

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/236868889>

"Diagnostico de los servicios ofrecidos por la Asociacion Nacional de Personas viviendo con VIH/SIDA en Honduras"

Book · May 2010

CITATIONS

0

READS

366

10 authors, including:



Cesar Castellanos

Instituto Dominicano para el Estudio de la Salud Integral y la Psicología Aplicada (ID...

12 PUBLICATIONS 76 CITATIONS

SEE PROFILE



Carlos Pineda

Los Andes University (Colombia)

1 PUBLICATION 0 CITATIONS

SEE PROFILE



Edna Maradiaga

National Autonomous University of Honduras

11 PUBLICATIONS 17 CITATIONS

SEE PROFILE



Mariana Iurcovich

16 PUBLICATIONS 4 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



SINERGIA [View project](#)



Neurociencia y Cognición [View project](#)



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



DIAGNÓSTICO DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS POR LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA EN HONDURAS (ASONAPVSI DAH)

REPORTE EJECUTIVO

AIDSTAR-One
APOYO Y RECURSOS DE ASISTENCIA TÉCNICA EN SIDA



MAYO-JUNIO 2010

Coordinación General:
AIDSTAR-One Honduras

Equipo Técnico AIDSTAR-One Honduras:

Liziem Valladares
Rolando Pinel

Equipo de Investigación:

César Castellanos
Carlos Pineda
Diacuy Mesquita
Edna Maradiaga
Gertalina Cerrato
Lourdes Sagastume
Mariana Iurcovich
María Elena Ordóñez

Esta publicación ha sido posible por el apoyo generoso del pueblo Norteamericano a través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID). Los contenidos son responsabilidad de AIDSTAR-One/John Snow, Inc. y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la USAID o del gobierno de los Estados Unidos de Norte América.

Agradecimientos

Varias personas contribuyeron en el desarrollo del presente diagnóstico.

Reconocemos la apertura y el apoyo de la ASONAPVSIDAH, especialmente los miembros de la Junta Directiva, Director Ejecutivo, personal técnico: educadores y facilitadores domiciliarios. De igual manera al personal de los CAI y de las diferentes instituciones que aportaron su experiencia y conocimiento como informantes claves.

Damos gracias a las personas viviendo con el VIH/Sida que forman parte de los grupos de autoapoyo, al igual que aquellas que reciben el servicio de las visitas domiciliarias. Su disposición al compartir sus vivencias, conocimientos, expectativas y sugerencias hizo posible que este diagnóstico tenga los elementos para dar respuestas a sus necesidades, razón de ser de los proyectos de VD y GAA.

A USAID-Honduras quien brindó apoyo técnico y financiero para el desarrollo del diagnóstico. El proyecto AIDSTAR-One reconoce en particular la participación en este proceso de la Dra. Ritza Avilez, Especialista en Gestión de Proyectos de VIH/Sida de la Oficina de Salud de USAID Honduras

Agradecemos a todas aquellas personas que apoyaron la elaboración y revisión de este informe; así como a quienes con su apoyo logístico permitieron la realización y finalización de esta investigación.

Siglas

ARV:	Antirretrovirales
ASHONPLAFA:	Asociación Hondureña de Planificación Familiar
ASONAPVSI DAH:	Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH/Sida en Honduras
CAI:	Centro de Atención Integral
CHF	Cooperative Housing Foundation
CONADEH:	Comisionado Nacional de Derechos Humanos
CONASIDA:	Comisión Nacional de Sida
DDHH:	Derechos Humanos
FONASIDA:	Foro Nacional del Sida
GAA:	Grupo de Autoapoyo
HSH:	Hombres que tiene sexo con hombres
IO:	Infecciones Oportunistas
ITS:	Infección de Transmisión Sexual
JSI:	John Snow, Inc
MCP:	Mecanismo Coordinador de País
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONG:	Organización No Gubernamental
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PASMO:	Pan American Social Marketing Organization (Proyecto de Mercadeo Social de Condones)
PENSIDA III:	Plan Estratégico Nacional de Sida III
PMA:	Programa Mundial de Alimentos
PNS:	Programa Nacional de Sida
PVVS:	Personas Viviendo con VIH/Sida
REPCA:	Red Centroamericana de Personas con VIH/Sida
SIDA:	Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida
TAR:	Tratamiento Antirretroviral
TARGA:	Terapia Antirretroviral de Gran Actividad
USAID:	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (sigla en inglés)
VD:	Visita domiciliaria
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Por razones de tiempo y espacio, no siempre se ha usado tanto el masculino como el femenino en las palabras que así lo requieren. Debe entenderse, por tanto, que cada vez que se utilice el término "facilitadores", "coordinadores" o "usuarios" se está haciendo referencia a ambos sexos.

