagnósticos de VIH y de PVIH nuevos en TAR recibiendo profilaxis con isoniazida, 2014-2018



Fuente: SESAL. Área de estadística/UGI, Honduras. 2013-2016

De los 2,813 casos nuevos de TB, se realizó la prueba de VIH al 94% (2,662/2,813), encontrando una positividad de 6.9% (183/2,662). (Gráfico 22)

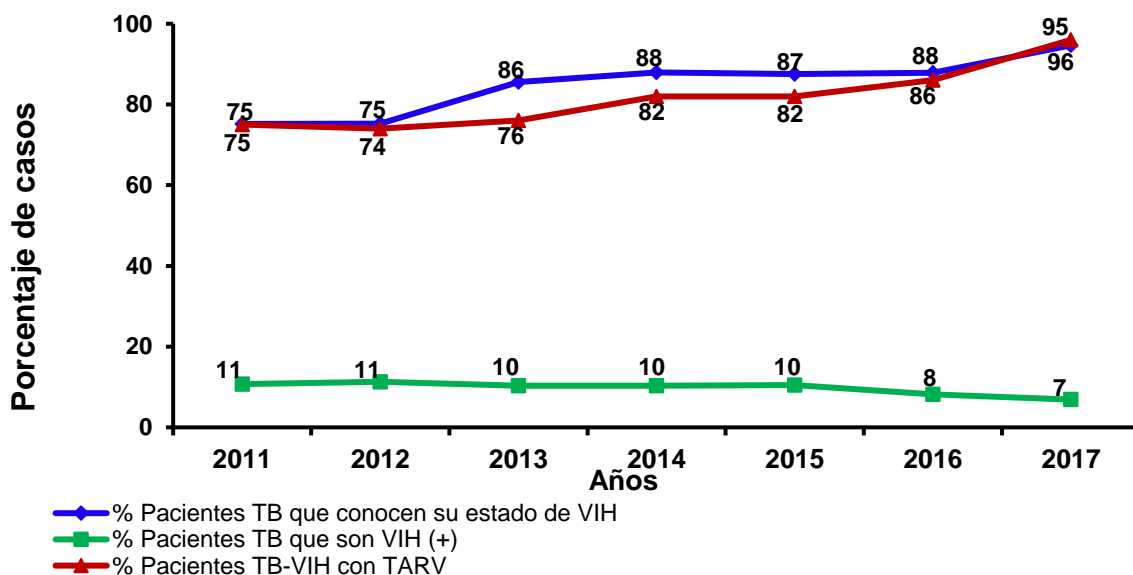
**Gráfico 22.** Personas con tuberculosis con resultados de pruebas de VIH, Honduras. 2012-2018



Fuente: SESAL. Subsistema de Información de TB /UGI/UVS. Honduras 2017.

Desde la implementación en el 2015 del Modelo de Atención Integral TB /VIH en las Regiones Sanitarias Metropolitanas de SPS y de TGU, se ha mejorado la adherencia al tratamiento para TB/VIH y su tasa de éxito, registrándose una reducción en la mortalidad. Este modelo de atención se ha extendido al resto de las regiones sanitarias a partir del 2017, lo que ha permitido el incremento del número de personas con TB que están recibiendo TAR, de un 82% en el 2014 a 96% en el 2017. (Ver **Gráfico 23**)

**Gráfico 23.** Porcentaje de personas con TB y VIH, que reciben TAR



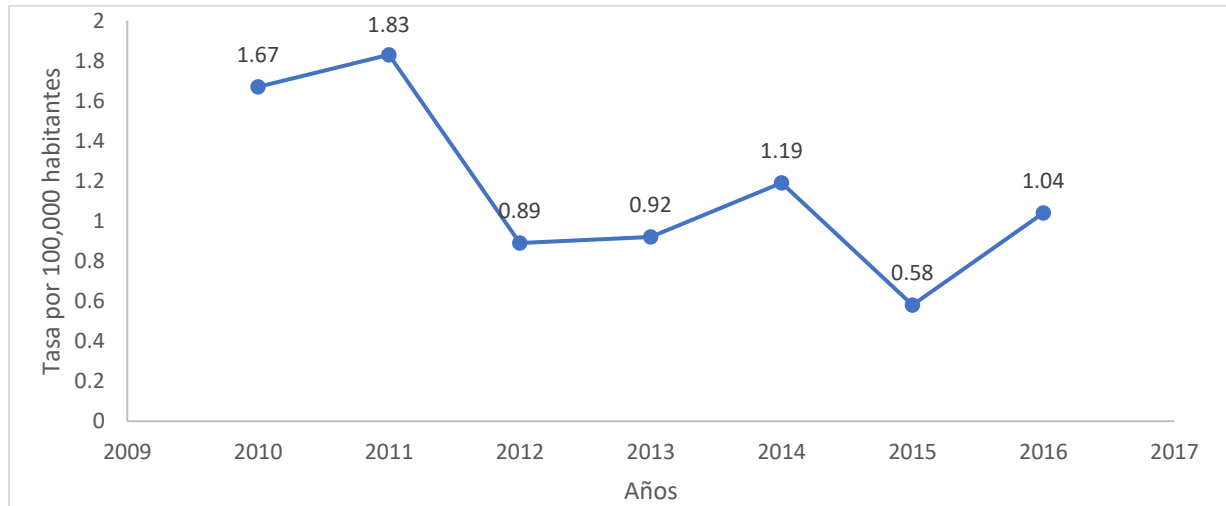
Fuente: SESAL. UGI, Honduras.

## I.2.9. Situación de Hepatitis B y virus del Papiloma Humano

### I.2.9.1.- Hepatitis B

En el país hay una baja notificación de casos de Hepatitis B, con tasas de incidencia por 100,000 habitantes entre 1.83 (2011) y 0.58 (2015). (31) (Ver **Gráfico 24**)

**Gráfico 24.-** Tasa de incidencia de Hepatitis B por 100,000 habitantes según año, Honduras 2009-2017



Fuente: Tomado de OPS/OMS. Informe de línea de base final sobre el perfil de país, con respecto a la situación actual de las hepatitis virales A, B y C y la respuesta del Sector Salud para su control en Honduras. 2017, pp 26.

Si se considera por región, la Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central ostenta la más alta tasa de Hepatitis B (1.71/100,000 habitantes), seguida por la Región de Gracias a Dios (0.99) y de la Región Metropolitana de SPS (0.91). Al distribuir los casos por sexo, el 52% corresponde a mujeres. (32)

La positividad en unidades sanguíneas tamizadas varió desde 0.26% en el 2014 a 0.18% en los años 2015 y 2016. (32)

En un estudio realizado en el HEU de Tegucigalpa (2014) sobre la coinfección VIH/VHB, el 0.6% (503 pacientes) tenía ambas infecciones.<sup>6</sup>

El 31.8% (7/22) de las personas menores de 15 años y el 30.5% (377/1,234) de las mayores de 15 años que iniciaron TAR se realizaron pruebas para la detección de la Hepatitis B, en el 2018. De los que presentaron coinfección VIH/VHB, el 57.1% (4/7) recibieron el tratamiento respectivo. (33)

<sup>6</sup> Investigación realizada por Dr. César Fernando Tróchez, Dra. Olga Rivera y Dr. Efraín Bu Figueroa y cuya cita se extrae de OPS/OMS. Informe de línea de base final sobre el perfil de país, con respecto a la situación actual de las hepatitis virales A, B y C y la respuesta del Sector Salud para su control en Honduras. 2017, p. 30.

La vacunación contra la Hepatitis B ha sido sostenida y dirigida a grupos de riesgo desde el año 1994, iniciando su vigilancia en 1996. A partir del año 2000 se vacuna a la población infantil con la vacuna Pentavalente DPT-HepB-Hib (34).

De acuerdo a OMS/OPS (35) la tasa mortalidad (por 100,000 habitantes) estimada para Hepatitis B en Honduras fue de 0.01, la de cirrosis por Hepatitis B de 0.50 y la de cáncer de hígado ligado a Hepatitis B de 0.57.

En el país las normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) indican una primera dosis de Hepatitis B pediátrica en recién nacidos, luego se establece (como componente de la vacuna pentavalente) dosis a los dos, cuatro y seis meses de edad.

Para los adultos se establece una dosis de vacuna al haber contacto, otra dosis un mes después de la primera dosis y una tercera dosis seis meses después de la segunda dosis. La cobertura de vacunación contra la Hepatitis B ha sido fluctuante, en 2014 fue 85%, se incrementó en 2015 y en 2016 llegó al 100%. (36)

#### I.2.9.2 Virus de Papiloma Humano y Cáncer Cervicouterino

Un documento interno de la OMS (37), reportó 410 muertes y 991 casos de cáncer cervicouterino en Honduras, para el año 2014. Este es el tipo de cáncer más frecuente en la mujer hondureña. Se vincula con la presencia del virus de Papiloma Humano (VPH), que se considera un agente oncogénico que se transmite sexualmente. Actualmente el PAI ha incorporado la vacuna contra el VPH dirigida a las niñas de 11 años.

El cáncer de cuello uterino puede ser una manifestación clínica del Sida, ya que las mujeres positivas por VIH que contraen el VPH tienen más probabilidades de desarrollar lesiones preinvasivas, las cuales pueden convertirse rápidamente en cáncer invasivo si no son tratadas oportunamente. Las mujeres con VIH tienen de cuatro a cinco veces más probabilidades de desarrollar cáncer cervicouterino invasivo. También se ha visto que la infección por VPH aumenta significativamente el riesgo de transmisión del VIH tanto en los hombres como en las mujeres. (38)

Entre 10,462 mujeres con edades entre 30 y 49 años que fueron revisadas para detectar cáncer cervicouterino (usando cualquiera de estos métodos: IVAA, Papanicolaou y prueba de VPH) el 2% dio positivo en la prueba de VIH. En tanto, solo el 0.2% de las mujeres con VIH de 30 a 49 años (16/10,462) se realizó la prueba de cáncer cervicouterino durante el año 2018. (33)

### **I.3.- Estimaciones de tamaño de poblaciones clave y vulnerabilizadas**

#### **I.3.1.- Estimaciones por mapeo programático extrapolado**

En el año 2015 se realizó un estudio de mapeo programático en 10 ciudades de Honduras (Tegucigalpa, San Pedro Sula, La Ceiba, Comayagua, Choluteca, Danlí, Juticalpa, El Progreso, Trujillo y Roatán) a fin de obtener una estimación del tamaño de las poblaciones de HSH, MT y TS, así como una georreferencia de los sitios de reunión; y se realizó un ejercicio de extrapolación para estimar

los tamaños de población a nivel nacional.

La estimación por mapeo programático (37) de poblaciones clave del 2015 hace un recuento de la población de trabajadores sexuales en las 10 ciudades antes mencionadas estimando 13,477 trabajadoras sexuales femeninas y 1,106 trabajadores sexuales masculinos.

El citado estudio estimó, que en las 10 ciudades del país que fueron incluidas en la muestra la población de HSH era de alrededor de 7,992 personas, lo cual representa proporciones entre un 0.8% y 11% de la población general.

El ejercicio de extrapolación a los 298 municipios del país consideró las estimaciones para las poblaciones clave: HSH, Trans, MTS y sus resultados se muestran a continuación. (**Tabla 12**).

**Tabla 12.-** Estimación de población clave a nivel nacional extrapolada del mapeo programático. Honduras 2015

Nivel nacional	HSH	Trans	MTS
Total, sumas medianas extrapolado a nivel nacional en los 298 municipios	40,949	2975	22,771

Fuente: Estimación del Tamaño de Poblaciones Clave con Mayor Riesgo de Exposición al VIH en Honduras mediante la Metodología de Mapeo Programático. 2015

También, como otra forma de estimación, en 2015 se reportaron actividades de prevención de VIH en 4,886 MTS, en 17,061 HSH y en 2,049 personas trans en distintos municipios del país (37) (Ver **Tabla 13**)

**Tabla 13.-** Número de personas de poblaciones clave alcanzadas con programas de prevención VIH. Honduras 2015

MUNICIPIO	Cantidad de población clave alcanzada por Proyecto Fondo Mundial		
	HSH	Personas Trans	MTS
Choloma	794		326
Choluteca	1166		379
Comayagua	440		48
Danlí	389		647
El Progreso	599		496
La Ceiba	22	397	307
La Lima	331		184
Nacaome	74		20
Olanchito	75		154
Omoa	131		17
Potrerrillos	375		214

Puerto Cortés	1178		614
Roatán		62	
San Lorenzo	57		11
San Pedro Sula	3644		1062
Santa Fe	3		
Tegucigalpa	6906	1590	
Tela	29		
Tocoa	30		67
Trujillo	60		44
Villanueva	758		296
Total	17061	2049	4886

Fuente: SESAL. Estimación del tamaño de poblaciones clave con mayor riesgo de exposición al VIH en Honduras mediante la metodología de mapeo programático. Honduras 2016

### **I.3.2- Estimaciones poblacionales de MTS y HSH, ECVC 2012**

Para estimar los tamaños de población de MTS y HSH en la ECVC 2012, se usó el método multiplicador. Previo a la distribución de los objetos únicos, se realizaron consultas con los informantes clave de las poblaciones de MTS y HSH, quienes informaron los sitios de concentración para cada población en Tegucigalpa y San Pedro Sula, ciudades donde se realizó la estimación.

Aplicando la fórmula del método multiplicador se estimaron 2,294 MTS (IC 95% 1,991 - 2,596) en Tegucigalpa y 2,577 (IC 95% 2,209 - 2,945) en San Pedro Sula. En relación a los HSH y MT, se estimaron 868 (IC 95% 792-944) en Tegucigalpa y 1,885 (IC 95 % 1,546 - 2,226) en San Pedro Sula.

La ECVC 2012 estimó en la ciudad de Tegucigalpa a 2,294 [IC 95%: 1,991-2,596] mujeres mayores de 18 años que tuvieron, en los últimos 12 meses, relaciones sexuales a cambio de dinero (MTS) y para la ciudad de San Pedro Sula el número fue de 2,577 [IC 95%: 2,209-2,945].

Al respecto de la población masculina mayor de 18 años que había tenido relaciones sexuales con otro hombre en los últimos 12 meses, el estudio ECVC 2012 estimó 868 [IC 95%: 792-944] en Tegucigalpa y 1,885 [IC 95%: 1,546-2,226] en la ciudad de San Pedro Sula.

El estudio ECVC 2012 realizó estimaciones poblacionales para hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans, sin diferenciarlos(as), aunque estableció que entre un 11.7% y un 20.2% de los HSH eran mujeres trans.

### **I.3.3- Estimaciones poblacionales de PPL y garífunas**

Conforme a datos del Instituto Nacional Penitenciario (INP), para diciembre del 2017 en Honduras habían 19,325 PPL.

Según el censo nacional de población y vivienda realizado en el 2013 por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la estimación de la población garífuna fue de 43,111 habitantes. De acuerdo a la



ECVC 2017 en garífunas, se estimó que la población de esta etnia al 2018 fue de 46,789 personas, y específicamente la de 15 a 49 años, fue de 24,802.

## **CAPITULO II: ANÁLISIS DE LA DE LA RESPUESTA**

El PENSIDA IV 2015-2019 (14) fue el resultado de un proceso con amplia participación y aportes de diferentes sectores gubernamentales, no gubernamentales, sociedad civil, las agencias del Sistema de Naciones Unidas, agencias bilaterales y multilaterales. Los enfoques y estrategias del PENSIDA IV se basaron en una serie de principios rectores para proveer la dirección y filosofía de la respuesta nacional al VIH, mediante cuatro áreas estratégicas (AE): AE1.Políticas públicas y gestión social con enfoque de derechos humanos y equidad de género, AE2.Promoción de la salud para la prevención del VIH, AE3.Atención integral, y AE4. Información estratégica.

Este capítulo se basa principalmente en la información contenida en los siguientes documentos: a) Informe de evaluación intermedia del PENSIDA IV para los años 2015-2017 (14); b) Informe final de la misión técnica conjunta, liderada por la OPS/OMS, de evaluación integral de la respuesta del sistema de salud a la infección por el VIH y las ITS y apoyo técnico hacia la innovación, la ampliación y la sostenibilidad realizada del 11-20 octubre de 2017 (14); y c) Informe de evaluación tipo 1 de la respuesta al VIH por parte del FM en 2018. (40)

El análisis de la respuesta nacional al VIH, inicia con una valoración general del alcance de las metas de impacto al 2017; posteriormente se presenta una descripción específica de logros y brechas para cada resultado clave esperado dentro de los objetivos específicos en el marco de cada una de las áreas estratégicas. Para cada área se hace un resumen analítico de los logros y brechas. En otra sección se resumen las limitantes y recomendaciones para cada área estratégica, cuya fuente principal es el ejercicio de evaluación intermedia del período 2015-2017, que se complementa con información de las otras dos fuentes previamente citadas, así como de otros documentos.

Al final del capítulo se presenta una sección sobre la sostenibilidad de la respuesta nacional, tomando en cuenta la tendencia del gasto en Sida de la década (MEGAS 2006-2016), el índice de sostenibilidad (PEPFAR) y la estrategia de sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH y la TB, (14).

### **II.1 Logros del PENSIDA IV**

#### **II.1.1 Metas de impacto**

El PENSIDA IV 2015-2019, planteó ocho metas de impacto, cuya medición fue un reto durante la evaluación intermedia, debido principalmente a las carencias del sistema de información y a problemas de comparabilidad entre los estudios especiales. Se midieron siete ya que no fue posible medir la meta: “Reducir por lo menos en un 50% las defunciones por TB entre las personas diagnosticadas con VIH”. De las siete metas, al 2017 se habían logrado alcanzar las siguientes tres: “Reducir en un 25% la prevalencia de Sífilis activa en las poblaciones clave”; “Disminuir en un 30% el número de defunciones por Sida a nivel nacional”; y “Reducir la infección de TB entre las PVIH en por lo menos un 10%.” Las otras cuatro metas tenían brechas de alrededor del 50% o más, indicando la necesidad de un fortalecimiento de la respuesta en función del planteamiento estratégico. En el caso

de la meta relacionada con la tasa de TMI del VIH, que debe medirse en función del número de nacidos vivos (NV), el indicador realmente no respondía a la meta. Sin embargo, en la medición realizada se vio una reducción de 0.13% a 0.9%, lo cual parece un avance; no obstante, no se logra saber el avance real en la reducción de la tasa de TMI. En general, el impacto luego de dos años de implementación del PENSIDA (2015-2017) fue bajo, incluso hubo un aumento en la prevalencia de Sífilis entre los HSH, un aumento de tres veces en la tasa de Sífilis congénita, sin ningún cambio en la incidencia estimada de nuevas infecciones por VIH (se mantuvo en 0.2 por 1000). (ver **Tabla 28** en el Anexo 1).

Para valorar el alcance de las metas de impacto a 2019, hubiera sido idóneo la conducción de una evaluación final del PENSIDA IV, con el debido rigor científico, usando datos de calidad, y con objetividad (evaluación externa). Dado que ello parece improbable, una manera de tener una idea general del impacto podría ser mediante el ejercicio del monitoreo global de Sida (GAM 2019), cuyas limitantes principales radican en el uso de datos de un sistema en proceso de fortalecimiento con poca robustez, y no tratarse de una evaluación externa.

## **II.1.2 Metas de resultado por área estratégica**

La evaluación intermedia del PENSIDA IV midió datos de 38 metas de resultado clave de un total de 54 (70%), de las cuales, poco menos de un tercio (11/38) se habían alcanzado al 2017. Lo cual se considera un nivel de logro más bajo de lo esperado, pues a dos años de implementación (a mitad de camino) el logro debería ser alrededor del 50%. Once metas de resultado no fueron objeto de evaluación ya que trascendían el período 2015-2017, esto se aprecia en detalle en la **Tabla 29**, todas las tablas referidas al alcance de logros y las brechas en ese período se incluyen en el Anexo 1.

En el área estratégica de políticas públicas y gestión social con enfoque de derechos humanos y equidad de género se había logrado el 55.6% (5/9) de las metas de resultado; en promoción de la salud para la prevención del VIH, el 27.8% (14/18); en atención integral, el 9.1% (1/11). No correspondía evaluar la meta de información estratégica, por lo que no se dispone de datos al respecto a partir del informe de evaluación intermedia.

A continuación, se hace un análisis de los logros y brechas para cada una de las áreas estratégicas del PENSIDA IV.

### **II.1.2.1 AE1 Políticas públicas y gestión social con enfoque de derechos humanos**

Como se observa en la **Tabla 30**, al 2017, se habían alcanzado dos de las tres metas propuestas: la aprobación del decreto de la reforma de la Ley Especial sobre VIH/Sida; y que la CONASIDA esté conformada por dos niveles (técnico-consultivo y político-decisorio) según lo definido en dicha ley y su reforma.

El reglamento de la Ley Especial sobre VIH/Sida se encuentra en sus etapas finales de revisión por parte del equipo técnico-consultivo de la CONASIDA con la asistencia técnica de la Dirección de Control y Convencionalidad de la Secretaría de Derechos Humanos (SEDH).

Sin embargo, en la práctica el funcionamiento de la CONASIDA en sus dos niveles no se ha implementado plenamente, se han realizado esfuerzos desde el nivel técnico consultivo para constituirse y realizar algunas acciones de coordinación de la respuesta.

A fin de que las instancias contaran con las capacidades organizativas y de implementación del PENSIDA IV, se definió como meta: aumentar en al menos 20% el gasto nacional anual en la respuesta. Para tener una aproximación en la medición de esa meta y su nivel de avance, se usaron datos del informe MEGAS, en 2016 el gasto total nacional fue USD23,262,870 comparado al del 2012 (USD 20,318,291), y que se usó como línea base. No hay forma de saber si la meta se ha logrado, usando estos datos, pues, aunque hubo un incremento del 14.5%, este corresponde a un período de 4 años. Si hacemos un prorrateo, en el hipotético caso que la tendencia hubiese sido constante y sin tomar en consideración otros factores de tipo financiero y como una forma simple de ver el incremento anual, éste sería alrededor de 3.6%. Muy lejos del 20% anual esperado (**Tabla 31**).

Con relación a la meta de que el 100% de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) miembros de la CONASIDA y del mecanismo de coordinación de país (MCP) cuentan con planes operativos para ejecutar los componentes claves del PENSIDA IV; para el 2017 habían dos OSC (ASONAPVSI DAH y FOROSIDA) integrantes de CONASIDA, y ambas contaban con sus POA basado en los lineamientos del PENSIDA IV, pero en el MCP esto correspondió al 11.1% (1 de 9 OSC), siendo la brecha cerca del 90% (**Tabla 32**). Las brechas identificadas en la institucionalización y liderazgo de la CONASIDA es un factor clave al que además se agregaría la limitada implementación del plan de monitoreo y evaluación de la respuesta, dado que todavía no se había terminado su actualización. De persistir esta situación no será posible que la CONASIDA ejerza su rol de vigilancia para que todas las OSC que trabajan en VIH cuenten con planes alineados al planteamiento estratégico del PENSIDA como fundamento para lograr los máximos resultados de la respuesta.

Respecto a que el 100% de instancias públicas que conforman la CONASIDA de alto nivel, tengan políticas sectoriales y directrices relevantes a la respuesta del VIH e ITS, se presenta una inconsistencia, ya que el indicador establecido en el PENSIDA IV no corresponde para medir dicha meta. Al realizar la evaluación intermedia, se trató de medir la meta como correspondía, y se concluyó que, dado que cinco instituciones públicas que conforman el CONASIDA ya contaban con políticas públicas sectoriales relevantes a VIH, esta meta se había logrado. Hay que destacar el hecho que esas políticas deben armonizarse según los lineamientos de la Ley especial de VIH/SIDA y su reforma, además es importante dimensionar cómo contribuyen esas políticas en el fortalecimiento de la respuesta nacional (**Tabla 33**).

Con relación a un entorno favorable para la respuesta apoyado activamente por los tomadores de decisiones relacionadas a políticas de alto nivel, se propuso como meta que el 100% de entes públicos miembros de la CONASIDA de alto nivel tengan políticas sectoriales relevantes a la respuesta nacional. Resulta confuso evaluar nuevamente la misma meta, indicando que siete entes en 2015 ya contaban con esos instrumentos (línea base), y por lo tanto ya al 2017 no tenía sentido medirla. En

vista de esta confusión, la evaluación intermedia da a entender que se logró la meta, sin embargo, no se define claramente si las políticas de esas instancias públicas realmente contenían aspectos relevantes a la respuesta al VIH alineados al PENSIDA IV (**Tabla 34**).

En la **Tabla 35** se detallan las dos metas, logros y brechas relacionadas con el cumplimiento de los derechos humanos en la respuesta nacional con inclusión de acciones afirmativas. La primera meta es: reducir por lo menos en un 50% el porcentaje de las PVIH y PC que reportan haber sufrido violaciones a sus derechos, la cual no se logró. La segunda: reducir en por lo menos 50% el porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que reportan actitudes discriminatorias hacia las PVIH, cuya línea base (2013) fue 86.4%, en 2016 el 85.6% de dicha población reportó actitudes discriminatorias a PVIH, con lo cual no se logró la meta.

Complementando la información previa, según el Informe de Evaluación Intermedia del PENSIDA IV, en relación a las violaciones de derechos humanos (DDHH), el Comisionado Nacional de los Derechos Humanos (CONADEH), en 2015 registró 70 denuncias por parte de PVIH y 73 quejas interpuestas por personas lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales (LGTBI). En 2016, se incrementó el número de denuncias de PVIH a 84; y hubo 74 quejas de violación a DDHH de personas LGTBI. En 2017, se registraron 39 denuncias de PVIH y 48 de personas de la diversidad sexual.

Durante 2018, según el CONADEH, se atendió un total de 30 quejas de violación a DDHH interpuestas por personas de la diversidad sexual, de las que 28 fueron resueltas y cerradas. Se atendieron 37 quejas de PVIH (figurando entre las denuncias grupales, las relacionadas con la insuficiente respuesta ante la resistencia a los ARV de segunda línea, así como desabastecimiento de dos medicamentos ARV).

El Informe de Evaluación Intermedia, también señaló que la SEDH está implementando el Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos (PNADH), el cual para el 2017 tenía un avance del 45% desde el 2013 cuando inició su ejecución, este Plan contiene 17 derechos e incorpora a 10 grupos en condición de vulnerabilidad, y las PVIH constituyen un grupo transversal (la **Tabla 41**, en el anexo 2, contiene las acciones en VIH del PNADH).

Otras OSC también realizan acciones de promoción de DDHH, mediante redes y alianzas estratégicas. Respecto a acciones afirmativas, destaca la eliminación de la cuota de recuperación a las PVIH, como resultado de un proceso de incidencia política de diferentes actores (FOROSIDA, ASONAPVSI DAH, Fundación Llaves, grupos de autoapoyo y diferentes organizaciones de la diversidad sexual). Esta acción está contemplada en el decreto de reforma 25-2015 de la Ley especial sobre VIH/Sida.

A pesar del trabajo del CONADEH, de la SEDH y OSC, persisten altos niveles de impunidad por los operadores de justicia, lo que aunado al estigma y discriminación siguen propiciando violaciones a los DDHH, comprometiendo el derecho a la vida y el bienestar. Como se mencionó antes, no se lograron las metas planteadas en reducción de estigma y discriminación, manteniéndose el statu quo.

### II.1.2.1.a Resumen analítico de logros y brechas: Políticas públicas y gestión social con enfoque de derechos humanos

El logro más relevante en esta área fue la aprobación de la Reforma a la Ley Especial de VIH/Sida y su reforma 2015, la cual contempla el fortalecimiento de la CONASIDA para que pueda ejercer el liderazgo que le corresponde en la conducción de la respuesta nacional al VIH. La ley no se puede aplicar plenamente sin la respectiva reglamentación, instrumento en el cual se sigue trabajando y la expectativa es que se apruebe antes que termine la vigencia del PENSIDA IV (2019). Gran parte de los obstáculos para haber logrado un mayor avance en el AE1 se relaciona con la debilidad institucional y de liderazgo de la CONASIDA, cuyos esfuerzos parten del compromiso del nivel técnico de las organizaciones que lo conforman, pero que resulta insuficiente para liderar la respuesta nacional.

No hubo avances en la reducción del estigma y discriminación cuyos niveles se mantienen altos como al inicio de la implementación del PENSIDA IV. Lo cual indica que las estrategias orientadas a la sensibilización y capacitación, son necesarias, pero no suficientes. Es un reto importante, ya que sigue habiendo temor en las PVIH a revelar su estatus, por el riesgo a ser rechazado por su familia, comunidad, espacio laboral. Todavía no se consolida la confianza de PVIH y grupos vulnerabilizados, pues, aunque la denuncia parece haber aumentado, la restitución de derechos sigue siendo un reto, ante un sistema de justicia débil, en una sociedad donde prevalece la impunidad y el sometimiento al poder.

Apenas se logró un incremento promedio alrededor del 3% anual del gasto nacional en el período 2012-2016, lo que pone en riesgo la sostenibilidad de las intervenciones en el mediano plazo. Para responder a la sostenibilidad, dentro de este PENSIDA IV Extendido se incluye un capítulo acerca de la sostenibilidad de la respuesta al VIH que cuenta con una propuesta de plan de implementación que fue elaborado para el país de forma intersectorial con el apoyo financiero del Fondo Mundial.

Aunque se identificaron instancias públicas miembros de CONASIDA que ya cuenta con políticas públicas que tienen relevancia al tema de VIH, se requiere conocer mejor la forma cómo dichas políticas sectoriales influyen positivamente en el fortalecimiento de la respuesta, y la definición de estrategias para que la CONASIDA sea capaz de armonizar dichas políticas de manera que se implementen concertadamente brindando un marco político propicio.

### II.1.2.2 AE2.Promoción de la salud para la prevención del VIH.

Con relación a las metas orientadas a aumentar el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención del VIH, así como el uso correcto del condón en una última relación sexual en poblaciones clave: entre las MTS en las tres ciudades principales: TEG, SPS y LCE, no se logró la meta de conocimientos, pero sí se sobrepasó la meta en HSH y personas trans, excepto en LCE (el indicador y la meta tiene el inconveniente que incluye a dos grupos poblacionales: HSH y personas trans, sin la posibilidad de discriminar la proporción de cada uno respecto al conocimiento para prevención de VIH).

En relación al uso de condón en las MTS con su último cliente, se sobrepasó la meta, excepto en TEG donde la brecha fue grande. Por otro lado, la meta de uso de condón en HSH en su última relación anal con pareja masculina no se logró en ninguna de las ciudades, con brechas entre 15% y 26%. Según el estudio TRaC, el uso de condón entre MT fue alto, tanto con pareja ocasional como con pareja estable; pero no fue posible medir el logro de la meta, ya que dicho estudio no desagregó los datos por tipo de pareja. (Ver **Tabla 36**).

En 2017 un estudio midió el acceso a condones: los condones de mercadeo social estaban disponibles sólo en el 15% del total de puntos de venta, los condones comerciales (en 6%) y los gratuitos (en <1%). Según el tipo de canal, 9% de las farmacias tenían condones de mercadeo social; 13%, condones comerciales; y <1%, gratuitos. En el mercado no tradicional, había condones de mercadeo social en 17% de los puntos de venta; condones comerciales en el 5%; y gratuitos en <1%. En relación al canal de alto riesgo, relacionado con las PC, los condones de mercadeo social estaban disponibles en el 16% de los puntos de venta, los comerciales en 3% y los gratuitos en 3%. (41)

Ese mismo estudio señaló que la introducción de condones en las zonas rojas fue solo de un tercio, indicando deficiencia en la cobertura de esos sitios. Lo anterior es crítico, ya que la persona puede tener el conocimiento y la intención de usar condón, pero si éste no está disponible, esa persona tendrá una alta probabilidad de tener una relación sexual desprotegida con el consiguiente riesgo de adquirir la infección por VIH u otra ITS. Ese estudio, también encontró baja disponibilidad de lubricantes en las zonas rojas.

La evaluación tipo 1 del FM (40), reportó mejoras en el suministro de productos básicos, pero persistían desabastecimientos de pruebas de VIH y condones masculinos. Los condones masculinos parecían estar ampliamente disponibles en la mayoría de los establecimientos de salud (ES), pero algunos de ellos los limitan solo a planificación familiar. Únicamente los servicios que atienden específicamente a PC proporcionan condones masculinos continuamente a sus usuarios. Los lubricantes son muy escasos y solo se proporcionan a HSH y MT mediante intervenciones específicas, no estando disponibles en los ES incluyendo las clínicas VICITS. Otros grupos como garífunas, MTS y PPL no tienen acceso a lubricantes.

En relación a los comportamientos sexuales seguros en la población garífuna, destaca que solamente se había logrado la meta de uso de condón en la última relación sexual con pareja ocasional entre hombres del área rural. Los mayores porcentajes de uso de condón se observaron en hombres, independiente del área, aunque cuando se compara población urbana con rural, ésta última independientemente del sexo, parece usar el condón en mayor proporción. (ver **Tabla 37**)

Como parte de la promoción y prevención, es clave el acceso a las pruebas rápidas de VIH por parte de los grupos poblacionales priorizados. En la **Tabla 14** se observa un incremento progresivo del número de pruebas realizadas entre 2104 y 2016, de manera que, en este último año, hubo un aumento en un poco más de 45% en la cantidad de pruebas en comparación a 2014. El ascenso anual, se refleja en el número de pruebas aplicadas tanto a mujeres como a hombres; sin embargo, hay un claro desequilibrio entre la cantidad de pruebas realizadas en las mujeres en comparación a los

hombres, con diferencias abismales. Solo en 2016 por ejemplo, se realizaron 166,762 pruebas más en mujeres que en hombres, para una razón de pruebas mujer: hombre de 7.8:1.0, es decir, por cada 10 pruebas en hombres se realizaron 78 pruebas en mujeres. El porcentaje de positividad anual, en las mujeres, se mantuvo entre 0.2% y 0.3%; en tanto entre los hombres la positividad se incrementó sostenidamente (2.1% a 2.6%), los hombres presentaban una positividad de 7 a 8 veces más alta que las mujeres.

**Tabla 14.** No. de pruebas rápidas de VIH realizadas por año según sexo y positividad, Honduras 2014-2016

Año	Total de pruebas	Mujeres	Pruebas positivas	% de positividad	Hombres	Pruebas positivas	% de positividad	Razón de positividad hombre: mujer
2014	148,165	128,425	339	0.26	19,714	415	2.1	7:1
2015	164,164	143,419	412	0.29	20,745	533	2.56	7:1
2016	215,392	191,077	440	0.23	24,315	628	2.58	8:1

Fuente: Secretaría de Salud. Laboratorio Nacional de Sida (LNS). Honduras.

Respecto a la accesibilidad a la prueba de VIH, el informe de la misión técnica conjunta de OPS/OMS (42), reportó que el país había ampliado el acceso a servicios de prueba de VIH y Sífilis, así como el acceso a la prueba rápida de VIH y consejería con personal de salud capacitado en la red de servicios, inclusive en el primer nivel de atención; capacitación al personal de la red para la ampliación del acceso a pruebas diagnósticas de Sífilis; existencia de múltiples modalidades de oferta de la prueba de VIH (prueba voluntaria, prueba iniciada por el proveedor en servicios de TB, ITS y para embarazadas; en clínicas VICITS para poblaciones clave con horario extendido); prueba por pares capacitados por el Laboratorio Nacional de VIH; notificación de contacto de VIH (con consentimiento informado).

Las pruebas de VIH son ofertadas por unos 735 ES. En 2017, se realizaron 212,068 pruebas, con un incremento de 16% en 2018 (251,927)<sup>7</sup>.

Con relación al conjunto mínimo definido de servicios de prevención, se planteó un aumento en la cobertura para MTS y HSH, el PENSIDA IV definió metas altas de cobertura, usando como línea base los datos proporcionados por la ECVC 2012, pero en 2017 el único estudio disponible con datos al respecto era el estudio TRaC, que no es comparable con la ECVC debido a las diferencias metodológicas. Según el TRaC, la cobertura de MTS con servicios de prevención de VIH fue solamente de un tercio, en cambio, el 70% de HSH recibieron servicios de prevención (**Tabla 38**).

La misión técnica conjunta de OPS/OMS (2017), encontró la existencia de modelos dirigidos a poblaciones clave para prevención combinada de VIH/ITS, a través de ocho clínicas VICITS y 14 clínicas

<sup>7</sup> SESAL/UGI/LNVIH



amigables en expansión. A marzo de 2019, el país cuenta con 10 VICITS, distribuidos en Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba, así como 10 establecimientos de salud amigables.

Con la subvención del FM: “Servicios de salud integrados de VIH e ITS para poblaciones clave y vulnerables en Honduras”, 2015-2019 (43), se ha fortalecido la respuesta a las poblaciones clave. De acuerdo al informe de evaluación tipo 1 del FM relacionado con las subvenciones de VIH (40), el testeado de los diferentes segmentos de las poblaciones clave y poblaciones más vulnerables no había mejorado en 2017 comparado al 2015, excepto en HSH y MT. En el resto de poblaciones la tendencia presenta un decrecimiento (**Tabla 15**).

**Tabla 15** Porcentaje de población clave y vulnerabilizada con prueba de VIH, 2015 vs 2017, según tamaño poblacional estimado

Población	Tamaño poblacional estimado (TPE)	Línea base, pruebas en relación a TPE 2015	Pruebas en relación a TPE
HSH	40,949	33.8%	38.8%
Mujer Trans	2,975	12.5%	20.4%
MTS	22,771	45.7%	25.5%
Garífuna	30,079	58.6%	29.7%
PPL	16,920	47.0%	40.1%

Fuente: PUDR, Actualización de progreso y solicitud de desembolso, subvención FM VIH, 2017

Según datos de la UGI/SESAL proveniente de los sitios VICITS, en 2018 el número de pruebas en HSH fue 2,589, en PT 59 y en MTS 705, considerando el total de atenciones brindadas a cada grupo, el 83% de HSH, 80% de PT y 90% de MTS se realizaron la prueba de VIH. Sin embargo, estos datos no representan una cobertura real, ya que no se definen las cantidades de PC que debería cubrirse por el conglomerado de VICITS que reportaron los datos (es decir, el denominador).

Con el fin de aumentar la detección de casos de VIH, actualmente se está piloteando la estrategia de notificación asistida de parejas en cinco VICITS: Alonso Suazo, Metropolitano La Ceiba, Miguel Paz Barahona, Las Crucitas y El Manchén. Se ha capacitado personal de 15 regiones sanitarias en la estrategia de notificación asistida de parejas. Además, se ha capacitado personal en once SAI (El Porvenir, Sabanagrande, Policlínico de Catacamas, Juticalpa, Manuel de Jesús Subirana, José María Ochoa, Hospital Santa Teresa, Hospital Gabriela Alvarado, El Paraíso, Copán y Hospital de Occidente). (44)

Sobre el conocimiento integral del VIH y las ITS en los grupos vulnerabilizados de la población en general, se establecieron las metas: incrementar a 50% la cantidad de personas que tienen conocimientos adecuados relacionados con la transmisión y la prevención del VIH en la población de 15 a 24 años.; mantener el porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 24 años que tuvieron la primera relación sexual antes de los 15 años, en 11% entre mujeres y 25% entre hombres; e incrementar en un 50% el número de docentes certificados en los centros educativos que imparten educación integral en sexualidad, en relación a la línea base.

No fue posible medir las metas sobre comportamientos sexuales más seguros y realización de la prueba de VIH en la población general de 15 a 49 años, dado que la fuente para ello es la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA 2017-2018), cuyos resultados preliminares estarán disponibles probablemente a finales de 2019.

Para tener una idea del logro de las metas relacionadas a la cobertura y utilización de servicios integrales de PTMH (**Tabla 39**) se utilizaron indicadores proxy, ya que el numerador no fue precisamente el número de embarazadas con prueba positiva, sino el número de pruebas realizadas. Por lo cual no fue posible establecer el logro de las metas. Esta situación se atribuye a que el sistema de información de laboratorio solo obtiene datos de la cantidad de pruebas realizadas. La normativa nacional es que a las gestantes en atención prenatal se les debe realizar pruebas de Sífilis y VIH en el primer y tercer trimestres de embarazo. Pero sin la implementación de un código único de identificación (CUI) no es posible vincular los datos de resultados de laboratorio y otros datos clave con la persona.

Para complementar la información sobre la vigilancia de Sífilis en embarazadas, en 2018 se utilizaron datos estimados y disponibles con los que se construyó la cascada de la atención y vigilancia, el 78.8% de mujeres gestantes habían recibido al menos una atención prenatal; de las cuales, 65.8% se habían realizado al menos una prueba y la positividad para Sífilis se estimó en 0.3%.<sup>8</sup>

El sector salud, ha continuado priorizando la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (PTMH), integrando a la misma la eliminación de la Sífilis congénita en el contexto de la atención prenatal y del parto. La eliminación de la transmisión materno-infantil (ETMI) del VIH, Sífilis, virus de Hepatitis B y Chagas es un compromiso de país.

En el marco de la ETMI Plus (45), la meta regional es eliminar la transmisión materno infantil (TMI) del VIH, la Sífilis, la Hepatitis B y la enfermedad de Chagas para el 2020. En cuanto a VIH y Sífilis las metas específicas son: reducir la tasa de transmisión materno infantil del VIH a 2% o menos; reducir la incidencia de la Sífilis congénita (incluidos los mortinatos) a 0.5 casos o menos por 1 000 nacidos vivos. Y reducir la prevalencia de AgHBs (antígeno de superficie del virus de Hepatitis B) en los niños de 4 a 6 años de edad a 0.1% o menos

La SESAL ha finalizado recientemente la elaboración del Plan Nacional de ETMI del VIH, Sífilis congénita y Hepatitis B, el cual está en proceso de aprobación. En el mismo se identifican los compromisos para fortalecer la gobernanza y el liderazgo para que las autoridades de la SESAL puedan adoptar las metas de eliminación, con miras a avanzar lo más posible en el 2020 y acelerar las acciones para que Honduras pueda ser certificado en los siguientes años, como uno de los países que ha logrado ese cometido contribuyendo al bienestar de la niñez.