Índice

I. Introducción	7
1.1. Marco contextual	9
1.2. AIDSTAR-One Honduras	10
1.3. ASONAPVSI DAH y sus proyectos con el Fondo Mundial	10
1.4. Marco conceptual (sobre las VD y los GAA)	10
1.5. Currículos de capacitación utilizados en los proyectos	11
1.6. Objetivos de la investigación	12
1.7. Limitantes de la investigación	12
II. Metodología	13
2.1. Descripción del diseño y proceso metodológico	15
2.2. Técnicas e instrumentos de investigación utilizados	16
III. Hallazgos del diagnóstico	17
3.1. Hallazgos relacionados con el Proyecto de Fortalecimiento de las Visitas Domiciliarias	19
3.1.1. Generalidades	19
3.1.2. Fortalezas	20
3.1.3. Debilidades o Desafíos	21
3.2. Hallazgos relacionados con el Proyecto de Fortalecimiento de los Grupos de Autoapoyo	23
3.2.1. Generalidades	23
3.2.2. Fortalezas	24
3.2.3. Debilidades o Desafíos	25
3.3. Percepciones de informantes claves	27
3.3.1. Generalidades	27
3.3.2. Fortalezas	27
3.3.3. Debilidades o Desafíos	28
IV. Conclusiones y recomendaciones finales	29
4.1. En relación a la ASONAPVSI DAH	32
4.2. En relación al Proyecto de Fortalecimiento de las VD	34
4.3. En relación al Proyecto de Fortalecimiento de los GAA	36
V. Bibliografía	41
• Documentos institucionales	43
• Publicaciones	44
• Enlaces a sitios web	45

I. INTRODUCCIÓN

La ASONAPVSI DAH está decidida a fortalecer sus servicios y la respuesta que ofrece a sus miembros, las personas viviendo con VIH/Sida. Para ello trabaja en el mejoramiento de sus capacidades, con el apoyo técnico de AIDSTAR-One Honduras, a fin de que los proyectos que ejecuta alcancen los resultados previstos.

El diagnóstico de los servicios de visita domiciliaria (VD) y Grupos de Autoapoyo (GAA) es vital y constituye una herramienta de gestión del conocimiento que permite comprender las percepciones, los conocimientos y lo que piensan los usuarios, proveedores e informantes claves sobre ambos proyectos. Estas respuestas permitirán tomar decisiones sobre cómo mejorar la calidad de los servicios, superando las brechas y debilidades y afianzando las buenas prácticas y fortalezas.

El objetivo de este diagnóstico es que sirva a la junta directiva, personal técnico y administrativo, proveedores y usuarios de los servicios de la ASONAPVSI DAH, así como a las instituciones y personal técnico involucrado o relacionado con dichos proyectos, para la toma de decisiones con base en evidencias.

1.1. Marco contextual

El número de casos de VIH/Sida notificados desde 1985 hasta diciembre de 2009 es de 27,714, de los cuales 20,264 (73%) fueron clasificados como Sida y el resto (27%) como VIH. Estas cifras representan cerca del 40% del total de casos de Sida de la región centroamericana.

En Honduras la forma primaria de transmisión reportada del VIH/Sida es la vía sexual. Del total de casos reportados como Sida, el 85.3% se atribuyen a transmisiones heterosexuales, 6% a transmisiones homosexuales/bisexuales, 6.1% a transmisión vertical (madre-hijo), y 0.4% a transmisiones por contacto con sangre infectada. Del restante 1.7 %, se ignora el mecanismo de transmisión, considerando que por el uso de drogas inyectables asciende a 0.1%.

El predominio de transmisión heterosexual explica la tendencia de disminución de la razón hombre: mujer. Otra razón probable es que la población femenina ha tenido mayor acceso a los servicios del programa de transmisión madre-hijo (PTMH) por la creciente cobertura de los mismos, en tanto que el acceso de la población masculina a los servicios de salud es menor.

La epidemia de VIH/Sida afecta principalmente a la población joven, en edad reproductiva y económicamente activa. Los grupos comprendidos entre los 15 y los 39 años de edad representan el 69.18% de los casos notificados a lo largo de las dos últimas décadas. Cabe destacar que varios municipios postergados se encuentran con tasas muy elevadas de incidencia acumulada, producto quizás de la vulnerabilidad rural del país, las condiciones de pobreza y la intensa migración del campo hacia las ciudades grandes y viceversa.

Desde el inicio de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en Honduras, 9,164 personas han tenido acceso a este tratamiento. Actualmente más de 7,000 personas reciben TARGA. El 79% de los pacientes que están en tratamiento antirretroviral en Honduras reciben terapia de primera línea, el 14% se encuentran en terapia alternativa y el 8% restante en terapia de rescate.

1.2. AIDSTAR-One Honduras

AIDSTAR-One es un proyecto de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), adjudicado en el 2008 a John Snow, Inc. El propósito fundamental del proyecto es proporcionar servicios de asistencia técnica de alta calidad a la Oficina del VIH/Sida y misiones de USAID en países considerados prioritarios.

A solicitud de la Misión de la USAID en Honduras, AIDSTAR-One inicia operaciones en noviembre 2008 y abre una oficina de país en mayo 2009.

Los dos socios más importantes de AIDSTAR-One en Honduras son la Secretaría de Salud y la ASONAPVSI DAH.

1.3. ASONAPVSI DAH

La Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH/Sida en Honduras (ASONAPVSI DAH), es una organización no gubernamental, fundada en el año 2000 y reconocida legalmente en año 2002. Surge a partir de la necesidad de crear una estructura organizativa desde la base de los Grupos de Autoapoyo (GAA) existentes en todo el país.

En la actualidad, la Asociación desarrolla diversas iniciativas, de las cuales las más importantes son dos proyectos financiados por el Fondo Mundial de la Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis (FM), a través de CHF Internacional Honduras como Receptor Principal. El primero, denominado "Visitas Domiciliarias" (VD), está encaminado a contribuir a la atención integral de las personas viviendo con VIH/Sida que concurren a los diferentes Centros de Atención Integral del País (CAI). El segundo, denominado "Fortalecimiento a los GAA", tiene como objetivo fortalecer el empoderamiento de las personas viviendo con VIH/Sida, por medio de su participación activa en los Grupos de Autoapoyo (GAA) afiliados a la Asociación.

1.4. Marco conceptual sobre las VD y los GAA

1.4.1. Visita domiciliaria

El proyecto de "Visitas Domiciliarias" se inicio en el año 2004. Con esta iniciativa, la ASONAPVSI DAH, en coordinación directa con los Centros de Atención Integral para el VIH/Sida, de la Secretaría de Salud y algunas organizaciones no gubernamentales (ONGs) se ha propuesto mejorar los niveles de adherencia de las personas que toman el tratamiento antirretroviral, así como lograr que las personas que lo han abandonado retomen su tratamiento.

Para ello se visita regularmente el domicilio de la persona que vive con VIH/Sida, previo consentimiento. El propósito es apoyarle, también a su pareja y familia en el cuidado y autocuidado de su salud, brindándole la información sobre la toma correcta de los medicamentos, el cumplimiento de las indicaciones médicas y las medidas necesarias para alcanzar una buena adherencia.

La ejecución del proyecto está a cargo de cuarenta facilitadores capacitados en los temas relacionados con el VIH/Sida y el tratamiento con ARV, los cuales están distribuidos en las ciudades de mayor incidencia del VIH/Sida en el país. La selección de los facilitadores se fundamenta en la estrategia de educación de pares.