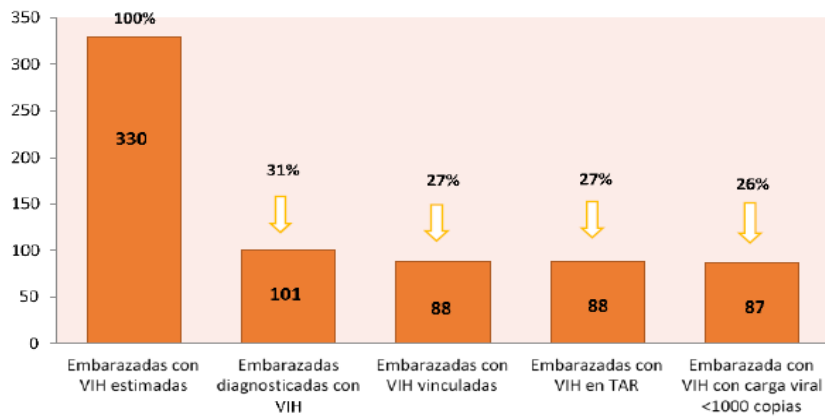
---

<sup>8</sup> Informe de evaluación de indicadores de ITS y VIH, SESAL 2019 (primer semestre). Informe de Monitoreo Global.

Al primer semestre de 2019 , se estimó que había 330 mujeres embarazadas con VIH. La cascada del continuo de atención de VIH para la embarazada para ese mismo periodo (**Gráfico 25**) indicó que del 100% de las gestantes esperadas, el 31% se hizo la prueba de VIH y conoció su diagnóstico; el 27% fue vinculado a los servicios de salud; el 27% recibió ARV para PTMI del VIH; y el 26% tenía supresión de CV.

**Gráfico 25.** Cascada del continuo de la atención de embarazadas con VIH. Honduras Primer semestre 2019

**Cascada de atención embarazada con VIH 2019 (Primer semestre)**



Fuente: Estimaciones y proyecciones, Informes cohorte de embarazadas/UGI SESAL 2019 (1° semestre)

Al analizar los datos de cascada de atención a la embarazada con VIH, se puede concluir que el país tiene retos importantes para alcanzar el pilar 2 y 5, Se debe tomar en cuenta que para encaminar las acciones para la búsqueda activa de embarazada a nivel de las comunidades y la vinculación a los servicios de atención prenatal, aún existen factores socioeconómicos, culturales y geográficos que limitan a la embarazada a realizarse la prueba de VIH, así mismo en el cumplimiento normativo donde se instruye a realizar dos pruebas de VIH a la embarazadas (primer y tercer trimestre), impidiendo el objetivo de lograr la supresión viral en la embarazada con VIH, así como disminuir los riesgos de la transmisión del VIH materno-infantil.

En 2017, con el apoyo técnico y financiero de la OPS/OMS, se realizó un estudio que recopiló datos de la TMH en las 20 regiones sanitarias. El estudio de campo, se realizó en las regiones sanitarias Metropolitana de SPS, Atlántida, Metropolitana de TGU, Intibucá, Francisco Morazán, Cortés y El Paraíso; incluyendo regiones con alta incidencia de VIH, y que alojan a grupos étnicos (garífunas en Corozal y Sambo Creek, en Atlántida; y lencas en Intibucá). (22)

Los datos mostraron que la incidencia de niños con Sífilis congénita fue <0.5 por 1,000 NV, que es la meta general de la Estrategia Regional para eliminar la Sífilis congénita como problema de salud pública, pero Honduras no aplicaba la definición de caso de la OPS/OMS. Actualmente en el Plan

Nacional de ETMI Plus se ha contemplado adecuar la definición de caso de Sífilis congénita de acuerdo a las directrices internacionales.

La limitación en cuanto a la calidad de los datos y la disponibilidad de los mismos no permite estimar la incidencia de manera más cercana a la realidad, y se consideró que no existía una buena cobertura de pruebas de Sífilis en embarazadas, la cual no se pudo calcular por problemas de inconsistencia en los datos y falta de identificación de las primeras y segundas pruebas de Sífilis en las embarazadas.

Según el estudio arriba mencionado (22), la tendencia de detección de casos de niños con VIH por TMI había aumentado, se detectaron cuatro casos de niños con VIH de 155 niños expuestos (2014) para una tasa de TMI del 2.6%. En 2015, ésta fue del 2.8% (4/145 niños), y en 2016 aumentó a 3.5% (9/253). La meta regional es lograr una reducción a <2% en la tasa de TMI de VIH, de manera que para el 2016 Honduras estaba lejos de lograrla. Tampoco se ha avanzado hacia el logro de la meta regional de reducir la tasa de TMI a <0.02 casosx1,000 NV, pues en 2016 Honduras registró 0.047x1,000 NV. Por otro lado, la cobertura de atención prenatal (APN) bajó de 88% en 2015 a 62% en 2016 y en 2018<sup>9</sup> subió a 79%. Lo cual indica la necesidad de mejorar la oferta de los servicios incluyendo el acceso y calidad de la APN.

El porcentaje de embarazadas testeadas para VIH y que recibieron su resultado durante el embarazo disminuyó de 91.3% (2014), a 70.2% (2015) y 60.2% (2016). Lo cual estaría relacionado con la baja cobertura de APN, aún y cuando se destina una gran cantidad de pruebas de VIH para esta estrategia.

No fue posible establecer la fecha, recientemente la cobertura de embarazadas con prueba de Sífilis de primera vez (en su primer contacto prenatal), ya que no se pudo distinguir entre éstas y las pruebas de segunda vez. Por otro lado, el 97% (2014) y 100% (2016) de embarazadas con serología positiva para Sífilis recibieron tratamiento adecuado.

En la investigación de los datos de los servicios de salud y de los informes GAM, se constató un aumento en el porcentaje de embarazadas con VIH recibiendo ARV, el 41.3% en 2014, 49.8% en 2015 y 55.8% en 2016. En tanto, el porcentaje de neonatos captados en los servicios de salud, de madres infectadas con VIH, y que se les había hecho prueba para determinar su estatus de VIH, tenía una tendencia ascendente: 34% (2014), 41.3% (2015), 67.9% (2016). De acuerdo a las estimaciones del 2018 la tasa de transmisión de VIH de madre a hijo es de 12.6 sin embargo el dato programático reportó que de 185 mujeres que dieron a luz, 4 niños resultaron positivos por VIH de los que se les realizó la prueba de PCR (antes de los dos años) con una positividad del 2.16, esto, no excluye que se pueda seguir diagnosticando niños mayores de 2 años por transmisión del VIH de madre a hijo de acuerdo al periodo de ventana.<sup>10</sup>

El 100% de niños nacidos de madres con serología positiva para Sífilis recibieron tratamiento adecuado; aunque hay desafíos para realizar el seguimiento de los niños trimestralmente hasta que completan el primer año de edad, en el primer nivel de atención. (22)

---

<sup>9</sup> SESAL. Dpto. de Estadísticas. TGU, 2018.

<sup>10</sup> Informe GAM Honduras, 2018

#### II.1.2.2.a Resumen analítico de logros y brechas: Promoción de la salud para la prevención del VIH.

Aunque el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención del VIH se mantiene relativamente alto en las PC, el uso del condón en la última relación sexual es bajo. Entre los garífunas, persisten las brechas en el uso de condón principalmente entre las mujeres urbanas, con una tendencia levemente mayor entre hombres y mujeres rurales. La disponibilidad de condones de mercadeo social y gratuitos no ha crecido, con una penetración de preservativos en zonas rojas que no sobrepasa el 33%. Esto constituye un reto, pues por un lado el bajo nivel de uso del condón y la insuficiente disponibilidad más allá de los servicios de salud públicos donde se privilegia la entrega para fines de planificación familiar. Estos factores condicionan un alto riesgo de adquirir la infección por vía sexual. La consistencia en el uso del condón no se midió, pues no hay metas sobre el uso de condón en las últimas dos semanas o últimos 30 días.

Se documentó un aumento en la disponibilidad de pruebas rápidas en el período 2014-2016, en los servicios públicos de salud, con un desbalance en la realización de pruebas según sexo, por cada 10 pruebas en hombres, se aplicaban 780 pruebas en mujeres. Habiendo una relación inversa respecto a la positividad de más de 7 a 1 en hombres en relación a mujeres. La SESAL se enfoca en el tamizaje de mujeres, particularmente las embarazadas como parte del programa de PTMH, y pareciera que las pruebas en hombres corresponderían principalmente a aquellos que acceden a los servicios de salud con infecciones tardías, en algún grado grupos de las PC captados en los sitios VICITS.

En ese sentido, se destacan los esfuerzos nacionales para aumentar la cobertura de PC mediante la apertura de nuevos VICITS. También destaca el desarrollo de un piloto de la estrategia de notificación asistida de parejas en cinco VICITS, y con la visión de ampliar la misma se ha capacitado personal de 15 regiones sanitarias en dicha estrategia, así como personal de 11 servicios de atención integral (SAI).

Sin embargo, el acceso a pruebas y servicios de prevención continúa siendo un desafío a nivel de las PC, ninguna de ellas logra al menos un 50% de pruebas en función de su tamaño poblacional estimado. Lo cual requiere de estrategias de alcance y modalidades de oferta de la prueba más agresivas, y que lleguen con mayor fuerza a las poblaciones vulnerabilizadas *ocultas*, eso implica intervenciones creativas basadas en la comunidad, incluyendo el uso de la tecnología de información y comunicación que puedan apoyar estrategias como la notificación asistida y la búsqueda activa a través de la estrategia de navegación (personal capacitado en la búsqueda activa en coordinación entre los servicios VICITS y representantes de las Organizaciones de Base Comunitaria (OBC).

No fue posible medir el grado de avance de las metas relacionadas con la cobertura de pruebas para Sífilis congénita y VIH durante el embarazo, ante un sistema de información ineficiente, cuya incapacidad afecta transversalmente la gran mayoría de indicadores no solo en esta área estratégica sino en todas.

Aunque el país suscribió el compromiso panamericano de eliminación de la TMI de Sífilis, VIH, VHB; a pesar de los esfuerzos principalmente en el tema de VIH, las metas regionales están lejos de ser logradas. El contar ya con un Plan ETMI Nacional, es un logro cuyo desafío principal es que se implemente plenamente mediante una participación activa del sector salud.

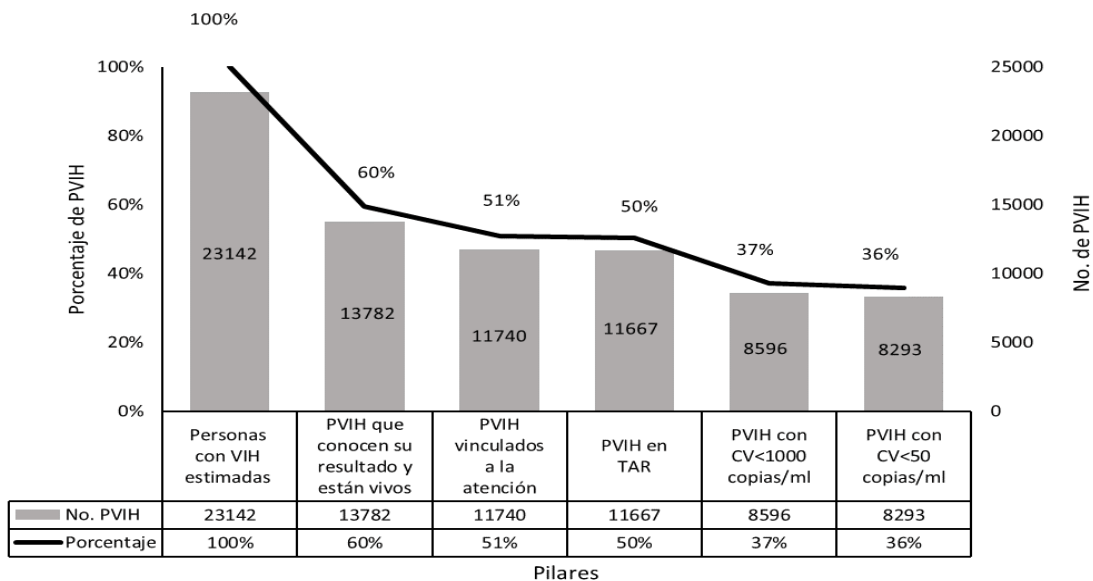
### II.1.2.3 AE3: Atención integral

Desde la adopción del compromiso por parte del Estado de Honduras para la compra de ARV en 2002, el abastecimiento ha sido continuo, con algunas fluctuaciones que se han superado. El 97% de los costos para compra de ARV, según el MEGAS 2016, fue financiado con fondos públicos. A partir de julio 2017, Honduras adoptó la recomendación de la OMS “tratamiento para todos”, es decir, que a todas las personas que se les diagnostique con VIH, independientemente de su estado inmunológico (conteo de células CD4), se les debe proporcionar TAR de forma inmediata (diagnosticar y tratar).

Al 2016 se extendió la cobertura de la TAR a 52 SAI distribuidos en el primer y segundo niveles de atención, en los 18 departamentos del país. Se espera que en 2019 se amplíe dicha cobertura con la apertura de 10 nuevos SAI. Entre 2010 (7,075) y 2018 (13,782) hubo un incremento de 49% de PVIH recibiendo TAR.

En la evaluación intermedia del PENSIDA IV; y en el informe de la misión conjunta para evaluar la respuesta del sistema de salud al VIH, se incluyeron análisis de los avances del país en 2017 en el cumplimiento del objetivo 90-90-90, con la cascada del continuo de atención integral de VIH correspondiente al 2016. En el **Gráfico 26**, se ilustra la cascada con los datos de 2018, más adelante se describen los pilares, se presenta un análisis al respecto, y con relación a los avances hacia el objetivo 90-90-90.

**Gráfico 26.** Cascada del continuo de la atención en VIH, Honduras 2018



Fuente: Secretaría de Salud. Estimaciones y proyecciones de la epidemia de VIH. Honduras 2018

**Pilar 1.** Personas diagnosticadas con VIH (PVIH): se recopiló a través de las estimaciones de Spectrum 2018. En 2016, se estimó en 21,461 PVIH, en 2017 22,110 y en 2018 23,412 PVIH. Este pilar, se debe abordar dentro del área AE1 sobre promoción para la prevención de VIH, se incluye aquí para hacer el análisis integral de la cascada y no de forma fragmentaria. En términos porcentuales, la estimación de este pilar corresponde al 100% de PVIH en Honduras.

**Pilar 2.** PVIH que conocen su diagnóstico: se obtuvo a partir de los datos de personas diagnosticadas y reportados por los SAI (cohorte de PVIH en TAR, Pre-TAR, abandonos), observando un total de 13,782 de las 23,412 estimadas (60%) en 2018. En 2017 fue 62% (13,611/22,110), y en 2016 correspondió a 61%. Lo cual indica que hay un estancamiento en el acceso y oferta de la prueba de VIH. La brecha es 40% en 2018, 38% en 2017 y 39% en 2016. Actualmente el país afronta retos para obtener información confiable para medir este indicador, por lo cual estos datos se deben tomar con cautela.

**Pilar 3.** PVIH vinculadas a la atención: se construye a partir de las PVIH vivos en TAR y pre TAR y es medido considerando la última consulta realizada por el usuario(a). En 2018, el 51% de PVIH (11,740/23,142) habían sido vinculados, en comparación al 53% en 2017 (11,776/22,110) y al 52% en 2016. Los datos muestran que no ha habido avance en los últimos 3 años valorados aquí. La brecha en vinculación es del 49% en 2018, con cifras similares en los otros dos años. Esta baja cobertura es causada por la brecha en la detección de los casos de VIH identificados en el primer pilar, y falta de intervenciones más agresivas y sostenidas para la vinculación, por ejemplo, la estrategia de navegación, que solo funciona de manera piloto.

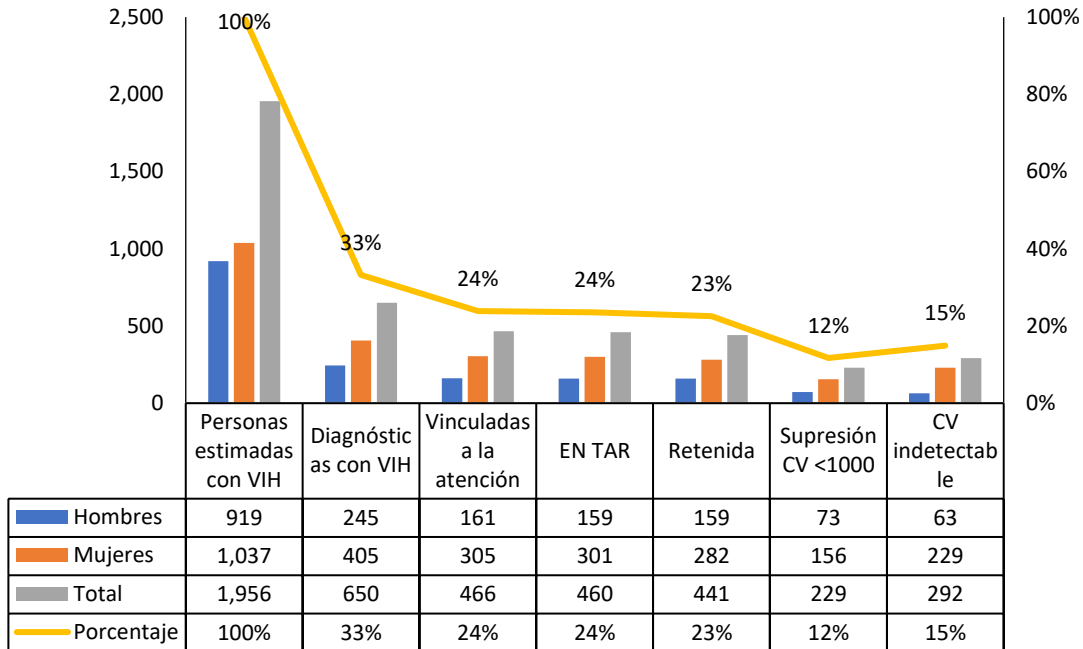
**Pilar 4.** PVIH en TAR: se elabora a partir de la cohorte de PVIH vivos que se encuentran activos en TAR. En 2018, de las 23,142 PVIH estimadas, 11,667, o sea, el 50% estaban e TAR. Con una brecha que representa la mitad de PVIH estimados. En 2017, el 52% de PVIH recibió TAR (11,506/22,110), aunque 161 PVIH más recibieron TAR en 2018, la comparación relativa indica que bajó en 2 puntos porcentuales en comparación al 2017. En 2016, el 51% de PVIH recibían TAR.

**Pilar 5.** PVIH con carga viral (CV) suprimida (< 1000 copias/ml): la fuente para éste es el informe del LNVIH tomando la última CV realizada a cada PVIH en 2018, el indicador se construye a partir de las PVIH vivas y activas que reciben TAR. En 2018, del total de PVIH estimadas, 8,596 tenían CV<1000 copias/ml, representando el 37% y una brecha de 63%; y en 8,273 su última CV fue <50 copias/ml lo que representa el 36%, y una brecha de 64%. En 2017, para CV< 1000 copias/ml, fue de 36%, en cambio en 2016 este indicador fue 33%. En general, al comparar la supresión viral con el parámetro CV<1000 copias/ml, hay una leve mejoría desde 2016.

Respecto al continuo de atención específicamente para la población garífuna, en 2017 se estimaron 1,956 PVIH, diagnosticándose solamente el 33 %, con una brecha de 67%; se vinculó a los servicios el 24% y un 24% inició TAR, solo el 23% fue retenido en la terapia, 12% presentó supresión de su CV<1,000 copias/ml (**Gráfico 27**). Las brechas en este grupo poblacional son sustancialmente

mayores que las observadas en la población general. Este tipo de situación es similar en otras poblaciones vulnerabilizadas. Cuando se analizan los pilares según sexo, los indicadores son mejores en las mujeres que en los hombres, así el 39% de mujeres vs. 27% de hombres conocían su diagnóstico; la vinculación (29% vs. 18%); recibiendo TAR (29% vs. 17%); y supresión viral (15% vs. 8%). Esta situación refleja lo que ocurre en general, donde las mujeres suelen tener mayor cobertura, en una epidemia que es principalmente impulsada por el incremento de nuevas infecciones en hombres.

**Gráfico 27.** Cascada de atención en población garífuna según sexo, Honduras 2017



Fuente: SESAL/USAID. Estudio de la cascada del continuo de la atención en VIH en la población garífuna de Honduras. 2017.

### II.1.2.3.a Análisis de los avances del objetivo 90-90-90

En el marco del objetivo 90-90-90, las metas de compromiso son que 90% de PVIH conozcan su estado serológico, que 81% (o sea, 90% del 90%) de los PVIH reciban TAR, y que 73% (es decir, 90% de 81%) de PVIH supriman su CV. Con los datos de la cascada del continuo de atención, es posible calcular las brechas del país en 2018 para esos indicadores. La brecha en diagnóstico de VIH, es 30% (90% - 60%), la estimación fue de 23,142 PVIH, por lo tanto, 6,942 PVIH no sabían que eran positivas; el 31% no recibía TAR (81% - 50%) correspondiendo a 7,174 PVIH; y 36% (73% - 37%) que representan 8,331 PVIH cuya CV debería estar suprimida (<1000 copias/ml).

En conclusión, según la cascada del continuo de atención en 2018, 60% de PVIH sabían su estado serológico (primer 90), 85% de los PVIH detectados estaban en TAR (segundo 90), y 74% de los PVIH en TAR tenían CV suprimida (tercer 90). Es decir, respecto al objetivo 90-90-90, Honduras había alcanzado 60-85-74. Considerando que para 2020 se debería lograr dicho objetivo, las brechas son grandes y requerirá de esfuerzos enfocados y sostenidos de la respuesta nacional en todos los frentes



que constituyen el continuo de la atención, lo cual implica enfrentar barreras estructurales relacionadas con la situación socio-económica, cultural, así como entornos hostiles al respeto y protección de los DD HH que incentivan el estigma y la discriminación.

La cobertura de TAR es aceptable en las PVIH que tienen acceso a los SAI, y podría mejorar sustancialmente aumentando el acceso a la prueba. En 2017, se registró desabastecimiento de ARV sólo en 7.4% de los SAI, pero es preciso acercarse más a cero, así como enfocar esfuerzos para disminuir el abandono e incrementar la adherencia.

En marzo de 2019, la SESAL aprobó los Lineamientos de la Gestión Logística de los Medicamentos Antirretrovirales, con el propósito de estandarizar y sistematizar el proceso de gestión logística de los ARV, en las diferentes instancias técnico-administrativas y ES públicos y no públicos, a fin de asegurar el acceso a la TAR. Con este instrumento se proveen las directrices técnicas que establecen los estándares para la gestión de la cadena logística de los medicamentos, evitando desabastecimientos (46).

La SESAL para el año 2017-2018 realizó el proceso de revisión y actualización del listado nacional de medicamentos, que ha incluido ocho medicamentos ARV<sup>11</sup>. Cinco son para uso en pediatría, en forma de tabletas dispersables con sabores enmascarados para facilitar la adherencia: Abacavir 60mg tabletas dispersables (en sustitución del jarabe); Abacavir/Lamivudina 120/60mg tabletas dispersables (nueva recomendación); Efavirenz 200mg; Lopinavir/Ritonavir 40/10mg en gránulos; y Zidovudina/Lamivudina 60/30mg tabletas dispersables combinadas (nueva recomendación). Y tres ARV para adultos: Tenofovir 300mg/Lamivudina 300mg/Dolutegravir 50mg (esquema de primera línea) para todas las PVIH nuevas masculinas que ingresen a la cohorte, mujeres que no estén en edad fértil o que utilicen métodos anticonceptivos; Atazanavir 30mg/Ritonavir 100mg tabletas para las PVIH que cambien a segunda línea; y Dolutegravir 50mg combinado con otros, para tercera línea. Estos fármacos son ARV innovadores, favorecen la adherencia, presentan un perfil amplio ante la resistencia, requieren un uso menor de tabletas, son fáciles de ingerir, y sus costos son accesibles para el Estado.

Respecto a los medicamentos para infecciones oportunistas, se han incluido cinco en el listado nacional. La mayoría de estos fármacos son de alto costo y de difícil acceso en el mercado local: Itraconazol 100mg cápsulas/tabletas; Voriconazol 200mg tabletas; Valganciclovir 450mg tabletas; Metronidazol 500mg tabletas; y Paramomicina 250mg tabletas vía oral (antes 750mg IV). Se empezarán a adquirir con fondos públicos a partir del 2020.

La evaluación tipo 1 del FM, encontró que hubo atrasos en la realización de CV, durante seis meses en el 2016, propiciados por procesos de licitación muy lentos y por problemas generados por la necesidad de readecuar las instalaciones físicas del laboratorio nacional con el fin de instalar el equipo para la realización del a carga viral . Pero a partir de 2017, se corrigió este problema, de hecho, hay una oferta

---

<sup>11</sup> SESAL. Unidad de Medicamentos y Logística de Insumos. Junio 2019.

suficiente con relación a la demanda. La medición de la CV está centralizada en el LNVIH, mediante un sistema que parece estar bien organizado y eficiente, los resultados se comunican en no más de siete días a los SAI a través de Internet (40). La indicación y realización de la prueba de CV ha tenido un aumento respecto al 2017 (47).

En 2018, la SESAL con apoyo externo, realizó un diagnóstico de los servicios de CV, cuyos datos preliminares revelan brechas en todos los niveles. La medición basal se hizo en 39 SAI, el 31% fueron clasificados como Nivel 0 (necesita mejorar en todas las áreas y corregir inmediatamente), 62% en Nivel 1 (necesita mejorar en áreas específicas). La meta es que el 100% de SAI lleguen al Nivel 4, es decir, que cumplen con estándares internacionales de prestación de servicios. (20)

Para fortalecer la entrega rápida de la TAR a la persona una vez que se ha hecho el diagnóstico de VIH, la SESAL con el apoyo técnico de PEPFAR/CDC y la UVG (Universidad del Valle Guatemala) y financiamiento de PEPFAR ha iniciado la implementación de un proyecto piloto sobre la estrategia de Inicio Rápido de la TAR en los SAI del Hospital Escuela y del Centro de Salud Alonzo Suazo de TGU. Esta estrategia se basa en la vinculación de pacientes con diagnóstico reciente de VIH a los SAI dentro de los primeros siete días después del diagnóstico, e incluye un paquete de servicios esenciales tales como: valoración médica, consejería orientada a la adherencia, pruebas de laboratorio, información de riesgos y beneficios del Inicio Rápido y la entrega de TAR. Con esta intervención se ha logrado reducir el inicio de la TAR de un promedio de 2 meses a menos de 7 días en países donde se implementa (48).

Teniendo en cuenta que una de las principales razones del abandono de la TAR y del menor acceso a los servicios, es la pobreza de las PVIH en gran parte atribuida al alto nivel de desempleo; PEPFAR/USAID, a través del Proyecto Cuidado y Tratamiento en VIH, está brindando apoyo a la SESAL para la implementación del servicio de entrega de TAR en el ámbito comunitario, el piloto está implementándose en los ES Alonzo Suazo y Hospital Escuela Universitario, con una duración de un año a partir de febrero 2019. El propósito es fortalecer la retención y la adherencia de las PVIH atendidas en dichos establecimientos. También se ha previsto realizar un análisis de costo-efectividad para determinar la sostenibilidad de dicho servicio y extenderlo a otros establecimientos (49).

Según la evaluación intermedia al 2017, (**Tabla 40**) no se habían logrado las metas establecidas para cuatro indicadores, y no existían metas para tres indicadores, relacionados con la atención integral. Destaca que solo el 61% de PVIH conocía su diagnóstico, el 52% de éstos recibía atención en un SAI, la retención anual se estimó en 82%, y solo un tercio tenía CV suprimida. Estos indicadores han sido analizados previamente de forma más detallada, al presentarse las cascadas del continuo de atención y los alcances relacionados con el objetivo 90-90-90.

La descentralización de las pruebas de CD4 tenía la intención de hacerla más accesible a las PVIH que viven fuera de los mayores centros urbanos. Pero, la compra descentralizada de reactivos ha sido

deficiente, incluyendo precios más altos para su adquisición. La SESAL pretende volver a centralizar la compra de estos insumos. (40)

Según los resultados del estudio de fármaco vigilancia de resistencia del VIH a los ARV, realizado en 2016-2017 (50), se ha decidido incluir el Dolutegravir (DTG) en el esquema de primera línea en el caso de hombres que inicien TAR, en sustitución del EFV. En el caso de las mujeres el DTG se puede prescribir en mujeres adultas o adolescentes en edad reproductiva o con potencial reproductivo que deseen quedar embarazadas o que no están usando contracepción consistente y efectiva si ellas han sido completamente informadas del potencial riesgo del tubo neural (al momento de la concepción y hasta el final del primer trimestre de embarazo). Cuando las mujeres son identificadas con un embarazo, después del primer trimestre, el DTG debe ser iniciado o continuado durante el resto del embarazo.<sup>12</sup> Con apoyo técnico de la UVG, la SESAL ha elaborado un Plan estratégico nacional de vigilancia y resistencia a los ARV 2019-2023, el cual ya ha sido aprobado y debe implementarse tan pronto sea posible, habiendo sido socializado a fines de 2018.

En cuanto a la meta que el 100% de PVIH con diagnóstico nuevo fueran evaluados para detectar TB latente o activa, según la evaluación intermedia el resultado fue 95.7%. Lo cual ha sido fruto de los esfuerzos de integración de ambos servicios y la facilitación al usuario de las pruebas de detección. Entre 2014-2016, el país desarrolló un proyecto piloto demostrativo de coinfección TB/VIH, con una cobertura de 92% en el testeo de VIH en pacientes con TB; 100% de los pacientes coinfectados recibieron tratamiento para ambas enfermedades, en 2017 el modelo se expandió a las 20 regiones sanitarias (50)

En junio de 2017, la SESAL aprobó el Lineamiento técnico-operativo para la implementación de los modelos de integración de la atención TB y VIH para optimizar el manejo de la persona coinfectada, (51) el cual ha contribuido a mejorar el manejo de esta coinfección que afecta en gran medida a la PVIH. En enero de 2018, se aprobó la Guía de Manejo Clínico de la Coinfección TB/VIH (52), cuya población diana es todo paciente coinfectado por TB/VIH que asisten a los servicios de salud públicos y no públicos, sin ningún tipo de discriminación. Esa guía contiene recomendaciones claves basadas en evidencia adaptadas de la Guía para el Manejo Clínico de la Coinfección TB/VIH de OPS/OMS, 2017 y otros documentos relacionados con el tema. Está orientada al abordaje integral de la persona con coinfección TB/VIH, reducir los riesgos de complicaciones y la mortalidad.

Respecto a la reducción de la morbi-mortalidad por virus de Hepatitis B (VHB) en PVIH, los indicadores de coinfección con VHB y virus de hepatitis C (VHC) no son coherentes con la meta establecida en el PENSIDA IV, por lo que no fue posible medir la cobertura de pruebas realizadas de acuerdo a normativa nacional. En 2016, al 22.5% (285/1,265) de PVIH que iniciaron TAR se les realizó prueba para detección de VHB, en relación con el 2015 (5.7%) mostrando un incremento del 16.8%.

---

<sup>12</sup> Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV: interim guidelines, WHO, 2019.

En relación a la coinfección con VHB y VHC, un estudio (53) reveló que la prevalencia de coinfección de VHB/VIH fue 0.6% (3/503), y la de VHC/VIH fue 0.2% (1/503). A partir de 2011 se incluyó en la normativa del PAI la vacunación contra Hepatitis B en población clave, la cual no se vigila epidemiológicamente. Se pretende hacer esfuerzos de promoción y acceso a la vacuna en las PC.

Actualmente se cuenta con un Plan Nacional de Acción para la Prevención y Control de las Hepatitis Virales 2019-2024 (54), el cual aún no se implementa ampliamente. El objetivo de este plan se orienta a garantizar procesos de vigilancia epidemiológica con miras a la eliminación de las hepatitis virales, fomentando capacidades institucionales y comunitarias mediante acciones estratégicas de promoción, prevención, control, diagnóstico y atención integral. Además, comprende el fortalecimiento de procesos que proporcionen datos confiables al sistema de información y con ello se tomen decisiones informadas.

En cuanto a la provisión de servicios de otras ITS, el país inició la estrategia de vigilancia centinela de las ITS (VICITS) en 2006, desde ese año al 2018 se reportaron 29,313 consultas que corresponde a la atención de 21,034 personas, el 55% fueron MTS, 42% HSH, y 3% MT. En 2017 se reportó el mayor número (3,950) de personas atendidas por primera vez, la población de HSH representó el 75%, y las MT el 3%. Una de las mayores fortalezas ha sido la realización del diagnóstico etiológico de ITS, así entre 2015-2018, se realizaron pruebas basadas en ácidos nucleicos para el diagnóstico de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, virus de Herpes Simple y virus de Papiloma Humano (20).

#### II.1.2.3.b Resumen analítico de logros y brechas: Atención integral

Honduras ha obtenido importantes logros en la atención integral, especialmente en la atención directa a PVIH, haciendo esfuerzos con fondos públicos para incrementar la cobertura de TAR a nivel nacional, lo cual va aparejado con la decisión ya en implementación de testear y tratar. Sin embargo, persisten importantes brechas especialmente en la detección de PVIH, en la retención y adherencia, así como en la supresión de la CV. Esas brechas son más profundas en los grupos poblacionales vulnerabilizados.

En general, los componentes más vulnerables de la cascada del continuo de atención se relacionan con el acceso a las pruebas de VIH; la baja tasa de personas en TAR con CV suprimida; así como la calidad y solidez del sistema de información; y el entorno legal, político y social que afecta a las PC y PVIH en términos de DDHH, estigma y discriminación, pobreza y violencia.

Respecto al objetivo 90-90-90, el país había alcanzado en 2018, 60-85-74. Se requiere el reforzamiento de intervenciones de atención integral incluyendo estrategias que involucren más a la comunidad (voluntarios, grupos de auto apoyo) especialmente para reforzar la retención y adherencia.

El uso de tecnologías de información y comunicación (TIC) de manera más intencional y enfocada podría apoyar la efectividad y eficiencia de las intervenciones que se planteen. Se destacan esfuerzos de la SESAL en implementar el proyecto de entrega domiciliar de TAR, a fin de contribuir a reducir el

abandono y reforzar la adherencia. También en esa línea se realiza un proyecto piloto en dos SAI de TGU sobre la estrategia de Inicio Rápido de la TAR.

Ya se ha comenzado un proceso tendiente a hacer modificaciones al modelo de prestación de los servicios; por ejemplo, en la frecuencia de consultas, en el apoyo de laboratorio y en la entrega de los ARV. La eficiencia en esos procesos se traducirá en liberar gastos de bolsillo a las PVIH por pago de transporte, alimentación y hasta hospedaje en algunos casos; estratificando las PVIH según su nivel de adherencia y con ello implementar el esquema de la periodicidad de consultas y entrega de ARV, así como enfocar esfuerzos en retención y adherencia por parte de los profesionales de salud con apoyo de la comunidad, en todos los SAI, pasando del proceso piloto actual a una ampliación a nivel nacional.

La falta de supresión viral está relacionada con muchos factores, entre ellos uno de los más importantes es la no adherencia, pero también es importante determinar si existe falla terapéutica y/o falla virológica, o si hay resistencia a los ARV. Si no es posible establecer una fármaco-vigilancia nacional, ésta se podría implementar a través de sitios centinela, en vista que, aunque ya se cuenta con la tecnología para realizar el genotipaje en el país, es importante iniciar el proceso de vigilancia y apuntar a su sostenibilidad que implica la compra de reactivos, también fortalecer la colaboración con centros internacionales especializados para la realización de controles de calidad. En este sentido, se requiere la aprobación del Plan de abordaje a la resistencia a ARV que contará con el apoyo técnico y financiero de UVG y CDC/PEPFAR.

Según la evaluación intermedia, al 2017 el 96% de PVIH recientemente diagnosticados fueron testados por TB, y el 92% de pacientes con TB fueron testeados por VIH. Este es un logro importante que debe sostenerse y aumentar de manera que se cumpla la meta del 100% en ambas situaciones, a fin que reciban la terapia respectiva de forma oportuna.

Los avances en el abordaje de otras comorbilidades como las hepatitis todavía son incipientes, debiendo aplicarse estrategias más agresivas de promoción de la vacuna para el VHB dirigida a la PC. Se cuenta con un Plan Nacional para la Prevención y Control de las Hepatitis Virales (A, B,C) en Honduras 2019-2024, que aún no se implementa de manera plena, y que debe basarse en los servicios de primer y segundo nivel de atención, debiendo proveer los insumos y medicamentos necesarios como parte de una estrategia de sostenibilidad del mismo.

Entre 2006 a 2018, en la valoración de la estrategia VICITS, se ha visto un aumento en la cobertura de poblaciones claves (HSH, MT y MTS) ofreciendo los paquetes integrales de servicios de promoción y prevención, así como de diagnóstico y atención de ITS, se considera que una de las principales fortalezas de la VICITS ha sido la realización del diagnóstico etiológico de ITS. También destacan los esfuerzos mediante pilotaje en tres VICITS, uno en cada ciudad, relacionados con la estrategia de navegación para aumentar la vinculación y adherencia.

#### II.1.2.4 AE4: Información Estratégica

La información estratégica comprende el fortalecimiento de la disponibilidad, socialización y utilización de la información estratégica del VIH e ITS para guiar la elaboración e implementación de políticas, programas y presupuestos en la respuesta al VIH e ITS, basada en la evidencia.

Según el informe de evaluación tipo 1 del FM (40), uno de los efectos positivos tangibles consiste en la mejora de la planificación estratégica, así como el rango y calidad de la información para informar esa planificación. Sin embargo, la información relevante y las brechas de datos persisten, y es evidente que esto incluye la falta de un sistema integrado de información en salud (SIIS) y la adopción de un código único de identificación (CUI) universal compartido por todos los actores que brindan servicios. La falta de datos más detallados, consistentes y de calidad obstaculiza la adaptación de modelos y programas.

Una de las metas clave en esta área fue que el 80% de las instituciones que trabajan en la respuesta al VIH se adhieran a un sistema único de monitoreo; pero dado que no existe dicho sistema no fue posible medir el indicador y valorar el nivel de logro.

En Honduras se implementa una vigilancia epidemiológica básica y pasiva de manera rutinaria. Complementariamente se han realizado algunos estudios especiales que forman parte de la vigilancia de segunda generación, sin embargo, la disponibilidad de datos confiables de calidad sobre la naturaleza y magnitud real de la epidemia de VIH, es bastante limitada; siendo insuficientes para informar adecuadamente el proceso de decisión política, programática y de asignación de recursos para una respuesta nacional efectiva y eficiente.

Existe el Plan de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional a la epidemia del VIH en Honduras 2016 – 2019 (PNME), el cual fue revisado y actualizado en 2017, con participación de diferentes actores. También se diseñó una Plataforma informática del Sistema Único de M&E de la respuesta nacional, que estuvo siendo armonizada con los indicadores del PNME y de los informes GAM. Sin embargo, la información disponible es que ni el plan ni la plataforma han logrado implementarse plenamente. II.1.2.4.a

Resumen analítico de logros y brechas: Información estratégica

Entre los principales avances en el sistema de información de la SESAL, la evaluación intermedia del PENSIDA IV, así como la misión conjunta de la OPS destacaron:

- Revisión y actualización de los formularios para la recolección de la información en diversas bases de datos para los componentes de consejería, laboratorio, estrategia de PTMH de VIH y Sífilis congénita, notificación Sífilis congénita y VIH, vigilancia centinela de las ITS (VICITS) y de la coinfección VIH/TB, VHB y VHC.
- En el proceso de sistematización de la cadena logística de ARV se cuenta con la herramienta “BIOS” que consolida la información logística, para facilitar la toma oportuna de decisiones.

- La SESAL, a través de la UGI, está implementando el proyecto del sistema integrado de información en salud (SIIS) que contiene los módulos de Malaria, VIH y Tuberculosis.
- El subsistema sectorial de salud contribuye aproximadamente con el 79% de los indicadores de la respuesta nacional que se reportan a la CONASIDA; mismos que ya se incluyen en el plan de fortalecimiento del SIIS.
- Además es importante mencionar que el 20% de los indicadores de la respuesta nacional al VIH dependen de otros sectores que participan en la respuesta nacional al VIH, en este sentido se vuelve mandatorio elevar el tema de información estratégica para que todas las instituciones involucradas puedan reportar a esta Plataforma informática del Sistema Único de M&E la CONASIDA.

Uno de los retos es que el SIIS trascienda de una fase piloto a una implementación amplia y sostenida. El carecer de un CUI es una limitante que debe superarse.

Durante el transcurso de la epidemia, Honduras ha realizado estudios especiales de tipo epidemiológico y de comportamiento, fundamentalmente financiados por la cooperación externa. En el período del PENSIDA IV, de acuerdo al informe de evaluación intermedia se han realizado al menos unos 14 estudios. En el anexo 2 (**Tabla 42**) se describen en detalle dichos estudios.

## **II.2 Limitantes y recomendaciones del PENSIDA IV, según área estratégica.**

Las limitaciones y recomendaciones sobre los alcances del PENSIDA IV, se basan en la información de la Evaluación Intermedia 2015-2017, y se complementan con hallazgos y recomendaciones proporcionados por los Informes de la misión conjunta de OPS/OMS, de la Evaluación tipo 1 del FM, otras fuentes como los estudios TRaC, así como otros documentos más recientes como la Estrategia de sostenibilidad de VIH y TB, entre otros.

A continuación, se resumen las limitantes principales y recomendaciones relevantes por cada área estratégica.

### **II.2.1 AE1. Políticas públicas y gestión social con enfoque de derechos humanos**

#### Principales limitantes:

- Falta de Institucionalidad de la CONASIDA y por ende débil gobernabilidad y gobernanza. No se ha conformado la Unidad Técnica interdisciplinaria que funja como Secretaría Ejecutiva que cuente con la adecuada estructura física y asignación presupuestaria para desempeñar sus funciones. Prácticamente ha existido ausencia de esta instancia en su rol de órgano superior de dirección, decisión y vigilancia de la respuesta nacional al VIH, en el marco del cumplimiento de la de la Ley Especial sobre VIH/SIDA y su Reforma.
- La ausencia de una Política Pública de Estado en materia de VIH no ha permitido tener una visión clara sobre la inversión y sostenibilidad de la respuesta, la necesaria armonización de las diferentes políticas públicas sectoriales vinculantes a la respuesta al VIH. Por ejemplo, la Política

de Protección Social (PPS) cuya implementación requiere el reconocimiento de factores sociales que obstaculizan la respuesta en las poblaciones vulnerabilizadas que influyen en el abandono de la TAR o el acceso a los servicios de prevención.

- La reducción del porcentaje del presupuesto general del país asignado a salud (en 2013 se asignó el 12.7%, en 2016 se redujo al 6%). Esto limita el cumplimiento de los compromisos estatales para una respuesta de calidad con alta cobertura en VIH, con un enfoque integral basado en derechos. La inversión por fuentes privadas, ha sido a expensas del gasto de bolsillo, también se debe reducir la solicitud de permiso en el trabajo que pone en riesgo la estabilidad laboral de las PVIH.
- Procesos inconclusos para la integración de la sociedad civil en la CONASIDA, tal como lo ordena la Ley Especial sobre VIH/Sida y su Reforma 2015, habiendo una limitada participación de las OSC en la toma de decisiones, que en parte se debe a la fragmentación de éstas. Esto incluye la deficiente coordinación entre el MCP y la CONASIDA, careciéndose de un proceso normativo que regule la subordinación al mandato de la CONASIDA acorde con la ley. La falta del Reglamento de la Ley Especial sobre VIH/Sida y su Reforma 2015 es un condicionante.
- Limitado financiamiento público para las OSCs trabajando en VIH y TB, y pérdida del enfoque de su rol.
- No hay evidencia concluyente respecto a la reducción de las violaciones a DD HH contra las PVIH y las PC, incluso en los establecimientos de salud. El estigma y la discriminación en los diferentes espacios en que se desenvuelven las PVIH sigue siendo un obstáculo para el cumplimiento de los DDHH. Debido al limitado acceso a la justicia persisten altos índices de impunidad y falta de judicialización y restitución de los derechos violentados.
- Contratación inestable de recursos humanos capacitados en VIH y deficiencias en capacitación que acrediten a algunos en el adecuado manejo de protocolos de atención, así como la falta de incentivos para su desarrollo profesional.
- Existen limitantes para el acceso al trabajo de las PVIH, inclusive todavía se reportan instituciones que exigen la prueba de VIH para el reclutamiento de personal.
- Se debe involucrar en la respuesta nacional al VIH a los gobiernos locales para que a través de las instancias municipales que vigilan el cumplimiento de los derechos humanos se pueda realizar un adecuado seguimiento a la violación de los mismos en el nivel local.

#### Recomendaciones relevantes:

- Revitalizar y constituir plenamente a la CONASIDA con las diferentes instancias que por ley la conforman, se requiere la elaboración de su reglamento para la conducción de los niveles Político-Decisorio y Técnico-Consultivo, así como el Consejo Técnico y Comisiones interdisciplinarias e interinstitucionales que se conformen, coordinadas por la Secretaría Ejecutiva de la CONASIDA según la Ley Especial del VIH y su Reforma que conduzcan a



propiciar la requerida voluntad política de los tomadores de decisión a fin de que se asigne el presupuesto necesario para el pleno funcionamiento de CONASIDA.

- Armonizar dentro del PENSIDA IV, el plan de sostenibilidad para que el Estado asuma la inversión requerida para una respuesta nacional al VIH robusta, integral y focalizada
- Fortalecimiento de las capacidades técnicas a las OSC, instituciones públicas y privadas que forman parte de la CONASIDA, incluyendo el acompañamiento en la elaboración de los POA a aquellas organizaciones que lo ameriten.
- Desarrollo de políticas y normas de manera que la empresa privada provea financiamiento a OSC trabajando en VIH, que complementen los fondos públicos, esto podría incluir incentivos mediante donaciones y exoneración de impuestos para el sector privado.
- Fortalecer acciones orientadas a reducir el estigma y la discriminación a nivel de la población general y comunidades de PC, así como entre el personal de salud, de ONG y sector privado.
- Incidencia de la sociedad civil ante las instituciones responsables y corresponsables de la implementación del PNADH
- Fortalecer al personal dedicado al tema de VIH mediante una contratación regular, estabilidad, capacitación que los acredite en el manejo de protocolos de atención sobre VIH, así como la definición de incentivos de desarrollo profesional y su asignación eficiente.

## **II.2.2 AE2. Promoción de la salud para la prevención del VIH**

### Principales limitantes:

- Existe una importante brecha relacionada con la prueba de VIH voluntaria con consejería, habiendo inequidad en el acceso y oferta de la prueba en los servicios públicos, una mayor cantidad de mujeres son testadas en relación a hombres, por otro lado, los esfuerzos de las OSC no logran incrementar en las proporciones requeridas el acceso de la prueba en PC y otras poblaciones vulnerabilizadas.
- No se cuenta con una línea presupuestaria exclusiva destinada al funcionamiento y mejora de los servicios VICITS. En algunos de éstos no se cuenta con profesionales permanente capacitados aunado a la alta rotación del personal.
- Ha habido desabastecimiento de condones masculinos, que se documentó en la evaluación intermedia, y los lubricantes no forman parte del listado nacional de medicamentos e insumos en el sector salud. Además, en los servicios de salud en general, la entrega de condones se dirige más al cumplimiento de las metas programáticas de planificación familiar, lo que limita su acceso como dispositivo de prevención de ITS.
- Los niveles de uso correcto y consistente del condón siguen siendo bajos en la PC, así como en poblaciones garífunas.
- El sistema de información del LNVIH no dispone de un mecanismo para diferenciar pruebas y embarazadas con los resultados de VIH y Sífilis, tal como el uso de un CUI.

- Baja cobertura de atención prenatal en los ES, lo que condiciona bajas coberturas de embarazadas con acceso a pruebas de VIH y Sífilis, limitando el logro de la eliminación de la transmisión materno infantil de esas infecciones.
- Las estrategias de prueba de VIH no se han enfocado lo suficiente en la búsqueda activa de casos de VIH no diagnosticados.
- El país no ha adoptado varias de las recomendaciones de prevención del VIH más recientes de la OMS que incluyen, la profilaxis pre-exposición (PreP) y la prueba de VIH auto-administrada.

#### Recomendaciones relevantes:

- Reforzar los servicios a través de la continuidad de la atención del VIH. Para tener un óptimo continuo de atención se debe: tener las pruebas de VIH y Sífilis continuamente disponibles en el 100% de los establecimientos de salud de la red nacional, así como asegurar la entrega del paquete de servicios integrales para la prevención a las poblaciones clave y vulnerabilizadas; así como enfocar las estrategias de prueba en la búsqueda activa de casos no diagnosticados. El informe de evaluación tipo 1 del FM, identificó que el modelo más efectivo para identificar casos de VIH es la extensión del horario de apertura de las VICITS, seguido por la difusión en las redes sociales utilizando clínicas privadas (usado por PASMO). Para ampliar ese modelo, se deberán abrir más VICITS. Sin embargo, para identificar a las MT con VIH, el modelo comunitario cara a cara seguirá siendo relevante y debe reforzarse.
- Garantizar la inversión de fondos nacionales en el área de promoción y prevención para la PC, esto incluye la creación de una línea presupuestaria para compra de pruebas de VIH de acuerdo con estimaciones poblacionales que incluya a la población clave y vulnerabilizada.
- Actualizar la estimación de necesidades de condones para prevención de ITS y su adquisición, en la cual se debe incluir a la población garífuna, PPL y PC; además realizar las gestiones para que los lubricantes formen parte del Listado Nacional de Medicamentos e Insumos de la SESAL y el IHSS
- Utilizar las tasas de positividad para priorizar actividades efectivas de acceso y oferta de la Prueba Voluntaria y Consejería de VIH (PVC), y apoyar de manera más adecuada a la persona para que acepte un resultado positivo, y se le vincule prontamente a un SAI.
- Implementar estrategias para captación de embarazadas antes de las 12 semanas de gestación que permita la detección temprana de VIH y Sífilis congénita durante el embarazo, se deben redoblar esfuerzos de la SESAL y otros servicios del sector salud para incrementar la cobertura de la atención prenatal.
- Implementar estrategias para la vinculación de las embarazadas positivas por VIH durante el embarazo, parto o postparto inmediato. Esto también se relaciona con el cumplimiento de la normativa de realización de pruebas de PCR a todo recién nacido perinatalmente expuesto al VIH.

- Monitorear tanto a nivel nacional como regional los indicadores del continuo de la atención de acuerdo al objetivo 90-90-90, con énfasis en el primer 90 a fin de tomar decisiones que fortalezcan la oferta y acceso de la prueba de VIH a todas las personas que lo requieren.
- Expandir la estrategia de notificación asistida de parejas a todas las personas con nuevo diagnóstico de VIH en el país.
- Expandir la prueba rápida de infección reciente del VIH a todos los casos notificados a nivel nacional, con el fin de vigilar la tendencia de nuevas infecciones a través del tiempo.
- Adoptar la PreP y la prueba de VIH autoadministrada.

### **II.2.3 AE3. Atención integral**

#### Principales limitantes:

- Las barreras en la atención y prevención, usualmente se relacionan con la forma en que se administran los insumos básicos o se organizan los servicios de salud. Un factor crítico es la débil capacidad rectora de la SESAL para regular, coordinar, supervisar y corregir dichos obstáculos para mejorar la atención y prevención de VIH.
- No se cumple la normativa, por parte de los proveedores, relacionada con la indicación oportuna de los diferentes exámenes a las PVIH; a su vez factores propios del usuario(a) como el incumplimiento de las indicaciones médicas y la baja adherencia a la TAR han limitado el alcance de las metas de atención integral. En lo referente a CV, no se está identificando oportunamente la falla terapéutica.
- Los reactivos para realizar CV son proporcionados por la cooperación externa, situación que puede dificultar la sostenibilidad de este servicio. Los insumos para la realización de las pruebas con GenXpert provienen de donación por el FM y están destinados solo para las personas con TB y Hepatitis C en dos laboratorios (Alonso Suazo y el Instituto Cardio-Pulmonar).
- Frágil sostenibilidad de la estrategia para un abordaje integral a las PVIH en abandono de su TAR y débil participación de la sociedad civil en las acciones para reforzar la adherencia.
- El país no cuenta con los recursos económicos para realizar genotipaje a las PVIH y poder mantener una vigilancia de la resistencia a ARV.
- La resistencia a medicamentos ARV representa un riesgo financiero y epidemiológico para la respuesta de VIH
- No se cuenta con información sistematizada sobre la vigilancia de la coinfección VIH/VHB y VHC
- Poca disponibilidad de pruebas para el diagnóstico de VHB y VHC en la PVIH.

#### Recomendaciones relevantes:

- Monitorear, a nivel nacional, regional y de los SAI, los indicadores del continuo de la atención de acuerdo al objetivo 90-90-90, con énfasis en el segundo y tercer 90 a fin de tomar decisiones que fortalezcan el inicio rápido de la TAR, la retención y adherencia a la terapia, así como lograr la supresión viral.

- Reforzar los servicios de atención del VIH incluyendo la disponibilidad de las pruebas, así como adaptar las pautas de TAR para abordar con éxito la resistencia primaria, asegurar que todos los pacientes que reciben TAR se sometan a por lo menos una medición de CV anualmente y abordar la falta de adherencia a la TAR que no suprima la CV. Muchas de estas intervenciones ya están reguladas en las normas nacionales, pero no se implementan a cabalidad.
- Para lograr mayor eficiencia en la atención de las PVIH, el modelo requiere reformulaciones; por ejemplo, modificar la exigencia a los PVIH de asistir a consultas en los SAI con una alta periodicidad (una vez al mes o cada dos meses). Las PVIH adherentes con una CV suprimida por un período razonable solo requieren chequeo médico dos veces/año, y deberían obtener su receta de ARV trimestralmente sin necesidad de revisión médica. Se sugiere aprender de las lecciones del piloto que se lleva a cabo en SPS, el cual se recomienda expandir a nivel nacional. Estos ajustes al modelo, podrían representar un beneficio a las PVIH, en términos de reducción del gasto de bolsillo. También reduciría sustancialmente la carga de trabajo de los profesionales de salud, quienes podrían concentrarse en apoyar a aquellas PVIH que necesitan un monitoreo más cercano.
- Los ajustes en el modelo de atención integral pasan por el fortalecimiento de las condiciones de almacenamiento de medicamentos en los SAI, y evaluar la cadena de suministros de ARV a fin de conocer fortalezas y debilidades que se deban abordar.
- Se debe fortalecer la vinculación de las PVIH diagnosticados en los establecimientos de salud hacia los SAI, a fin de que reciban su TAR oportunamente. También, se debe intensificar la búsqueda de las PVIH en condición de pre TAR que no continúan su seguimiento clínico.
- Implementar planes de mejora y fortalecimiento de los programas con intervenciones enfocadas a que las PVIH en TAR alcancen la supresión virológica y se minimice el riesgo de falla terapéutica, incluyendo consejería y apoyo social para lograr la adherencia y retención al tratamiento. Proveer de recursos y fortalecer las capacidades de laboratorio para asegurar el monitoreo de TAR a través de un servicio de carga viral oportuno y de alta calidad.
- Fortalecer el sistema de información, requisición y reporte de resultados de carga viral que permita la notificación o alerta temprana de casos de fallo virológico para una pronta intervención clínica. Propiciarse la identificación temprana de los pacientes con carga viral  $\geq 1000$  copias/ml para intervenir con consejería intensificada en adherencia previo a repetir la carga viral para confirmar o descartar el fallo virológico
- También se debe valorar el esfuerzo para retención de pacientes cuando hay riesgo de seguimiento y de volver a vincularse una vez se han ausentado, en función de la tasa de éxito de revinculación. Se ha considerado que la prevención de la pérdida de seguimiento es más eficiente y menos costosa que tratar de revincular a aquellos pacientes perdidos. En general, quienes se han perdido recientemente durante el seguimiento son más fáciles de recuperar que los perdidos hace más tiempo (40).

- Implementar estrategias de búsqueda activa de los casos en abandono de la TAR a nivel comunitario con el apoyo de las ONG, grupos de autoapoyo y visitas domiciliarias.
- Gestionar recursos nacionales para la sostenibilidad en la provisión del servicio de pruebas de CV de acuerdo a la normativa
- Implementar el plan estratégico de vigilancia y abordaje a la resistencia de los ARV en Honduras (55) que incluiría: establecimiento de un sistema de vigilancia a la resistencia a los ARV; actualización de la normativa nacional según perfil de resistencia a los ARV; y desarrollar un plan de migración de pacientes a un nuevo esquema de tratamiento basado en TLD (dosis diaria fija combinada: Tenofovir, Lamivudina y Dolutegravir).
- Gestionar la ampliación del financiamiento para la compra de insumos de GenXpert para las PVIH, ya que actualmente está destinado para uso del programa de TB; así como para garantizar la compra de reactivos para diagnóstico de VHB y VHC en las PVIH, según lo establecido en la normativa nacional.

## **II.2.4 AE4. Información Estratégica**

### Principales limitantes:

- La falta de gestión de la información para coordinar los flujos, brindar lineamientos de recolección, procesamiento, garantía de la calidad del dato, análisis y retroalimentación de la información.
- El sistema de información actual no es nominal pues no cuenta con un verdadero CUI, lo cual impide el análisis de la concentración de servicios y acciones por persona atendida o usuaria de los servicios.
- A pesar del apoyo financiero y técnico por parte del FM, PEPFAR/CDC/USAID, ONUSIDA y OPS/OMS para mejorar el Sistema Integrado de Información de Salud (SIIS); aún no se puede decir que exista un SIIS completo y funcional sobre VIH. Lo cual conlleva oportunidades perdidas para comprender mejor las tendencias del VIH y cómo afectan a las PC y grupos vulnerabilizados. La falta de datos confiables dificulta la priorización de las políticas y de las intervenciones.
- Cada organización utiliza su propio sistema de recopilación de datos, los indicadores no están estandarizados, faltan algunos indicadores clave de impacto, las auditorías de calidad de los datos solo las realizan organizaciones que son subreceptoras del FM y de PEPFAR. En los establecimientos de la SESAL la recolección de datos es manual, posteriormente se digita en una base de datos, sin protección contra pérdida de datos por accidentes.
- Los informes de evaluación de las agencias de cooperación indican que la falta de información sigue siendo significativa (OPS, 2017).
- Mientras los esfuerzos hasta ahora han contribuido a intervenciones y servicios más específicos, el impacto final que han tenido en los resultados de salud no está claro.

- Los datos de estudios de vigilancia o encuestas bio-conductuales ya no son vigentes, en PC el último estudio se realizó en 2012.
- El sistema actual no permite la determinación de cuántas PVIH conocen su estado y cuántas de ellas están asociados con una o más PC. La falta de esta información hace que sea más difícil diseñar e implementar enfoques diferenciados para aumentar las tasas de positividad en las actividades de promoción de la prueba (detección de casos) e innovar en las intervenciones de prevención.
- El sistema de información actual no permite un conocimiento preciso de la cantidad de PVIH vinculadas a los servicios de salud (los datos de las cascadas provienen de las personas que reciben TAR y el estado anterior a la TAR en los SAI) ni de las características de las PVIH que no reciben TAR.
- La SESAL, como autoridad nacional de salud pública, carece de una visión global integral de la situación del VIH en el país, lo que limita su capacidad de análisis crítico y planificación estratégica.

#### Recomendaciones relevantes:

- Implementar el SIIS de manera integral y totalmente funcional, garantizando su capacidad de capturar longitudinalmente los eventos relevantes en el continuo de atención del VIH (Diagnóstico, CD4 basal, inicio de TAR, primera CV, CV subsiguientes, muerte, entre otras). Esto implica la implementación de un sistema digital en línea, basado en el uso de un CUI que comparten todas las instancias y sus diferentes servicios que contribuiría mucho a mejorar la eficacia del sistema de salud. A largo plazo, la creación y la implementación de una historia clínica digital y una prescripción electrónica de medicamentos simplificarían muchísimo los procedimientos en las SAI, contribuyendo a reducir la carga de trabajo de los profesionales de salud, y a mejorar la calidad de atención de las PVIH.
- Las organizaciones nacionales e internacionales que realizan estudios de monitoreo o de evaluación de sus programas debe coordinar con la CONASIDA y enmarcarse en el PNME y PENSIDA, de manera que incluyan en sus diseños las variables de los indicadores de interés a la respuesta nacional al VIH
- Realizar un nuevo estudio de sub-notificación de casos ya que el último fue realizado en el 2010.
- Realizar una nueva encuesta de comportamientos y prevalencia de VIH e ITS tipo ECVC en PC. Hay datos relativamente recientes de la encuesta epidemiológica en garífunas (2017) y PPL en 2015, además se está conduciendo un estudio a nivel nacional en PPL cuyos resultados podrían conocerse en 2019. Una nueva encuesta tipo ECVC en PC facilitará el análisis en relación a la posibilidad de garantizar que las tasas de positividad actuales de la PVC estén alineadas con las tendencias epidemiológicas en la comunidad. El gobierno debe hacer esfuerzos para abogar y movilizar fondos para llevar a cabo estos estudios.

- Mantener una vigilancia de la resistencia a ARV, incluyendo esfuerzos para fortalecer la capacidad laboratorial en realización de pruebas de genotipaje.

## **II.2.5 AE5. Sostenibilidad de la Respuesta al VIH**

### Principales limitantes:

- La resistencia a ARV representa un riesgo epidemiológico y financiero para la respuesta al VIH.
- La contratación de los recursos humanos capacitados en VIH es irregular y carecen de certificación en protocolos de atención y de incentivos para su desarrollo profesional.
- Adquisición de medicamentos e insumos esenciales con recursos externos.
- El financiamiento en prevención en poblaciones clave es financiado, en su mayoría, por fondos de la cooperación externa y el trabajo en prevención combinada es realizada por organizaciones de sociedad civil (OSC) con fondos externos.
- Falta de toma de decisiones y responsabilidad política para el respeto de los Derechos Humanos.
- Limitado financiamiento público para las OSC que trabajan en VIH y pérdida de enfoque de su rol.
- Incumplimiento en la rendición de cuentas secundario a los cambios organizacionales dentro de la SESAL y a la falta de un sistema de información integrado y funcional.

### Recomendaciones relevantes:

- Se debe fortalecer la vigilancia y el monitoreo de la resistencia a medicamentos para VIH.
- Es importante trabajar en el fortalecimiento de los recursos humanos dedicados al VIH a través de procesos de contratación regular, certificación, desarrollo profesional y asignación a puestos de trabajo de manera eficiente.
- Debe ser asegurada la adquisición de insumos, incluyendo los ARV, pruebas de Carga Viral, e insumos para el diagnóstico de VIH mediante fondos públicos.
- Incrementar el financiamiento de fondos nacionales destinados a la prevención del VIH.
- Deben que continuar los esfuerzos para reducir el estigma y la discriminación de la población clave.
- Fortalecimiento financiero y operativo de las OSC trabajando en VIH.
- Mejorar la rendición de cuentas y capacidad técnica de alto nivel para los servicios de VIH.

## **II.3. Sostenibilidad de la respuesta**

El estudio de MEGAS 2016 (5), encontró que las fuentes públicas representaron el mayor aporte en el gasto (46%), experimentado un incremento del 37% con respecto al 2014. De dichas fuentes, el

Gobierno Central tuvo un aporte del 96% (la mayoría de esta inversión fue en atención y tratamiento), el 4% restante provino del IHSS. Seguidamente, las fuentes internacionales representaron el 28%, observándose una disminución considerable (9%) respecto al 2014. El FM y el Gobierno de los EUA son los mayores aportantes con el 38% y 37% respectivamente. En ambos casos hubo una disminución del 7% y 2% respectivamente, en relación al 2014. Por último, las fuentes privadas representaron 26% del gasto, con un aumento de 43% en comparación a 2014. El gasto privado fue principalmente gasto de bolsillo.

Del gasto total en VIH, solo el 15% se destina a prevención en PC, 88.9% es financiado por fondos internacionales y solo el 11.1% por fuentes públicas. Del gasto en prevención (60%; USD19 millones), solamente el 25% fue de fuentes domésticas. Lo anterior muestra una brecha sustancial y una alta dependencia de esta categoría en fondos externos y gasto de bolsillo. Se estima que únicamente el 10% del gasto en prevención entre población clave es financiado por fuentes públicas.

Para el período 2019-2022, el FM asignaría un poco más de USD10 millones y posiblemente fondos adicionales como inversiones catalizadoras sobre el impacto a población clave y derechos humanos (alrededor de USD2 millones). En todo caso, habrá una disminución del 12% con relación a la subvención del FM que ha finalizado en julio de 2019.

PEPFAR, en el año fiscal 2018 asignó un poco más de USD3.6 millones, aunque dicho aporte fue mayor al registrado en 2016, no hay aumentos significativos de esta fuente.

La inversión de fondos públicos y el compromiso del Estado, en cifras monetarias, se han mantenido relativamente estable (USD14.85 millones en 2015, USD15.44 millones en 2016, USD15.78 millones en 2017) y se ha cumplido con el compromiso de financiamiento.

El bajo financiamiento público en prevención y su dependencia en fuentes externas, que cada vez disminuyen más, para las intervenciones de prevención combinada y diagnóstico en la PC, a través de OSC, contribuiría en el mediano plazo, a que un número muy limitado de PVIH, sobre todo de PC, conozca su estatus serológico y se limite el acceso a servicios de atención integral (56). Ante ello, se deberán desarrollar estrategias orientadas a la gestión y negociación de fondos que incluyan intervenciones orientadas al control y prevención de la epidemia en dichas poblaciones, en los planes operativos y presupuestarios del gobierno.

El Dpto. de Finanzas de la SESAL ha proyectado las necesidades de fondos nacionales adicionales para sostener la respuesta al VIH en los siguientes cuatro años, que se presentan en la **Tabla 16**.

**Tabla 16.** Financiamiento público adicional para sostener la respuesta al VIH en Honduras

Moneda	2019	2020	2021	2022
Lempiras	91,050,049	141,029,857	149,833,672	207,012,909
USD	3,714,910	5,754,120	6,113,320	8,446,280

Fuente: UPEG (tomado del Informe de la Evaluación VIH Tipo 1 del FM, 2017)



Sin embargo, no hay certeza de que haya la suficiente voluntad política para la asignación de esos recursos financieros.

En 2015 y 2017 se realizó un estudio aplicando el “Índice y Tablero de Mando de Sostenibilidad” (Sustainable Index Dashboard, IDS por sus siglas en inglés), cuyo objetivo general es evaluar el estado de la sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH/Sida, en los países apoyados por PEPFAR. El estudio mostró que solamente dos aspectos (13.3%) eran sostenibles, los restantes 13 tópicos (86.7%) estaban en ruta a la sostenibilidad, eran sostenibles emergentes o no eran sostenibles.

## **CAPITULO III: PLANTEAMIENTO ESTRATÉGICO DE LA EXTENSION DEL PENSIDA IV**

### **III.1 Marco estratégico**

Tomando en cuenta las orientaciones estratégicas de la OMS (56): información para una acción específica (conocer la epidemia y la respuesta); intervenciones que tienen impacto (cobertura de la gama de servicios requeridos); atención para un acceso equitativo (cobertura de los grupos de población que requieren servicios); financiación para la sostenibilidad (cobertura de los costos de los servicios); e innovación para la agilización (de cara al futuro). Y en función del análisis de situación y de respuesta, teniendo como base el marco estratégico del PENSIDA IV 2015-2019, en este capítulo se plantean las reorientaciones estratégicas pertinentes al contexto actual, a los logros obtenidos, a las intervenciones que han sido efectivas y deben reforzarse, a aquellas que no han dado los resultados deseados y haya que dejar atrás y a las nuevas intervenciones estratégicas que responden a las directrices internacionales más recientes, que son novedosas y plantean una respuesta diferenciada acorde con la epidemia que Honduras enfrenta actualmente.

### **III.2 Visión**

Alcanzar el objetivo 90-90-90 y demás compromisos de la acción acelerada, que enrute al país al logro de las metas 95-95-95 contribuyendo a poner fin a la epidemia de VIH al 2030, mediante una respuesta en el período 2020-2024 robusta, coherente y multisectorial con enfoque de derechos humanos que aborde las determinantes de la salud y las necesidades integrales de las personas vulnerabilizadas, en el marco de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), de las políticas públicas en derechos humanos, su plan de acción y de la visión de país al 2038.

### **III.3 Misión**

Implementar una respuesta estratégica multisectorial con enfoque de derechos, coordinada por la CONASIDA con la participación efectiva del Estado, la sociedad civil organizada, la empresa privada y la ciudadanía, que sea robusta, efectiva, eficiente y sostenible en el mediano y largo plazo.

### **III.4. Lineamientos rectores**

- 1 **Seguimiento al cumplimiento de los diez compromisos de la acción acelerada (Fast Track) (58)** cuyo estandarte principal es el Objetivo 90-90-90 (que 90% de PVIH conozcan su estado serológico, que 90% de PVIH reciban TAR; y que 90% de los que reciben TAR tengan una CV indetectable). Esto implica poner en práctica la directriz de la OMS (59): **Diagnosticar y tratar**, es decir, brindar la TAR sin tener en cuenta el conteo del estado inmunológico de la persona (CD4), lo más tempranamente posible para lograr la supresión de la CV, que a su vez mejore su salud y además contribuya a prevenir la transmisión del VIH.

- 2 **Reducción sustancial de nuevas infecciones, de muertes asociadas a VIH y eliminación del estigma y discriminación.** Este es un compromiso renovado en la Declaración Política de la Asamblea Mundial de las NN UU de los objetivos de la acción acelerada, enmarcada en los tres ceros (cero nuevas infecciones por VIH, cero muertes asociadas al VIH y cero discriminaciones).
- 3 **La sostenibilidad de la respuesta al VIH e ITS es una inversión costo-efectiva para el presente y el futuro.** La sostenibilidad financiera puede reforzarse mediante la adopción de los principios del marco de inversión en VIH, y la estrategia nacional de sostenibilidad de la respuesta al VIH y TB que incluyen un enfoque en resultados en función de los riesgos que serían serios obstáculos para mantener una respuesta sostenible en el tiempo.
- 4 **El uso de la evidencia para priorizar poblaciones e intervenciones costo-efectivas.** La inversión efectiva y eficiente es posible si se usa la evidencia disponible para guiar las políticas y programación, y la focalización de la respuesta. Las prioridades de la Extensión del PENSIDA IV parten de evidencias de varias fuentes nacionales e internacionales. Un enfoque basado en evidencias implica priorizar a aquellos grupos de la población que tienen un perfil de riesgo y/o vulnerabilidad mayor, o que son más afectadas por el VIH.
- 5 **Protección de los derechos humanos, y de la equidad de género.** El enfoque en los derechos humanos es inclusivo y reconoce la dignidad de la persona humana, su protección es particularmente importante en el contexto del VIH, pues éste afecta desproporcionadamente a las poblaciones en situación de vulnerabilidad que a menudo enfrentan el estigma, la discriminación, la exclusión social y la negación de sus derechos humanos.  
Se reconoce que los hombres y mujeres en sus diferentes orientaciones sexuales e identidades de género tienen un riesgo al VIH e ITS diferente; y que el VIH y los problemas de salud sexual y reproductiva los afectan en diferentes medidas y maneras. Las niñas, adolescentes y mujeres adultas a menudo resultan más afectadas debido a la situación de vulnerabilidad, con escaso o nulo control, condicionado por la violación a sus derechos sexuales y reproductivos. Las mujeres suelen infectarse de sus parejas, por lo que el trabajo de promoción y prevención con los hombres es mandatorio.
- 6 **Mayor involucramiento de las personas con VIH.** Este principio fue adoptado en la Cumbre de París sobre el Sida, en 1994, donde se definió que la mayor participación de las PVIH es importante para una respuesta nacional ética y eficaz. A nivel programático, las PVIH deben mantener la participación activa en la toma de decisiones e implementación de los servicios que afectan sus vidas, incluyendo la atención integral, la prevención de reinfección y la autoayuda con otras personas afectadas.
- 7 **Liderazgo nacional en la conducción, seguimiento y evaluación de la respuesta.** El liderazgo estatal significa trabajar en estrecha coordinación y en alianzas estratégicas con otros socios de la sociedad civil organizada, el sector privado y socios internacionales. El liderazgo nacional también es crucial para asegurar la sostenibilidad a largo plazo, garantizando que los temas relacionados al VIH estén integrados en los presupuestos, programas y políticas sectoriales

nacionales y generales del estado. El liderazgo es clave para conducir la respuesta y basar la toma de decisiones en el seguimiento y evaluación de la misma.

- 8 **Transparencia y rendición de cuentas.** Los tomadores de decisiones políticas y los implementadores de los programas deben rendir cuentas sobre sus decisiones con respecto a la priorización de las poblaciones claves y de los servicios específicos, así como de las decisiones políticas y de la gestión de la respuesta.
- 9 **Respeto a los valores, culturas y creencias locales de la población.** Los valores, normas tradicionales y dinámicas sociales están arraigadas a las creencias culturales y religiosas. La eficacia de las intervenciones en VIH, especialmente en las poblaciones clave, dependerá del apoyo y participación activa de las comunidades, líderes comunitarios y religiosos locales. Por lo tanto, las acciones deben ser realizadas con sensibilidad cultural desde la perspectiva de un Estado laico, como lo establece la Constitución de la República. También es clave abordar aquellas creencias, tradiciones, actitudes y prácticas sociales o culturales que refuerzan el estigma y la discriminación de las PVIH y/o de las poblaciones clave que obstaculizan una respuesta eficaz al VIH, considerando como base, el respeto de los derechos humanos.

### **III.5 Áreas estratégicas**

Las áreas estratégicas de la Extensión del PENSIDA IV 2020-2024 son:

- AE1. Políticas públicas y gestión social con enfoque de derechos humanos
- AE2. Promoción de la salud para la prevención del VIH
- AE3. Atención integral
- AE4. Información estratégica
- AE5. Sostenibilidad de la respuesta al VIH

### **III.6 Orientación estratégica**

La implementación de la Extensión del PENSIDA IV será exitosa en la medida que se tenga en cuenta aspectos claves tales como: fortalecimiento del liderazgo nacional a través de la CONASIDA; fortalecimiento de la priorización de las poblaciones clave y otros segmentos poblacionales vulnerabilizados; asignación de los recursos según las prioridades estratégicas; fortalecimiento del sistema integrado de información en salud; mejoramiento de los esfuerzos para el monitoreo y evaluación de la respuesta; e implementación de la respuesta mediante planes operativos anuales costeados.

El mejoramiento de los procesos de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional es clave para que ésta sea efectiva, mediante un sistema único, alimentado con datos de calidad de las diferentes organizaciones que trabajen en la respuesta al VIH.

La Extensión del PENSIDA IV, pretende lograr un equilibrio entre la prevención y la atención integral con enfoque de derechos humanos.

### **III.6.1 Priorización de poblaciones clave y grupos vulnerabilizados de la población general**

Los recursos disponibles deben ser asignados prioritariamente a los grupos donde la epidemia se concentra a fin de contener su diseminación y llevarla a un control sostenido. Esos grupos son las PC: MTS, HSH, MT. Así como otras poblaciones vulnerabilizadas (principalmente PPL, población garífuna, embarazadas), también hombres en general, incluyendo adolescentes y adultos jóvenes. Otro grupo fundamental es la población de PVIH, tanto porque requieren una atención integral oportuna y de calidad como también por el papel que desempeña la TAR en la prevención del VIH.

Es importante mencionar la limitante legal para proveer servicios de prevención incluyendo condones y oferta de la prueba voluntaria con consejería (PVC) a adolescentes menores de 18 años sin el consentimiento de sus padres o tutores legales. Es necesario abordar este tema mediante acciones que incluyan la abogacía y promoción basada en evidencia, con los legisladores y respaldar las acciones de prevención del VIH en la ley supranacional de la Convención de los Derechos del Niño de la que Honduras es signataria y que en sus recomendaciones exige al país hacer todos los esfuerzos (incluida la prevención) para disminuir el VIH en los niños y niñas, que para fines de esta convención son las personas menores del 18 años. Según las estadísticas nacionales oficiales, una proporción importante de este grupo poblacional es afectado por el VIH.

El planteamiento estratégico de la Extensión del PENSIDA IV, se estructura mediante un marco lógico, partiendo de las cinco áreas estratégicas, cada una con sus respectivos objetivos estratégicos específicos que se derivan del objetivo estratégico general, la misión y visión, y tiene en cuenta lineamientos rectores nacionales e internacionales. Cada objetivo de cada AE se vincula directamente a las metas de resultado. Cuyo logro contribuirá al alcance de las metas de impacto e impulsará al país a avanzar en el cumplimiento de los compromisos de la Declaración Política de la Asamblea de Naciones Unidas de 2015 orientados a eliminar la epidemia de VIH como problema de salud pública en 2030, pasando por el logro del objetivo 90-90-90 hacia 95-95-95 en el largo plazo.

### **III.6.2 AE1. Políticas públicas y gestión social con enfoque de derechos humanos**

Las políticas públicas de los diferentes sectores relacionadas con la respuesta al VIH, son el marco regulador y normativo en la perspectiva del desarrollo humano integral, bajo un enfoque de DDHH.

Se plantean las siguientes estrategias: a) Institucionalización y cumplimiento de las políticas bajo el marco de la gestión social; b) fortalecimiento del enfoque de derechos con carácter transversal; c) aplicación y cumplimiento del marco legal en VIH; d) armonización de políticas públicas vinculadas al VIH; e) implementación y monitoreo del plan de la estrategia de sostenibilidad de la respuesta a VIH y TB; f) diálogo político y abogacía; g) apoyo al abordaje multisectorial de los determinantes sociales que agudizan la epidemia: pobreza, violencia, inequidad social y de género, inseguridad humana, estigma y discriminación. Adicionalmente, es clave dar el énfasis requerido en la reducción y/o

eliminación de barreras de acceso a los servicios de promoción, prevención y atención en alineamiento a las recomendaciones de ONUSIDA y al plan nacional de acción en DDHH.

Esas estrategias deben estar sustentadas en la promoción y vigilancia del cumplimiento de las políticas públicas sectoriales relevantes a la respuesta en el marco de la Ley Especial de VIH/Sida y su Reforma 2015, dentro de la plataforma legal del Estado, así como la plena implementación de plan nacional de acción de DDHH.

Uno de los resultados clave en el AE1 **es la reglamentación** y aplicación de la Reforma de la Ley Especial de VIH/Sida.

Es pertinente realizar una armonización de los estamentos legales nacionales e internacionales, y la acumulación de evidencia para el diálogo político y la abogacía dirigido a permitir que la población adolescente menor de 18 años tenga acceso a servicios de salud sexual y reproductiva incluyendo la prevención de VIH sin restricciones.

La aplicación y cumplimiento del marco legal y estratégico de VIH, así como de las estrategias de gestión social, se podrán lograr en la medida que la CONASIDA sea fortalecida en sus dos niveles político-decisionario y técnico-consultivo, con la Secretaría Ejecutiva de la CONASIDA adscrita a la SESAL consolidada en sus capacidades técnicas y de coordinación; y que se le asignen los recursos necesarios para desempeñar su rol. La gestión social como estrategia y proceso, se desarrollará mediante un conjunto de acciones que fortalezcan la coordinación, concertación y armonización de acciones, políticas y movilización de recursos, para lo cual el funcionamiento pleno de la CONASIDA es fundamental.

Las perspectivas de una respuesta sostenible al VIH en Honduras, más allá del apoyo de la cooperación externa, son variadas. El país parece estar relativamente bien posicionado para continuar ofreciendo suficientes servicios de atención a las PVIH; sin embargo, otras áreas estratégicas de la respuesta: prevención y PVC para PC, el SIIS y abordaje de barreras estructurales, aún dependen en gran medida del apoyo de la cooperación externa. Honduras requiere desarrollar un fuerte liderazgo político (tomadores de decisión, legisladores y líderes de opinión) y movilizar fondos nacionales adicionales para poder abordar plenamente los objetivos estratégicos nacionales sobre VIH (40).

El apoyo financiero externo seguirá reduciéndose progresivamente. Si el país no asume su responsabilidad en la sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH, algunas áreas estratégicas como: la prevención y el acceso a pruebas, las pruebas de laboratorio para el seguimiento clínico de las PVIH en TAR, la vinculación y retención, el funcionamiento de un SIIS funcional, y lo relacionado a un entorno propicio para los grupos vulnerabilizados, se afectarían sustancialmente. Este no es solo un asunto de capacidad financiera sino también de voluntad política y liderazgo.

Por tanto, es preciso realizar acciones de socialización de la estrategia nacional de sostenibilidad de la respuesta al VIH, y la adopción de un mecanismo de monitoreo de su aplicación por parte de la CONASIDA, así como su evaluación en el tiempo.

### **III.6.3 AE2. Promoción de la salud para la prevención del VIH**

El acceso universal a los servicios de promoción y prevención del VIH e ITS, es una estrategia fundamental en el marco de la reforma del sector salud y el sistema nacional de salud. Las estrategias de esta AE se orientan a responder a las necesidades de los grupos priorizados.

Requiere de intervenciones políticas y programáticas, mediante el esfuerzo sostenido en el tiempo, y con el escalamiento, la cobertura e intensidad necesarias para asegurar el logro de las metas de resultado de esta AE.

La promoción de la salud y la prevención del VIH e ITS se deben difundir mediante estrategias de comunicación social para el cambio de comportamientos (CSCC) más allá de la simple transmisión de información, que permitan a las personas adoptar estilos saludables a lo largo de su ciclo de vida, y que le brinde las herramientas para tomar decisiones sanas y responsables relacionadas al disfrute de su sexualidad, con un enfoque basado en derechos. Esto incluye el fortalecimiento de la educación integral en sexualidad (EIS) que conlleva al aprendizaje de habilidades para la vida, los derechos en salud sexual y reproductiva, y la prevención del VIH e ITS, con enfoque en el ciclo de vida que deben ser implementados en todos los niveles educativos y desarrollar estrategias de intervención para llegar a los niños y adolescentes que están fuera del sector educativo.

Se persigue el aumento de la oferta y la demanda por la vía de un mayor acceso, tanto pasivo como activo (búsqueda) a los servicios de promoción de la salud y de prevención de VIH, con énfasis en las poblaciones priorizadas, así como la búsqueda activa de casos de VIH no diagnosticados. Para ello es necesario desarrollar acciones tendientes a la eliminación del estigma y la discriminación que incluyan la sensibilización permanente del personal de salud y administrativo en los servicios, el conocimiento del marco legal en que se basa la respuesta al VIH y el enfoque de derechos.

Sumamente importantes son las estrategias para el trabajo sistemático con la comunidad, y su articulación con los servicios de atención integral en el marco de las redes integradas de servicios de salud (RISS), desde la perspectiva de la renovación de la atención primaria de salud, elemento sustancial de la reforma del sector. El rol de los agentes comunitarios de salud, por ejemplo, las parteras, es clave en la búsqueda de mujeres embarazadas potencialmente positivas al VIH.

También debe fomentarse con mayor intencionalidad un mayor involucramiento de las PVIH en su autocuidado, autoapoyo, así como su vinculación y retención en los servicios de salud, su adherencia al tratamiento; y la protección de sus DDHH. Es crucial que se fortalezca y amplíe, a nivel nacional, la notificación asistida a la(s) pareja(s) cada vez que se diagnostique a una persona con VIH.

Otras estrategias claves son: el incremento de la oferta y acceso de pruebas rápidas en diferentes modalidades, incluyendo la consejería basada en riesgo, a nivel comunitario y del hogar, la aplicación de pruebas rápidas de infección reciente de VIH. Adicionalmente, se debe considerar la implementación del uso de pruebas autoadministradas, lo cual podría requerir una revisión del marco legal; fortalecimiento de la búsqueda de nuevas infecciones de una manera activa, que sea

específica en el conteo de personas positivas por VIH y no de pruebas en sí. Esto requiere que se consolide el proceso de la adquisición centralizada de las pruebas y se garantice la sostenibilidad de la disponibilidad de la misma en los sitios y para las poblaciones priorizadas. Todas son estrategias que contribuyen al logro del primer 90.