1.4.2. Grupos de Autoapoyo

El objetivo general del Proyecto de Fortalecimiento de los GAA es que para el año 2015 la estructura de ASONAPVSI DAH y sus GAA activos esté fortalecida. Para ello se trabaja en la consolidación del funcionamiento de la red de GAA existentes, a través de la mejora de su comunicación y empoderamiento, el diseño e implementación de un programa de educación permanente a sus miembros y familiares y la realización de eventos de movilización social antiestigma.

Este proyecto cuenta con siete educadoras que trabajan a nivel nacional, dando acompañamiento periódico y sistemático a los sesenta y tres grupos que actualmente están formados y adscritos a la ASONAPVSI DAH, promoviendo la creación e inscripción de nuevos GAA a la Asociación y elaborando una base de datos de los grupos existentes y activos.

A fin de identificar el nivel de desarrollo de los GAA y brindarles el apoyo más apropiado a sus necesidades, la ASONAPVSI DAH los ha clasificado en tres categorías: 1. Nivel incipiente, cuando el grupo está en fase de inicio y su desarrollo es aún débil; 2. Nivel de recuperación, cuando el grupo está en una fase intermedia y ha logrado cierta estabilidad en su funcionamiento; y 3. Nivel funcional, cuando el GAA está bastante desarrollado y tiene un nivel de organización interna y de cohesión que le posibilita un funcionamiento regular y permanente.

1.5. Currículos de capacitación utilizados en los proyectos

1.5.1. Currículo de capacitación de los facilitadores de la visita domiciliaria

Actualmente se cuenta con un borrador de currículo, que está en proceso de validación. Este consta de cinco módulos, donde se desarrollan diversas sesiones educativas, en un total de noventa y ocho horas. Los módulos son los siguientes: (1) Derechos humanos, (2) ITS/ VIH /Sida, (3) Sexualidad, género y reproducción, (4) Atención integral y (5) Desarrollo personal.

1.5.2. Currículo de capacitación para los miembros de los GAA y sus familiares. “Manual para el educador: Conversando entre nosotras y nosotros”

La presente descripción se basa en la segunda edición publicada por la ASONAPVSI DAH, en colaboración con PNUD y Fondo Global, para el período de febrero 2007 a 2014.

El manual está dirigido a las personas que se desempeñan como educadores de los GAA. Su objetivo general es brindar una herramienta de trabajo útil que les capacite en temas relacionados al fortalecimiento de los Grupos de Auto Apoyo y de las personas que los integran, así como sus familiares.

Consta de cinco módulos temáticos, cada uno organizado en subtemas, donde a la vez que se aborda el contenido, se ofrecen herramientas metodológicas para el desarrollo de las reuniones de los GAA: los módulos en mención son: (1) Crecimiento personal, (2) Conociendo sobre el VIH/Sida, (3) Derechos Humanos, VIH/Sida, (4) Participación ciudadana y (5) Desarrollo organizacional.

1.6. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Identificar las fortalezas, brechas y oportunidades de los programas y estrategias de prevención, promoción y atención que desarrolla la ASONAPVSI DAH.

Objetivos específicos

1. Conocer las fortalezas, brechas y oportunidades para fortalecer las actividades llevadas a cabo por los Grupos de Autoapoyo.
2. Identificar las fortalezas, desafíos y oportunidades del Programa de Visitas Domiciliarias para fortalecer la provisión de este servicio y aumentar la utilización dentro de las comunidades donde sirven.
3. Conocer otras intervenciones que complementan y/o son similares a las que desarrolla ASONAPVSI DAH, a fin de identificar las potencialidades de sinergia y coordinación.
4. Identificar las percepciones de informantes claves calificados sobre las fortalezas y brechas de la ASONAPVSI DAH y sus proyectos.

1.7. Limitantes del proceso

Aunque no son altamente significativas, algunas de las limitaciones que afectaron el proceso de recolección y procesamiento de la información fueron las condiciones de salud de algunos de los entrevistados e imprevistos que dificultaron la realización de algunas de las actividades planificadas. Otra condicionante inicial fue que solo se pudieron realizar dos entrevistas con las educadoras del proyecto. Sin embargo, se definieron otros mecanismos para recolectar la información, como por ejemplo sustituyendo personas y aumentando las cuotas de informantes. En el caso de las educadoras, en lugar de otras entrevistas se realizó un grupo focal.