También es preciso fortalecer la disponibilidad del condón y su acceso con énfasis en las poblaciones priorizadas, fomentando su uso correcto y consistente.

La respuesta nacional requiere la realización de esfuerzos de cara al proceso de implementación, monitoreo y evaluación del plan para la prevención de la TMI de VIH, Sífilis, VHB y enfermedad de Chagas (ETMI Plus), que es un compromiso estatal en el marco de la estrategia regional impulsada por la OPS/OMS.

Es necesario continuar vigilando la aplicación de las normas universales de bioseguridad en los ambientes clínicos, el acceso a sangre segura, la profilaxis post exposición al VIH y otras ITS, así como valorar la posibilidad de implementar proyectos pilotos sobre profilaxis pre exposición (PrEP) especialmente en HSH y MT.

### **III.6.4 AE3. Atención integral**

La atención integral implica realizar una vinculación rápida a los SAI (segundo 90), una evaluación médica inicial con la indicación de los análisis clínicos requeridos para valorar el estado general de la PVIH a fin de iniciar la TAR lo antes posible. Se debe reforzar la provisión de servicios de apoyo psicosocial que ayuden a la persona a asumir su estado serológico, que informe a la(s) pareja(s) sexual(es) mediante la notificación asistida; así como las acciones para vinculación, retención, y adherencia óptima a la TAR. También se debe reforzar la educación nutricional apropiada.

Para el logro de una atención integral de calidad en el continuo de los servicios, es preciso contar con la infraestructura, recursos humanos, insumos, reactivos y medicamentos.

Se fortalecerán las acciones para que toda PVIH en TAR se realice su CV de acuerdo a la normativa nacional vigente, y de esta manera monitorear los avances hacia el logro del tercer 90. Es fundamental para el seguimiento clínico de la PVIH, el indicador de adherencia, pero también lo es para determinar el fracaso terapéutico (viroológico, inmunológico y clínico) y alertar sobre el surgimiento de resistencia primaria o secundaria a los ARV. Dado que se ha detectado un alto nivel de resistencia primaria y secundaria a ARV de primera línea, se requiere implementar el uso de DLT (Tenofovir 300mg + Lamivudina 150 mg + Dolutegravir 50 mg), que ya está aprobado, pero aún pendiente de incluirse en la normativa.

Aunque la adquisición de medicamentos para IO es centralizada, en este momento existe un proceso de sistematización de las compras en base a lineamientos para la gestión logística de los medicamentos ARV. Será preciso fortalecer ese proceso y monitorear el cumplimiento de los lineamientos.



Ya se implementan en forma piloto estrategias de atención diferencial de PVIH basadas en la adherencia, lo cual ha contribuido y seguirá apoyando la simplificación de los servicios brindados por los SAI, por lo cual se deben ampliar estas estrategias y su sostenibilidad a nivel nacional.

La evidencia es abundante acerca de que el acceso adecuado a la atención integral, que incluye la TAR y servicios de apoyo para las PVIH, contribuye directamente a mejorar su calidad de vida, y a la prevención de la transmisión del VIH. El empoderamiento de las PVIH y su involucramiento activo en los programas y servicios es crucial para reducir el estigma y la discriminación, fortalecer su posición en la sociedad y en sus propias comunidades.

La SESAL ya cuenta con instrumentos normativos como el Lineamiento técnico-operativo para la implementación de modelos de atención de TB y VIH a fin de optimizar el manejo de la persona con coinfección TB/VIH, la cual está aplicándose a nivel nacional. Junto a ella, la Guía de manejo clínico de la coinfección TB/VIH, constituyen herramientas que orientan las acciones con criterios y procedimientos basados en evidencia, para que se logre disminuir la tasa de coinfección mediante la promoción, prevención, diagnóstico oportuno y su manejo adecuado. Se debe fortalecer la vigilancia de su aplicación en los diferentes establecimientos del sector salud y evaluar su cumplimiento y actualizaciones según sea necesario.

Para el abordaje de las ITS, especialmente la Sífilis, Gonorrea y Clamidia se requiere reforzar el diagnóstico etiológico en los establecimientos de salud que cuentan con facilidades laboratoriales, reforzando los esfuerzos que se realizan desde las VICITS, siendo necesario la asignación de un renglón presupuestario específico en los fondos públicos para la adquisición de insumos, reactivos y medicamentos; así como asignar más fondos para infraestructura y recursos humanos, a fin de aumentar la cobertura de la atención de las ITS, con énfasis en las poblaciones priorizadas. La experiencia acumulada a través de la estrategia de vigilancia centinela de las ITS (VICITS) en el país ha conllevado a aumentar la cobertura que se enfoca en las poblaciones clave, y que se basan en los “Lineamientos técnicos para la vigilancia centinela y control de las infecciones de transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana, en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres trans y mujeres trabajadoras sexuales.” (60)

Ha sido un logro importante que el país ya cuente con la capacidad instalada para realizar genotipaje, para su implementación se desarrolla un proceso de definición de lineamientos técnicos para una adecuada aplicación de esta tecnología que permitirá monitorear y vigilar la resistencia a ARV. Esto requiere la coordinación de las instancias de normalización, vigilancia del marco normativo, laboratorio nacional de VIH, la UVS y la UGI, que establezcan las orientaciones para la farmacovigilancia, ya sea a través de sitios centinela o mediante una vigilancia nacional amplia. Es necesario que el Plan estratégico sobre el abordaje de la resistencia a ARV 2019-2023, sea considerado seriamente e implementado. Esto permitirá tomar las decisiones clínico-farmacológicas en los esquemas de TAR. En la estrategia de sostenibilidad se deben incorporar las acciones para que la vigilancia de resistencia a los ARV se mantenga en el tiempo.

### **III.6.5 AE4. Información estratégica**

Esta AE se continuará enfocando en el fortalecimiento de la disponibilidad, socialización y utilización de la información estratégica de VIH e ITS, con el fin de guiar la elaboración e implementación de programas y políticas basados en evidencia. Para ello se requiere mejorar y fortalecer el sistema de información en salud (SIIS) basándose en instrumentos estandarizados y el uso de un código único de identificación (CUI) que permita identificar y vincular adecuadamente los datos de diferentes fuentes para una misma persona. En su fase inicial debe incluir, por lo menos, el ámbito de la red de servicios públicos (SESAL e IHSS); y en el mediano plazo incorporar otros proveedores de servicios (Sanidad Militar, ONGs y privados).

Es clave que se cuente con un SIIS funcional y efectivo, su implementación, seguimiento y evaluación debe trascender el proceso de pilotaje en el más corto plazo, para que se amplíe su aplicación a nivel nacional y se garantice su sostenibilidad. También existirá un plan de monitoreo y evaluación actualizado y armonizado con la Extensión del PENSIDA IV.

La información estratégica también implica la obtención de datos sobre los DDHH y su análisis, incluyendo las denuncias de violación de derechos, su resolución y las acciones de promoción, protección y respeto a los DDHH, con especial énfasis en las poblaciones clave y vulnerabilizadas. Así como la información relacionada con las denuncias sobre el incumplimiento de la política de VIH en el mundo del trabajo. Para ello, es necesario incluir el reporte de las denuncias que se generen desde los servicios de salud, así como las que se producen en el ambiente laboral.

Para el monitoreo de la respuesta de la Extensión del PENSIDA IV, es clave fortalecer un sistema único de M&E de VIH e ITS, al que las organizaciones públicas y privadas realizando acciones en relación al VIH e ITS se adhieran, de manera que la CONASIDA pueda contar con información estratégica que oriente sus decisiones a nivel político y técnico-programático.

Es necesario que se defina y desarrolle una agenda de investigación que incluya estudios bio-conductuales, de vigilancia de segunda y tercera generación, vigilancia de la resistencia a los ARV y fármacos más utilizados en el manejo de infecciones oportunistas y de ITS, estudios sobre los avances en la eliminación del estigma y discriminación, proyectos pilotos programáticos relacionados a nuevas intervenciones como la prueba de VIH autoadministrada, la PrEP, entre otros. Esto requiere impulsar estrategias para establecer y/o fortalecer alianzas estratégicas con la academia a nivel nacional e internacional, el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), y otras instancias como la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología y la Innovación (SENACIT). Así como contar con el apoyo técnico y financiero de agencias de cooperación internacional.

### III.6.6 AE5 Sostenibilidad de la Respuesta al VIH

Los esfuerzos que se han realizado para mitigar el impacto del VIH y el sida dentro del país deben ser sostenibles y permanentes, en este sentido es importante resaltar que es de interés nacional e internacional que el país implemente acciones que garanticen el cumplimiento de este PENSIDA IV 2020-2024 para dar respuesta a las necesidades en materia de VIH y sida en la población general y de las poblaciones clave, en particular.

Honduras elaboró en el 2019 la Estrategia de Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH y la TB que sintetiza las estrategias recomendadas para la sostenibilidad y un plan de acción para que en los próximos años el país cuente con la capacidad para controlar la epidemia del VIH y TB, independientemente del nivel de financiamiento externo disponible. Esta Estrategia de Sostenibilidad que fue identificada como una necesidad de país definió que dentro de la extensión del PENSIDA IV 2020-2024 era necesario incluirla como una línea estratégica (LE 5), misma que contiene 7 objetivos que se enumerarán a continuación.

Esta estrategia (56) fue lanzada en el país en mayo de 2019, se basa en la metodología del análisis de riesgos, siendo estos relevantes y vinculantes a la Extensión del PENSIDA IV 2020-2024 se enumeran a continuación:

- Resistencia a medicamentos
- Recursos humanos capacitados
- Adquisición de medicamentos esenciales
- Financiamiento en prevención del VIH financiado por la cooperación externa
- Falta de toma de decisiones y responsabilidad política en derechos humanos
- Falta de financiamiento público para las OSC
- Incumplimiento en la rendición de cuentas

Esta Estrategia contiene siete objetivos y una gran cantidad de acciones que tratan de dar una respuesta a los riesgos identificados, y con ello se propone un esquema de plan de trabajo de sostenibilidad, la estrategia es un referente clave para la implementación de la Extensión del PENSIDA IV 2020-2024, pues en la medida que se realice el plan de sostenibilidad, se estará dando un fuerte impulso a la respuesta nacional de VIH.

El país ha tenido avances en la mitigación de algunos de los riesgos mencionados arriba, por ejemplo:

- La SESAL ha elaborado un Plan Estratégico Nacional de Vigilancia y Resistencia a los ARV 2019-2023.
- La SESAL ha ido absorbiendo paulatinamente en la modalidad de contratos al 100% del personal que anteriormente era pagado por fondos de cooperación.
- Se ha desarrollado e implementado la Guía para establecimientos libres de estigma y discriminación para la atención integral de las personas con VIH.

- La SESAL ha incluido dentro de sus líneas presupuestarias de compra los ARV y CD4.
- La SESAL ha centralizado la compra de pruebas de diagnóstico de VIH con fondos nacionales para asegurar el abastecimiento y disponibilidad en todas las regiones.

### **III.7 Objetivo estratégico general del PENSIDA IV Extendido**

Garantizar el acceso universal con calidad y calidez a servicios de promoción y prevención de la infección por VIH y otras ITS, así como a servicios de atención integral, incluyendo TAR, apoyo psicosocial, a todas las personas que los necesitan vinculado al plan nacional de acción de derechos humanos a través de una respuesta multisectorial.

### **III.8 Objetivos específicos para cada área estratégica**

Para cada una de las áreas estratégicas (AE), se desarrollan objetivos estratégicos específicos que responden al objetivo estratégico general, y que se enmarcan en la misión y visión de la Extensión del PENSIDA IV 2020-2024. Dichos objetivos orientan la respuesta estratégica hacia la implementación de intervenciones focalizadas y de alto impacto en cada área. A continuación, se enuncian los objetivos estratégicos específicos:

#### **III.8.1 Objetivos del AE1. Políticas públicas y gestión social con enfoque de derechos humanos**

Están dirigidos a la promoción, protección y respeto de los DDHH desde la perspectiva de la respuesta nacional al VIH; y la participación de sectores y OSC más allá del sector salud con un enfoque multisectorial.

**Objetivo específico 1.1 (OE1.1).** Asegurar el cumplimiento y la armonización del marco jurídico, la normativa nacional y lineamientos internacionales relacionados con la promoción, protección y respeto de los DDHH y de la equidad de género, en el marco de la respuesta nacional al VIH e ITS.

Resultado clave esperado (RCE) OE1.1-RCE. Fortalecido el liderazgo de la CONASIDA a través del cumplimiento de la Ley Especial Sobre el VIH/Sida y su Reforma 2015 para la coordinación multisectorial en la respuesta nacional al VIH, en ejercicio de su rol rector como órgano superior de decisión y vigilancia.

**Objetivo específico 1.2 (OE1.2).** Garantizar la sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH con la participación multisectorial efectiva tanto de los entes estatales como de las organizaciones de la sociedad civil, con el apoyo de la cooperación internacional.

Resultado clave esperado OE1.2-RCE. Los diversos actores del sector público, la sociedad civil y el sector privado que conforman la CONASIDA han integrado en sus políticas, lineamientos, programas y servicios (planes y presupuestos) el abordaje del VIH y otras ITS, en alineación a la extensión del PENSIDA IV 2020-2024

**Objetivo específico 1.3 (OE1.3).** Velar por el cumplimiento de las leyes que protegen los derechos humanos en el marco de la respuesta integral al VIH.

Resultado clave esperado OE1.3-RCE. Los diversos actores del sector público, la sociedad civil y el sector privado que integran CONASIDA velan por el respeto al ejercicio de los derechos humanos en la respuesta nacional con inclusión de acciones afirmativas.

### **III.8.2 Objetivos del AE2. Promoción de la salud para la prevención del VIH**

**Objetivo específico 2.1. (OE2.1).** Aumentar la oferta, el acceso, la cobertura y utilización de un paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS en poblaciones clave (HSH, MT, MTS), en el marco de las metas 90-90-90 (primer 90) y enfocadas en la búsqueda activa de casos no diagnosticados.

Resultado clave esperado OE2.1-RCE. Ampliados el acceso y la cobertura del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS para las poblaciones clave, con la visión de alcanzar el primer 90, en ambientes amigables y respetuosos con personal capaz y sensibilizado.

**Objetivo específico 2.2. (OE2.2).** Aumentar la oferta, el acceso, la cobertura y utilización del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS en aquellos segmentos más vulnerabilizados de la población general y en condiciones específicas de acuerdo a la normativa nacional vigente, en el marco de alcanzar el primer 90, y enfocadas en la búsqueda activa de casos no diagnosticados.

Resultado clave esperado OE2.2-RCE. Ampliados el acceso y la cobertura del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS para los segmentos más vulnerabilizados de la población general y en condiciones específicas, en el marco de alcanzar el primer 90, desarrollándose en ambientes amigables y respetuosos con personal capaz y sensibilizado.

### **III.8.3 Objetivos del AE3. Atención Integral**

Implican el fortalecimiento de la calidad de la atención y la búsqueda del acceso y cobertura universal de los servicios de atención integral y tratamiento, así como el soporte social y psicológico a las PVIH:

**Objetivo específico 3.1. (OE3.1).** Aumentar la oferta y el acceso de los servicios de atención integral con calidad para las PVIH, en el marco de la reforma del sector salud, la estrategia de acceso universal a la salud de la OMS y en la perspectiva de alcanzar el segundo y tercer 90.

Resultado clave esperado OE3.1-RCE. Ampliado el acceso continuo a los servicios de diagnóstico y atención integral con calidad para las PVIH según normas nacionales y lineamientos internacionales, fortaleciendo la vigilancia del marco normativo, la estrategia de acceso universal a salud de la OMS y en el marco de alcanzar el segundo y tercer 90.

**Objetivo específico 3.2. (OE3.2).** Aumentar la oferta, el acceso y la cobertura de servicios de prevención y atención de la coinfección por Hepatitis B, C, reforzando la vigilancia y la atención efectiva de la coinfección TB-VIH, así como de otras infecciones oportunistas más comunes.

Resultado clave esperado OE3.2-RCE. Mejoras la calidad y la oportunidad de la prevención y atención de las infecciones oportunistas como resultado del aumento de la oferta, el acceso y la cobertura.

### **III.8.4 Objetivo del AE4. Información Estratégica**

**Objetivo específico 4.1. (OE4.1).** Garantizar la gestión oportuna de información estratégica para la toma de decisiones basadas en evidencia respecto a políticas, programas, proyectos, planes y presupuestos, investigación y rendición de cuentas, relacionados con la respuesta al VIH e ITS.

Resultado clave esperado OE4.1-RCE. Fortalecida la gestión de los sistemas de información estratégica que facilite la toma de decisiones.

#### III.8.4.1 El sistema de monitoreo y evaluación

El sistema de M&E de la Extensión del PENSIDA IV deberá incorporar al conjunto de instituciones, personas, procesos, métodos y herramientas debidamente organizados y coordinados para generar información estratégica que valore la ejecución y los resultados de las intervenciones planificadas en la respuesta nacional. La evaluación debe partir de una línea base (idealmente datos del 2019 y/o 2020, según su disponibilidad), se deberá realizar una evaluación a mitad del período (2022) y al finalizar el término de la extensión del PENSIDA IV (2024), con la cual se dé lugar al proceso de un nuevo PENSIDA 2025-2029. La evaluación deberá considerar una valoración sistemática de las intervenciones planificadas durante la implementación del PENSIDA en función de las metas de resultado, a fin de medir el nivel de logro de las metas de resultado esperadas. La implantación del sistema de M&E requiere de una coordinación y armonización sistemática con todas las entidades trabajando en la respuesta.

Estructura y funcionamiento del sistema de M&E. La respuesta nacional es amplia y compleja, tiene un carácter multisectorial (salud, educación, trabajo, derechos humanos, justicia, inclusión social, academia, seguridad social, municipalidades, empresa privada, defensa, seguridad, sistema penitenciario, entre otros) así como organizaciones públicas, privadas, ONG, OSC, agencias internacionales. Por lo que se debe identificar a los participantes en el sistema, así como definir sus roles, responsabilidades y mecanismos de interacción y coordinación.

Participantes, roles y responsabilidades en el sistema de M&E. Los participantes del sistema se agrupan de la siguiente manera:

*CONASIDA*. Cuyo rol, a través de su nivel técnico-consultivo<sup>13</sup>, es de coordinación y consenso para el seguimiento del sistema de M&E; impulsar, coordinar y dirigir el proceso de diseño e implementación del mismo; consolidar, analizar, sistematizar y publicar la información vinculada a la respuesta nacional; gestionar fuentes de financiamiento y promover la coordinación de esfuerzos técnicos en el desarrollo de herramientas metodológicas inherentes a los requerimientos del sistema; promover, liderar y coordinar los procesos de evaluación; mantener actualizada la base de datos del sistema; gestionar el desarrollo de procesos de capacitación al personal vinculado al sistema de M&E de las diferentes instancias que contribuya a asegurar el flujo, la oportunidad y la calidad de la información.

*INE*. Es el ente que coordina el Sistema Estadístico Nacional, asegurando que las actividades estadísticas oficiales se efectúen en forma integrada, coordinada, racionalizada y bajo una normativa común. En materia de VIH deben armonizarse indicadores que el INE pueda monitorear, así como contribuir técnicamente en los procesos de evaluación del PENSIDA.

*Entidades de rectoría sectorial y otros entes estatales*. 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: SESAL, STSS, SEDH, Secretaría de Educación (SEDUC), Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización, Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Seguridad, Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS), Asociación de Municipios de Honduras (AMHON), Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Consejo Hondureño de la Empresa Privada (COHEP) y otros.

Las responsabilidades se resumen de la siguiente manera:

SESAL: 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 del sistema de M&E; vigilar y controlar la oportunidad y calidad de la información producida y generada por las diferentes instancias del sector salud incluyendo el IHSS; mantener la coordinación interna para la actualización y unificación de los sistemas de información que apoyan el M&E en VIH.

Otros entes estatales, como el CONADEH y otros tendrían responsabilidades en garantizar el funcionamiento de las herramientas metodológicas especializadas que estén bajo la responsabilidad de sus funciones relacionadas con el monitoreo de los componentes de su competencia relevantes con la respuesta al VIH y que forman parte del sistema de M&E.

*Organizaciones ejecutoras*. Son instancias pertenecientes a diferentes sectores y de distinto carácter, que ejecutan actividades en el marco de la respuesta nacional al VIH, se incluyen los prestadores de servicios públicos y privados, ONG, entidades educativas, OSC, así como la Secretaría de Coordinación General de Gobierno (SCGG).

---

<sup>13</sup> Artículo 10-B de la Ley Especial sobre VIH/Sida y su reforma 2015.

Estos entes ejecutores serán responsables de implementar las herramientas que se definan por el sistema de M&E; garantizar la oportunidad y calidad de la información que se produzca; remitir oportunamente a la instancia que les 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 de M&E.

*Organismos de cooperación.* Son organizaciones de carácter nacional o internacional que brindan apoyo financiero y/o técnico a la respuesta nacional al VIH. Las agencias de cooperación tendrán la responsabilidad de brindar asistencia técnica al sistema, abogar por el funcionamiento adecuado del mismo, y brindar apoyo financiero catalizador para el proceso inicial de su implementación, teniendo en cuenta que el sistema debe plantearse como una herramienta sostenible por parte de las instancias nacionales.

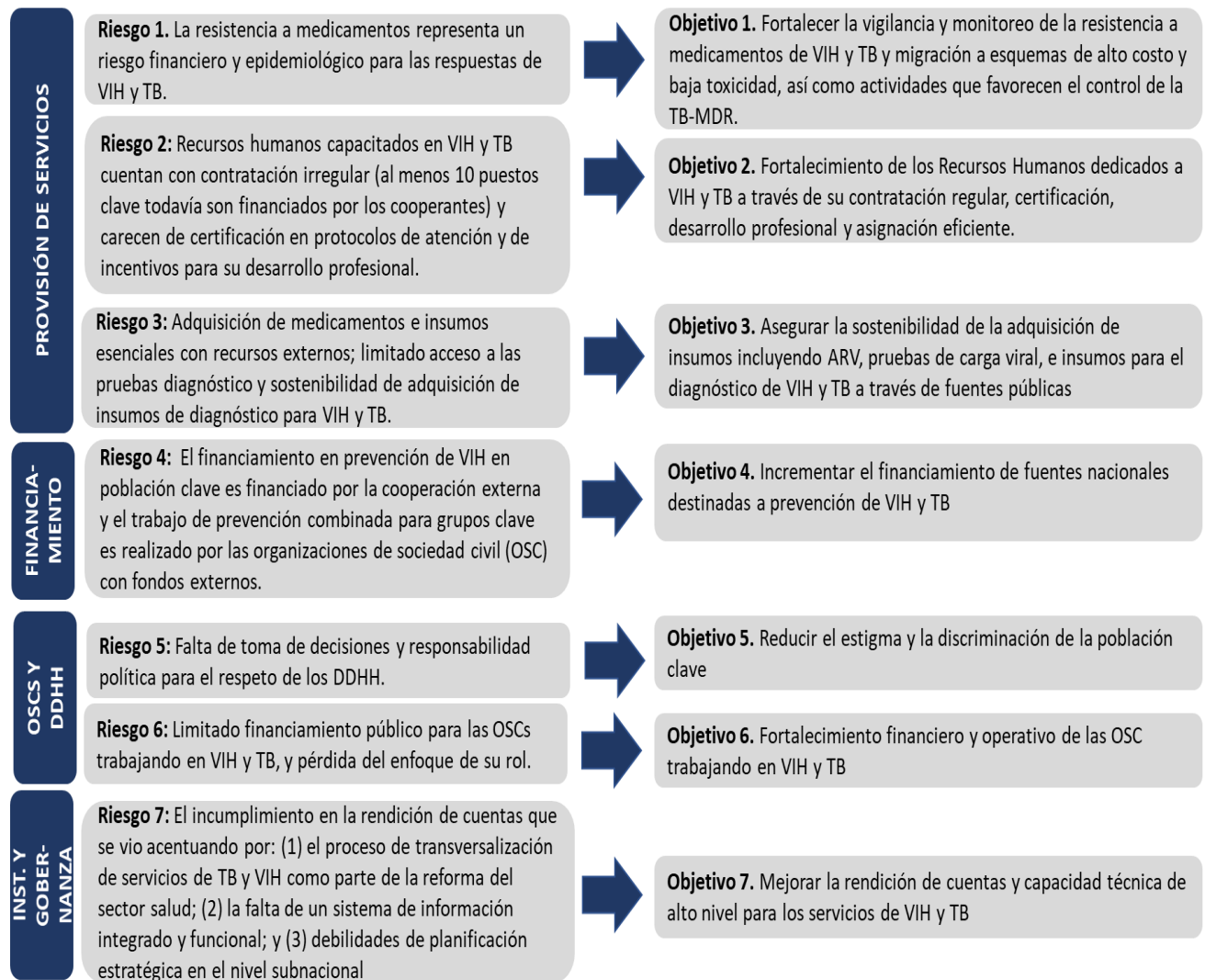
La implementación de las intervenciones estratégicas derivadas de las áreas estratégicas, objetivos, y metas de resultado del PENSIDA IV extendido 2020-2024, se basará en planes operativos anuales (POA) costeados.

El reto de CONASIDA es lograr que el 100% de instancias tanto públicas, privadas como de sociedad civil, se adhieran y alimenten el sistema de M&E; así como el fortalecimiento del SIIS y la armonización de otros subsistemas relacionados con proyectos financiados y/o implementados por entidades de la cooperación internacional. Será una tarea fundamental de la CONASIDA y las instancias públicas que lideran los procesos de sistemas de información y vigilancia, lograr el fortalecimiento de los mismos, y aplicar la normativa estatal que exija la notificación de datos sobre la respuesta al VIH e ITS.

### **III.8.5 Objetivos del AE5. Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH**

Para poder dar respuesta oportuna y coordinada al presente PENSIDA IV Extendido 2020-2024 es absolutamente necesario que las diferentes áreas estratégicas y sus respectivos objetivos específicos tengan garantizado el financiamiento oportuno así como el compromiso político y técnico para lograr los resultados esperados. En este sentido se ha realizado la armonización de la Estrategia Nacional de Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH con el PENSIDA IV Extendido 2020-2024 dando lugar al Área Estratégica 5 que surge a partir del análisis de riesgos realizado a través de talleres multisectoriales con los actores que intervienen en la respuesta nacional al VIH y que generó el cuadro que se muestra a continuación:





Cada uno de estos objetivos se constituyen en los Objetivos Específicos del Área Estratégica 5:

**Objetivo específico 5.1** Fortalecer la vigilancia y monitoreo de la resistencia a medicamentos de VIH y TB y migración a esquemas de alto costo y baja toxicidad, así como las actividades que favorecen el control de la TB-MDR

**Resultado clave esperado: OE5.1-RCE** Fortalecida la vigilancia y el monitoreo de la resistencia a medicamentos de VIH

**Objetivo específico 5.2** Fortalecer de los recursos humanos dedicados al VIH y TB a través de su contratación regular, certificación, desarrollo profesional y asignación suficiente.

**Resultado clave esperado: OE5.2-RCE** Fortalecidos los recursos humanos dedicados al VIH con capacitación continua y sostenibilidad en sus contrataciones.

**Objetivo específico 5.3** Asegurar la sostenibilidad de la adquisición de insumos incluyendo ARV, pruebas de carga viral, e insumos para el diagnóstico de VIH y TB a través de fuentes públicas

Resultado clave esperado: OE5.3-RCE Adquiridos los ARV, la carga viral e insumos para el diagnóstico de VIH con fondos públicos.

**Objetivo específico 5.4** Incrementar el financiamiento de fuentes nacionales destinadas a prevención de VIH y TB.

Resultado clave esperado: OE5.4-RCE Incrementado de forma sostenible con fondos públicos y del sector privado, el financiamiento para la prevención del VIH.

**Objetivo específico 5.5** Reducir el estigma y la discriminación hacia la población clave.

Resultado clave esperado: OE5.5-RCE Reducido el estigma y la discriminación hacia la población clave.

**Objetivo específico 5.6** Fortalecer a nivel financiero y operativo de las OSC's trabajando en VIH y TB

Resultado clave esperado: OE5.6-RCE Fortalecidas las OSC's desde el punto de vista financiero y operativo.

**Objetivo específico 5.7** Mejorar la rendición de cuentas y capacidad técnica de alto nivel para los servicios de VIH y TB

Resultado clave esperado: OE5.7-RCE Mejorada la rendición de cuentas por todas las instancias encargadas de implementar las actividades del PENSIDA IV 2020-2024 Extendido.

### III.9 Resultados Esperados

La Extensión del PENSIDA IV comprende 83 metas, 13 de impacto y 70 de resultado.

Las cuales se detallan en la siguiente sección donde se presentan las matrices respectivas. 9.1 Matriz de metas de impacto

Para que Honduras pueda lograr el objetivo 90-90-90 en el período de la extensión del PENSIDA IV, 2020-2024, es necesario definir metas alcanzables mediante intervenciones estratégicas enfocadas y de alto impacto. En función de la visión, misión, principios rectores y objetivo estratégico general, se han definido las metas de impacto al 2024 con sus respectivos indicadores, línea de base y medio de verificación.

**Tabla 17.-** Metas de impacto, indicadores, línea de base y medio de verificación

Metas de Impacto al 2024	Indicadores	Línea Base (Año y Fuente)	Medios de Verificación
1.- Mantener la incidencia estimada de VIH (nuevas infecciones) por debajo de 0.7 x 1000 habitantes	Incidencia estimada de casos de VIH: número estimado de nuevas infecciones por VIH en el período (tasa por 1000 personas no infectadas expuestas por año)	Línea base 0.7 x 1000 habitantes estimación Spectrum v 5.757 Beta 12 en 2018.	Estimaciones realizadas en cada año con Spectrum v 5.757 Beta 12 o actualización más reciente.
2. Disminuir en por lo menos un 50% el número estimado de PVIH fallecidas por causas relacionadas al Sida.	Número estimado de fallecidos: número total de personas que han muerto por causas relacionadas con el SIDA por cada 100,000 personas.	Estimación Spectrum v 5.757 Beta 12 en 2018 872 defunciones	Estimaciones realizadas en cada año con Spectrum v 5.757 Beta 12 o actualización más reciente.
3. Reducir por lo menos en 10 puntos porcentuales la proporción de mujeres y hombres de 15-49 años que reportan actitudes discriminatorias hacia PVIH	Actitudes discriminatorias hacia las personas con VIH: porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que reportan actitudes discriminatorias hacia personas con VIH	Informe de Fundación LLAVES, 2016. Resultados del Índice de Estigma en personas con VIH 40%. ENDESA 2012, hombres 79.9%. Mujeres 80.3%. .	Informe de Fundación LLAVES Resultados del Índice de Estigma en personas con VIH en años posteriores.

<b>Metas de Impacto al 2024</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Línea Base (Año y Fuente)</b>	<b>Medios de Verificación</b>
<b>4.</b> Mantener la coinfección de TB-VIH no mayor de 6%.	Porcentaje de coinfección de TB-VIH: Porcentaje de personas seropositivas a VIH con TB activa que se registraron por primera vez en la atención por VIH.	Línea base de 2018 es 6.7%% Informe GAM 2018.	Informe GAM u otro actualizado
<b>5.</b> Reducir la transmisión materno infantil del VIH al menos a 11.46%.	Porcentaje estimado de transmisión materno infantil: porcentaje estimado de niños que contraen el VIH mediante transmisión materno infantil en los últimos 12 meses.	Línea base estimación Spectrum v 5.757 Beta 12 en 2019: 21.0%.	Estimaciones del programa Spectrum v 5.757 Beta o actualización más reciente.
<b>6.</b> Reducir la incidencia de la Sífilis congénita (incluidos los mortinatos) a 0.5 casos o menos por 1000 nacidos vivos.	Incidencia de Sífilis congénita: número de recién nacidos, incluidos los mortinatos, que dan positivo por Sífilis, por cada 1000 nacidos vivos.	Línea base 1.0 por 1000 nacidos vivos, GAM 2018.	Datos programáticos.
<b>7.</b> Disminuir a 5% o menos la prevalencia de VIH en HSH.	Prevalencia de VIH en HSH: porcentaje de hombres que tiene sexo con hombres con VIH en el período de reporte.	Línea base: 8.4% VICITS 2018	Datos programáticos: VICITS y SIIS
<b>8.</b> Disminuir a un 7% o menos la prevalencia de VIH en mujeres trans.	Prevalencia de VIH en MT: porcentaje de mujeres trans con VIH en el período de reporte.	Línea base 8.2% VICITS 2018	Datos programáticos: VICITS y SIIS
<b>9.</b> Reducir a 0.6% o menos la prevalencia de VIH en MTS.	Prevalencia de VIH en MTS: porcentaje de mujeres trabajadoras sexuales con VIH en el período de reporte.	MTS: 1.28% VICITS 2018	Datos programáticos: VICITS y SIIS
<b>10.</b> Reducir a 3% o menos la prevalencia de VIH en TS Trans.	Prevalencia de VIH en trabajadores sexuales trans: porcentaje de trabajadores sexuales trans en el período de reporte	TS Trans: 4.76% VICITS 2018	Datos programáticos: VICITS y SIIS

<b>Metas de Impacto al 2024</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Línea Base (Año y Fuente)</b>	<b>Medios de Verificación</b>
<b>11.</b> Reducir a 4% o menos la prevalencia de VIH en TS HSH.	Prevalencia de VIH en TS HSH: porcentaje de trabajadores sexuales hombres que tienen sexo hombres con VIH en el período de reporte.	TS HSH: 5.17% VICITS 2018	
<b>12.</b> Mantener un 0.19% o menos la prevalencia de VIH en garífunas.	Prevalencia de VIH en garífunas: porcentaje de garífunas con VIH en el período de reporte.	Línea base 1.6%, Estudio (ECVC) de VIH en Población Garífuna, 2017	Datos programáticos: VICITS y SIIS y estudios.
<b>13.</b> Reducir a un 0.25% o menos la prevalencia de VIH en PPL.	Prevalencia de VIH en PPL: porcentaje de personas privadas de libertad con VIH en el período de reporte.	Línea base 0.52 GAM 2018	Datos programáticos: VICITS y SIIS

### III.9.2 Matrices de metas de resultados

Para cada una de las áreas estratégicas y objetivos específicos se establecieron resultados clave esperados y las metas de gestión o de resultado, para los cuales se definen sus respectivos indicadores, línea base, medio de verificación; así como las intervenciones estratégicas y responsables para que se obtenga cada meta. En las siguientes tablas se establecen las metas por área estratégica y objetivo específico:

**Tabla 18.-** Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE1, Objetivo1.1

<b>Objetivo específico 1.1</b> Asegurar el cumplimiento y la armonización del marco jurídico, la normativa nacional y lineamientos internacionales relacionados con la promoción, protección y respeto de los DDHH y de la equidad de género, en el marco de la respuesta nacional al VIH e ITS			
<b>Resultado clave esperados: OE1.1-RCE.</b> Fortalecido el liderazgo de la CONASIDA a través del cumplimiento de la Ley Especial Sobre el VIH y SIDA y su reforma para la coordinación multisectorial en la respuesta nacional al VIH, en ejercicio de su rol de conductor.			
Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
1. Reglamento de la Reforma de la Ley Especial sobre VIH/SIDA aprobado y en aplicación.	1.1 Decreto del Reglamento de la Ley Especial sobre VIH/SIDA y su reforma 2015 Publicado en la Gaceta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación entre las SESAL y la SEDH para finalizar el documento de reglamento y someterlo a la instancia competente para su aprobación.</li> <li>• Plan de Socialización.</li> </ul>	SESAL SEDH
	Línea de Base <b>(LB)</b> : no aplica		
	Medio de Verificación <b>(MV)</b> : Edición del Diario Oficial La Gaceta con el Reglamento publicado		
2. (i) CONASIDA funcionando con su nivel político-decisionario; y (ii) CONASIDA funcionando con su nivel técnico-consultivo, debidamente constituido por las instancias que la conforman de acuerdo a Ley, con su Unidad Técnica de	2.1.- CONASIDA a nivel político funcional 2.1.a Plan Estratégico de la CONASIDA elaborado. 2.1 b Aprobada una política pública de estado en materia de VIH/Sida con enfoque de derechos humanos. 2.1.c.- Planes Operativos Anuales aprobados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño y elaboración de las normas y procedimientos internos con los que funcionará la CONASIDA.</li> <li>• Alternancia periódica equitativa de la Presidencia entre la SESAL y la SEDH.</li> </ul>	SESAL SEDH Secretarías de Estado que conforman la CONASIDA Presidencia de CONASIDA

**Objetivo específico 1.1** Asegurar el cumplimiento y la armonización del marco jurídico, la normativa nacional y lineamientos internacionales relacionados con la promoción, protección y respeto de los DDHH y de la equidad de género, en el marco de la respuesta nacional al VIH e ITS  
**Resultado clave esperados: OE1.1-RCE.** Fortalecido el liderazgo de la CONASIDA a través del cumplimiento de la Ley Especial Sobre el VIH y SIDA y su reforma para la coordinación multisectorial en la respuesta nacional al VIH, en ejercicio de su rol de conductor.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
la Secretaría Ejecutiva establecida y con presupuesto asignado.	2.1.d.- Funcionando la estructura del Nivel Técnico Consultivo. 2.1.e.- Aprobada la estructura de la Secretaría Ejecutiva y sus cuatro Unidades de la CONASIDA adscrita a la SESAL. 2.1.f.- Aprobado el Presupuesto Anual de la CONASIDA. 2.1.g.- Cumplimiento del número de reuniones de acuerdo a reglamento del nivel político-decisionario realizadas por año. 2.1.h. Aprobado informe anual de las actividades de la CONASIDA.  <b>LB:</b> no hay datos  <b>MV:</b> documentos de plan estratégico, presupuesto, informes de reuniones y documento de informe anual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de las partidas presupuestarias y porcentaje al monto de fondos de cada instancia estatal que conforman la CONASIDA.</li> <li>• Abogacía al más alto nivel político para la integración plena de los miembros.</li> <li>• Plan de Abogacía e Incidencia Política.</li> <li>• Evaluación intermedia y final del PENSIDA.</li> </ul>	
	2.2.- CONASIDA nivel técnico consultivo funcional: 2.2.a. Constituido y funcionando el Comité Técnico de Monitoreo y Evaluación. 2.2.b Constituida y funcionando la Unidad Técnica. 2.2.c Elaborado el Plan de Monitoreo y Evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación del Plan Nacional de Acción de DDHH (PNADH)</li> <li>• Monitoreo y evaluación del PNADH</li> <li>• Asegurar el alineamiento de las metas de la Extensión del PENSIDA IV en función del Plan de Monitoreo del PNADH</li> </ul>	CONASIDA Presidencia de CONASIDA Secretaría Técnica de CONASIDA

<p><b>Objetivo específico 1.1</b> Asegurar el cumplimiento y la armonización del marco jurídico, la normativa nacional y lineamientos internacionales relacionados con la promoción, protección y respeto de los DDHH y de la equidad de género, en el marco de la respuesta nacional al VIH e ITS</p> <p><u>Resultado clave esperados: OE1.1-RCE.</u> Fortalecido el liderazgo de la CONASIDA a través del cumplimiento de la Ley Especial Sobre el VIH y SIDA y su reforma para la coordinación multisectorial en la respuesta nacional al VIH, en ejercicio de su rol de conductor.</p>			
Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
	<p><b>LB:</b> no hay datos</p> <p><b>MV:</b> Informes de actividades del comité de monitoreo y evaluación, documento del plan de monitoreo y evaluación, informe de actividades realizados por la unidad técnica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan Estratégico, Planes Operativos, Protocolos, Normas, Proyectos y otras propuestas vinculadas al VIH.</li> <li>• Elaboración de las Políticas Nacionales en materia de prevención, investigación, atención, apoyo y cualquier otro tema vinculado al VIH.</li> <li>• Acuerdos de coordinación interinstitucional e intersectorial para la ejecución de las Políticas Nacionales en materia de VIH.</li> </ul>	

**Tabla 19.-** Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE1, Objetivo1.2

<p><b>Objetivo específico 1.2</b> Garantizar la sostenibilidad de la respuesta nacional al VIH con la participación multisectorial efectiva tanto de los entes estatales como de las organizaciones de la sociedad civil, con el apoyo de la cooperación internacional.</p> <p><u>Resultado clave esperado OE1.2-RCE.</u> Los diversos actores del sector público, la sociedad civil y el sector privado que integran CONASIDA han integrado en sus políticas, lineamientos, programas y servicios (planes y presupuestos) el abordaje del VIH y otras ITS, en alineación a la extensión del PENSIDA IV 2020-2024.</p>			
Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
3.- Al menos 90% de las instancias estatales, OSC y del sector privado que son miembros de la CONASIDA, integran el abordaje del VIH en sus políticas,	3.1 Porcentaje de instancias estatales, organizaciones de la sociedad civil y de sector privado, miembros de CONASIDA, que integran el abordaje del VIH en sus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualización de políticas públicas.</li> <li>• Creación de nuevas políticas, lineamientos, programas y/o</li> </ul>	Secretarías de Estado IHSS CONADEH AMHON



<p>lineamientos, programas y servicios según sea el caso, en armonía con el PENSIDA.</p>	<p>políticas, lineamientos, programas y servicios según sea el caso, en armonía con el PENSIDA.</p> <p>3.1.a Porcentaje de planes estratégicos, planes operativos, protocolos, normas, proyectos y otras propuestas vinculadas al VIH aprobados</p> <p>3.1b No. de políticas nacionales en materia de prevención, investigación, atención, apoyo y cualquier otro tema vinculado al VIH elaboradas</p> <p>3.1c Elaborados acuerdos de coordinación interinstitucional e intersectorial para la ejecución de las políticas nacionales en materia de VIH</p> <p><b>LB:</b> 100%, Informe de Evaluación Intermedia del PENSIDA IV, 2017</p> <p><b>MV:</b> Informes de monitoreo</p>	<p>servicios en consonancia con la evolución y respuesta a la epidemia y compromisos internacionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación de políticas, lineamientos, programas y/o servicios alineados al PENSIDA.</li> </ul>	<p>COHEP OSC (FOROSIDA, ASONAPSIDAH y otros).</p>
<p>4.- Inversión de fondos públicos en VIH/Sida aumentada en al menos un 10% anual relacionadas con actividades clave financiadas con fondos externos.*</p>	<p>4.1 Porcentaje de absorción con fondos públicos de las actividades clave que actualmente son financiadas con recursos externos por año.</p> <p><b>LB:</b> no hay datos</p> <p><b>MV:</b> informe de monitoreo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costeo realista de las actividades en los POA que definen la necesidad de una mayor inversión</li> <li>• Diseñar el caso de inversión en la respuesta al VIH en el marco de inversión de ONUSIDA para diálogo con SEFIN y abogacía.</li> </ul>	<p>CONASIDA SESAL SEFIN AMHON</p>
<p>5.- Estrategia de sostenibilidad de la respuesta al VIH y TB en implementación**</p>	<p>5.1 Porcentaje de establecimientos de salud que cuenta con recurso humano para VIH con contratación regular, certificación en manejo del VIH</p> <p>5.2 Porcentaje de establecimientos de salud y laboratorios que cuentan con insumos, reactivos y medicamentos de manera sostenida para VIH</p> <p><b>LB:</b> no hay datos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión, ajuste y socialización del plan de trabajo de la estrategia de sostenibilidad y su implementación</li> <li>• Incorporar el monitoreo y evaluación de la estrategia en el plan de M&amp;E de la extensión del PENSIDA IV</li> <li>• Monitorear el desarrollo del plan de sostenibilidad</li> </ul>	<p>CONASIDA SESAL SEDH IHSS MCP OSC COHEP</p>

	<b>MV:</b> informe de monitoreo, registros de la cadena de suministros y logística, registros de los establecimientos de salud y laboratorios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar que las metas de la Extensión del PENSIDA IV estén alineadas al plan de monitoreo de la Estrategia de Sostenibilidad</li> </ul>	
--	--	---	--

**Tabla 20.- Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE1, Objetivo1.3**

<b>Objetivo específico 1.3.</b> Asegurar el respeto de los derechos humanos y el cumplimiento de las leyes que los protegen, en el marco de la respuesta integral al VIH.			
Resultado clave esperado: OE1.3-RCE. Los diversos actores del sector público, la sociedad civil y el sector privado que integran CONASIDA velan por el respeto al ejercicio de los derechos humanos en la respuesta nacional con inclusión de acciones afirmativas.			
Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
6. Reducir a por lo menos 0.39 el índice compuesto de estigma y discriminación (ICED) en PVIH. *	6.1 Índice de estigma y discriminación en PVIH: índice calculado con la metodología utilizada en el estudio de Resultados del Índice de Estigma y Discriminación en personas con VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campañas de difusión por redes sociales y medios de comunicación de la reforma de la ley de VIH/Sida y su reglamento</li> <li>• Campañas de sensibilización por redes sociales y medios de comunicación a la población general</li> <li>• Capacitación del personal que trabaja en VIH sobre la reforma de la ley de VIH/Sida, su reglamento, y el enfoque de DDHH en la provisión de servicios de salud.</li> <li>• Realizar una alianza estratégica entre la SEDH, AMHON y el CONADEH, para que las instancias municipales implementen el Plan y la defensa de los DDHH</li> </ul>	ASONAPVSIDAH SESAL IHSS SEDH STPS SEDU CONADEH SEDIS AMHON MCP y Subreceptores del FM FOROSIDA ONG trabajando en VIH, COHEP
	<b>LB:</b> 0.40 Estudio de LLAVES		
	<b>MV:</b> Estudio de ICED		
7. Reducir a por lo menos 0.459 el ICED en MTS	7.1 Índice Compuesto de Estigma y Discriminación (ICED) en MTS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campañas de difusión por redes sociales y medios de comunicación de la reforma de la ley de VIH/Sida y su reglamento.</li> </ul>	CONASIDA SESAL SEDH SEDIS

	<p><b>LB:</b> 0.559, estudio ICED, 2015<sup>14</sup>.</p> <p><b>MV:</b> Informe del Estudio de ICED en MTS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campañas de sensibilización por redes sociales y medios de comunicación de la población general.</li> <li>• Capacitación del personal que trabaja en VIH sobre la reforma de la ley de VIH/Sida, su reglamento, y el enfoque de DDHH en la provisión de servicios de salud.</li> <li>• Sensibilización de personal de seguridad como la policía nacional y los militares Policía Preventiva y Militar sobre el enfoque de DDHH.</li> </ul>	<p>Secretaría de Seguridad Dirección de la Policía Preventiva, AMHON (policía municipal) Fuerzas Armadas ONG trabajando con MTS Red TRASEX</p>
8. Reducir a por lo menos 0.708 el ICED en HSH	<p>8.1 Índice Compuesto de Estigma y Discriminación (ICED) en HSH</p> <p><b>LB:</b> 0.608, estudio ICED 2015</p> <p><b>MV:</b> Informe del Estudio de ICED en HSH</p>		<p>CONASIDA SESAL SEDH SEDIS Secretaría de Seguridad Dirección de la Policía Preventiva, AMHON (policía municipal) Fuerzas Armadas ONG trabajando con HSH Asociaciones de la Diversidad Sexual</p>
9. Reducir a por lo menos 0.559 el ICED en MT	<p>9.1 Índice Compuesto de Estigma y Discriminación (ICED) en MT</p> <p><b>LB:</b> 0.659, estudio ICED 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campañas de difusión por redes sociales y medios de comunicación de la reforma de la ley de VIH/Sida y su reglamento.</li> <li>• Campañas de sensibilización por redes sociales y medios de comunicación de la población general.</li> <li>• Capacitación del personal que trabaja en VIH sobre la reforma de la ley de VIH/Sida, su reglamento, y el enfoque de</li> </ul>	<p>CONASIDA SESAL SEDH SEDIS Secretaría de Seguridad Dirección de la Policía Preventiva, AMHON (policía municipal) Fuerzas Armadas ONG trabajando con MT</p>

<sup>14</sup> Índice Compuesto de Estigma y Discriminación en Poblaciones Clave en personal de la SESAL, Secretaría de Seguridad y Policía Municipal en Municipios Intervenido por el Fondo Mundial, fase II. Honduras, Agosto, 2015.

\*Vinculado al Objetivo 5 de la Estrategia de Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH y la TB, 2019

	<b>MV:</b> Informe del Estudio de ICED en MT	DDHH en la provisión de servicios de salud. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilización de personal uniformado de seguridad preventiva y militar sobre el enfoque de DDHH</li> </ul>	Asociaciones de la Diversidad Sexual	
10. Reducir a por lo menos 0.134 el ICED en personas garífunas	10.1 Índice Compuesto de Estigma y Discriminación (ICED) en garífunas		CONASIDA SESAL SEDH SEDIS Secretaría de Seguridad Dirección de la Policía Preventiva, AMHON (policía municipal) Fuerzas Armadas ONG garífunas	
	<b>LB:</b> 0.234, estudio ICED 2015			
	<b>MV:</b> Informe del Estudio de ICED en población garífuna			
11. Al menos el 90% de personas con VIH y el 70% de poblaciones clave que presentan quejas de violación a sus derechos les son resueltas	Porcentaje de quejas de violaciones a los derechos humanos hacia personas con VIH que son resueltas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campañas de difusión por redes sociales y medios de comunicación de la reforma de la ley de VIH/Sida y su reglamento.</li> <li>• Campañas de sensibilización por redes sociales y medios de comunicación de la población general.</li> <li>• Capacitación del personal que trabaja en VIH sobre la reforma de la ley de VIH/Sida, su reglamento, y el enfoque de DDHH en la provisión de servicios de salud.</li> <li>• Sensibilización de personal uniformado de seguridad preventiva y militar sobre el enfoque de DDHH.</li> </ul>	ASONAPVSI DAH SESAL IHSS SEDH STPS SEDU CONADEH SEDIS Secretaría de Seguridad Dirección de la Policía Preventiva, AMHON MCP y Subreceptores del FM FOROSIDA ONG trabajando en VIH, COHEP	
	<b>LB:</b> 81% personas con VIH, 55.5% poblaciones clave. Informe especial sobre quejas resueltas de personas con VIH, poblaciones clave y vulnerabilizadas. CONADEH 2018			
	<b>MV:</b> SIQUEJA, informe del CONADEH			
12. Al menos 40 redes de promotoras y defensoras de derechos humanos ejecutan planes de incidencia	Número de redes promotoras y defensoras de derechos humanos que ejecutan planes de incidencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación a promotoras y defensoras de derechos humanos</li> </ul>	CONADEH SEDH FOROSIDA	

	<b>LB:</b> 25, CONADEH 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asistencia técnica para elaboración y desarrollo de planes de incidencia</li> <li>Implementación de planes de incidencia</li> <li>Talleres de intercambio de experiencias</li> </ul>	OSC
	<b>MV:</b> CONADEH		
13. Política de VIH en el Mundo del Trabajo implementada.	13.1. Porcentaje de inspectores de trabajo capacitados en la política sobre el VIH en el mundo del trabajo 13.2 Porcentaje de empresas privadas y públicas con programas de prevención de VIH en el lugar de trabajo <b>LB:</b> no hay datos <b>MV:</b> Informes de capacitaciones, informe de monitoreo del funcionamiento de programas en empresas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar un Plan de Socialización de la Política del VIH en el Mundo del Trabajo.</li> <li>Implementar un plan de acción a través de las Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad en el Trabajo para la aplicación y monitoreo de la política.</li> </ul>	STSS Sistema Médico de Empresa IHSS. Organizaciones sindicales COHEP Asociación Nacional de Industriales Cámaras de Comercio Asociación de maquiladores

**Tabla 21.-** Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE2, Objetivo 2.1

<p><b>Objetivo específico 2.1:</b> Aumentar la oferta, el acceso, la cobertura y utilización de un paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS en poblaciones clave (HSH, MT, MTS), en el marco de las metas 90-90-90 (primer 90), y enfocadas en la búsqueda activa de casos no diagnosticados.</p> <p><u>Resultado clave esperado: OE2.1-RCE.</u> Ampliados el acceso y la cobertura del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS para las poblaciones clave, con la visión de alcanzar el primer 90, en ambientes amigables y respetuosos con personal capaz y sensibilizado.</p>			
Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
14. Incrementar en 20 puntos porcentuales la proporción de MTS que tienen conocimientos correctos sobre la transmisión y prevención del VIH.	14.1 Porcentaje de MTS con conocimientos correctos sobre transmisión y prevención de VIH.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de Comunicación SESAL</li> <li>Campañas de comunicación social para el cambio de comportamientos (CSCC) en redes sociales.</li> <li>Actividades comunitarias como ferias de la salud.</li> </ul>	SESAL ONG trabajando en VIH con HSH Asociaciones de la Diversidad Sexual Organizaciones comunitarias
	<b>LB:</b> 34% estudio TAC 2016.		

	<b>MV:</b> Encuestas de salida VICITS o Estudios TrAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación de pares.</li> <li>• Educación en ES incluyendo VICITS. Programación de adquisición y logística de distribución de condones que considera las condiciones de las PC para su acceso gratuito, incluyendo lubricantes.</li> </ul>	
15. Incrementar en 5 puntos porcentuales la proporción de HSH que tienen conocimientos correctos sobre la transmisión y prevención del VIH	15.1 Porcentaje de HSH con conocimientos correctos sobre transmisión y prevención de VIH.		
	<b>LB:</b> 87% estudio TrAC 2016)		
	<b>MV:</b> Registros de salida VICITS o Estudios TrAC		
16. Incrementar en 5 puntos porcentuales la proporción de MT que tiene conocimientos correctos sobre la transmisión y prevención de VIH	16.1 Porcentaje de mujeres trans con conocimientos correctos sobre transmisión y prevención de VIH.		
	<b>LB:</b> 33.9% estudio TrAC 2016		
	<b>MV:</b> Registros de salida VICITS o Estudios TrAC		

**Objetivo específico 2.1:** Aumentar la oferta, el acceso, la cobertura y utilización de un paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS en poblaciones clave (HSH, MT, MTS), en el marco de las metas 90-90-90 (primer 90), y enfocadas en la búsqueda activa de casos no diagnosticados.

Resultado clave esperado: OE2.1-RCE. Ampliados el acceso y la cobertura del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS para las poblaciones clave, con la visión de alcanzar el primer 90, en ambientes amigables y respetuosos con personal capaz y sensibilizado.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
17. Incrementar a 50% la cantidad de personas que tienen conocimientos correctos sobre la transmisión y prevención del VIH en la población general de 15 a 24 años	17.1 Porcentaje de personas que tienen conocimientos correctos sobre la transmisión y prevención del VIH en la población general de 15 a 24 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de Comunicación de la SESAL</li> <li>• Campañas de comunicación social para el cambio de comportamientos (CSCC) en redes sociales.</li> </ul>	SESAL ONG trabajando en VIH Organizaciones comunitarias

	<p><b>LB:</b> ENDESA 2012 (33.4%). Usar dato de ENDESA 2017-2018 más actualizado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades comunitarias como ferias de la salud.</li> <li>• Educación de pares.</li> <li>• Educación en ES incluyendo VICITS.</li> <li>• Programación de adquisición y logística de distribución de condones para su acceso gratuito, incluyendo lubricantes.</li> <li>• Retomar espacios gratuitos en medios de comunicación masiva.</li> </ul>	
	<p><b>MV:</b> ENDESA</p>		
18.- Incrementar a 29.5% la cobertura de MTS con paquetes definidos de prestaciones y servicios de prevención de VIH e ITS.	<p>18.1. Porcentaje de MTS que recibe paquetes definidos de prestaciones y servicios de prevención de VIH e ITS</p> <p><b>LB:</b> 2018: Informe PUDR 22.71%</p> <p><b>MV:</b> Informe PUDR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción y provisión de PDPSP en VICITS mediante las diferentes estrategias de alcance intra y extramuros.</li> <li>• Educación de pares con promoción de los PDPSP.</li> </ul>	<p>SESAL (VICITS) ONG trabajando en VIH con MTS Red TRASEX</p>
19. Aumentar a 60% el porcentaje de MTS que usa condón en su última relación sexual con pareja estable o afectiva	<p>19.1 Porcentaje de MTS que reportó haber usado condón en su última relación sexual con pareja estable o afectiva.</p> <p><b>LB:</b> establecer línea de base al cierre de 2019 VICITS</p> <p><b>MV:</b> Base de datos VICITS</p>		

**Objetivo específico 2.1:** Aumentar la oferta, el acceso, la cobertura y utilización de un paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS en poblaciones clave (HSH, MT, MTS), en el marco de las metas 90-90-90 (primer 90), y enfocadas en la búsqueda activa de casos no diagnosticados.

Resultado clave esperado: OE2.1-RCE. Ampliados el acceso y la cobertura del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS para las poblaciones clave, con la visión de alcanzar el primer 90, en ambientes amigables y respetuosos con personal capaz y sensibilizado.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
-------------------------	-------------------------------------	--------------------------	-------------

20. Aumentar a 90% el porcentaje de MTS que usa condón en su última relación sexual con cliente.	20.1 Porcentaje de MTS que reportó haber usado condón en su última relación sexual con cliente.		
	<b>LB:</b> 82.5% VICITS,2018		
	<b>MV:</b> Base de datos VICITS		
21. Aumentar a 80% el porcentaje de MTS que usa condón en los últimos 30 días durante relaciones sexuales con clientes.	21.1 Porcentaje de MTS que reportó haber usado condón durante relaciones sexuales con clientes en los últimos 30 días.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campañas de comunicación social para el cambio de comportamientos (CSCC) en redes sociales.</li> <li>• Actividades comunitarias como ferias de la salud.</li> <li>• Educación de pares.</li> <li>• Educación en ES incluyendo VICITS.</li> <li>• Programación de adquisición y logística de distribución de condones que considera las condiciones de las MTS para su acceso gratuito, incluyendo lubricantes.</li> </ul>	SESAL ONG trabajando en VIH con MTS Red TRASEX Organizaciones comunitarias
	<b>LB:</b> establecer línea de base al cierre de 2019 VICITS		
	<b>MV:</b> Base de datos VICITS		
22. Aumentar a 25% el porcentaje de MTS que usa condón en los últimos 30 días durante relaciones sexuales con pareja estable o afectiva.	22.1 Porcentaje de MTS que reportó haber usado condón durante relaciones sexuales con pareja estable o afectiva en los últimos 30 días.		
	<b>LB:</b> establecer línea de base al cierre de 2019 VICITS		
	<b>MV:</b> Base de datos VICITS		

**Objetivo específico 2.1:** Aumentar la oferta, el acceso, la cobertura y utilización de un paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS en poblaciones clave (HSH, MT, MTS), en el marco de las metas 90-90-90 (primer 90), y enfocadas en la búsqueda activa de casos no diagnosticados.

**Resultado clave esperado:** OE2.1-RCE. Ampliados el acceso y la cobertura del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS para las poblaciones clave, con la visión de alcanzar el primer 90, en ambientes amigables y respetuosos con personal capaz y sensibilizado.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
23. Mantener al menos en 46.5% la cobertura de HSH con paquetes definidos de	23.1 Porcentaje de HSH que reciben paquetes definidos de prestaciones y servicios de prevención de VIH e ITS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades comunitarias como ferias de la salud.</li> </ul>	SESAL ONG trabajando en VIH con HSH



prestaciones y servicios de prevención de VIH e ITS.	<b>LB:</b> 46.5% PUDR, 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación de pares y en ES incluyendo VICITS.</li> <li>• Programación de adquisición y logística de distribución de condones que considera las condiciones de los HSH para su acceso gratuito, incluyendo lubricantes.</li> <li>• Acceso a PreP para parejas serodiscordantes y PC en mayor riesgo de infección.</li> </ul>	Asociaciones de la Diversidad Sexual Organizaciones comunitarias
	<b>MV:</b> Datos programáticos		
24. Aumentar a 45% el porcentaje de HSH que usa condón en su última relación sexual con pareja masculina	24.1 Porcentaje de HSH que reportó haber usado condón en su última relación sexual con pareja masculina.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campañas de comunicación social para el cambio de comportamientos (CSCC) en redes sociales.</li> <li>• Actividades comunitarias como ferias de la salud.</li> <li>• Educación de pares.</li> <li>• Educación en ES incluyendo VICITS.</li> <li>• Programación de adquisición y logística de distribución de condones que considera las condiciones de las HSH para su acceso gratuito, incluyendo lubricantes</li> </ul>	SESAL ONG trabajando en VIH con HSH Asociaciones de la Diversidad Sexual Organizaciones comunitarias
	<b>LB:</b> 2018 VICITS: 25%, dato programático.		
	<b>MV:</b> Datos programáticos		

**Objetivo específico 2.1:** Aumentar la oferta, el acceso, la cobertura y utilización de un paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS en poblaciones clave (HSH, MT, MTS), en el marco de las metas 90-90-90 (primer 90), y enfocadas en la búsqueda activa de casos no diagnosticados.

**Resultado clave esperado:** OE2.1-RCE. Ampliados el acceso y la cobertura del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS para las poblaciones clave, con la visión de alcanzar el primer 90, en ambientes amigables y respetuosos con personal capaz y sensibilizado.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
25. Aumentar en 10 puntos porcentuales el uso de condón en los últimos 30 días en HSH durante las relaciones sexuales con parejas masculinas.	25.1 Porcentaje de HSH que reportó haber usado condón durante sus relaciones sexuales con parejas masculinas en los últimos 30 días.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campañas de comunicación social para el cambio de comportamientos (CSCC) en redes sociales.</li> <li>• Actividades comunitarias como ferias de la salud.</li> <li>• Educación de pares.</li> <li>• Educación en ES incluyendo VICITS. Programación de adquisición y logística de distribución de condones que considera las condiciones de las HSH para su acceso gratuito, incluyendo lubricantes</li> </ul>	SESAL ONG trabajando en VIH con HSH Asociaciones de la Diversidad Sexual Organizaciones comunitarias
	<b>LB:</b> establecer línea de base al cierre de 2019 VICITS		
	<b>MV:</b> Datos programáticos		
64. Incrementar a 32% la cobertura de MT con paquetes definidos de prestaciones y servicios de prevención de VIH e ITS.	26.1 Porcentaje de mujeres trans que reciben paquetes definidos de prestaciones y servicios de prevención de VIH e ITS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades comunitarias como ferias de la salud.</li> <li>• Educación de pares.</li> <li>• Educación en ES incluyendo VICITS.</li> <li>• Programación de adquisición y logística de distribución de condones que considera las condiciones de las MT para su acceso gratuito, incluyendo lubricantes.</li> </ul>	SESAL ONG trabajando en VIH con HSH Asociaciones de la Diversidad Sexual Organizaciones comunitarias
	<b>LB:</b> 2018: 39.5% Informe PUDR		
	<b>MV:</b> Datos programáticos		

**Objetivo específico 2.1:** Aumentar la oferta, el acceso, la cobertura y utilización de un paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS en poblaciones clave (HSH, MT, MTS), en el marco de las metas 90-90-90 (primer 90), y enfocadas en la búsqueda activa de casos no diagnosticados.

**Resultado clave esperado:** OE2.1-RCE. Ampliados el acceso y la cobertura del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS para las poblaciones clave, con la visión de alcanzar el primer 90, en ambientes amigables y respetuosos con personal capaz y sensibilizado.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
27. Aumentar a 60% el porcentaje de MT que usa condón en su última relación sexual.	27.1 Porcentaje de mujeres trans que reportó haber usado condón en su última relación sexual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campañas de comunicación social para el cambio de comportamientos (CSCC) en redes sociales.</li> <li>• Actividades comunitarias como ferias de la salud.</li> <li>• Educación de pares.</li> <li>• Educación en ES incluyendo VICITS.</li> <li>• Programación de adquisición y logística de distribución de condones que considera las condiciones de las MT para su acceso gratuito, incluyendo lubricantes.</li> </ul>	SESAL ONG trabajando en VIH con MT Asociaciones de la Diversidad Sexual Organizaciones comunitarias
	<b>LB:</b> 2018: 41% VICITS, dato programático.  <b>MV:</b> datos programáticos de VICITS.		
28. Aumentar en 10 puntos porcentuales el uso de condón durante las relaciones sexuales de MT en los últimos 30 días.	28.1 Porcentaje de MT que reportó haber usado condón durante sus relaciones sexuales en los últimos 30 días.		SESAL ONG trabajando en VIH con MT Asociaciones de la Diversidad Sexual Organizaciones comunitarias
	<b>LB:</b> establecer línea de base al cierre de 2019 VICITS  <b>MV:</b> datos programáticos		

**Tabla 22.- Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE2, Objetivo 2.2**

<p><b>Objetivo específico 2.2:</b> Aumentar la oferta, el acceso, la cobertura y utilización del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS en aquellos segmentos más vulnerabilizados de la población general y en condiciones específicas de acuerdo a la normativa nacional vigente, en el marco de alcanzar el primer 90 y enfocadas en la búsqueda activa de casos no diagnosticados.</p> <p><u>Resultado clave esperado:</u> OE2.2-RCE. Ampliados el acceso y la cobertura del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS para los segmentos más vulnerables de la población general y en condiciones específicas, en el marco de alcanzar el primer 90, desarrollándose en ambientes amigables y respetuosos con personal capaz y sensibilizado.</p>			
Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
29. Aumentar al 83% el uso de condón en la última relación sexual de garífunas con pareja ocasional.	29.1 Porcentaje de garífunas que reportó haber usado condón en su última relación sexual con pareja ocasional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campañas de comunicación social para el cambio de comportamientos (CSCC) en redes (líderes) comunitarias, específica para población garífuna.</li> <li>• Actividades comunitarias como ferias de la salud.</li> <li>• Educación de pares y estrategias de participación social.</li> <li>• Educación sexual integral a nivel institucional</li> <li>• Programación de adquisición y logística de distribución de condones que considera las condiciones de la población garífuna para su acceso gratuito o subsidiado, incluyendo lubricantes.</li> </ul>	SESAL ONG garífunas y trabajando con población garífuna Asociaciones comunitarias de garífunas AMHON a través de alcaldías en municipios con comunidades garífunas
	<b>LB:</b> 73.1%, estudio epidemia de VIH (ECVC) en Garífunas, 2017.		
	<b>MV:</b> Estudio Epidemia de VIH en Garífunas		
30. Aumentar a 75% el uso de condón en la última relación sexual en hombres de 15 a 24 años, de la población general.	30.1 Porcentaje de hombres de 15 a 24 años de edad que reportó haber usado condón en la última relación sexual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campañas de comunicación social para el cambio de comportamientos (CSCC) en redes sociales.</li> <li>• Actividades comunitarias como ferias de la salud.</li> <li>• Campañas de información y sensibilización en períodos de vacaciones o fiestas nacionales con alta movilización</li> </ul>	CONASIDA SESAL Secretaría de Turismo AHMON Cruz Roja Cuerpo de Bomberos ONG OSC
	<b>LB:</b> ENDESA 2012 (69.8%), se actualizaría con el dato de la ENDESA 2017-2018		
	<b>MV:</b> ENDESA		

**Objetivo específico 2.2:** Aumentar la oferta, el acceso, la cobertura y utilización del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS en aquellos segmentos más vulnerabilizados de la población general y en condiciones específicas de acuerdo a la normativa nacional vigente, en el marco de alcanzar el primer 90 y enfocadas en la búsqueda activa de casos no diagnosticados.

**Resultado clave esperado: OE2.2-RCE.** Ampliados el acceso y la cobertura del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS para los segmentos más vulnerables de la población general y en condiciones específicas, en el marco de alcanzar el primer 90, desarrollándose en ambientes amigables y respetuosos con personal capaz y sensibilizado.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
31. Aumentar a 60% el uso de condón en hombres de población general de 15 a 49 años, en la última relación con persona trabajadora del sexo.	31.1 Porcentaje de hombre de 15 a 49 años de edad que reportó haber usado condón en su última relación sexual con una persona trabajadora del sexo.	de personas (verano saludable, carnavales, feria juniana, semana morazánica).	
	<b>LB:</b> ENDESA 2012 (32%), se actualizaría con el dato de la ENDESA 2017-2018		
	<b>MV:</b> ENDESA		
32. Mantener en por lo menos 45.13% la cobertura de PPL con paquetes definidos de prestaciones y servicios de prevención de VIH e ITS.	32.1 Porcentaje de personas privadas de libertad que reciben paquetes definidos de prestaciones y servicios de prevención de VIH e ITS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación de pares</li> <li>• Estrategias IEC para el uso correcto y consistente del condón</li> <li>• Disponibilidad de condones y lubricantes gratuitos en los centros penitenciarios.</li> </ul>	Instituto Nacional Penitenciario SESAL ONG trabajando el VIH con PPL
	<b>LB:</b> 45.13% Informe PUDR		
	<b>MV:</b> Informe PUDR		
33. Aumentar a por lo menos 35% la cobertura de población garífuna con paquetes definidos de prestaciones y servicios de prevención de VIH e ITS.	33.1 Porcentaje de garífunas que reciben paquetes definidos de prestaciones y servicios de prevención de VIH e ITS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación de pares con promoción de los PDPSP</li> <li>• Promoción y provisión de PDPSP en ES</li> <li>• Registro específico de servicios de promoción y prevención en ES entregados a población garífuna.</li> </ul>	SESAL ONG garífunas y ONG trabajando con población garífuna Asociaciones comunitarias de garífunas
	<b>LB:</b> 28.78% Informe PUDR		

**Objetivo específico 2.2:** Aumentar la oferta, el acceso, la cobertura y utilización del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS en aquellos segmentos más vulnerabilizados de la población general y en condiciones específicas de acuerdo a la normativa nacional vigente, en el marco de alcanzar el primer 90 y enfocadas en la búsqueda activa de casos no diagnosticados.

Resultado clave esperado: OE2.2-RCE. Ampliados el acceso y la cobertura del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS para los segmentos más vulnerables de la población general y en condiciones específicas, en el marco de alcanzar el primer 90, desarrollándose en ambientes amigables y respetuosos con personal capaz y sensibilizado.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
	<b>MV:</b> Informe PUDR		
34. Mantener en 18% el porcentaje de la población garífuna que se hace la prueba de VIH en los últimos 12 meses, o que conoce su resultado.	34.1 Porcentaje de personas garífunas que se realizó la prueba de VIH, en los últimos 12 meses, o que conoce su resultado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción y provisión de las pruebas en VICITS y otros ES mediante las diferentes estrategias de alcance intra y extramuros.</li> <li>• Educación de pares</li> <li>• Ofertar la prueba en otras modalidades basadas en el hogar, en la comunidad, punto de atención</li> <li>• Piloto de pruebas autoadministradas</li> <li>• Aplicar las guías de consejería basada en riesgo</li> <li>• Capacitación de personal en consejería basada en riesgo.</li> <li>• Vigilancia del marco normativo</li> </ul>	SESAL ONG garífunas y ONG trabajando con población garífuna Asociaciones comunitarias de garífunas
	<b>LB:</b> 2017: 24.41% Informe PUDR		
	<b>MV:</b> Informe PUDR		
35. Incrementar a 29.5% el porcentaje de MTS que se hacen la prueba de VIH, en los últimos 12 meses o que conoce el resultado.	35.1 Porcentaje de MTS que se realizó la prueba de VIH, en los últimos 12 meses o que conoce su resultado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación de pares</li> <li>• Capacitación de personal en consejería basada en riesgo</li> <li>• Disponibilidad de pruebas rápidas.</li> <li>• Piloto de pruebas autoadministradas</li> <li>• Ofertar la prueba en otras modalidades basadas en el hogar, en la comunidad, punto de atención</li> </ul>	SESAL ONG trabajando en VIH con MTS Red TRASEX Asociaciones comunitarias
	<b>LB:</b> 2017: 4.2% VICITS		
	<b>MV:</b> Base de datos VICITS		

**Objetivo específico 2.2:** Aumentar la oferta, el acceso, la cobertura y utilización del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS en aquellos segmentos más vulnerabilizados de la población general y en condiciones específicas de acuerdo a la normativa nacional vigente, en el marco de alcanzar el primer 90 y enfocadas en la búsqueda activa de casos no diagnosticados.

Resultado clave esperado: OE2.2-RCE. Ampliados el acceso y la cobertura del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS para los segmentos más vulnerables de la población general y en condiciones específicas, en el marco de alcanzar el primer 90, desarrollándose en ambientes amigables y respetuosos con personal capaz y sensibilizado.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar las guías de consejería basada en riesgo</li> <li>• Vigilancia del marco normativo</li> </ul>	
36. Incrementar a 29.5% el porcentaje de MT que se hace la prueba de VIH, en los últimos 12 meses o que conoce su resultado	36.1 Porcentaje de mujeres trans que se realizó la prueba de VIH, en los últimos 12 meses o que conoce su resultado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación de pares</li> <li>• Capacitación de personal en consejería basada en riesgo</li> <li>• Disponibilidad de pruebas rápidas</li> <li>• Piloto de pruebas autoadministradas</li> <li>• Ofertar la prueba en otras modalidades basadas en el hogar, en la comunidad, punto de atención</li> <li>• Aplicación de normas de consejería</li> <li>• Vigilancia del marco normativo</li> </ul>	SESAL ONG trabajando en VIH con MT Asociaciones comunitarias
	<b>LB:</b> 2017: 5.4% VICITS		
	<b>MV:</b> Base de datos VICITS		
37. Mantener al menos en 26.62% el porcentaje de PPL que se hacen la prueba de VIH, en los últimos 12 meses o que conocen su resultado.	37.1 Porcentaje de personas privadas de libertad que se realizó la prueba de VIH o que conoce su resultado, en los últimos 12 meses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación de pares</li> <li>• Estrategias IEC para el uso correcto y consistente del condón</li> <li>• Notificación asistida de pareja a través de identificación del caso índice utilizando prueba diagnóstica para incidencia VIH.</li> <li>• Disponibilidad de condones y lubricantes gratuitos en los centros penitenciarios.</li> </ul>	INP SESAL ONG trabajando el VIH con PPL
	<b>LB:</b> 26.6%, PUDR 2018		
	<b>MV:</b> Registros de notificación al SII, reportes del INP		

**Objetivo específico 2.2:** Aumentar la oferta, el acceso, la cobertura y utilización del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS en aquellos segmentos más vulnerabilizados de la población general y en condiciones específicas de acuerdo a la normativa nacional vigente, en el marco de alcanzar el primer 90 y enfocadas en la búsqueda activa de casos no diagnosticados.

Resultado clave esperado: OE2.2-RCE. Ampliados el acceso y la cobertura del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS para los segmentos más vulnerables de la población general y en condiciones específicas, en el marco de alcanzar el primer 90, desarrollándose en ambientes amigables y respetuosos con personal capaz y sensibilizado.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
38. Mantener en 47.6%, el porcentaje de hombres de 15-49 años que se ha hecho la prueba de VIH, en los últimos 12 meses, o conoce su resultado.	38.1 Porcentaje de hombres de 15-49 años que se han hecho la prueba de VIH, los últimos 12 meses o conocen su resultado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de las pruebas de VIH en los establecimientos de salud con énfasis en los hombres</li> <li>• Promoción de la prueba durante épocas festivas (verano saludable, carnavales, ferias, etc.) a través de medios masivos y redes sociales</li> <li>• Notificación asistida de pareja en mujeres embarazadas detectadas con VIH</li> <li>• Ofertar la prueba en modalidades basadas en el hogar, en la comunidad, puntos de atención dirigidos a hombres</li> <li>• Aplicar las guías de consejería.</li> <li>• Vigilancia del marco normativo</li> </ul>	SESAL IHSS Sector privado
	<b>LB:</b> ENDESA 2012: 47.6%. Usar el dato actualizado de la ENDESA 2017-18		
	<b>MV:</b> ENDESA		
39. Incrementar en un 4% anual el número de docentes certificados en los centros educativos para impartir educación integral en sexualidad.	39.1 Porcentaje de docentes certificados para impartir educación integral de la sexualidad en centros educativos públicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación y certificación de docentes en las guías aprobadas sobre educación sexual integral.</li> </ul>	SEDUC CONASIDA INICE
	<b>LB:</b> 24,624 docentes capacitados al 2019		
	<b>MV:</b> Informes de capacitación y certificación de docentes		
	40.1 Porcentaje de escuelas públicas donde se imparte educación integral de la		SEDUC CONASIDA



**Objetivo específico 2.2:** Aumentar la oferta, el acceso, la cobertura y utilización del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS en aquellos segmentos más vulnerabilizados de la población general y en condiciones específicas de acuerdo a la normativa nacional vigente, en el marco de alcanzar el primer 90 y enfocadas en la búsqueda activa de casos no diagnosticados.

Resultado clave esperado: OE2.2-RCE. Ampliados el acceso y la cobertura del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS para los segmentos más vulnerables de la población general y en condiciones específicas, en el marco de alcanzar el primer 90, desarrollándose en ambientes amigables y respetuosos con personal capaz y sensibilizado.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
40. Al menos en el 30% de las escuelas públicas se desarrollan las guías sobre educación integral de la sexualidad.	sexualidad (EIS) del total de centros públicos educativos del país.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación y certificación de docentes en las guías aprobadas sobre educación sexual integral.</li> <li>• Educación de pares.</li> <li>• Dotación de las guías y materiales educativos requeridos.</li> <li>• Desarrollar estrategias de involucramiento de los padres o tutores de los alumnos</li> </ul>	INICE
	<b>LB:</b> No hay datos		
	<b>MV:</b> Informes de registro de escuelas públicas que brindan EIS		
41. Al menos el 90% de las PVIH estimadas en el país se han realizado la prueba de VIH y conocen su estado serológico (primer 90).	41.1 Porcentaje de personas que viven con VIH que conoce su estado serológico positivo a la conclusión del período del que se informa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción y provisión de las pruebas VIH en VICITS y otros ES mediante diferentes estrategias de alcance intra y extramuros.</li> <li>• Notificación asistida de parejas.</li> <li>• Ampliación a nivel nacional de la prueba rápida de incidencia a todas las personas con nuevo diagnóstico de VIH</li> <li>• Educación de pares.</li> <li>• Capacitación a personal comunitario en consejería y realización de pruebas rápidas.</li> <li>• Adquisición centralizada de las pruebas rápidas de VIH.</li> <li>• Ofertar la prueba basadas en el hogar y en la comunidad.</li> <li>• Piloto de pruebas autoadministradas.</li> </ul>	SESAL IHSS INP ASONAPVSI DAH Grupos de Autoapoyo Organizaciones comunitarias ONG trabajando en la respuesta de VIH ONG trabajando con población clave
	<b>LB:</b> 60% (2018) Estimaciones Spectrum y datos de la cohorte de PVIH, cascada del continuo de atención		
	<b>MV:</b> Datos programáticos		

**Objetivo específico 2.2:** Aumentar la oferta, el acceso, la cobertura y utilización del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS en aquellos segmentos más vulnerabilizados de la población general y en condiciones específicas de acuerdo a la normativa nacional vigente, en el marco de alcanzar el primer 90 y enfocadas en la búsqueda activa de casos no diagnosticados.

Resultado clave esperado: OE2.2-RCE. Ampliados el acceso y la cobertura del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS para los segmentos más vulnerables de la población general y en condiciones específicas, en el marco de alcanzar el primer 90, desarrollándose en ambientes amigables y respetuosos con personal capaz y sensibilizado.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar las guías de supervisión capacitante en la consejería basada en riesgo.</li> <li>• Capacitación de personal en consejería basada en riesgo.</li> <li>• Actualización, impresión y socialización de documentos normativos para la atención integral de las PVIH.</li> <li>• Vigilancia del marco normativo</li> </ul>	
42. Al menos el 90% de las embarazadas estimadas con VIH conocen su estado serológico, en el último año, durante el embarazo, parto o las primeras 72 horas postparto (primer 90)	<p>42.1 Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con VIH que conoce su estado serológico durante el embarazo, parto o primeras 72 horas postparto a la conclusión del período del que se informa.</p> <p><b>LB:</b> 60.2% (2016) Estimaciones Spectrum y datos programáticos del programa PTMH</p> <p><b>MV:</b> Estimaciones y datos programáticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir al mejoramiento de la cobertura de la atención prenatal.</li> <li>• Promoción de la ETMI Plus en los ES en las RS priorizadas.</li> <li>• Ofertar la prueba utilizando diferentes estrategias: basadas en el hogar y en la comunidad.</li> <li>• Uso de pruebas duales</li> <li>• Estrategia de notificación asistida</li> <li>• Implementación de proyecto piloto de parteras en las cinco (5) Regiones Sanitarias priorizadas.</li> </ul>	<p>SESAL</p> <p>Organizaciones comunitarias</p> <p>Parteras tradicionales</p> <p>Grupos de autoapoyo</p> <p>Clubes de madres</p>
43. Alcanzar una cobertura de al menos 20% con la vacuna de VHB en personas	43.1 Porcentaje de personas de las poblaciones clave nuevas vinculadas a	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de vacunas de HB</li> </ul>	<p>SESAL</p> <p>IHSS</p>

**Objetivo específico 2.2:** Aumentar la oferta, el acceso, la cobertura y utilización del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS en aquellos segmentos más vulnerabilizados de la población general y en condiciones específicas de acuerdo a la normativa nacional vigente, en el marco de alcanzar el primer 90 y enfocadas en la búsqueda activa de casos no diagnosticados.

Resultado clave esperado: OE2.2-RCE. Ampliados el acceso y la cobertura del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS para los segmentos más vulnerables de la población general y en condiciones específicas, en el marco de alcanzar el primer 90, desarrollándose en ambientes amigables y respetuosos con personal capaz y sensibilizado.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
de poblaciones clave nuevas vinculadas a VICITS.	VICITS que han sido vacunadas contra la Hepatitis B.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programación de vacunas de HB que incluya a la población clave.</li> <li>• Promoción de la vacuna integrándola en el paquete de servicios esenciales</li> <li>• Educación de pares</li> </ul>	ONG trabajando con PC Organizaciones de la diversidad sexual Asociaciones comunitarias
	<b>LB:</b> no hay datos		
	<b>MV:</b> Datos programáticos		
44. Aumentar en al menos 80% el porcentaje de embarazadas en control prenatal que se realizan la prueba para detección de Sífilis.	44.1 Porcentaje de mujeres embarazadas en control prenatal que se realizan pruebas de Sífilis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir al mejoramiento de la cobertura y calidad de la atención prenatal.</li> <li>• Promoción y provisión de las pruebas de Sífilis en los ES.</li> <li>• Piloto de uso de pruebas duales (VIH y Sífilis)</li> <li>• Gestión de renglón presupuestario para adquisición de reactivos e insumos para ITS.</li> <li>• Capacitación al personal de salud de las cinco Regiones Sanitarias priorizadas en ETMI Plus.</li> </ul>	SESAL IHSS Organizaciones comunitarias Parteras tradicionales Clubes de madres
	<b>LB:</b> 2018 según GAM hubo un 65.8% de pruebas de Sífilis realizadas en embarazadas		
	<b>MV:</b> datos programáticos.		
45. Reducir a 8.01% los nuevos casos de Sífilis activa en HSH.	45.1 Porcentaje de casos nuevos de Sífilis activa en hombres que tiene sexo con hombres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación de pares.</li> <li>• Capacitación al personal de salud para realización de pruebas de Sífilis.</li> <li>• Promoción y provisión de las pruebas de Sífilis en los ES.</li> </ul>	SESAL IHSS Subsistema privado de salud ONG trabajando en VIH con HSH Organizaciones de la diversidad sexual
	<b>LB:</b> VICITS 2018: 8.9%		

**Objetivo específico 2.2:** Aumentar la oferta, el acceso, la cobertura y utilización del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS en aquellos segmentos más vulnerabilizados de la población general y en condiciones específicas de acuerdo a la normativa nacional vigente, en el marco de alcanzar el primer 90 y enfocadas en la búsqueda activa de casos no diagnosticados.