II. METODOLOGÍA

2.1. Descripción del diseño y proceso metodológico

El proceso inició con la revisión de la documentación pertinente a partir de la cual se procedió al diseño del protocolo de investigación; el cual fue sometido a la consideración y aprobación de los Comités de Ética de Honduras y AIDSTAR-One.

La conformación de la muestra y ubicación geográfica de la misma se realizó en coordinación con el personal de la ASONAPVSI DAH, de acuerdo a criterios preestablecidos en el protocolo de investigación. La muestra incluyó prestadores y usuarios de los servicios; así como informantes claves relacionados con los proyectos.

Las zonas geográficas cubiertas por el estudio corresponden a aquellas en que la Asociación tiene mayor presencia.

Los criterios utilizados para seleccionar tanto la muestra de prestadores, como la de usuarios de los servicios fueron la ubicación geográfica, incluyendo zonas urbanas y rurales, ambos sexos, y las posibilidades de acceso a los CAI.

Para la recolección de datos se conformaron dos equipos de investigación, los cuales cubrieron zonas geográficas diferentes y cada uno estuvo coordinado por un asesor internacional. La supervisión directa del proceso fue realizada por AIDSTAR-One Honduras y ASONAPVSI DAH, ya que observaron Visitas Domiciliares y Grupos de Autoapoyo, así como entrevistas a Personal Clave de otras organizaciones.

Miembros de la junta directiva de la Asociación y el Director de país de AIDSTAR-One realizaron visitas de observación estructurada al proceso y entrevistas con las personas que se les aplicaron los instrumentos con el objetivo de verificar los aspectos de confidencialidad, trato y metodología de recolección de información.

Estas visitas se llevaron a cabo en Tela, San Pedro Sula, Tegucigalpa y Choluteca, San Lorenzo. Durante el proceso se brindó la retroalimentación necesaria a los equipos de trabajo.

La recolección de datos se llevó a cabo en el período comprendido entre el 28 de mayo y el 11 de junio (12 días). Un aspecto fundamental que forma parte del diseño metodológico y que fue aplicado en el proceso de recolección de la información, es el consentimiento informado de cada participante en el estudio.

La transcripción de las entrevistas se hizo día a día por cada uno de los investigadores, a fin de asegurar la confiabilidad de los datos y el uso oportuno de las notas breves, ya que no se utilizaron grabadoras.

Al final del proceso de recolección de la información se realizó un taller de consolidación de los hallazgos preliminares, donde los equipos de investigadores y asesores realizaron un análisis de los principales descubrimientos del diagnóstico.

Debido a que durante el proceso de trabajo de campo solamente se pudo entrevistar a dos educadores de GAA, ambos en San Pedro Sula, se decidió realizar un grupo focal con las siete educadoras del proyecto a nivel nacional.

Finalmente, se realizó un análisis a profundidad de la información obtenida, consolidándola para cada uno de los proyectos y describiendo hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

2.2. Técnicas e instrumentos de investigación utilizados

Para la obtención de la información del diagnóstico se seleccionaron dos tipos de técnicas cualitativas: a) la observación guiada del desarrollo de GAA y de la VD y b) las entrevistas semi-estructuradas.

Las entrevistas semi-estructuradas se aplicaron a:

- Facilitadores de las visitas domiciliarias
- Usuarios de las visitas domiciliarias
- Coordinadores de los Grupos de Auto Apoyo
- Educadores de los Grupos de Auto Apoyo
- Usuarios/miembros de los Grupos de Auto Apoyo
- Prestadores de servicios diferentes a los mencionados arriba
- Entrevistas a informantes claves

III. HALLAZGOS DEL DIAGNÓSTICO

3.1. Hallazgos relacionados con el Proyecto de Fortalecimiento de las Visitas Domiciliarias

3.1.1. Generalidades

Para casi todos los usuarios de la visita domiciliaria, el conocimiento y la relación con la ASONAPVSI DAH se asocian directamente al momento de enterarse de su diagnóstico o un poco después. Esto también se aplica a los facilitadores de la VD quienes antes de tener la condición laboral actual, iniciaron como PVVS dentro de los Grupos de Auto Apoyo.

El primer contacto con la Asociación es por lo general a través de los facilitadores de la visita domiciliaria o algunos miembros de los GAA; en otros casos ha sido por medio del personal de los CAI, médicos, enfermeras, trabajadores sociales o psicólogos.

Los CAI, son los espacios de referencia, diagnóstico, atención y control para los PVVS, por ende son el lugar de identificación de nuevos casos y donde se advierte la ausencia a las citas y el abandono del tratamiento por parte de los usuarios. También es donde comúnmente los usuarios de la visita domiciliaria escuchan por primera vez sobre la existencia de la ASONAPVSI DAH.

Para algunos facilitadores la condición de empleados de la ASONAPVSI DAH es su único vínculo con la Asociación, mientras que otros se sienten parte de ella. En el caso de los usuarios, muchos identifican a los facilitadores como parte de los empleados del CAI, muy pocos los identifican como miembros de la Asociación.

La visita domiciliaria se efectúa por lo general en la casa del usuario, sin embargo en algunos casos se da en el CAI, en algún parque o centro comercial o en el centro de trabajo, esto lo decide el usuario. Las razones de su decisión son determinadas en su mayoría por el conocimiento que su familia tiene de su condición de PVVS.

El primer contacto durante una visita domiciliaria, le permite a la ASONAPVSI DAH darse cuenta de los problemas de las PVVS e intervenir por medio de los facilitadores para mejorar la adherencia de los usuarios y apoyar a los CAI en relación a los pacientes faltantes.

Los facilitadores de la VD seleccionan a los nuevos usuarios en base a criterios como: nuevos casos diagnosticados de PVVS, abandono del tratamiento, no presentarse a las citas médicas o hacerlo de manera irregular. En la mayoría de las oportunidades quien les proporciona la información es el médico u otro personal del CAI.

Los entrevistados advierten que en los CAI la mayoría del personal está por contrato, lo que implica inestabilidad laboral y que se capacita recurso humano que después se va.

En general la participación de los hombres como usuarios y facilitadores de la VD es notablemente más baja que las de las mujeres.

3.1.2. Fortalezas

La mayoría de los facilitadores conoce lo que significan los términos VIH/Sida, y pueden expresarlo en sus propias palabras. Los usuarios por su parte, aunque no lo expresen literalmente, también reflejan un entendimiento popular del significado de VIH/Sida, y de la diferencia entre ambos.

Los facilitadores de la visita domiciliaria, por lo general permanecen en su función durante mucho tiempo y su cambio muchas veces solo obedece al deterioro de su condición de salud o la muerte.

Para ellos la actualización reforzamiento y capacitación en temas sobre VIH/Sida, visita domiciliaria y consejería debe ser permanente. Como necesidades de capacitación señalan la terapia ARV, primeros auxilios, estigma y discriminación, cuidados paliativos, depresión, prevención de violencia intrafamiliar y talleres de manualidades y de relajación.

Todos los visitantes han sido previamente miembros de algún Grupo de Auto Apoyo, allí han adquirido muchos de sus conocimientos en relación al VIH/Sida y las habilidades que les permiten desarrollar sus funciones.

La naturaleza del trabajo del visitador permite desarrollar ciertas actitudes de liderazgo en los espacios en que interactúan, constituyendo una base de nuevos líderes capaces de conducir una organización humana como la ASONAPVSI DAH.

Todos los facilitadores personalizan el contacto con el usuario, logrando una amplia aceptación hacia su persona. Hay un reconocimiento en los usuarios y en la comunidad respecto al desempeño de los visitantes fundamentalmente por la empatía que desarrollan.

La condición de PVVS permite a los visitantes establecer un vínculo efectivo. Por medio del testimonio personal, el ejemplo de fortaleza y el logro de la adherencia adquieren una mayor credibilidad y por tanto son un ejemplo a imitar.