Resultado clave esperado: OE2.2-RCE. Ampliados el acceso y la cobertura del paquete integral actualizado de prestaciones y servicios de prevención del VIH e ITS para los segmentos más vulnerables de la población general y en condiciones específicas, en el marco de alcanzar el primer 90, desarrollándose en ambientes amigables y respetuosos con personal capaz y sensibilizado.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
	<b>MV:</b> datos programáticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilidad de pruebas rápidas de Sífilis.</li> </ul>	
46. Reducir a 14.45% los nuevos casos de Sífilis activa en MT.	46.1 Porcentaje de casos nuevos de Sífilis activa en mujeres trans.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Educación de pares.</li> <li>Capacitación al personal de salud para realización de pruebas de Sífilis.</li> <li>Promoción y provisión de las pruebas de Sífilis en los ES.</li> <li>Disponibilidad de pruebas rápidas de Sífilis.</li> </ul>	SESAL IHSS Subsistema privado de salud ONG trabajando en VIH con MT Organizaciones de la diversidad sexual
	<b>LB:</b> VICITS 2018: 17%		
	<b>MV:</b> datos programáticos.		
47. Reducir a 2.09% los nuevos casos de Sífilis activa en MTS.	47.1 Porcentaje de casos nuevos de Sífilis activa en mujeres trabajadoras del sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitación al personal de salud para realización de pruebas de Sífilis.</li> <li>Promoción y provisión de las pruebas de Sífilis en los ES.</li> <li>Disponibilidad de pruebas rápidas de Sífilis.</li> </ul>	SESAL IHSS Subsistema privado de salud ONG trabajando en VIH con MTS Red TRASEX
	<b>LB:</b> VICITS 2018: 2.2%		
	<b>MV:</b> Datos programáticos		

**Tabla 23.-** Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE3, Objetivo 3.1

**Objetivo específico 3.1:** Aumentar la oferta y el acceso de los servicios de atención integral con calidad para las PVIH, en el marco de la reforma del sector salud, la estrategia de acceso universal a la salud de la OMS y en el marco de alcanzar el segundo y tercer 90.

Resultado clave esperado OE3.1-RCE. Ampliado el acceso continuo a los servicios de diagnóstico y atención integral con calidad para las PVIH según normas nacionales y lineamientos internacionales, fortaleciendo la vigilancia del marco normativo, la estrategia de acceso universal a salud de la OMS y en el marco de alcanzar el segundo y tercer 90.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
48. Implementado el Plan Nacional Sectorial de Eliminación de la Transmisión Materno infantil de VIH, Sífilis, Hepatitis B y Enfermedad de Chagas (ETMI Plus) en cinco regiones sanitarias prioritizadas.	48.1 Porcentaje de las regiones sanitarias prioritizadas implementando el Plan ETMI Plus.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socialización del plan</li> <li>• Integración de una mesa técnica interdisciplinaria del sector salud para el monitoreo y decisiones sobre los avances del plan</li> <li>• Capacitación del personal de salud</li> <li>• Disponibilidad de insumos.</li> <li>• Vigilancia del marco normativo</li> </ul>	SESAL IHSS sector privado de salud ONG
	<b>LB:</b> sin datos.		
	<b>MV:</b> datos programáticos.		
49. Al menos el 90% de personas con diagnóstico de VIH reciben TAR, anualmente (segundo 90)	49.1 Porcentaje de adultos y niños que reciben terapia antirretroviral entre todos los adultos y niños con VIH a la conclusión del período del que se informa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompañamiento por personal de salud asignado para desarrollar las actividades de vinculación a los SAI.</li> <li>• Atención médica inmediata para inicio rápido de la TAR.</li> <li>• Seguimiento a la implementación de los Lineamientos de Gestión Logística de Medicamentos Antirretrovirales.</li> <li>• Monitoreo a la herramienta SALMI.</li> </ul>	SESAL IHSS INP Sector privado ASONAPVSI DAH Grupos de autoapoyo ONG trabajando en VIH Asociaciones de la Diversidad Sexual Organizaciones basadas en la fe
	<b>LB:</b> 85%, 2018, proyecciones Spectrum y datos de la cohorte de PVIH, cascada del continuo de atención.		

**Objetivo específico 3.1:** Aumentar la oferta y el acceso de los servicios de atención integral con calidad para las PVIH, en el marco de la reforma del sector salud, la estrategia de acceso universal a la salud de la OMS y en el marco de alcanzar el segundo y tercer 90.

Resultado clave esperado OE3.1-RCE. Ampliado el acceso continuo a los servicios de diagnóstico y atención integral con calidad para las PVIH según normas nacionales y lineamientos internacionales, fortaleciendo la vigilancia del marco normativo, la estrategia de acceso universal a salud de la OMS y en el marco de alcanzar el segundo y tercer 90.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
	<p><b>MV:</b> proyecciones Spectrum y datos programáticos de la cohorte de PVIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de documentos normativos para consejería intensificada en adherencia.</li> <li>• Brindar el apoyo psico-social requerido para aceptación del diagnóstico y retención de la PVIH.</li> <li>• Aplicar estándares simplificados en la atención que no requiera visitas frecuentes al SAI en aquellas PVIH adherentes.</li> <li>• Estrategia de navegación para la vinculación.</li> <li>• Visitas domiciliarias para retención y la adherencia.</li> <li>• Implementación de proyecto piloto para entrega de ARV comunitario.</li> <li>• Capacitación en consejería intensificada en adherencia.</li> <li>• Aplicar estrategias con apoyo comunitario, grupos de autoapoyo, educadores de pares para mantener adherencia a la TAR.</li> </ul>	
50. Al menos el 90% de las PVIH que están en TAR suprimen su carga viral a	50.1 Porcentaje de adultos y niños en tratamiento antirretroviral que tienen la carga viral suprimida (<1000 copias/ml) a	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SAI efectúa al menos una CV anual.</li> </ul>	SESAL IHSS INP

**Objetivo específico 3.1:** Aumentar la oferta y el acceso de los servicios de atención integral con calidad para las PVIH, en el marco de la reforma del sector salud, la estrategia de acceso universal a la salud de la OMS y en el marco de alcanzar el segundo y tercer 90.

Resultado clave esperado OE3.1-RCE. Ampliado el acceso continuo a los servicios de diagnóstico y atención integral con calidad para las PVIH según normas nacionales y lineamientos internacionales, fortaleciendo la vigilancia del marco normativo, la estrategia de acceso universal a salud de la OMS y en el marco de alcanzar el segundo y tercer 90.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
<p>menos de 1000 copias/ml, anualmente (tercer 90).</p>	<p>la conclusión del período sobre el que se informa.</p> <p><b>LB:</b> 74%, 2018. Estimaciones Spectrum y datos de la cohorte de VIH, cascada del continuo de atención</p> <p><b>MV:</b> datos de proyección de Sectrum y programáticos de la cohorte de PVIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados de CV de laboratorio central retornan en menos de una semana al SAI.</li> <li>• Asegurar disponibilidad de pruebas de CV</li> <li>• Mejorar la dispensación de TAR basado en el monitoreo de Indicadores de Alerta Temprana en las siguientes áreas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prácticas de prescripción</li> <li>• Pérdida en seguimiento, incluyendo búsqueda comunitaria</li> <li>• Llegar a tiempo a citas</li> <li>• Llegar a tiempo por medicamento</li> <li>• Desabastecimiento de medicamentos</li> <li>• Supresión viral</li> <li>• Cobertura de carga viral</li> </ul> </li> <li>• Implementar el plan estratégico para la vigilancia y abordaje a la resistencia a ARV</li> </ul>	<p>Sector privado</p>

**Objetivo específico 3.1:** Aumentar la oferta y el acceso de los servicios de atención integral con calidad para las PVIH, en el marco de la reforma del sector salud, la estrategia de acceso universal a la salud de la OMS y en el marco de alcanzar el segundo y tercer 90.

Resultado clave esperado OE3.1-RCE. Ampliado el acceso continuo a los servicios de diagnóstico y atención integral con calidad para las PVIH según normas nacionales y lineamientos internacionales, fortaleciendo la vigilancia del marco normativo, la estrategia de acceso universal a salud de la OMS y en el marco de alcanzar el segundo y tercer 90.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
51. Al menos el 90% de las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH reciben TAR, anualmente (segundo 90).	51.1 Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben terapia antirretroviral entre todas las embarazadas con VIH a la conclusión del período del que se informa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir al mejoramiento de la cobertura y calidad de la atención prenatal.</li> <li>• Inicio rápido de la TAR</li> <li>• Vinculación rápida al SAI de la embarazada con VIH una vez detectada.</li> <li>• Brindar el apoyo psico-social requerido para aceptación del diagnóstico y retención de la PVIH.</li> <li>• Aplicar estrategias con apoyo comunitario, grupos de autoapoyo, educadores de pares (parteras) para mantener adherencia a la TAR.</li> <li>• Disponibilidad de los ARV requeridos.</li> </ul>	SESAL IHSS Parteras Grupos de autoapoyo
	<b>LB:</b> 53.8%, 2016. Cascada del continuo de atención de embarazadas con VIH.  <b>MV:</b> Estimaciones Spectrum, cascada del continuo de atención de embarazadas con VIH.		
52. Al menos el 90% de las mujeres embarazadas con VIH en TAR suprimen su carga viral a <1000 copias/ml, anualmente (tercer 90).	52.1 Porcentaje de mujeres embarazadas en tratamiento antirretroviral que tienen la carga viral suprimida (<1000 copias/ml) a la conclusión del período sobre el que se informa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SAI efectúa al menos una CV anual a cada mujer embarazada con VIH</li> <li>• Resultados de CV de laboratorios centrales retornan en menos de una semana al SAI.</li> </ul>	SESAL IHSS
	<b>LB:</b> 24%, 2016. Cascada del continuo de atención de embarazadas con VIH.		



**Objetivo específico 3.1:** Aumentar la oferta y el acceso de los servicios de atención integral con calidad para las PVIH, en el marco de la reforma del sector salud, la estrategia de acceso universal a la salud de la OMS y en el marco de alcanzar el segundo y tercer 90.

Resultado clave esperado OE3.1-RCE. Ampliado el acceso continuo a los servicios de diagnóstico y atención integral con calidad para las PVIH según normas nacionales y lineamientos internacionales, fortaleciendo la vigilancia del marco normativo, la estrategia de acceso universal a salud de la OMS y en el marco de alcanzar el segundo y tercer 90.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
	<b>MV:</b> Estimaciones Spectrum, cascada del continuo de atención de embarazadas con VIH.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar disponibilidad de pruebas de CV.</li> <li>• Implementar el plan estratégico para la vigilancia y abordaje a la resistencia a ARV</li> </ul>	
53. Incrementar la sobrevivencia de PVIH en TAR a los 12 meses de iniciada la misma, en al menos 90%	53.1 Porcentaje de personas con VIH que reciben tratamiento antirretroviral que sobreviven al menos 12 meses después de iniciada la terapia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio rápido de la TARV (primeros siete días después de su diagnóstico), según recomendaciones de OMS.</li> <li>• Vinculación rápida del PVIH una vez detectado a un ES y de éste al SAI, o directamente al SAI.</li> <li>• Fortalecimiento del sistema de referencia respuesta.</li> <li>• Brindar atención con calidad y calidez en la red de servicios en el proceso de vinculación y atención integral.</li> </ul>	SESAL IHSS INP ASONAPVSI DAH Grupos de autoapoyo
	<b>LB:</b> 82%, 2018: reporte GAM		
54. Incrementar la sobrevivencia de PVIH en TAR a los 24 meses de iniciada la misma, en al menos 85%	<b>MV:</b> datos programáticos de la cohorte de PVIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería intensificada en adherencia.</li> <li>• Búsqueda activa de abandonos.</li> <li>• Estrategia de ARV a nivel comunitario.</li> <li>• Espaciamento de la TAR.</li> </ul>	SESAL IHSS INP ASONAPVSI DAH Grupos de autoapoyo
	54.1 Porcentaje de personas con VIH que reciben tratamiento antirretroviral que sobreviven al menos 24 meses después de iniciada la terapia.		
	<b>LB:</b> 73.3%, 2014: reporte GAM		

**Objetivo específico 3.1:** Aumentar la oferta y el acceso de los servicios de atención integral con calidad para las PVIH, en el marco de la reforma del sector salud, la estrategia de acceso universal a la salud de la OMS y en el marco de alcanzar el segundo y tercer 90.

Resultado clave esperado OE3.1-RCE. Ampliado el acceso continuo a los servicios de diagnóstico y atención integral con calidad para las PVIH según normas nacionales y lineamientos internacionales, fortaleciendo la vigilancia del marco normativo, la estrategia de acceso universal a salud de la OMS y en el marco de alcanzar el segundo y tercer 90.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
	<b>MV:</b> datos programáticos de la cohorte de PVIH		
55. 95% de las personas con diagnóstico nuevo por VIH son evaluadas para detección de tuberculosis latente o activa.	55.1 Porcentaje de personas con diagnóstico nuevo de VIH evaluadas para detectar TB latente o activa <b>LB:</b> Línea base 82%, GAM 2018 <b>MV:</b> datos programáticos de registros de establecimientos de salud, y reportes de SIIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación entre los servicios de VIH y TB en los ES</li> <li>• Aplicación de la normativa nacional</li> <li>• Vigilancia del marco normativo</li> <li>• Disponibilidad de pruebas para TB</li> <li>• Capacitación de los profesionales de la salud.</li> </ul>	SESAL IHSS INP Sector privado de salud
56. Reducir a no más de 10% el desabastecimiento de medicamentos ARV durante un período definido.	56.1 Porcentaje de centros de tratamientos que se quedan sin existencia de uno o más medicamentos antirretrovirales durante un período definido <b>LB:</b> 25%, GAM 2018 <b>MV:</b> registros de control de inventario de ULMI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimación de necesidades</li> <li>• Programación</li> <li>• Adquisición y distribución oportuna de ARV</li> </ul>	SESAL IHSS
	57.1 Porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen pruebas rápidas de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimación de necesidades</li> <li>• Programación</li> </ul>	SESAL IHSS

**Objetivo específico 3.1:** Aumentar la oferta y el acceso de los servicios de atención integral con calidad para las PVIH, en el marco de la reforma del sector salud, la estrategia de acceso universal a la salud de la OMS y en el marco de alcanzar el segundo y tercer 90.

Resultado clave esperado OE3.1-RCE. Ampliado el acceso continuo a los servicios de diagnóstico y atención integral con calidad para las PVIH según normas nacionales y lineamientos internacionales, fortaleciendo la vigilancia del marco normativo, la estrategia de acceso universal a salud de la OMS y en el marco de alcanzar el segundo y tercer 90.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
57. Reducir a no más de 5% el desabastecimiento de pruebas rápidas de VIH en el período de reporte.	y que presentó desabastecimiento de pruebas en el período del reporte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adquisición y distribución oportuna de pruebas de VIH</li> </ul>	
	<b>LB:</b> 20%, GAM 2018		
	<b>MV:</b> registros de control de inventario de ULMI y de las Regiones		
58. Reducir el diagnóstico tardío de VIH en adultos y niños en al menos a 20% para CD4 menor de 200 cel./ml y en al menos a 20% para CD4 menor de 350 cel./ml	58.1 Porcentaje de adultos y niños recientemente diagnosticados con VIH con un recuento inicial de células CD4 menor de 200 cel./ml y menor de 350 cel./ml durante el período del que se informa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimación de necesidades</li> <li>Programación</li> <li>Adquisición y distribución oportuna de pruebas CD4</li> <li>Oferta en diferentes modalidades de la prueba rápida de VIH</li> </ul>	SESAL IHSS OSC
	<b>LB:</b> 34.8% informe GAM 2018 (CD4<200), 47.8% GAM 2018 (CD4<350)		
	<b>MV:</b> formato de infecciones oportunistas de los SAI		

**Tabla 24.- Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE3, Objetivo 3.2**

<b>Objetivo específico 3.2:</b> Aumentar la oferta, el acceso y la cobertura de servicios de prevención y atención de la coinfección por Hepatitis B, C, con énfasis en el reforzamiento de la vigilancia y la atención efectiva de la coinfección TB-VIH, así como de otras infecciones oportunistas más comunes.			
<b>Resultado clave esperado:</b> OE3.2-RCE. Mejoradas la calidad y la oportunidad de la prevención y atención de las infecciones oportunistas como resultado del aumento de la oferta, el acceso y la cobertura.			
Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
59. Incrementar al menos al 90% la realización de pruebas para detección de Hepatitis B en PVIH que inician TAR.	59.1 Porcentaje de personas con VIH que inician TAR evaluadas por Hepatitis B.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar, monitorear y evaluar el plan nacional de prevención, atención y vigilancia de las hepatitis virales que incluya la relación con VIH y su manejo.</li> </ul>	SESAL IHSS
	<b>LB:</b> 30%, 2018 Informe GAM		
	<b>MV:</b> Registros de los SAI, informes del SIIS		
60. Al menos el 90% de las PVIH coinfectados con Hepatitis B reciben el manejo conforme a la normativa nacional.	60.1 Porcentaje de personas coinfectadas con VIH y Hepatitis B que reciben el manejo indicado conforme a la normativa nacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar, monitorear y evaluar el plan nacional de prevención, atención y vigilancia de las hepatitis virales que incluya la relación con VIH y su manejo.</li> <li>Vigilancia del marco normativo</li> </ul>	SESAL IHSS
	<b>LB:</b> 57%, 2018. Informe GAM		
	<b>MV:</b> Registros de los SAI, informes del SIIS		
61. Incrementar al menos al 90% la realización de pruebas para detección de hepatitis C en PVIH que inician TAR.	61.1 Porcentaje de personas con VIH que inician tratamiento antirretroviral evaluadas por hepatitis C.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar, monitorear y evaluar el plan nacional de prevención, atención y vigilancia de las hepatitis virales que incluya la relación con VIH y su manejo.</li> <li>Vigilancia del marco normativo</li> </ul>	SESAL IHSS
	<b>LB:</b> 28%, 2018: Informe GAM		
	<b>MV:</b> Registros de los SAI, informes del SIIS		
62. Al menos el 90% de las PVIH coinfectados con hepatitis C reciben	62.1 Porcentaje de personas coinfectadas con VIH y hepatitis C que reciben tratamiento combinado conforme a la normativa nacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar, monitorear y evaluar el plan nacional de prevención, atención y vigilancia</li> </ul>	SESAL IHSS

**Objetivo específico 3.2:** Aumentar la oferta, el acceso y la cobertura de servicios de prevención y atención de la coinfección por Hepatitis B, C, con énfasis en el reforzamiento de la vigilancia y la atención efectiva de la coinfección TB-VIH, así como de otras infecciones oportunistas más comunes.

Resultado clave esperado: OE3.2-RCE. Mejoras la calidad y la oportunidad de la prevención y atención de las infecciones oportunistas como resultado del aumento de la oferta, el acceso y la cobertura.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
tratamiento combinado conforme a la normativa.	<b>LB:</b> 33%, 2018: Informe GAM <b>MV:</b> Registros de los SAI, informes del SIIS	de las hepatitis virales que incluya la relación con VIH y su manejo. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de medicamentos para hepatitis C.</li> </ul>	
63. Incrementar en 10 puntos porcentuales el tratamiento del síndrome de secreción uretral en la población HSH atendida de acuerdo a la normativa nacional.	63.1 Porcentaje de hombres que tiene sexo con hombres con síndrome de secreción uretral que reciben tratamiento de acuerdo a la normativa nacional. <b>LB:</b> no hay datos disponibles, se obtendrán de datos de VICITS en 2020 <b>MV:</b> registros de atención de los establecimientos de salud de ambos niveles de atención, registros de las VICITS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación del personal de salud en el manejo sindrómico de ITS</li> <li>• Socialización de la normativa para el manejo de las ITS sindromática y etiológicamente</li> <li>• Vigilancia del marco normativo</li> <li>• Disponibilidad de los antibióticos requeridos</li> </ul>	SESAL IHSS
64. Incrementar la detección en 20% anual, respecto a la línea de base, del síndrome de secreción uretral en hombres mayores de 15 años de la población general.	64.1. Porcentaje de hombres mayores de 15 años a quienes se les detecta síndrome de secreción uretral, anualmente. <b>LB:</b> 41/100,000 hombres mayores de 15 años. Informe GAM 2018. <b>MV:</b> registros de atención de los establecimientos de salud de ambos niveles de atención, registros de las VICITS		
65. Incrementar en 10 puntos porcentuales el porcentaje de	65.1. Porcentaje de hombres mayores de 15 años con síndrome de secreción uretral que reciben tratamiento en los	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación del personal de salud en el manejo sindrómico de ITS</li> </ul>	SESAL IHSS

**Objetivo específico 3.2:** Aumentar la oferta, el acceso y la cobertura de servicios de prevención y atención de la coinfección por Hepatitis B, C, con énfasis en el reforzamiento de la vigilancia y la atención efectiva de la coinfección TB-VIH, así como de otras infecciones oportunistas más comunes.

**Resultado clave esperado:** OE3.2-RCE. Mejoras la calidad y la oportunidad de la prevención y atención de las infecciones oportunistas como resultado del aumento de la oferta, el acceso y la cobertura.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
hombres mayores de 15 años de la población general con síndrome de secreción uretral que reciben tratamiento en establecimientos de salud conforme a la normativa nacional.	establecimientos de salud, conforme a la normativa nacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socialización de la normativa para el manejo de las ITS sindromática y etiológicamente</li> <li>• Vigilancia del marco normativo</li> <li>• Disponibilidad de los antibióticos requeridos</li> </ul>	
	<b>LB:</b> datos Informe GAM		
	<b>MV:</b> Registros de los establecimientos de salud, incluyendo VICITS. Informes de SIIS		

**Tabla 25.-** Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE4, Objetivo 4.1

**Objetivo específico 4.1** Garantizar la gestión oportuna de información estratégica para la toma de decisiones basadas en evidencia respecto a políticas, programas, proyectos, planes y presupuestos, investigación y rendición de cuentas, relacionados con la respuesta al VIH e ITS.

**Resultado clave esperado:** OE4.1-RCE. Fortalecida la gestión de los sistemas de información estratégica que facilite la toma de decisiones.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
66. Establecido un sistema de vigilancia centinela en hospitales de las primeras cinco causas de infecciones oportunistas en las PVIH, exceptuando la TB pulmonar	66.1 No. de casos de infecciones oportunistas registrados en personas con VIH, exceptuando la TB pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construir un sistema de vigilancia de las infecciones oportunistas de las PVIH.</li> <li>• Integrar el sistema de vigilancia de las infecciones oportunistas de las PVIH en el SIIS.</li> </ul>	CONASIDA SESAL IHSS
	<b>LB:</b> no hay datos		
	<b>MV:</b> Registros de casos de infecciones oportunistas en los hospitales y UVS		

**Objetivo específico 4.1** Garantizar la gestión oportuna de información estratégica para la toma de decisiones basadas en evidencia respecto a políticas, programas, proyectos, planes y presupuestos, investigación y rendición de cuentas, relacionados con la respuesta al VIH e ITS.

**Resultado clave esperado: OE4.1-RCE.** Fortalecida la gestión de los sistemas de información estratégica que facilite la toma de decisiones.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
67. Implementado el Plan de Monitoreo y Evaluación alineado a la Extensión del PENSIDA IV al menos en 80% de los subsectores de la respuesta nacional.	67.1 No. de instituciones que reportan actividades relacionadas con VIH a un sistema único de M&E	<ul style="list-style-type: none"> <li>Socializar y desarrollar el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación de la Extensión del PENSIDA IV.</li> </ul>	CONASIDA SESAL
	<b>LB:</b> no hay datos		
	<b>MV:</b> informes generados a partir del sistema único de M&E		
68. El 100% de las OSC miembros de la CONASIDA y del MCP desarrollan sus planes operativos alineados a la Extensión del PENSIDA IV	68.1 No. de organizaciones de la sociedad civil miembros de la CONASIDA y del MCP con planes operativos alineados a la Extensión del PENSIDA IV.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer parámetros de alineación de los Planes Operativos.</li> <li>Las OSC desarrollan, con asistencia técnica, sus planes operativos alineados a la Extensión del PENSIDA IV.</li> <li>Aplicación del sistema único de M&amp;E</li> </ul>	CONASIDA MCP
	<b>LB:</b> 22%, 2017. Informe de Evaluación Intermedia PENSIDA IV		
	<b>MV:</b> Planes operativos		
69. Agenda de investigación en la respuesta al VIH elaborada de manera participativa con la academia, OSC, organismos de cooperación y otros interesados.	69.1 No. de estudios sobre VIH realizados en función de la agenda de investigación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Armonizar las agendas y prioridades de investigación de la SESAL, la Academia y la OSC.</li> <li>Construir una agenda única de investigación.</li> <li>Desarrollar proyectos de investigación conjunta.</li> </ul>	CONASIDA; SESAL IHSS; Universidades públicas, privadas e Internacionales CONACYT; ONG Agencias de cooperación
	<b>LB:</b> Mapeo de investigaciones en VIH Honduras 2009-2019: 13 estudios		
	<b>MV:</b> Informes de estudios realizados		
70. Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS) en el tema de VIH e ITS funcionando en todos los SAI, VICITS, Laboratorio nacional y regional, con calidad, oportunidad, y armonizado con el sistema único de monitoreo de la respuesta al VIH.	70.1. No. de establecimientos de salud que brindan servicios en VIH e ITS y que reportan al SIIS	<ol style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar el proyecto piloto del SIIS y extenderlo progresivamente, garantizando que tenga la capacidad de seguir longitudinalmente todos los eventos en el continuo de atención del VIH</li> <li>Utilización de un código único de cara los usuarios de los servicios de salud</li> </ol>	SESAL CONASIDA IHSS
	<b>LB:</b> No hay datos		
	<b>MV:</b> Informe del SIIS sobre los establecimientos de salud reportando		

<b>Objetivo específico 4.1</b> Garantizar la gestión oportuna de información estratégica para la toma de decisiones basadas en evidencia respecto a políticas, programas, proyectos, planes y presupuestos, investigación y rendición de cuentas, relacionados con la respuesta al VIH e ITS.			
Resultado clave esperado: OE4.1-RCE. Fortalecida la gestión de los sistemas de información estratégica que facilite la toma de decisiones.			
Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
		3. Establecer los parámetros de integración al SIIS de la información de los VICITS. 4. Desarrollar un Plan de Integración de la información de los VICITS al SIIS.	

**Tabla 26.-** Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE5, Objetivo 5.1

<b>Objetivo específico 5.1</b> Fortalecer la vigilancia y monitoreo de la resistencia a medicamentos de VIH y TB y migración a esquemas de alto costo y baja toxicidad, así como las actividades que favorecen el control de la TB-MDR			
Resultado clave esperado: OE5.1-RCE Fortalecida la vigilancia y el monitoreo de la resistencia a medicamentos de VIH			
Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
71. Elaborado el “Plan nacional de abordaje a la resistencia de los ARV en Honduras”	71.1 Plan nacional revisado y validado multisectorialmente durante el 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisar los resultados de los estudios de resistencia ARV realizados en el país.</li> <li>Conformar un equipo técnico, incluyendo infectólogos y personas de la sociedad civil para definir las actividades del Plan nacional de abordaje a la resistencia de los ARV.</li> </ul>	SESAL IHSS
	<b>LB:</b> no aplica <b>MV:</b> Documento del plan nacional de abordaje a la resistencia ARV		
72. Establecido un sistema de vigilancia a la resistencia ARV	72.1 Sistema de vigilancia implementado y desarrollado a nivel nacional y regional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer los parámetros de vigilancia de resistencia ARV, tanto a nivel central como regional.</li> <li>Definir los instrumentos de vigilancia a la resistencia a ARV.</li> </ul>	SESAL IHSS
	<b>LB:</b> no hay datos <b>MV:</b> Informes generados por el sistema de vigilancia de resistencia ARV		



**Objetivo específico 5.1** Fortalecer la vigilancia y monitoreo de la resistencia a medicamentos de VIH y TB y migración a esquemas de alto costo y baja toxicidad, así como las actividades que favorecen el control de la TB-MDR

**Resultado clave esperado: OE5.1-RCE** Fortalecida la vigilancia y el monitoreo de la resistencia a medicamentos de VIH

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
73. Elaborado un Plan de Migración de pacientes a nuevo esquema de tratamiento basado en TLD (dosis diaria fija que combina Tenofovir, Disoproxilo fumarato, Lamiduvina y Dolutegravir)	73.1 Plan de migración elaborado y aprobado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformar el equipo técnico para elaborar el plan de migración.</li> <li>• Incorporar los ARV necesarios para la migración a nuevos esquemas de tratamiento dentro del listado básico de medicamentos de la SESAL</li> </ul>	SESAL IHSS
	<p><b>LB:</b> no aplica</p> <p><b>MV:</b> Documento del plan de migración</p>		
74. Realizada la investigación de contactos de personas con VIH.	74.1 Estrategia de validación del lineamiento de búsqueda de contactos elaborada y aprobada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir las instituciones que deben estar involucradas en la estrategia de búsqueda de contactos.</li> <li>• Elaborar equipo técnico de trabajo para trabajar en la elaboración de la estrategia.</li> <li>• Involucrar a la ASONAPVSI DAH en la estrategia de búsqueda de contactos de VIH.</li> </ul>	CONASIDA; SESAL IHSS; ASONAPVSI DAH
	<p><b>LB:</b> no hay datos</p> <p><b>MV:</b> Documento de la estrategia de búsqueda de contactos</p>		
75. Actualizadas normas, guías y protocolos nacionales en función al perfil de la resistencia a los ARV	75.1 Normativa, Guías y Protocolos actualizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de normas, guías y protocolos vigentes para identificar las actualizaciones que serán incorporadas.</li> <li>• Trabajar con la Dirección de Normalización de la SESAL para oficializar las actualizaciones de los documentos normativos.</li> </ul>	SESAL IHSS
	<p><b>LB:</b> Guías y protocolos actuales de atención integral del VIH</p> <p><b>MV:</b> Documentos de las guías y protocolos actualizados.</p>		

**Tabla 27.- Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE5, Objetivo 5.2**

<b>Objetivo específico 5.2</b> Fortalecer de los recursos humanos dedicados al VIH y TB a través de su contratación regular, certificación, desarrollo profesional y asignación suficiente.			
<u>Resultado clave esperado: OE5.2-RCE</u> Fortalecidos los recursos humanos dedicados al VIH con capacitación continua y sostenibilidad en sus contrataciones.			
Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
76. Aplicados los convenios firmados ante la SESAL y los proyectos de cooperación para la regularización permanente de la contratación del personal que ya fue absorbido por la SESAL.	76.1 Implementados los cumplimientos de los convenios establecidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir una comisión técnico-legal para la revisión del marco de cooperación externa en VIH.</li> <li>Identificar las plazas cubiertas con fondos de convenios con cooperantes y las necesidades de absorción con fondos públicos.</li> </ul>	SESAL CONASIDA MCP
	<b>LB:</b> Convenios establecidos entre SESAL y cooperantes		
	<b>MV:</b> Documentos de convenios establecidos entre SESAL y cooperantes		
77. Adoptadas las recomendaciones de la OMS sobre servicios diferenciados de atención de VIH de acuerdo a las necesidades y capacidades del país.	77.1 número de recomendaciones de la OMS adoptadas para los servicios diferenciados de atención de VIH.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisar las recomendaciones de la OMS para los servicios diferenciados de atención al VIH.</li> <li>Definir la adopción de recomendaciones de forma progresiva.</li> <li>Incluir las recomendaciones de la OMS en la normativa de atención a las personas con VIH,</li> </ul>	SESAL IHSS OPS-OMS
	<b>LB:</b> no hay datos		
	<b>MV:</b> Listado de recomendaciones adoptadas en el país		
78. Capacitados y certificado el personal de salud y sociedad civil en protocolos del componente de VIH, TB sensible, TB-MDR y comunicación con el paciente con un enfoque de derechos humanos, específicamente contra el estigma y la discriminación.	78.1 Número de personas del sector salud y de la sociedad civil que han sido capacitados y certificados en protocolos de atención al VIH.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diseñar el currículo de capacitación por temas, diferenciado para el personal de salud y para personal de la sociedad civil.</li> <li>Definir los temas obligatorios que deben ser recibidos y aprobados para que el personal de salud y de la sociedad civil logre la certificación.</li> </ul>	SESAL IHSS CONASIDA MCP CONADEH SEDH ASONAPVSI DAH
	<b>LB:</b>		
	<b>MV:</b> Listados de personas capacitadas en protocolos de atención del VIH, del sector salud y de la sociedad civil.		

<p><b>Objetivo específico 5.2</b> Fortalecer de los recursos humanos dedicados al VIH y TB a través de su contratación regular, certificación, desarrollo profesional y asignación suficiente.</p> <p><u>Resultado clave esperado: OE5.2-RCE</u> Fortalecidos los recursos humanos dedicados al VIH con capacitación continua y sostenibilidad en sus contrataciones.</p>			
Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir los tiempos necesarios para que el personal de salud sea capacitado y re-capacitado en sus áreas de trabajo.</li> </ul>	
79. Proveídas oportunidades a los RRHH para que desarrollen una carrera institucional que disminuya las renuncias y la rotación de personal (proyecto piloto)	74.1 Número de personal absorbido con fondos públicos para la atención integral del VIH en la SESAL y en el IHSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incidir en los tomadores de decisión para la absorción de recurso humano en la atención del VIH.</li> <li>Análisis presupuestario en la UPEG de la SESAL para la absorción del personal de salud vinculado a la atención del VIH.</li> <li>Incorporación de fondos de la SESAL en el renglón presupuestario de contratación de personal.</li> </ul>	CONASIDA; SESAL IHSS
	<p><b>LB:</b></p> <p><b>MV:</b> Listado de personal incorporado en la planilla de personal de la SESAL y del IHSS para atender el VIH</p>		

**Tabla 28.-** Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE5, Objetivo 5.3

<p><b>Objetivo específico 5.3</b> Asegurar la sostenibilidad de la adquisición de insumos incluyendo ARV, pruebas de carga viral, e insumos para el diagnóstico de VIH y TB a través de fuentes públicas</p> <p><u>Resultado clave esperado: OE5.3-RCE</u> Adquiridos los ARV, la carga viral e insumos para el diagnóstico de VIH con fondos públicos.</p>			
Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
80. Consolidado el plan de transición de compras de ARV e insumos (incluyendo CV, CD4, pruebas de diagnósticos, PCR, genotipo y reactivos)	<p>80.1 Plan de compras centralizado aprobado.</p> <p>80.2 Plan de movilización con las partidas presupuestarias de la SESAL identificadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar el plan de transición de compras de VIH (medicamentos, insumos de laboratorio, equipo necesario)</li> </ul>	SESAL CONASIDA MCP

<b>Objetivo específico 5.3</b> Asegurar la sostenibilidad de la adquisición de insumos incluyendo ARV, pruebas de carga viral, e insumos para el diagnóstico de VIH y TB a través de fuentes públicas			
<u>Resultado clave esperado: OE5.3-RCE</u> Adquiridos los ARV, la carga viral e insumos para el diagnóstico de VIH con fondos públicos.			
Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
de Gene-Xpert) y la adquisición centralizada de pruebas diagnósticas con fondos públicos	<b>LB:</b> no aplica <b>MV:</b> Documentos de plan de compras centralizado aprobado y del plan de movilización con partidas presupuestarias de la SESAL identificadas.		
81. Gestionar nuevos mecanismos de compra nacionales e internacionales para obtener precios de referencia de medicamentos de ARV (incluyendo lo de mayor impacto financieros – 3er línea)	81.1 Resolución de Acuerdo Ministerial para los nuevos mecanismos de compra. <b>LB:</b> no hay datos <b>MV:</b> Documento del Acuerdo Ministerial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar el Mecanismo de Fondo Rotatorio de la OPS para las comprar de ARV e insumos críticos para la atención del VIH con fondos nacionales.</li> <li>• Gestionar la utilización del mecanismo de compras del Fondo Mundial (PSM) con fondos nacionales.</li> <li>• Definir lista de proveedores nacionales pre-calificados para la adquisición de necesidades para VIH.</li> </ul>	SESAL IHSS OPS-OMS MCP CONASIDA

**Tabla 29.-** Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE5, Objetivo 5.4

<b>Objetivo específico 5.4</b> Incrementar el financiamiento de fuentes nacionales destinadas a prevención de VIH y TB.			
<u>Resultado clave esperado: OE5.4-RCE</u> Incrementado de forma sostenible con fondos públicos y del sector privado, el financiamiento para la prevención del VIH.			
Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
82. Elaborado un plan de movilización de fuentes nacionales para financiar las intervenciones de prevención e	82.1 Plan de movilización de fuentes nacionales elaborado y aprobado. <b>LB:</b> no aplica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir las actividades clave de prevención de VIH que serán incluidas en el plan de movilización de fuentes</li> </ul>	SESAL IHSS CONASIDA

**Objetivo específico 5.4** Incrementar el financiamiento de fuentes nacionales destinadas a prevención de VIH y TB.

Resultado clave esperado: OE5.4-RCE Incrementado de forma sostenible con fondos públicos y del sector privado, el financiamiento para la prevención del VIH.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
insumos de VIH y TB con recursos de la SESAL, la Seguridad Social y/o alianzas con el sector privado	<b>MV:</b> Documento del plan de movilización de fuentes nacionales para financiar la prevención del VIH.	nacionales de la SESAL, IHSS y sector privado. <ul style="list-style-type: none"> <li>Armonizar los fondos públicos y del sector privado para cubrir las actividades de prevención del VIH definidas en el PENSIDA IV Extendido.</li> </ul>	MCP COHEP ONG que trabajan en VIH
83. Fortalecer la implementación del Paquete específico de prestaciones y servicios para el abordaje integral de las ITS y VIH en poblaciones clave (julio 2015) que establece el paquete mínimo de prevención combinada para VIH en población general y clave, de acuerdo a la cartera de servicios de los Establecimientos de Salud, con miras a la institucionalización y financiamiento por la SESAL y el IHSS	83.1 Número de servicios de atención al VIH de la SESAL, el IHSS, las ONG y sector privado que implementan el paquete específico de prestaciones y servicios para el abordaje integral de ITS y VIH. 83.2 Número de clínicas VICITS funcionando LB: no hay datos <b>MV:</b> Listado de servicios que implementan el paquete específico de prestaciones y servicios del abordaje de integral de las ITS y VIH. Listado de clínicas VICITS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar el paquete específico de prestaciones y servicios para el abordaje integral de ITS y VIH en los servicios de salud de la SESAL, IHSS, ONGs y Sector Privado en forma progresiva.</li> <li>Implementar nuevas clínicas VICITS a nivel nacional.</li> </ul>	SESAL IHSS ONGs que trabajan en VIH COHEP MCP CONASIDA
84. Garantizar recursos (humanos, de infraestructura, logísticos, medicamentos e insumos y reactivos) para el fortalecimiento de los servicios amigables, VICITS y horarios extendidos	84.1 Mapeo de los recursos humanos disponibles para los servicios de salud. 84.2 Plan de capacitación del recurso humano según su rol dentro de los servicios de salud elaborado. LB no datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar el mapeo de recursos humanos disponibles.</li> <li>Elaborar el plan de capacitación del recurso humano de los servicios amigables, VICITS.</li> </ul>	SESAL IHSS ONG OPS-OMS MCP CONASIDA

**Objetivo específico 5.4** Incrementar el financiamiento de fuentes nacionales destinadas a prevención de VIH y TB.

Resultado clave esperado: OE5.4-RCE Incrementado de forma sostenible con fondos públicos y del sector privado, el financiamiento para la prevención del VIH.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
	<p><b>MV</b> Listado de clínicas VICITS funcionando con personal, equipo e insumos para atender a población clave. Listado de Servicios amigables funcionando</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir el rol de cobertura de los servicios considerando horarios extendidos según necesidad.</li> </ul>	
<p>85. Crear líneas presupuestarias para cubrir los compromisos de cofinanciamiento de las pruebas CD4, PDR, carga viral, leche infantil, inversiones en reactivos ITS, insumos de laboratorio, cartuchos Gene-Xpert, respiradores N95, suplemento alimenticio para pacientes con TB-DR, control de infecciones de TB, así como para la prevención de VIH y TB a través de la prestación de servicios por parte de las OSCs</p>	<p>85.1 Líneas presupuestarias definidas en el presupuesto de la SESAL 2020</p> <p><b>LB:</b></p> <p><b>MV:</b> Presupuesto de la SESAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabajar con el equipo de la UPEG de la SESAL para incorporar en el presupuesto de la SESAL los ARV, insumos y reactivos de laboratorio, equipo, leche maternizada y todo lo correspondiente a la atención integral del VIH, ITS y coinfección TB-VIH.</li> </ul>	<p>SESAL IHSS OPS-OMS MCP CONASIDA</p>

**Tabla 30.** Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE5, Objetivo 5.5

<b>Objetivo específico 5.5</b> Reducir el estigma y la discriminación hacia la población clave.			
<u>Resultado clave esperado: OE5.5-RCE</u> Reducido el estigma y la discriminación hacia la población clave.			
Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
86. Realizada una alianza estratégica entre la SEDH, AMHON, el CONADEH y el Instituto Penitenciario para que se implementen acciones en defensa de los Derechos Humanos de las personas privadas de libertad con TB – con participación y acompañamiento de la sociedad civil	86.1 Convenio de la alianza estratégica entre la SEDH, AMHON, CONADEH e Instituto Penitenciario firmado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformar equipo técnico-político de las instituciones involucradas para elaborar el Convenio de alianza estratégica.</li> <li>• Elaborar el Convenio</li> <li>• Elaborar el Plan de Trabajo</li> </ul>	SEDH AMHON CONADEH Instituto Peniteciario CONASIDA
	86.2 Plan de Trabajo elaborado y aprobado.		
	<b>LB:</b> no aplica		
	<b>MV:</b> Documento del Convenio Documento del Plan de Trabajo		
87. Implementadas y monitoreadas las acciones del Plan de Reducción de Obstáculos Relacionados con los Derechos Humanos al Acceso a los Servicios de VIH, Plan Quinquenal 2019-2023	87.1 Reportes semestrales de los avances en la implementación del Plan de Derechos Humanos (escritos) y presentados al MCP y CONASIDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformar equipo de monitoreo y evaluación del Plan de reducción de Obstáculos Relacionados con los Derechos Humanos</li> </ul>	MCP CONASIDA SESAL SEDH CONADEH Instituto Penitenciario ASONAPVSI DAH ONGs LGTBI y garífunas
	<b>LB:</b> no hay datos		
	<b>MV:</b> Informes semestrales de los avances de la implementación del Plan de Derechos Humanos.		

**Tabla 31.- Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE5, Objetivo 5.6**

<b>Objetivo específico 5.6</b> Fortalecer a nivel financiero y operativo de las OSC's trabajando en VIH y TB			
<u>Resultado clave esperado: OE5.6-RCE</u> Fortalecidas las OSC's desde el punto de vista financiero y operativo.			
Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
88. Fortalecida y reestructurada la CONASIDA para que pueda fungir como mecanismo coordinador y gestor de recursos financieros para OSC	88.1 Reglamento de la CONASIDA modificado, aprobado y socializado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar la actualización del Reglamento de la CONASIDA.</li> <li>Aprobar Reglamento de la CONASIDA por el nivel técnico y político de la misma.</li> </ul>	CONASIDA
	<b>LB:</b> Reglamento vigente de la CONASIDA		
	<b>MV:</b> Documento del Reglamento de CONASIDA modificado y aprobado.		
89. Desarrolladas políticas y normas para que el sector privado financie las OSC complementando el financiamiento público, incluidos incentivos a través de donaciones y exoneración de impuestos	89.1 Normativa para que el sector privado financie a las OSC y plan de incentivos para los empresarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar las políticas y normas del sector privado para financiar las OSC.</li> <li>Armonizar los fondos públicos y los fondos provenientes del sector privado para financiar las OSC.</li> <li>Elaborar un plan de incentivos para el sector privado que les genere beneficios al financiar a las OSC.</li> </ul>	CONASIDA MCP COHEP
	<b>LB:</b> no hay datos		
	<b>MV:</b> Documentos de las normas del sector privado para financiar las OSC		
90. Mejorada la relación, comunicación y enlace con el Consejo Hondureño de la Empresa Privada, para explorar oportunidades de financiamiento privado y de proyectos conjuntos especialmente en discriminación laboral	90.1 Membresía del COHEP dentro de CONASIDA mantiene comunicación expedita con los miembros de la CONASIDA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar estrategia de comunicación del COHEP en el marco de la CONASIDA.</li> <li>Nombrar el enlace técnico del COHEP ante la CONASIDA.</li> </ul>	CONASIDA MCP COHEP
	90.2 Estrategia de comunicación del COHEP en el marco de la CONASIDA elaborada.		
	<b>LB:</b> no aplica		
	<b>MV:</b> Ayudas memoria Minutas del reuniones		



<b>Objetivo específico 5.6</b> Fortalecer a nivel financiero y operativo de las OSC's trabajando en VIH y TB			
Resultado clave esperado: OE5.6-RCE Fortalecidas las OSC's desde el punto de vista financiero y operativo.			
Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
	Documento de la Estrategia de Comunicación del COHEP en el marco de la CONASIDA		
91. Demandadas las responsabilidades del gobierno en la prestación de servicios de salud y los servicios sociales en TB/VIH a través de un "Plan de Incidencia Política de la Sociedad Civil"	91.1 Plan de incidencia política de la sociedad civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar el plan de incidencia política con el concurso de todos los miembros de la sociedad civil ante al CONASIDA.</li> </ul>	CONASIDA en el nivel político ASONAPVSI DAH OSC miembros de la CONASIDA. MCP
	<b>LB:</b> no hay datos <b>MV:</b> Documento del plan de incidencia política.		
92. Desarrollado un programa nacional de apoyo y sostenimiento institucional y operacional de las OSC con financiamiento público, privado, y externo	92.1 Cantidad de recursos públicos, privados y externos para financiar a las OSC, clasificados por categoría de costos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar un análisis de costos homologados para el financiamiento de las actividades de las OSC.</li> <li>Armonizar los presupuestos del nivel público, privado y externo que serán utilizados para financiar a las OSC.</li> </ul>	CONASIDA MCP
	<b>LB:</b> No aplica <b>MV:</b> Documentos de presupuestos destinados a financiar OSC del nivel público, privado y externo.		

**Tabla 32.-** Metas, Indicadores, Intervenciones Estratégicas y Responsable para el AE5, Objetivo 5.7

<b>Objetivo específico 5.7</b> Mejorar la rendición de cuentas y capacidad técnica de alto nivel para los servicios de VIH y TB			
Resultado clave esperado: OE5.7-RCE Mejorada la rendición de cuentas por todas las instancias encargadas de implementar las actividades del PENSIDA IV 2020-2024 Extendido.			
Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
93. Reactivadas las instancias directas dentro de la SESAL	93.1 Re-estructurado el Programa Nacional del VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modificar el Desarrollo Organizacional de la SESAL para re-estructurar</li> </ul>	SESAL SEFIN

**Objetivo específico 5.7** Mejorar la rendición de cuentas y capacidad técnica de alto nivel para los servicios de VIH y TB

Resultado clave esperado: OE5.7-RCE Mejorada la rendición de cuentas por todas las instancias encargadas de implementar las actividades del PENSIDA IV 2020-2024 Extendido.

Meta/Resultado Esperado	Indicador/LB/Medios de verificación	Intervención Estratégica	Responsable
responsables de la coordinación de las acciones en VIH y TB	<b>LB:</b> Desarrollo Organizacional de la SESAL vigente	nuevamente el Programa Nacional de VIH <ul style="list-style-type: none"> <li>Definir la estructura del Programa Nacional de VIH.</li> <li>Definir el presupuesto del Programa Nacional de VIH.</li> <li>Canalizar el recurso humano del Programa Nacional de VIH.</li> </ul>	CONASIDA MCP
	<b>MV:</b> Acuerdo Ministerial de reestructuración del Programa Nacional de VIH dentro del Desarrollo Organizacional de la SESAL.		
94. Establecido el monitoreo de la Estrategia de Sostenibilidad con el apoyo a través de la Secretaría de Coordinación General de Gobierno.	94.1 Incluir indicadores clave, definidos por CONASIDA para el seguimiento de la Estrategia de Sostenibilidad por la Secretaría de Coordinación General de Gobierno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinar la implementación de la Estrategia de sostenibilidad por la CONASIDA.</li> <li>Definir equipo técnico de monitoreo y evaluación de la Estrategia de Sostenibilidad.</li> </ul>	CONASIDA MCP SCGG
	<b>LB:</b> no hay datos		
	<b>MV:</b> Set de indicadores de la Estrategia de Sostenibilidad.		
95. Establecidos los marcos de desempeño para VIH y TB en el nivel regional, incluyendo las metas para lograr la Estrategia 90-90-90 por cada región del país.	Indicadores definidos en objetivos específicos 2.1, 2.2 y 3.1 del PENSIDA IV Extendido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Este resultado esperado está planteado dentro de los objetivos específicos 2.1, 2.2 y 3.1 de este PENSIDA IV Extendido</li> </ul>	SESAL CONASIDA
	<b>LB:</b> no aplica		
	<b>MV</b>		

## V. BIBLIOGRAFIA

1. INE. www.ine.gob.hn. [Online].; 2019 [cited 2019 Mayo. Available from: <https://www.ine.gob.hn/index.php/25-publicaciones-ine.html>.
2. Datos Macro. datosmacro. [Online].; 2018 [cited 2019 Mayo. Available from: <https://datosmacro.expansion.com/idh>.
3. Datos Macro. datosmacro. [Online].; 2018 [cited 2019 Mayo. Available from: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/honduras>.
4. INE. INE Estimaciones Poblacionales. [Online].; 2017 [cited 2019 Mayo. Available from: <https://www.ine.gob.hn/images/Productos%20ine/ANUARIOS%20SEN/Anuario%20Electronico%20SEN%202013%202017/2AspectosDemograficos.html>.
5. PEPFAR, USAID/PASCA, SESAL. Estudio de Medición del Gasto en Sida, (MEGAS). Estudio. Tegucigalpa MDC 2016.
6. INE. INE Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples. Informe Encuesta. Tegucigalpa MDC 2018.
7. INE Honduras. Cifras de país. Encuesta de Hogares. 2016.
8. Secretaria de Finanzas, Honduras. congresonacional.hn. [Online].; 2018 [cited 2019 Julio 19. Available from: <http://congresonacional.hn/wp-content/uploads/2017/11/Disposiciones-2018.pdf>.
9. El Heraldo Honduras. Población Joven Honduras. El Heraldo. 2018.
10. ONU. social.un.org Adultos Mayores en Honduras. [Online].; 2017 [cited 2019 Mayo. Available from: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/fourth/Honduras.pdf>.
11. CEPAL. CEPAL Proyecciones Demográficas. [Online].; 2017 [cited 2019 MAyo. Available from: <https://www.cepal.org/es/temas/proyecciones-demograficas/estimaciones-proyecciones-poblacion-total-urbana-rural-economicamente-activa>.
12. FEREMA. Informe del Sistema Educativo, Honduras. Tegucigalpa MDC; 2017.

13. La Tribuna. Población Económicamente Activa. La Tribuna. 2018.
14. CONASIDA. Plan estratégico nacional de respuesta al VIH/SIDA 2015-2019 (PENSIDA IV). Plan Estratégico Nacional. Tegucigalpa MDC; 2014.
15. SESAL RUPS. RUPS 2018. Base de datos. Tegucigalpa MDC; Área de sistema de información; 2018.
16. IHSS. Unidades de salud. Tegucigalpa MDC: IHSS, Departamento de Estadísticas; 2018.
17. SESAL UVS. Informe estadístico de la epidemia de VIH en Honduras, periodo 1985 diciembre 2018. Tegucigalpa MDC; 2019.
18. INE Honduras Estimación poblacional 2015-2020. ine.gob.hn. [Online].; 2015 [cited 2019 Mayo. Available from: [www.ine.gob.hn](http://www.ine.gob.hn)].
19. SESAL UVS. Análisis de la situación Epidemiológica de las infecciones de Transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana en Honduras 2013-2017. Informe anual. Tegucigalpa MDC: SESAL, Unidad de Vigilancia de la Salud; 2018.
20. SESAL, UVG, PEPFAR. Informe de Modalidades VICITS Ampliado. Años 2006-2018. Análisis de la estrategia VICITS en Honduras. Tegucigalpa MDC; 2019.
21. OPS OMS. Informe de la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil de VIH y de la Sífilis, 2014-2016. Tegucigalpa MDC; 2017.
22. OPS/OMS. Informe de la Estrategia de Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil de VIH y de la Sífilis en Honduras, 2014-2016. Tegucigalpa MDC; 2017.
23. CONASIDA. PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE RESPUESTA AL VIH Y SIDA EN HONDURAS, PENSIDA III. Plan Nacional. Tegucigalpa MDC; 2007.
24. DHS. ENDESA 2012, Resumen Ejecutivo. [Online].; 2013 [cited 2019 julio 8. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/GF28/GF28.pdf>].
25. INE ENDESA 2012. www.revistazo.biz. [Online].; 2012 [cited 2019 Julio 23. Available from: [http://www.revistazo.biz/web2/docs/HondurasENDESA2011\\_2012.pdf](http://www.revistazo.biz/web2/docs/HondurasENDESA2011_2012.pdf)].

- 26 SESAL, ONUSIDA, Fondo Mundial, CPTRT. Índice de estigma y discriminación en población Garífuna en Honduras. Resumen Ejecutivo. Resultados Preliminares. ; 2015.
- 27 SESAL, ONUSIDA, Fondo Mundial, CPTRT. Índice Compuesto de Estigma y Discriminación en Poblaciones Clave en personal de la SESAL, Secretaría de Seguridad y Policía Municipal en Municipios Intervenidos por el Fondo Mundial, fase II. Informe Final. Tegucigalpa MDC;; 2015.
- 28 SESAL, ONUSIDA, Fondo Mundial. Medición del Porcentaje de Estigma y Discriminación en Personas con VIH de Honduras, basado en el informe de Fundación Llaves y revisión documental. Informe Final. Tegucigalpa MDC;; 2016.
- 29 INE ENDESA 2012 Informe Resumen. dhsprogram.com. [Online].; 2012 [cited 2019 Julio 22. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/sr200/sr200.pdf>.
- 30 SESAL ECVC 2012. Encuesta de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencias de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en poblaciones clave de Honduras 2012 (ECVC). Encuesta. Tegucigalpa MDC;, Departamento de ITS VIH/SIDA.
- 31 PASMO/PSI. Estudio TRaC de monitoreo de comportamientos sexuales saludables entre trabajadoras sexuales femeninas en la Ciudad de Francisco Morazán, San Pedro Sula y La Ceiba. Reporte resumen TRaC. Tegucigalpa MDC: PASMO, División de investigación y métricas; 2017.
- 32 OPS/OMS. Informe de línea de base final sobre el perfil de país, con respecto a la situación actual de las hepatitis virales A, B y C y la respuesta del Sector Salud para su control en Honduras. Línea de base. Tegucigalpa MDC;; 2017.
- 33 SESAL GAM. GAM 2018 actualizado al 30 de junio 2019. Actualización junio 2019. Tegucigalpa MDC;; 2019.
- 34 SESAL PAI. Plan de acción del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Tegucigalpa MDC;, Programa Ampliado de Inmunizaciones; 2014.
- 35 PAHO Hepatitis B and C in the Spotlight. A public health response in the Americas. iris.paho.org. [Online].; 2016. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31449/9789275119297-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y; C>.

- 36 PAHO. [www.paho.org/data](http://www.paho.org/data). [Online].; 2018 [cited 2019 mayo. Available from: <http://www.paho.org/data/index.php/es/temas/inmunizaciones/299-cobertura-vacunacion-por-vacuna.html>].
- 37 WHO CACU. [origin.who.int/cancer](http://origin.who.int/cancer). [Online].; 2018 [cited 2019 mayo. Available from: [http://origin.who.int/cancer/country-profiles/hnd\\_es.pdf](http://origin.who.int/cancer/country-profiles/hnd_es.pdf)].
- 38 ONUSIDA Reportaje CACU y VIH. [unaids.org/es/resources/presscentre](https://www.unaids.org/es/resources/presscentre). [Online].; 2018 [cited 2019 mayo. Available from: <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2018/october/cervical-cancer-and-hiv>].
- 39 SESAL Mapeo programático. ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE POBLACIONES CLAVE CON MAYOR RIESGO DE EXPOSICIÓN AL VIH EN HONDURAS MEDIANTE LA METODOLOGÍA DE MAPEO PROGRAMÁTICO. Informe final. Tegucigalpa MDC.; 2015.
- 40 Tallada J. Honduras HIV Type 1 Evaluation Report. Reporte de evaluación. Washington, DC.; APMG Health; December 2018.
- 41 PSI. Estudio MAP para evaluar la penetración y el abordaje total del mercado de condones y lubricantes en zonas de alto riesgo en Cortés, Atlántida, Yoro y Francisco Morazán. Informe de estudio. Tegucigalpa MDC: PSI, División de investigación y métricas; 2017.
- 42 OPS/OMS, ONUSIDA, UNICEF, PEPFAR, SESAL. Misión técnica de Evaluación integral conjunta de la respuesta del sistema de salud a la infección por el VIH y las ITS y apoyo técnico hacia la innovación, la ampliación y la sostenibilidad. Informe Final. Tegucigalpa MDC.; 2017.
- 43 Fondo Mundial de lucha contra sida, malaria y tuberculosis. Subvención: Servicios de salud integrados de VIH e ITS para poblaciones clave y vulnerables en Honduras, 2015-2019. Tegucigalpa MDC.; 2015.
- 44 SESAL Dirección General de Redes de Servicios. 2019. Informe mensual. Tegucigalpa MDC: SESAL, Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención.
- 45 Resolución CD55.R5. OPS/OMS. ETMI Plus. Marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la Sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. Resolución. Tegucigalpa MDC: OPS(OMS); 2017.
- 46 SESAL. Lineamientos de la Gestión Logística de los Medicamentos Antirretrovirales. Tegucigalpa MDC. , DGN; 2019. Report No.: LN24:2019.
- 47 SESAL. Reporte preliminar de indicadores GAM. Reporte. Tegucigalpa MDC.; 2018.

- 48 SESAL, UVG, PEPFAR. Inicio Rápido de Terapia Antirretroviral en SAI Hospital Escuela Universitario y Alonso Suazo. Tegucigalpa MDC.; 2018.
- 49 SESAL. Proyecto para la implementación del servicio de entrega del tratamiento antirretroviral en el ámbito comunitario. Proyecto. Tegucigalpa MDC.; 2019.
- 50 SESAL. Encuesta de resistencia del VIH a los medicamentos antirretrovirales en Honduras, 2016-2017. Informe Final. Tegucigalpa MDC.; 2018.
- 51 SESAL. Lineamiento técnico-operativo para la implementación de los modelos de integración de la atención TB y VIH para optimizar el manejo de la persona coinfectada. Tegucigalpa. Lineamientos técnicos. Tegucigalpa MDC.; 2017.
- 52 SESAL. Guía de Manejo Clínico de la Coinfección TB/VIH. Guía Manejo Clínico. Tegucigalpa MDC.; DGN; 2018.
- 53 UNAH HEU. Coinfección de Hepatitis B y C en Pacientes VIH y factores asociados. Investigación. Tegucigalpa MDC.; 2014.
- 54 SESAL. Plan Nacional de Acción para la Prevención y Control de las Hepatitis Virales. Honduras 2019-2024. Plan Nacional. Tegucigalpa MDC.
- 55 SESAL Universidad del Valle Guatemala. Plan estratégico nacional de vigilancia y resistencia a los ARV 2019-2023. Plan nacional. Tegucigalpa MDC.; 2019.
- 56 Pharos Global Health Advisors y Bitrán y Asociados. Estrategia de la Sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH/sida y a la TB en Honduras. Ruta Crítica del Plan de Trabajo para la Sostenibilidad. Informe técnico. Tegucigalpa MDC.; 2019.
- 57 OMS. VIH/sida. Nota Descriptiva. Tegucigalpa MDC.; 2018.
- 58 NU. Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030. , Asamblea General. Report No.: 70/266.
- 59 WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: what's new" Policy brief. Ginebra.; 2015.

- 60 SESAL. Lineamientos técnicos para la vigilancia centinela y control de las infecciones de transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana. En hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres trans y mujeres trabajadoras sexuales. Tegucigalpa MDC; 2017.
- 61 SESAL. Encuesta de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencias de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en poblaciones clave de Honduras 2012 (ECVC). Encuesta. Tegucigalpa MDC; Departamento de ITS VIH/SIDA.
- 62 SESAL. ENDESA 2012. [Online].; 2013 [cited 2019 julio 8. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/GF28/GF28.pdf>.
- 63 USAID/PASCA. Estigma y discriminación asociados al VIH. Encuesta de opinión. Informe de país. Tegucigalpa MDC: PASCA; 2016.
- 64 SESAL, PEFPFAR, UVG. Resultados evaluaciones basales de red de servicios de carga viral de VIH. Presentación ppt. Tegucigalpa MDC; 2019.
- 65 CONASIDA. Informe de Evaluación Intermedia del PENSIDA IV. ; 2017.



## V. ANEXOS

### ANEXO 1.- Resumen Estimaciones y Proyecciones Epidemia de VIH

**Tabla 26.-** Estimaciones del número de PVIH, nuevas infecciones, incidencia y mortalidad según sexo. Honduras 2018-2025.

Variable/Año	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Población de VIH								
Total	23,142	23,112	23,131	23,235	23,360	23,476	23,580	23,654
Hombres	13,825	13,889	14,021	14,168	14,310	14,435	14,545	14,629
Mujeres	9,317	9,223	9,110	9,067	9,050	9,040	9,035	9,025
Prevalencia (15 a 49)	0.33	0.32	0.3	0.29	0.28	0.27	0.26	0.25
Número (No.) de nuevas infecciones de VIH								
Total	796	773	712	659	608	564	528	479
Hombres	548	535	494	458	423	392	367	333
Mujeres	248	238	218	201	185	172	161	146
Incidencia por cada 1000								
Total	0.09	0.08	0.07	0.07	0.06	0.06	0.05	0.05
Hombres	0.12	0.12	0.1	0.1	0.09	0.08	0.07	0.07
Mujeres	0.05	0.05	0.05	0.04	0.04	0.03	0.03	0.03
Muertes anuales por sida								
Total	776	692	580	438	363	324	293	268
Hombres	538	396	285	231	198	180	166	154
Mujeres	238	297	295	207	165	144	127	114
Muertes acumuladas por sida								
Total	56,456	57,148	57,728	58,166	58,529	58,853	59,146	59,414
Hombres	40,529	40,924	41,209	41,440	41,638	41,818	41,984	42,138
Mujeres	15,927	16,224	16,519	16,726	16,891	17,035	17,162	17,276
Mortalidad a causa del sida por cada 100.000								
Total	8.28	7.27	5.99	4.46	3.64	3.2	2.86	2.57
Hombres	11.54	8.35	5.91	4.72	3.98	3.58	3.25	2.97
Mujeres	5.05	6.21	6.07	4.2	3.3	2.83	2.46	2.18

Número total de muertes en la población que vive con el VIH								
Total	872	790	680	542	470	436	411	392
Hombres	608	467	359	308	278	264	254	246
Mujeres	268	328	326	240	198	178	164	152
No. total de muertes no relacionadas con el Sida en la población que vive con el VIH								
Total	101	103	106	109	113	119	124	130
Hombres	70	72	74	77	80	84	88	92
Mujeres	31	31	32	32	33	35	36	38
No. total de muertes no relacionadas con el sida en personas que viven con el VIH que reciben TAR								
Total	57	65	73	83	91	100	111	122
Hombres	37	45	52	58	64	71	78	86
Mujeres	21	19	22	24	27	29	33	36
No. total muertes no relacionadas con el Sida en personas que viven con el VIH que no reciben TAR								
Total	43	38	32	27	23	19	14	9
Hombres	33	27	23	19	16	13	10	6
Mujeres	10	12	10	8	7	5	4	2

**Fuente:** Estimaciones Spectrum v5.757 Beta 12

**Tabla 27.-** Resumen estimaciones sobre la PTMH de VIH, Honduras 2018-2025

Variable/Año	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Madres que necesitan PTMH	344	330	317	309	304	304	303	302
Madres que reciben PTMH	202	244	254	266	262	261	261	260
Opción B+: TAR iniciada antes del embarazo actual	103	122	127	133	131	131	130	130
Opción B+: TAR iniciada durante del embarazo actual > 4 semanas antes del parto	88	122	127	133	131	131	130	130
Opción B+: TAR iniciada durante del embarazo actual < 4 semanas antes del parto	11	0	0	0	0	0	0	0
Cobertura con PTMH	59	74	80	86	86	86	86	86
Cobertura de PTMH de tratamientos más eficaces	59	74	80	86	86	86	86	86
Tasa TMH a las 6 semanas	13	11	9	8	8	8	7	7
Tasa de transmisión final, incluido el período de lactancia	21	16	15	13	12	12	11	11
Número de mujeres VIH+ que amamanta a los 3 meses	172	131	113	97	95	95	95	95
Número de mujeres VIH+ que amamanta a los 12 meses	116	87	74	62	61	61	61	61
Cantidad de nuevas infecciones en niños debido a la TMH								
Total	71	54	46	39	38	36	35	33
Hombres	37	28	24	20	19	19	18	17
Mujeres	35	26	22	19	18	18	17	16
Cobertura del tratamiento para las embarazadas con VIH	59	74	80	86	86	86	86	86

**Fuente:** Estimaciones según Spectrum V 5.756.beta 12, Honduras 2019



## **ANEXO 2. Tablas del Análisis de Repuesta, Evaluación Intermedia del PENSIDA IV**

**Tabla 28.** Logros y brechas de metas de impacto del PENSIDA IV.

Fuente: CONASIDA, Informe de evaluación intermedia, PENSIDA IV 2015-2019

\*SESAL. Informe Nacional de Monitoreo Global de SIDA, Honduras 2016 y 2017

**Tabla 29.**  
resultado  
PENSIDA IV  
logradas al  
término,  
estratégica,

	Meta	Línea base 2015	% de logro 2017	Brecha	Observación
% de casos de VIH en población general de 15 a 49 años (GARPR)	Disminuir en por lo menos un 50% el no. de casos nuevos de VIH.	0.2 x 1000 (720/ 4,303,993)	0.2 x 1000 (893/ 4,674,270)	50%	En 2015 con el proceso de desarrollo organizacional de la SESAL, cambia el flujo de datos
% estimado de niños que contraen VIH por TMI entre el no. de mujeres con VIH que han dado a luz en los 12 meses anteriores	Reducir la tasa de TMH del VIH a 0.3 casos o menos por 1,000 nacidos vivos.	13.1 % (46/351)	0.9 % (2/217)	0.60	La meta se midió de acuerdo al indicador, pero no corresponde estrictamente, ya que el denominador debiera ser el no. de nacidos vivos
Prevalencia de Sífilis activa en las poblaciones clave: HSH	Reducir en un 25% la prevalencia de Sífilis activa en las poblaciones clave	4.3 %* (68/1,596)	6.2 % (109/1,761)	25%	La prevalencia no se redujo, sin embargo, hubo un incremento en 44%
Prevalencia de Sífilis activa en la población clave: MTS	Reducir en un 25% la prevalencia de Sífilis activa en las poblaciones clave	10%* (71/708)	4.9% (42/858)	0	La línea base es del 2016 el porcentaje de reducción fue 51%
Tasa de incidencia anual de Sífilis congénita por cada 1,000 nacidos (vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses (GARPR).	Mantener la tasa de transmisión de Sífilis congénita por debajo de 0.14 por 1,000 nacidos vivos.	0.26**	0.89	0.14	La línea base es del 2014. La tasa de transmisión de Sífilis congénita aumentó 3.5 veces más en 2017 vs. 2014
Tasa de mortalidad anual por sida por cada 100,000 habitantes.	Disminuir en un 30% el no. de defunciones por sida a nivel nacional	11.8% (1014*/ 8,576,532)	1.7% (154/ 8,866,350)	0	Reducción de 85% de mortalidad anual relacionada a sida (solo muertes hospitalarias) no considera el subregistro)
% de PVIH incorporados por 1ª. vez en la atención, a quienes se les detectó TB activa (GARPR).	Reducir la coinfección de TB entre las PVIH en por lo menos un 10%.	13.9 % (126/904)	5.8 % (73/1,275)	0	Reducción de un 58% de coinfección TB en PVIH

Metas de clave del evaluadas y medio por área 2015 - 2017

Área estratégica (AE)	No. de metas	No. evaluadas	No. No evaluadas	Logradas
AE1.Políticas públicas y gestión social con enfoque de derechos humanos y equidad de género	9	9	0	5 (55.6%)
AE2.Promoción de la Salud para la prevención del VIH	32	18	14	5 (27.8%)
AE3.Atención Integral	12	11	1	1 (9.1%)
AE4.Información estratégica	1	0	1	
Total	54 (100%)	38 (70.4%)	16 (29.6%)	11 (30%)

Fuente: CONASIDA. Informe de evaluación intermedia del PENSIDA IV. TGU 2017

**Tabla 30.** Logros, observaciones y brechas para cada meta del RC1.1.a.

Indicador	Meta	Línea base	Logro	Observaciones	Brecha
Decreto de reforma a la Ley Especial sobre VIH/SIDA aprobado y en vigencia.	Decreto de la Reforma a la Ley Especial sobre VIH/SIDA aprobado	Decreto 147-99, Ley Especial VIH/SIDA	Si	Decreto 25-2015 Reforma a la Ley Especial sobre VIH/SIDA	Pendiente mayor divulgación de la misma a nivel nacional con actores clave.
Reglamento de la reforma la Ley Especial sobre VIH/SIDA	Reforma de la Ley Especial sobre VIH/SIDA reglamentada.	La reforma a la Ley Especial sobre VIH/SIDA.	No	El Reglamento de la Ley Especial sobre VIH/SIDA en proceso de elaboración	Concluir el proceso de finalización y aprobación del Reglamento de Reforma de la Ley Especial sobre VIH/SIDA
Estructuración de la CONASIDA en dos niveles con un secretariado ejecutivo que vele por la alternancia y cumplimiento de las funciones de los dos	Reestructuración de la CONASIDA para integrar un nivel Político Decisorio	Estructura de la CONASIDA conforme al decreto 147-99	Si	Conforme al Decreto de la Reforma a la Ley Especial sobre VIH/SIDA 25-2015, en su Título II Capítulo II, la CONASIDA será estructurada en dos niveles: Nivel Político Decisorio y Nivel Técnico Consultivo	-Débil institucionalización de la CONASIDA que asegure gobernabilidad y gobernanza en la respuesta nacional -Establecer el proceso legal de alternancia de las Instituciones coordinadoras de CONASIDA

niveles que la conforman.					<ul style="list-style-type: none"> <li>-Establecer la Unidad Técnica que viabilice el funcionamiento de la Secretaría Ejecutiva</li> <li>-Establecer la asignación presupuestaria de la CONASIDA para su funcionamiento tal como lo establece la reforma de la ley</li> </ul>
---------------------------	--	--	--	--	---



**Tabla 31.** Logros, observaciones y brechas para la meta del RC1.1.a

Indicador	Meta	Línea base 2012	Logro	Observaciones	Brecha
Gasto nacional relativo al sida por categorías y fuentes de financiación	Aumentar al menos en un 20% anual el gasto nacional en VIH y Sida	El gasto nacional en Sida para el 2012 fue \$20.318.291,00 (financiamiento público \$16.466.390,00 y privado \$3.851.901,00) cooperación externa	No	En relación con la línea base (2012) hubo un aumento de \$2.944.579 en 2016 del gasto nacional. El incremento en el periodo fue de 14.5%. Haciendo un prorrateo simple, eso correspondería a 3.6% anual.	Si consideramos los datos de MEGAS, y con el prorrateo simple, la brecha sería de alrededor de 16.4% anual

**Tabla 32.** Logros, observaciones y brechas para la meta del RC1.1.c

Indicador	Meta	Línea base	Logro	Observaciones	Brecha
Porcentaje de organizaciones de la sociedad civil miembros de la CONASIDA y del MCP que cuentan con planes operativos.	100% de las organizaciones de la sociedad civil que son miembros de la CONASIDA y del MCP cuentan con planes operativos para ejecutar los componentes claves del PENSIDA IV	4 OSC integran el nivel político-decisionario de la CONASIDA (2 ya definidas: FOROSIDA y ASONAPVSI DAH y 2 por definir), y el nivel técnico-consultivo. De acuerdo con el Artículo 33 de los estatutos del MCP, este está integrado por 9 OSC.	100% (2/2) de las OSC actualmente en CONASIDA contaban con sus POA basados en los lineamientos de PENSIDA IV. En el MCP el 11.1% (1/9) y se trataba de ASONAPVSI DAH	8 OSC integrantes del MCP no presentaron sus POA ante CONASIDA para verificar su alineamiento al PENSIDA IV.	La brecha es casi del 90%

**Tabla 33** Logros, observaciones y brechas para la meta del RC1.2.a

Indicador	Meta	Línea base	Logro	Observaciones	Brecha
Porcentaje de instituciones que conforman la CONASIDA que presentan planes operativos institucionales alineados al PENSIDA IV.	100% de instancias públicas que conforman la CONASIDA de alto nivel tiene políticas sectoriales y directrices relevantes a la respuesta del VIH e ITS.	Cinco instituciones que forman parte del Nivel Político Decisorio de la CONASIDA	Si	Que las políticas públicas sectoriales vigentes se armonicen con los lineamientos emanados de la Reforma a la Ley Especial sobre VIH/Sida	No hay

**Tabla 34.** Logros, observaciones y brechas para la meta del RC1.3a

Indicador	Meta	Línea base	Logro	Observaciones	Brecha
Porcentaje de instancias que conforman la CONASIDA de alto nivel que han integrado en sus políticas sectoriales la respuesta al VIH e ITS conforme criterios establecidos.	100% de instancias públicas que conforman la CONASIDA de alto nivel tienen políticas sectoriales relevantes a la respuesta del VIH e ITS.	7 instancias	Si	Mantener ese logro	Ninguna

**Tabla 35.** Logros, observaciones y brechas para las metas del RC1.3b

Indicador	Meta	Línea base	Logro	Observaciones	Brecha
-----------	------	------------	-------	---------------	--------

<p>% de PVIH que reportan haber sufrido violaciones a sus derechos humanos</p>	<p>Reducir por lo menos en un 50% el % de PVIH y poblaciones clave que reportan que han sufrido violaciones a sus derechos, en relación a la línea base</p>	<p>40% de las personas entrevistadas han sufrido algún tipo de discriminación</p>	<p>No</p>	<p>Para línea base, se tomaron en cuenta los resultados de los estudios: estigma y discriminación de Fundación LLAVES (2014) y GC financió estudio de % de estigma y discriminación (2016) en PVIH basado en informe de LLAVES, se encontró que el 40.3% dijeron haber sufrido algún tipo de discriminación</p>	<p>50%</p>
<p>% de mujeres y hombres de 15-49 años que reportan actitudes discriminatorias hacia las personas con VIH</p>	<p>Reducir por lo menos 50% el % de mujeres y hombres de 15 a 49 años que reportan actitudes discriminatorias hacia las personas con VIH, en relación con la línea base</p>	<p>86.4% (2013)</p>	<p>No</p>	<p>En el año 2016 se logró 85.6%</p>	<p>50%</p>

**Tabla 36.** Logros, observaciones y brechas de las metas de los RC 2.1a y RC 2.1b.

Indicador	Meta	Línea base*	Logro**	Observaciones	Brecha
% de MTS con conocimientos correctos sobre medidas de prevención y transmisión del VIH.	Aumentar al menos el 50% en: TGU	50.5%	37.5%	Para el año 2017 se esperaba un 65%	27.5%
	SPS	34.6%	34.20%	Para el año 2017 se esperaba 45%	10.8%
	LCE	34.8%	31.48	Para el año 2017 se esperaba 45.24%	13.8%
% de HSH y trans con conocimientos correctos sobre medidas de prevención y transmisión del VIH.	Aumentar al menos el 50% en: TGU	62.8%	85.3%	Para el año 2017 se esperaba 81.4%	No hay brecha
	SPS	62.8%	92.4%	Para el año 2017 se esperaba 81.64%	No hay brecha
	LCE	68%	83.5	Para el año 2017 se esperaba 88.4%	4.9%
% de MTS que declara haber usado un condón con su último cliente.	Aumentar en un 10% el uso de condón en la última relación sexual en las MTS: TGU	93%	51.55%	Meta esperada 2017: 100%	44.45%
	SPS	34.6%	51.8%	Meta Esperada 2017: 36.7%	No hay brecha
	LCE	34.8%	45.71%	Meta Esperada 2017: 37%	No hay brecha
% de HSH que declara haber usado condón durante su último coito anal con una pareja masculina.	Aumentar al menos el 10% en: TGU	62.8%	51.5%	Meta Esperada 2017: 66.6%	15.1%
	SPS	62.8%	51.08%	Meta Esperada 2017: 66.6%	15.5%
	LCE	68%	45.71%	Meta Esperada 2017: 72.08%	26.37%
% de MT que declara haber usado condón en la última relación	Aumentar en 10% el uso de condón en la última relación sexual en MT con pareja ocasional: TGU	83.3%	TEG: 91.5% SPS: 95.2%	Datos del estudio TRaC no desagrega por tipo de pareja, por lo cual no fue posible medir el	No fue posible determinar la existencia o no de brecha, pues los

Indicador	Meta	Línea base*	Logro**	Observaciones	Brecha
sexual con pareja ocasional.	SPS	91.5%	LCE: 83.5%	nivel de logro. Sin embargo, los datos muestran un alto porcentaje de uso del condón por parte de esta población.	datos no son comparables entre la línea base y el estudio TrAC
	LCE	77.8%			
% de MT que declara haber usado condón en la última relación sexual con pareja estable	Aumentar en 10% el uso de condón en la última relación sexual en MT con pareja estable: TGU	77.3%			
	SPS	70.7%			
	LCE	63%			

\*ECVC 2012, \*\*Estudio TRaC de monitoreo de comportamientos sexuales saludables entre hombres que tienen sexo con hombres en las ciudades de TGU, SPS y LCE. Honduras 2017 (1ª. ronda), \*\*Estudio TRaC de monitoreo de comportamientos sexuales saludables entre trabajadoras sexuales femeninas en las ciudades de TGU, SPS y LCE. Honduras 2017 (1ª. ronda)

**Tabla 37** Logros, observaciones y brechas de las metas del RC 2.1b

Indicador	Meta	Línea base*	Logro**	Observaciones	Brecha
% de población garífuna, masculina urbana, que declara haber usado condón en su última relación sexual con pareja ocasional.	Aumentar en 10% el uso de condón con pareja ocasional en población garífuna, en relación a la línea base.	81.7%	62.8%	La meta esperada 2017: 86.6%	23.8%
% de la población garífuna, femenina urbana, que declara haber usado condón en su última relación sexual con pareja ocasional.		74.8%	45.5%	La meta esperada 2017: 79.3%	33.8%
% de población garífuna, masculina rural, que declara haber usado condón en su última relación sexual con pareja ocasional.		54.2%	67.3%	La meta esperada 2017: 57.5%	No hay brecha
% de población garífuna, femenina rural, que declara haber usado condón en su última relación sexual con pareja ocasional.		76.6%	51.3%	La meta esperada 2017: 81.22%	30%

\*ECVC 2012, \*\*Estudio Epidemia de VIH en población Garífuna. Honduras 2017

**Tabla 38.** Logros, observaciones y brechas de las metas del RC 2.1c

Indicador	Meta	Línea base*	Logro	Observaciones	Brecha
% de MTS al que le ha llegado programas de prevención del VIH	Aumentar a 90% el porcentaje de MTS que le ha llegado programas de prevención del VIH.	71.3%	34.4%**	El dato del estudio TRaC para este indicador no es comparable con el dato de la ECVC	No fue posible detectar si existe o no brecha en estas dos metas
% de HSH al que le ha llegado programas de prevención del VIH.	Aumentar a 95% de porcentaje de HSH que le ha llegado programas de prevención del VIH.	72.7%	70%***		

\*ECV 2012, \*\*Estudio TRaC de monitoreo de comportamientos sexuales saludables entre trabajadoras sexuales femeninas en las ciudades de TGU, SPS y LCE. Honduras 2017 (1ª. ronda), \*\*\*Estudio TRaC de monitoreo de comportamientos sexuales saludables entre hombres que tienen sexo con hombres en las ciudades de TGU, SPS y LCE. Honduras 2017(1ª. ronda)



**Tabla 39.** Logros, observaciones y brechas de las metas del RC 2.2d

Indicador	Meta	Línea base	Logro	Observaciones	Brecha
Número notificado de casos de Sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses.	Aumentar a 85% las embarazadas que se realizan la prueba de RPR para detección de Sífilis.	56.6% (151,931/268,593) * embarazadas se hicieron prueba de Sífilis.	Sin datos	72.4% (117,536 pruebas/162,215 embarazadas) **	
% de embarazadas que conocen su estado serológico de VIH (se hicieron la prueba y recibieron el resultado durante el embarazo, parto o puerperio [<72 horas], incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado de VIH).	Aumentar a 80% el % de embarazadas que conocen su estado serológico de VIH.	68.35 % (183,580/268,593) *	Sin datos	77% (125,539 pruebas/162,215 embarazadas) **	

\* SESAL. Resultados del Informe Nacional de Progreso de la Respuesta contra el VIH y el Sida. Honduras 2015 (GARPR 2015), \*\*SESAL. Informe Nacional del Monitoreo Global del Sida. Honduras 2017.