De forma natural los facilitadores son una especie de auxiliares del trabajo de los CAI, donde tienen algunas responsabilidades vinculadas con la atención de los usuarios, cumplir con esta función produce para los facilitadores la satisfacción de ser reconocidos por el personal de los CAI y por la atención que merecen sus referidos a los servicios de salud.

A los facilitadores se les reconoce su labor en alcanzar los logros en relación a la adherencia y búsqueda de usuarios que han abandonado su tratamiento así como la ampliación en la cobertura de los servicios del CAI.

Aún cuando no es el propósito principal de la misma, los usuarios identifican que la visita domiciliaria es un importante soporte emocional ante el diagnóstico de VIH/Sida.

Las opiniones de algunos usuarios indican que la VD es un espacio en el que ellos pueden conversar y tienen a alguien que les da atención. Se percibe que hay un sentimiento de soledad y mucha carencia afectiva, que en parte es llenado por la presencia de los facilitadores.

Los facilitadores entienden el apoyo emocional como fomentar el desahogo de los usuarios por medio de la conversación y escuchando sus problemas personales; los motivan para salir de su casa y promueven en ellos una actitud positiva y de confianza en el tratamiento.

Los facilitadores motivan a los usuarios a que se integren a los GAA, la asistencia a estos grupos, según opiniones de los usuarios, les ha ayudado. Aún cuando inicialmente tuvieron cierta renuencia a asistir, han comprobado que les ha sido de gran beneficio en el acompañamiento emocional.

Tanto usuarios como facilitadores tienen claridad sobre las formas de transmisión y prevención del VIH/Sida, incluida la transmisión madre-hijo.

Respecto a la adherencia a los ARV y la importancia de tomar el tratamiento tal como ha sido indicado, la mayoría de los usuarios tiene noción de que debe respetarse el horario y dosis establecido.

Casi la totalidad de los usuarios entrevistados aseguran que nunca han dejado el tratamiento con los ARV. Los que lo han interrumpido, lo atribuyen a situaciones depresivas.

3.1.3. Debilidades

Los facilitadores expresan diversas fuentes y temas en que han sido capacitados para desempeñar su función, sin embargo no hay uniformidad ni actualización en ese aspecto. Muchos nunca han recibido ningún tipo de capacitación.

Estas limitaciones se evidencian en las opiniones de los usuarios, en quienes prevalece la descripción de los conceptos en sus propias palabras y utilizando ejemplos, expresan también algunos conocimientos equivocados sobre el VIH/Sida, su transmisión y tratamiento. De igual manera desconocen temas como re-infección, resistencia, infecciones oportunistas, infecciones de transmisión sexual.

Sin embargo respecto a las medidas de prevención de la reinfección, infecciones de transmisión sexual, infecciones oportunistas todos recomiendan y hacen énfasis en el uso correcto del condón como el único método efectivo. Hacen referencia a la fidelidad como forma de prevención y recomiendan no consumir drogas y alcohol.

La supervisión de la ejecución de la visita domiciliaria difiere de una ciudad a otra; en las ciudades grandes, Tegucigalpa y San Pedro Sula, es una vez al mes, mientras que en las ciudades más pequeñas es más espaciada. El trabajo de los facilitadores es supervisado en algunos casos por la ASONAPVSI DAH y por CHF; sin embargo en algunas comunidades entienden que la supervisión se hace por medio de los informes.

En cuanto a los criterios que se utiliza para priorizar la visita a los usuarios, la gran mayoría indica que prioriza de acuerdo a la gravedad del problema: los usuarios nuevos son los que necesitan mayor monitoreo, al igual que los que han abandonado el tratamiento. Esa priorización la deciden los facilitadores con criterios empíricos y de sentido común. Hay usuarios que destacan la importancia de la consejería, una vez que reciben el resultado positivo de la prueba. El compartir su condición y tener el apoyo emocional adecuado les permite mejorar su autoestima, tener más ánimo y esperanza para enfrentar su condición de salud.

La consejería es una intervención exclusiva del personal capacitado en esa técnica, especialmente trabajadores sociales y psicólogos y es una norma implementarla antes de hacerse las pruebas de diagnóstico y luego de conocer los resultados. En opinión de algunos de los entrevistados, la consejería debería incluir a las familias, ya que la discriminación familiar y el rechazo social siguen existiendo.