**Tabla 40.-** Logros, observaciones y brechas para la meta del RC 3.1.1

Indicador	Meta	% de logro	Brecha	Observaciones
No. de PVIH vivas: poblaciones general y clave (HSH, MTS y MT), valor estimado.	NA	21,461		No desagrega datos por población clave.
No. de PVIH vivas que conocen su estado serológico de VIH y % respecto al total de PVIH; total y por población clave	Al menos el 80% de PVIH estimadas se realizan la prueba, conocen su estado serológico y están vivas.	61% (12,995/21,461)	19%	



Indicador	Meta	% de logro	Brecha	Observaciones
No. de PVIH incorporadas a SAI y % respecto al total de PVIH (vinculación a SA)	Al menos 90% de las PVIH que conocen su estado serológico reciben atención en los SAI.	52% (11,118/21,461)	38%	.
No. y % de nuevos diagnósticos de VIH que fueron incorporados a SAI	Sin meta	1,076		PENSIDA IV no estableció una meta para este indicador.
No. de PVIH que se mantienen en SAI y % respecto al total de PVIH	El 90% de PVIH que acuden a los SAI reciben TAR (activos) de acuerdo a los lineamientos del país.	Sin datos		Este indicador corresponde al total de PVIH que fueron vinculados y retenidos en los SAI.
% de adultos y niños con VIH que se sabe siguen en TAR: 12, 24 y 36 meses después de iniciado.	Incrementar en al menos 3% anual la retención de PVIH en TAR ( <i>es decir, que al menos 92% de PVIH se logre retener</i> )	82% (847/1,030)	10%	El indicador requiere datos de todas las PVIH que siguen en TAR 12 meses después de haber iniciado.
No. de adultos y niños en TAR y % respecto al total de PVIH.	Sin meta	51% (10848/21461)		No se estableció meta
No. y % del total de PVIH con CV indetectable.	El 90% de PVIH en TAR tienen CV indetectable	9% (1906/21461)	81%	La CV solo se realiza en LNR y laboratorio de hospitales del IHSS.
% de PVIH en TAR con CV suprimida	Sin meta	33% (7152/21461)		No se estableció meta

## ANEXO 2. Acciones en VIH. Plan Nacional de acción en DD HH

Tabla 41.- Acciones en VIH. Plan nacional de acción en derechos humanos (PNADH)

Área	Acción	Responsable	Estado de la acción
Derechos Sexuales y Reproductivos	Reformar la Ley Especial de VIH/SIDA para superar vacíos de inclusión de grupos vulnerables y facilitar la rotación en la presidencia de la CONASIDA, a fin de darle un verdadero enfoque de DDHH y de intersectorialidad a su trabajo.	Congreso Nacional de la República (CNR)	Reformada la Ley en 2015
	Reformar la Ley de VIH-SIDA y aprobar un marco normativo coherente para evitar la trasmisión del VIH en la niñez, incluyendo acceso a ARV, nutrición, prevención, erradicación del estigma y discriminación, educación preventiva y situación de la niñez huérfana	CNR	Reformada la Ley en 2015 y en proceso de presentar el reglamento para su aprobación por la SGCG
	Impulsar la aprobación de una Ley sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, que garantice a mujeres y jóvenes, información y disponibilidad de servicios de SSR accesibles, asequibles y de calidad.	CNR	Existe una Política Nacional de SSSR 2016
	Incorporar en la Agenda de la Secretaria de Educación (SEDU), acciones para la educación integral en sexualidad y reproducción, establecidas en la legislación al respecto	SEDU	Actualización de las guías cuidando mi salud y mi vida
	Garantizar el acceso a tratamiento, atención integral, con enfoque de derechos humanos, no discriminación y de género a personas que padecen ITS, entre ellas el VIH, VPH y hepatitis C.	SESAL	PENSIDA IV. Paquete de 10 prestaciones específicas para poblaciones clave
	Promoción de la SSR, retomando conceptos planteados en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo; Ética, Deberes y Derechos Humanos, y fortalecer la defensa de los DDHH de las PVV.	SESAL	Implementación del PENSIDA IV

Área	Acción	Responsable	Estado de la acción
	Reconocer la jerarquía institucional y fortalecer técnica y financieramente a la CONASIDA	SEFIN	Falta Reglamento de la Ley de VIH, y asignación presupuestaria
	Fortalecer los mecanismos de monitoreo y evaluación en la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social, para garantizar los derechos laborales y el derecho al empleo de las mujeres y de las PVV	STSS	Política Nacional sobre VVIH SIDA en el mundo del trabajo
	Fortalecer financiera y logísticamente a las unidades especializadas que dan tratamiento a las personas con VIH	SEFIN	
	Realizar un trabajo sistemático de abogacía en VIH, en el contexto de los DSR con las autoridades estatales, sobre las consecuencias económicas y políticas de la desatención del fenómeno y sobre el ejercicio de los derechos y los deberes ciudadanos	OSC	OSC trabajando en coordinación con instancias del Estado
	Impulsar la aprobación de una Ley sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, que garantice a mujeres y jóvenes, información y disponibilidad de servicios de SSR accesibles, asequibles y de calidad.	CNR	Existe una Política Nacional de SSSR 2016
	Incorporar en la Agenda de la Secretaria de Educación (SEDU), acciones para la educación integral en sexualidad y reproducción, establecidas en la legislación al respecto	SEDU	Actualización de las guías cuidando mi salud y mi vida
	Garantizar el acceso a tratamiento, atención integral, con enfoque de derechos humanos, no discriminación y de género a personas que padecen ITS, entre ellas el VIH, VPH y hepatitis C.	SESAL	PENSIDA IV. Paquete de 10 prestaciones específicas para poblaciones clave
	Promoción de la SSR, retomando conceptos planteados en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo; Ética, Deberes y Derechos Humanos, y fortalecer la defensa de los DDHH de las PVV.	SESAL	Implementación del PENSIDA IV

Área	Acción	Responsable	Estado de la acción
	Reconocer la jerarquía institucional y fortalecer técnica y financieramente a la CONASIDA	SEFIN	Falta Reglamento de la Ley de VIH, y asignación presupuestaria
	Fortalecer los mecanismos de monitoreo y evaluación en la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social, para garantizar los derechos laborales y el derecho al empleo de las mujeres y de las PVV	STSS	Política Nacional sobre VVIH SIDA en el mundo del trabajo
	Realizar un trabajo sistemático de abogacía en VIH, en el contexto de los DSR con las autoridades estatales, sobre las consecuencias económicas y políticas de la desatención del fenómeno y sobre el ejercicio de los derechos y los deberes ciudadanos	OSC	OSC trabajando en coordinación con instancias del Estado
	Crear y potenciar espacios de debate sobre SSR y VIH desde una perspectiva de género para revisar y enriquecer conceptos considerando la sabiduría y conocimientos desde la diversidad de las mujeres, por su condición de clase y etnia	SESAL	Realización de foros, congresos y otras estrategias para potenciar espacios de VIH y DDHH
	Designar delegados del CONADEH para realizar inspecciones en establecimientos de salud, para fomentar el mejoramiento de la atención, acorde con los niveles de calidad requeridos por los estándares internacionales de derechos humanos (a adultos mayores, indígenas y afro descendientes, personas con discapacidad y LGBTTI).	CONADEH	
	Legitimar y fortalecer la Comisión Nacional de SIDA-CONASIDA.	CNR	Ley sobre VIH/SIDA y su Reforma 2015

Área	Acción	Responsable	Estado de la acción
Niñez y adolescencia	Garantizar el acceso a SSR para la prevención del embarazo en las adolescentes, y la prevención de ITS/VIH, y aplicar la política de SSR, garantizando el acceso a servicios de información y atención y adoptando medidas para la detección del abuso sexual en las niñas.	SESAL	SESAL refiere estrategias encaminadas a cumplir con esta acción
Jóvenes	Desarrollar proyectos sustentables en salud sexual y reproductiva y prevención del VIH en jóvenes.	SESAL	Estrategias encaminadas a cumplir con esta acción
	Desarrollo del Plan Nacional de Generación de Empleo Digno, haciendo énfasis en jóvenes urbanos con alta vulnerabilidad social, con discapacidad, con VIH, indígenas y afrodescendientes, en coordinación con el sector privado	STSS	Estrategias encaminadas a cumplir con esta acción
	Desarrollado observatorio sobre DDHH de las y los jóvenes, incluyendo muertes violentas, violencia de género, femicidio, con desagregación de jóvenes de poblaciones indígenas, afro-hondureñas, en pobreza o viviendo con VIH.	SEDH	Instalación de Observatorio de Derechos Humanos
Mujer	Promover y asegurar el acceso de las mujeres de todas las edades a los servicios de salud para la prevención y tratamiento del cáncer de mama, cáncer cérvico uterino, ITS, VIH, enfermedades catastróficas, degenerativas, crónicas, discapacidades y salud mental.	SESAL	SESAL refiere estrategias encaminadas a cumplir con esta acción

Área	Acción	Responsable	Estado de la acción
Diversidad sexual	Diseñar un protocolo especial para la atención de personas de diversidad sexual con VIH y que asegure la confidencialidad	SESAL	Guía para proveer servicios de salud libres de estigma y discriminación a personas trans e intersexuales, trabajadores y trabajadoras sexuales, HSH y PVV. 2016
	Crear y fortalecer las clínicas VICITS garantizando el acceso oportuno a medicamentos, sobre todo a las personas con VIH.	SESAL	Se ha aumentado el no. De VICITS a 10 en 2019

### ANEXO 3. Inventario de estudios sobre VIH e ITS, Honduras

Tabla 42. Estudios relacionados con VIH e ITS según tipo, título y observaciones. Honduras, 2017

Tipo de estudio	Título del estudio	Observaciones
Encuesta poblacional a población general en edad reproductiva	<ul style="list-style-type: none"><li>Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA)</li></ul>	Se realiza cada una cinco años, en 2019 se realiza la ENDESA 2017-2018

Tipo de estudio	Título del estudio	Observaciones
Estudios especiales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estudio TRaC del monitoreo de los comportamientos sexuales entre trabajadoras sexuales femeninas. Honduras 2017.</li> <li>2. Estudio TRaC del monitoreo de los comportamientos sexuales entre HSH. Honduras 2017</li> <li>3. Continuo de atención, cascada comunitaria 2017.</li> <li>4. Encuesta sobre comportamientos de riesgo asociados al condón y pruebas de VIH 2017.</li> <li>5. Determinantes sociales de la salud en las MTS en Honduras 2017.</li> <li>6. Determinantes sociales de la salud de la epidemia del VIH en las mujeres transgénero en Honduras 2017.</li> <li>7. Determinantes sociales de la salud de la epidemia del VIH en HSH en Honduras 2017.</li> <li>8. Epidemia de VIH en población Garífuna: Sub estudio I Perfil epidemiológico en población Garífuna 2017, Sub estudio II factores de riesgo asociado al VIH en Garífunas 2017</li> <li>9. Sub estudio III Cascada de atención en la población Garífunas 2017.</li> <li>10. Informe de la estrategia de la eliminación de la transmisión materno infantil de VIH y Sífilis Honduras 2014-2016.</li> <li>11. Informe de línea base final sobre el perfil del país, con respecto a la situación actual de las hepatitis virales A, B y C y la respuesta del sector salud para su control en Honduras</li> <li>12. Sub estudio IV determinantes sociales del VIH en población Garífuna 2017.</li> <li>13. Estudio sobre conocimientos, actitudes prácticas sexuales y seroprevalencia de VIH en población privada de libertada. TGU y SPS. Honduras 2015.</li> </ol>	No hay estudios recientes de prevalencia en poblaciones clave y población vulnerable (embarazadas, migrantes, adolescentes, etnias exceptuando los Garífunas, entre otros)



Tipo de estudio	Título del estudio	Observaciones
	14. Prevalencia del VIH según condiciones y factores de riesgo asociados a la población privada de libertad de los centros penitenciarios de Danlí y Choluteca	

## **ANEXO 4. Aportes de los participantes en los talleres sobre documento borrador de Análisis de la Respuesta al VIH e ITS**

1. Cuáles son los principales logros en el período 2015 hasta marzo de 2019 en relación al VIH e ITS. Favor describirlos de la manera más específica posible.

### **Marco legal:**

- La aprobación de la reforma de la Ley Especial del VIH con la creación de los dos niveles en la CONASIDA: político-decisionario y técnico-consultivo, con una coordinación en alternancia entre la secretaria de salud y la secretaria de derechos humanos, proceso de elaboración del Reglamento de la Reforma. Un hecho concreto ha sido la eliminación de la cuota de recuperación para las personas con VIH, a través de la reforma del Artículo 47 de la Ley Especial de VIH.

### **Derechos Humanos:**

- La Secretaría de Derechos humanos implementa su plan nacional de acción, política pública a través del comité Interinstitucional. Así mismo cuenta con mesas intersectoriales en donde participan secretarías e instituciones del estado, organizaciones de sociedad civil y representantes de la cooperación externa. Se ha incrementado el registro de quejas y denuncias por violaciones a los DDHH
- Aprobación e implementación de las Guías de servicios de salud Libres de Estigma y Discriminación. Se percibe reducción de la discriminación en los SAI.

### **Sociedad civil y estado:**

- Existe voluntad política de parte del Despacho de Salud para una coordinación con la Sociedad Civil. Diálogo constante entre la SESAL y sociedad civil manifestado mediante el trabajo coordinado de las ONG con la SESAL.
- La ASONAPVSI DAH ha desempeñado un rol importante en el acceso a servicios de atención integral y en alianza estratégica acompañando la denuncia, las demandas y quejas en materia de violación de derechos que afecta a su población organización en grupos de autoapoyo, sin exclusión de otros grupos en vulnerabilizados por la epidemia. La implementación de una estrategia de identificación, búsqueda activa y vinculación a los usuarios que han abandonado el tratamiento, que se encuentran en riesgo de abandono, personas recién diagnosticadas, embarazadas con diagnóstico nuevo y personas en evaluación diagnóstica (pre TAR) que se ha llevado a cabo por sociedad civil (ASONAPVSI DAH)
- Se encuentra definido y sistematizado el Sistema de Referencia Respuesta de los Servicios de Atención Integral (SAI) que incluye la coordinación con ASONAPVSI DAH para la recuperación de la persona en abandono y visita a mujeres embarazadas con VIH.
- El Foro Nacional de Sida (FOROSIDA) forma parte de la CONASIDA y es una OSC en la que converge la participación multisectorial, desde la conformación de la CONASIDA ha devenido como brazo técnico auxiliar.
- El paquete definido de servicios de salud brindado por la sociedad civil a las poblaciones clave.
- Alto uso del condón en población clave (HSH) en su última relación sexual con un cliente.
- Incremento en la opinión positiva de cómo el gobierno está abordando la epidemia, con un aumento de 13 puntos porcentuales entre 2013 y 2016 (encuesta de estigma y discriminación).

### **Sostenibilidad:**

- Aumento de presupuesto a VIH: en el gasto del 2016, las fuentes públicas representaron el mayor porcentaje (46%), las internacionales (28%) y las privadas (26%). Hay un proceso de sostenibilidad (compra de ARV por parte de la SESAL / IHSS, el cual adquiere terapias de rescate desde noviembre 2018,

Reactivos para VIH, Condones, lubricantes, RRHH, CV), mediante mecanismos de auto sostenibilidad con la cooperación de otros actores.

**Prevención:**

- Mayor acceso a la prueba de VIH gracias a los abordajes cara a cara e información en diferentes medios de comunicación, incluyendo a las pruebas rápidas Sífilis, para aumentar captación y vinculación a los servicios.
- Reducción de casos de VIH por transmisión madre-hijo. En proceso de validación la estrategia de ETMI Plus para la eliminación de la Transmisión vertical de Madre a hijo/a de VIH, Sífilis y Hepatitis B
- Aprobación e implementación del protocolo de PPE (existencia y aplicación de la profilaxis post exposición ocupacional y no ocupacional). Creación de los manuales en el manejo integral con pacientes VIH (agregar guía del manejo integral del paciente TB-VIH)
- Implementación de educación formal en temas de VIH/SIDA a jóvenes en los colegios
- Existe un Plan Nacional de promoción, prevención y control de las Hepatitis virales B y C

**Atención integral:**

- Actualización de Listado Oficial de Medicamentos con la inclusión de nuevos medicamentos para la terapia ARV y de infecciones oportunistas. Migración de ARV a dosis única, Cambios en las normas de salud para incorporar de forma inmediata a las personas de diagnóstico nuevo y que no habían iniciado TAR
- Apertura de 4 VICITS, seleccionados 10 SAI para iniciar proceso de atención integral a nivel nacional y 4 Servicios amigables (2018-2019), lo que ha aumentado la extensión de cobertura (por ejemplo, en la región de Atlántida se ha abierto un SAI, y hay dos que se ha planificado abrir próximamente). Extensión del horario en horas vespertinas de los SAI, al igual que las VICITS. El MNS contempla la descentralización, pero aún no se ha implementados en todas las redes de servicios. Mejor vinculación a los SAI e inicio tempranos de tratamiento a través de las consejerías VIH basado en riesgo.
- Fortalecimiento del Laboratorio nacional de VIH y de servicios de apoyo laboratorial en realización de CD4 y Carga Viral. Aumento en la red de laboratorios de reactivos para pruebas rápidas de VIH, el LNR de VIH realiza control de calidad de pruebas de VIH y de CD4 a todos los laboratorios locales y regionales. Mejor coordinación con respecto a los resultados de CV (LNR lo envía por cada paciente a los laboratorios de hospitales, los cuales lo imprimen, firman y entregan a los SAI), las pruebas diagnósticas de Sífilis y VIH están normatizadas en el país. Hay mayor acceso a resultados de pruebas de seguimiento (carga viral y CD4), aunque en algunos establecimientos siempre se reportan deficiencias

**Información estratégica:**

- Revisión y actualización de formularios para la recolección de datos de diversas bases de datos (consejería, laboratorio, estrategia PTM, notificación de Sífilis Congénita y VIH, VICITS, Coinfección VIH/TB, VHB, VHC). Manejo Integral TB/VIH
2. Qué elementos faltan en el documento borrador de la Respuesta al VIH. Favor ser lo más específico posible.

**Marco Legal**

- Socialización de las reformas a la ley de VIH
- Crear una ley para que las empresas, de atención en salud, privadas entreguen de forma obligatoria y sistematizada la información relacionada con el tema de VIH

**Atención integral:**

- No se visualizan los mecanismos de referencia-respuesta, su importancia y registro con el fin de contabilizar otros servicios requeridos de acuerdo a las necesidades del usuario.
- No se cuenta con servicios especializados para personas con VIH que también sufren de farmacodependencia, problemas de salud mental, personas de la tercera edad que no tienen cuidadores, niñez en caso de que sus tutores, padres o responsables no fomentan el apoyo y adherencia al TARV y otros casos de vulnerabilidad

- Es de suma importancia la implementación de estudios o investigaciones relativas a la efectividad, niveles de toxicidad, efectos secundarios del TARV
- Papel y recomendaciones sobre el funcionamiento de la Mesa de ARV y su ampliación a otras regiones del país.

**Sostenibilidad:**

- Brechas técnicas y financieras de parte de El Estado para el cumplimiento y provisión de recursos humanos y logísticos respecto a los compromisos suscritos con el Fondo Mundial. (Ej.: cubriendo el 100% de las plazas que anteriormente eran pagadas por el F.M. y que aún no han sido plenamente absorbidas por el Estado de Honduras).
- No se visualiza un plan de monitoreo y evaluación para el marco normativo, para la provisión de servicios, para la regulación de los establecimientos privados (clínicas y laboratorios), certificación de su personal y asegurar que conozcan el marco normativo y jurídico en materia de VIH
- Trabajo con clínicas privadas en cuanto al seguimiento y vigilancia de los datos de las atenciones que realizan para PVV a nivel privado

**Prevención:**

- Estrategias definidas para la intervención de población joven
- Promover/proponer la inclusión en el protocolo de atención de las clínicas de adolescentes, la temática de VIH, así mismo se apoye que adolescentes tengan derecho a recibir consulta sin necesariamente ser acompañado por sus padres, y acceso a entrega de condones, prueba de VIH, consejería y autocuidado.
- Mayor acceso a la prueba, no es cierto que hayan aumentado, más bien han disminuido de igual manera el acceso a los condones (masculinos y femeninos) y lubricantes

**Sociedad civil y estado:**

- Los aportes de la Sociedad Civil a la respuesta nacional. Sería adecuado incluir un ítem o capítulo donde se narre acerca de los resultados y la coordinación que se ha materializado en los últimos años.
- Mapeo de OSC

**Derechos humanos:**

- Se debe ajustar incluyendo el enfoque de DDHH
- Adquirir un espacio en medios de comunicación para abordar temas de derechos sexuales y reproductivos

## **ANEXO 5. Aporte de los participantes en los talleres de consulta sobre el borrador del Marco Estratégico de la Respuesta al VIH e ITS**

### **1) ¿Siguen siendo válidos los lineamientos rectores del PENSIDA IV, que eliminaría, que agregaría y por qué?**

- Seis de los ocho grupos de trabajo indicaron que siguen siendo válidos
- Siguen siendo válidos,
- Sí, siguen siendo válidos, pero agregaría un mayor involucramiento de las poblaciones clave.
- Siguen siendo válidos los diez lineamientos rectores
- Sí, siguen siendo válidos
- Siguen siendo válidos, pues no hay una evaluación que permita hacer ajustes al PENSIDA IV
- Sí, siguen siendo válidos, por lo que el grupo no considera que se deba eliminar ninguno, y agregaría que se visibilice de alguna forma que siempre se cuente con pruebas de VIH, no haya desabastecimiento.
- Eliminar el número 6 enfoque de género y 7 promoción de los DH, pero incluir el Enfoque basado en derechos humanos, pues esto ya incluye la promoción, protección y garantía de los DDHH. Siguen siendo válidos los diez lineamientos rectores, sin embargo, se sugiere agregar en el número 7 de la promoción de derechos humanos, la protección y la defensa de los DH. Porque el enfoque en derechos humanos debe ser más amplio.
- Añadir un lineamiento rector sobre servicios de calidad hacia la población o que se visibilice la calidad de atención. Agregaríamos un lineamiento adicional que, sobre la vigilancia del cumplimiento de la normativa de atención a las personas con VIH, con el fin garantizar la calidad de atención. La sensibilización y formación del recurso humano debe ser sostenible, Para garantizar el mejor servicio de atención a los usuarios.
- Consideramos que se debe agregar un principio sobre el involucramiento del sector educativo, para el desarrollo de currícula de educación salud sexual y reproductiva a padres y jóvenes en escuelas y colegios.
- Mayor involucramiento de todos los sectores, Ejemplo: educación, empresa privada y todas las secretarías del estado.
- Establecer mecanismos que garanticen el proceso del relevo profesional del recurso humano, Ya que al retirarse un recurso capacitado y al ser sustituido por otro inexperto se pone en riesgo la calidad de los servicios.
- Mayor involucramiento de los grupos de autoapoyo por medio de ASONAPVISDAH en mesas de toma de decisiones

### **2) ¿El fin y las metas de impacto del marco estratégico siguen siendo válidas, que eliminaría, que agregaría, y por qué?**

- Sí, se deben dejar las metas con los % mencionados en las metas de impacto
- Siguen siendo válidas las 9 metas de impacto,
- Mejorar la redacción para que no haya lugar a interpretación errónea, según conveniencia del lector. Ej.: Disminuir por lo menos 50% el número de casos de infecciones por VIH. Reducir 25% prevalencia de Sífilis activa en población clave, se debe tener línea base, la pregunta es cuál es la línea base, cómo se establece que debe ser de 25% la reducción cuando no se cuenta con línea base.
- Sí, por lo cual el grupo no consideró eliminar ninguna meta de impacto, y se agregaría una relacionada con la adecuación de políticas públicas a la realidad, actualizándolas o reformándolas, 3) ¿Están de acuerdo con las metas de resultado, que eliminaría que agregaría y por qué?
- No, ya que están desactualizadas y así mismo cambiar la visión de las metas, se debe agregar otras metas que también incluyan otros sectores, por lo menos una meta sobre educación, derechos humanos
- No existen suficientes elementos para evaluar estas metas y el fin, pero se sugiere considerar estratificarlas por grupos de poblaciones y grupos etarios, se deben reorientar metas. Ir más allá de un enfoque biologicista que incluya un enfoque intersectorial. Dado que no se ha realizado una evaluación

cuantitativa del impacto logrado en función de las metas de impacto del PENSIDA IV, no se sabe cuáles deberían modificarse, quitarse o cuáles agregar

### **3) ¿Están de acuerdo con las metas de resultado, qué eliminaría, qué agregaría, y por qué?**

- Agregar una meta sobre % de las personas trans, sustituir mujeres por personas trans, porque es más amplio
- En la meta 37: Incrementar a un 80% el número de docentes certificados en los centros educativos que imparten educación integral en sexualidad, ya que se deben llegar a más jóvenes y a sus padres en relación a la educación sexual.
- Agregar meta: Aumentar en un 10% el uso del condón en todas las relaciones sexuales de las poblaciones clave, porque son las poblaciones más vulnerables
- Sí estamos de acuerdo con las metas, sin embargo, en relación con el uso correcto del condón, se debería agregar una meta para aumentar su uso pareja afectiva o estable, en las poblaciones claves.
- Agregar una meta de resultado que involucre mayor cobertura de centros educativos brindando educación sexual integral
- Agregar una meta de resultado que incluya inicio temprano de la terapia antirretroviral dentro de los primeros 7 días después de conocer su resultado.
- La posibilidad de realizar pruebas de VIH en menores de 18 años, sin consentimiento de los padres. Esto actualmente no es legal, pero si se pudiese sería apropiado una meta en ese sentido.
- ¿ya existe un documento sobre los datos de línea base para las metas?
- No se incluye metas referentes a la retención y permanencia en los servicios de salud para asegurar la sobrevida del usuario.
- No se visualizan metas que perfilen el trabajo a realizar con los pacientes crónicos, es decir en el mediano y largo plazo.
- Se sugiere revisar la meta sobre el aumento de la inversión de fondos públicos a la respuesta de VIH, aumentando de 20% como lo presenta el PENSIDA IV a un 30%, dado todas las carencias que existen en los programas.
- Reducir en un 60% (en vez de 80% como propone PENSIDA IV) las instituciones que trabajan en la respuesta al VIH que se adhieren a un sistema de monitoreo único, es decir se propone bajar la meta porque se considera muy alta la propuesta en el PENSIDA IV
- Algunas de las metas son muy altas en el caso de captación de la población clave, pues muchos bisexuales no se identifican como tal, esa meta sería de 80%, también lo relacionado con la meta de reducir el porcentaje de adolescentes que inician relaciones sexuales antes de los 15 años, también tener en cuenta la restricción de realizarle pruebas de VIH.
- Estamos de acuerdo, solo cambiar en el inciso 2 la palabra secretaría a secretariado ejecutivo

### **4) ¿Siguen siendo válidos los OBJETIVOS GENERALES, le parece adecuado que haya más de un objetivo general, que eliminaría, que agregaría y por qué?**

- No, se propone el siguiente: Prevenir la infección del VIH y otras ITS en poblaciones clave y población general para mejorar la calidad de vida de las personas con VIH, poblaciones clave y proveer servicios de atención integral, humanizado, incluyendo terapia antirretroviral, servicios legales, apoyo psicosocial de calidad sin discriminación hacia las poblaciones clave y relacionadas al VIH, bajo una normativa legal inclusiva
- En un documento suele existir un solo objetivo general (OG), pero cuando se requiere una ampliación o cobertura del documento, pueden existir más de un OG, porque el primero habla de prevenir infecciones, y el segundo de mejorar calidad de vida en las personas con VIH
- Siguen siendo válidos, Esta bien que haya 2 objetivos ya que están encaminados a los pilares de programa de VIH que son la prevención y el manejo de los pacientes (el problema es el cumplimiento principalmente el objetivo 2 ya que en los centros asistenciales se carece de los recursos necesarios para el cumplimiento del objetivo).

- Nos parece válido un solo objetivo general, nos permite encarar mejor la finalidad que se quiere lograr. Se propone: Mejorar la calidad de vida de las PVV al proveer servicios de atención integral y servicios de apoyo psicológico de calidad
- Que solo exista un solo objetivo general, que incluya tanto la prevención y la calidad de la atención. El grupo propone el objetivo general, así: Prevenir la infección por VIH en poblaciones clave y población general, mejorando la calidad de vida de las PVV al proveer acceso universal a servicios de atención integral, incluyendo TAR y servicios de apoyo social y psicológico de calidad y cero discriminaciones.
- Se considera que es mejor unirlos en un solo objetivo, se propone el objetivo general de la siguiente manera: Prevenir la infección del VIH en las poblaciones clave y general, mejorando la calidad de vida de las personas con VIH al proveerles acceso universal a servicios de atención integral, incluyendo la terapia antirretroviral y servicios de apoyo social, psicológico, con calidad y cero discriminaciones.

**5) ¿Siguen siendo vigentes las áreas estratégicas (AE), que eliminaría, que agregaría, y por qué?**

- Sí, solo agregar en el AE 2 otras ITS
- Sí están vigentes, en el AE 1, eliminar las palabras y equidad de género
- Sí siguen siendo vigentes las áreas estratégicas.
- Siguen siendo vigentes, sugerimos agregar el concepto de Integral en el AE 2. Y ampliar el AE 4 que habla sobre información estratégica hacia donde se orienta: comunicación estratégica
- Siguen siendo vigentes, solo agregar que se fortalezca el AE 4 sobre información estratégica, mediante la creación de un sistema de información amigable que sea sencillo, entendible y comprensible (fácil manejo).

**6) ¿Con relación a los objetivos específicos por área estratégica, le parece que son válidos aun, que eliminaría, que agregaría y por qué?**

- Son válidos y vigentes, no agregaríamos nada

**Área Estratégica 1:**

- Objetivo 1.1, eliminar la palabra, "...y equidad de género". Agregar la palabra igualdad en el texto debe decir "equidad e igualdad de género". Agregar en el objetivo específico 1.1, adecuándolos a la realidad y la necesidad de dicha población
- Objetivo 1.2: Cumplimiento de la Secretaría de Trabajo, con base en los artículos estipulados en la ley especial de VIH y política de VIH en el mundo del trabajo. Incluir indicadores para cada una de las Secretarías de Estado representadas en la CONASIDA. Agregar en objetivo específico 1.2, sectores gubernamentales. Se debe incluir parte de la normativa, el marco legal vigente en el país, el cual es desconocido por diferentes prestadores de servicios, algunos funcionarios de salud y las poblaciones, empresa privada, laboratorios / establecimientos privados de salud.
- Objetivo 1.3: cambiar la palabra asegurar por garantizar.

**Área Estratégica 2:**

- Objetivo 2.1, agregarle "...y poblaciones vulnerabilizadas", en todo el documento. Cambiar la palabra vulnerable por vulnerabilizada.
- Objetivo 2.2: eliminar la palabra con equidad de género (igual en todo el documento). Creemos que se debe considerar algún objetivo relacionado con la implementación de la PrEP, como estrategia de prevención en población clave y parejas serodiscordantes.

### Área Estratégica 3:

- **Objetivo 3.1.** En el inciso 1 eliminar "...y sus familiares y dependientes", y agregar "las personas que forman el núcleo familiar". En el inciso 2, agregar la palabra "técnica" después de "capacidad". En el inciso 8 agregar NACIONAL (ASONAPVSI DAH). En el inciso 9 cambiar la palabra paciente por USUARIO. Agregar la identificación de los laboratorios privados ya certificados por la Secretaria de Salud y certificar a los que no lo han hecho lo que permitirá el ahorro de insumos institucionales, ampliar la red de cobertura de la prueba de VIH. Debe de agregarse un objetivo en relación al aumento de personal capacitado que atienden en los servicios de atención integral.
- **Objetivo 3.2,** se debe garantizar las medidas de prevención de la coinfección de TB y VIH, así como fortalecer el modelo integral TB/VIH, mejorando y fortaleciendo la coordinación del componente de TB y sociedad civil.

### Área Estratégica 4.

- **Objetivo 4.1:** inciso 1: Cambiar la palabra "sistema" por "plan". Inciso 2: Identificar las prioridades nacionales de investigación a través de estudios especiales.

#### 7) ¿Con relación a los resultados esperados, son congruentes con los objetivos específicos, sigue siendo válidos, que eliminaría, que agregaría y por qué?

- En el resultado 1.1 b agregar la capacidad financiera. Agregaríamos el 1.1.b garantizar que las instancias cuenten con la capacidad técnica gerencial e institucional, porque en ocasiones no cuentan con personal suficiente y algunas ONG al terminar los proyectos se quedan estancadas en el trabajo. En el resultado esperado del objetivo 1.1, debe agregarse uno en relación al aumento de personal capacitado. Debe incluirse la restauración del Programa Nacional de Sida (el nombre puede ajustarse a las directrices del nuevo Modelo Nacional de Salud) como una instancia de interlocución y coordinación entre todos los actores estratégicos involucrados.
- En los resultados del objetivo 2.1 debe de agregarse uno en relación a la cobertura de la población clave con PrEP. Incluir la incorporación de indicadores que midan el cumplimiento de las responsabilidades de cada institución ante la respuesta.
- En el OE 2.2, se debe cambiar el resultado 2.2 a se ha "incrementado el conocimiento del VIH y las ITS en poblaciones claves en condición de vulnerabilidad agregando población general." En el resultado 2.2b se debe cambiar "incrementado los comportamientos sexuales más seguros en poblaciones clave en situación de vulnerabilidad y población general"
- En el resultado del objetivo 3.2 debe agregarse tres resultados más: aumentada las medidas de prevención de TB en pacientes VIH, mejorada la coordinación entre el componente TB y sociedad civil, y fortalecida la integración TB/VIH.
- Hay congruencia, sin embargo, en el área estratégica 3 (atención integral) se requiere el fortalecimiento de los SAI dotándoles de psicólogo, nutricionista, trabajo social; este planteamiento se hace con base en que estos RR HH existentes en los hospitales no tienen espacio para atender a los usuarios de los SAI pequeños por la carga de trabajo que este personal ya tiene
- Fortalecer las capacidades organizativas e la sociedad civil

#### 8) ¿Lo propuesto para el marco de implementación, le parece adecuado, que eliminaría, que agregaría y por qué?

- Identificación de las instituciones para la implementación de la extensión del PENSIDA IV.
- Sí, los instrumentos se deben modificar de acuerdo a necesidades y deben implementarse lo más pronto posible ya que eso permitirá el monitoreo de los indicadores y mejorar la respuesta a las necesidades de información del sistema de salud y a la calidad de atención de los pacientes.
- Nos parece adecuado, sin embargo, creemos que en algún lado debe quedar la deducción de responsabilidad por el incumplimiento.



- Se debe incluir un componente fuerte de implantación de CULTURA ORGANIZACIONAL enfocada al Servicio del Usuario, la Calidad y mejora continua y la retroalimentación positiva.
- Lo propuesto para el marco de implementación parece adecuado. Se propone que se especifique en mayor detalle la competencia de a quien corresponde cada uno de los elementos enunciados dentro del marco
- Solamente agregar que se cumpla el objetivo establecido en su totalidad siguiendo las áreas estratégicas según el POA.

Comentarios proporcionados en el tema de principios rectores, que no corresponden al mismo:

- Hacer una evaluación con carácter urgente de PENSIDA IV para tener una visión clara del impacto y resultados obtenidos, desde 2015.
- Una de las áreas que se observa débil es el trabajo en conjunto de sociedad civil y estado para lograr mayor captación y obtener un diagnóstico temprano y oportuno de VIH, ya que existe lugares en donde sociedad civil si tiene acceso, de esta manera puede ofrecer empleo a la población, es aquí donde entra en acción los tomadores de decisiones que son los entes reguladores en la implementación y cumplimiento de la ley en donde realice acciones específicas para el fortalecimiento de la CONASIDA con su propia líneas estratégicas , indicadores y así tener su línea presupuestaria( plan operativo).
- Socialización del marco legal y normativo, En Vista del desconocimiento que se evidencia en muchas áreas de trabajo.
- Las personas encargadas de realizar las evaluaciones deben ser capacitadas teniendo un conocimiento amplio del tema para una mejor supervisión.
- Dar una respuesta más inmediata con relación a los insumos en los cambios de la terapia, ya que se tarda hasta un año en dar la respuesta
- Proporcionar a los SAI un psicólogo para dar una atención integral
- Que se disponga de tratamiento para las IO
- Que los lab sean dotados de los reactivos necesarios
- Promocionar más efectivamente los deberes de las PVV
- Que exista disponibilidad de pruebas de genotipaje en los SAI para los PVV en pre TAR.
- Reforzamiento del uso persistente del condón mediante campañas continuas a la población en general

Comentarios en el tema Fin y Metas de impacto, que no corresponden claramente a dicho tema:

- realizar acciones afirmativas para la realización de la prueba de VIH sin consentimiento de los padres a los adolescentes
- Se sugiere que se defina un sistema de monitoreo para este período
- Fortalecimiento de la vigilancia, M&E de los indicadores de VIH.
- Fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención de la salud encaminada a la disminución de las metas de impacto.
- Diagnostico situacional sobre las capacidades instaladas del sistema de salud, es decir analizar los recursos humanos, logísticos y materiales que existen, que se necesitan y que pueden gestionarse
- Garantizar la disponibilidad de todos los medicamentos
- Garantizar un subsistema de información eficiente que permita el acceso a los datos requeridos por todos los SAI a nivel nacional.

Comentarios en el tema Metas de resultado, que no corresponden claramente a dicho tema:

- Se agregaría: que los lab sean dotados de reactivos a nivel nacional para el diagnóstico de hepatitis A, Hepatitis B, Sífilis, toxoplasmosis.

- Realización de campañas de educación masiva para incorporar a las poblaciones claves, libre de estigma y discriminación, al ejercicio de trabajos dignos.
- Incluir la atención a mujeres lesbianas, bisexuales, hombres trans
- Se deben agregar recursos para la realización de estudios de resistencia a las terapias ARV
- Agregar meta de resultado sobre el aumento en número de charlas de SSR a adolescentes, ya que la realidad actual es que los adolescentes están teniendo vida sexual activa.
- Implementar el abordaje a los menores de 18 años de los centros educativos en educación SSR

Comentarios en el tema AE y OE específicos, que no corresponden claramente a dicho tema:

- Mejoramiento de la coordinación y colaboración entre las diferentes aéreas del sector salud, incluyendo el sector privado, lo que ampliará la cobertura y los protocolos del manejo en los servicios en relación al VIH.
- En los resultados clave esperados del objetivo específico 2.1, debe incluirse a la población general
- Para eficientizar la atención, se recomienda simplificar y brindar un enfoque práctico a los funcionarios de salud para recoger información.
- Inclusión de un componente de atención psicológica en los SAI, atención a jóvenes y que dichos recursos sean capacitados y que cuenten con las competencias para la atención terapéutica especializada o dirigida

## ANEXO 5. Lista de participantes talleres de consulta y revisión del borrador preliminar Extensión del PENSIDA IV según ciudad

**Tabla 43.-** Participantes talleres de consulta: TGU, SPS y LCE, 14-12 abril, 2019

No.	Nombre	Organización	Procedencia
1	José Edgardo Hernández	Secretaría de Trabajo y Seguridad Social	TGU
2	Marco Urquía	Dirección General de Normalización (DGN), SESAL (SESAL)	TGU
3	Mario Ramírez	DGN, SESAL	TGU
4	Claudia Villalta	Región 6, SESAL	Cholulteca
5	Xiomara C. Oyuela	UAFCE SESAL	TGU
6	Gilma Nereida Murillo	Region 7, SESAL	El Paraíso
7	Eunice Molina	FOROSIDA	TGU
8	Adriana Arita	IHSS	TGU
9	Grosbin J. Gómez	FOROSIDA	TGU
10	Miguel García	ASONAPVSI DAH	TGU
11	Mercedes Gómez	Secretaría de Derechos Humanos	TGU
12	Javier Medina	Kukulcán	TGU
13	Adán Paz Álvarez	ASONAPVSI DAH	TGU
14	Linda Suazo	DGN, SESAL	TGU
15	Francia Maradiaga	CONADEH	TGU
16	Regina Barahona	Red TRASEX	TGU
17	Ángel Gabriel Díaz	Dpto. Primer Nivel de Atención, SESAL	TGU
18	Abraham Banegas	Cozumel Trans	TGU
19	Cristhian Lanza	Instituto Nacional Penitenciario DD HH	TGU
20	Elvin Ponce García	SOMOS CDC	TGU
21	Roger Redondo	Colectivo Unidad Color Rosa	SPS
22	Karen Y Valladares Guadrón	Liga de la Lactancia Materna	SPS
23	Bessy Navas	SAI Villanueva, SESAL	Villanueva
24	Marlene Rodríguez	SAI Hospital Leonardo Martínez, SESAL	SPS

No.	Nombre	Organización	Procedencia
25	Rosa Isela Viera	ASONAPVSI DAH	SPS
26	Josefina Medina	IHSS Región Nor-Occidental	SPS
27	Johanny García	FORO SIDA	SPS
28	Martha Villalta	Región Sanitaria Metropolitana, SESAL	SPS
29	Karen Erazo	Hospital Mario Catarino Rivas, SESAL	SPS
30	Esther Vargas	PASMO	SPS
31	Delmy Medina	Ministerio Episcopal	SPS
32	Miriam Enelda	Liga de la Lactancia Materna	SPS
33	Karen Martínez	Ministerio Episcopal	SPS
34	Joany García	FORO SIDA	SPS
35	Mirian E. López	Liga de la Lactancia Materna	SPS
36	Alondra Miranda	Colectivo Color Rosa	SPS
37	Ana María Pineda	REDCA+	SPS
38	Andy Campos	ASONAPVSI DAH	SPS
39	Marvin García	ASONAPVSI DAH	SPS
40	Isela Viera	ASONAPVSI DAH	SPS
41	Sonia Perdomo	Puerta Abierta	SPS
42	Amanda Sevilla	CESAMO Dr. Miguel Paz Barahona, SESAL	SPS
43	Manuel Bonilla	Vigilancia Marco Normativo, Región Sanitaria Metropolitana, SESAL	SPS
44	Aldo Medina	ASONAPVSI DAH	Yoro
45	Edwin Interiano	Red Integrada de Servicios Salud, Región 1, SESAL	LCE
46	Justa Suazo	FOROSIDA	Trujillo
47	Jeni Puerto	Región No. 1, SESAL	LCE
48	Marta Gonzales	REDACA+	LCE
49	Leticia Valle	CEPROSAF	LCE
50	Nimfa Germer	SAI, Establecimiento Salud Metropolitano, SESAL	LCE
51	Diana Martínez	SAI, Establecimiento Salud Metropolitano, SESAL	LCE

No.	Nombre	Organización	Procedencia
52	Karem Alvarado	Región No. 1, SESAL	LCE
53	Johana Pacheco	Red TRASEX	LCE
54	Nuria Meza	Rompiendo Cadenas	LCE
55	Mónica Jeffs	HUMAC	LCE
56	Levi Nehemías Hernández	HUMAC	LCE
57	Sasha Rodríguez	PROUCE	LCE
58	Merci García R.	SAI Sambo Creek, SESAL	Sambo Creek
59	Hudson Miralda	SAI, PVV Garífuna	Sambo Creek
60	Lesly Buerto	Grupo de Teatro	LCE
61	Melvia Antúnez	FOROSIDA	LCE
62	Karla Pacheco	Red TRASEX	LCE
63	Sonia Güity	ECOSALUD	LCE
64	Idalmi Gómez	Establecimiento Salud Metropolitano, SESAL	LCE
65	Fabiola Cárdenas	Médica General	LCE
66	Nohemí Aguilar	Establecimiento Salud Metropolitano, SESAL	LCE
67	Oda Samara Reyes	Centro Universitario Litoral Atlántico, UNAH	LCE
68	Anatolia Ramírez	ASONAPVSI DAH	Trujillo
69	Dixiana Flores	SAI, Establecimiento Salud Metropolitano, SESAL	LCE
70	Karen Reconco	Establecimiento Salud Metropolitano, SESAL	LCE
71	Teresa Bennet	Establecimiento Salud Metropolitano, SESAL	LCE
72	Ruth Zapata	Establecimiento Salud Metropolitano, SESAL	LCE
73	Pedro R. Martínez	Asociación de Municipios de Honduras, AMHON	TGU

Además, se tuvo una entrevista con la Dra. Mayté Paredes, Representante de País de la Universidad del Valle de Guatemala, CDC sobre los proyectos innovadores que son impulsados con el esfuerzo de la Secretaría de Salud y el financiamiento de PEPFAR a través de CDC, varios de los cuales están en proceso de expansión para tener cobertura nacional. El documento borrador final fue revisado por el Lic. Nassim Farach, Oficial de CDC/PEPFAR en Honduras.