Los facilitadores enfatizan en la importancia que tiene para el usuario, compartir el diagnóstico con su familia, sin embargo, esto se logra de forma lenta y en algunos de los casos no sucede.

La visita domiciliaria se realiza muchas veces de manera anónima. Algunos facilitadores indican que no llevan nada (ni una mochila con el logotipo de la Asociación), "solo una hoja en su bolso", esto para no afectar la confidencialidad, así mismo algunos usuarios solicitan que la visita se haga en un lugar público como los CAI, un parque, o una cafetería debido a que la familia desconoce su diagnóstico.

La visita domiciliaria presenta diversos obstáculos en su ejecución. La más notable se refiere a las distancias entre las comunidades, pero también se mencionan los costos del transporte, que son superiores a la asignación proporcionada por la ASONAPVSI DAH (como parte de su contrato), la inseguridad en las comunidades y las dificultades para encontrar las direcciones de los nuevos usuarios, especialmente cuando las visitas domiciliarias fuera de la ciudad sede del visitador, los retrasos en los pagos de sus salarios es otro obstáculo. De igual manera expresan que algunas de las necesidades propias del trabajo tienen que ser financiadas de su propio salario (celular, transporte) y esto afecta su economía familiar.

La actitud de los hombres con relación a cómo afrontar el diagnóstico difiere de las mujeres, mientras estas son más dispuestas a asumir el tratamiento y modificar sus estilos de vida, los hombres se aferran a la idea de que los diagnósticos no son correctos o por el hecho verse y sentirse bien, no ven la necesidad de asistir a los servicios de salud. En muchos casos, las mujeres entrevistadas relataron que sus parejas fallecieron de Sida, porque se dieron cuenta ya cuando estaban en la etapa terminal.

3.2. Hallazgos relacionados con el Proyecto de Fortalecimiento de los Grupos de Auto apoyo

3.2.1. Generalidades

Los GAA surgieron desde antes de la creación de ASONAPVSI DAH, como una respuesta a la necesidad de las PVVS de organizarse a nivel comunitario.

En la práctica actualmente los GAA se reúnen fundamentalmente por tres razones: compartir y apoyarse, participar en capacitaciones y emprender acciones económicas. Un mismo grupo puede reunirse por una o por las tres razones.

Según los entrevistados, en los casos en que el GAA se dedica a actividades económicas o solas a sesiones informativas, no hay oportunidad de mejorar la autoestima, las relaciones interpersonales y recibir soporte emocional. Afirman que en muchos de estos casos más bien se produce divisiones del grupo y conflictos de poder que son difíciles de resolver.

Cuando los GAA se desarrollan como un espacio de salud mental y de educación, sí contribuyen a mejorar la autoestima de sus miembros, las buenas relaciones interpersonales entre los miembros del grupo y sus familias. En estos casos son un verdadero soporte emocional que les permite enfrentar la enfermedad y salir adelante.

En los Grupos de Auto Apoyo se le da especial importancia al aspecto espiritual. Algunos grupos son apoyados directamente por organizaciones religiosas; otros invitan periódicamente a representantes de iglesias de distintas denominaciones.

La mayoría de las personas entrevistadas afirma que muchas de las dificultades que afectan a las PVVS tienen origen en limitaciones económicas y de acceso a posibilidades laborales, dar respuesta a estas necesidades económicas es una prioridad dentro de la organización, dado que el Estado hondureño no garantiza el derecho al trabajo de las PVVS, como tampoco proporciona todos los medicamentos para las IO y los exámenes de laboratorio que deben practicarse regularmente.

La periodicidad de las reuniones de los GAA varía considerablemente, mientras unos se reúnen semanalmente, hay otros que lo hacen quincenal o mensualmente. En algunos de los casos las reuniones coinciden con las citas médicas en los CAI.

En relación al número de integrantes, también hay una variedad de situaciones. Se encuentran grupos con cinco o seis miembros y en otros se menciona hasta sesenta integrantes.

3.2.2. Fortalezas del Proyecto de GAA

Los conocimientos de las educadoras son bastante completos en los temas de VIH/Sida, formas de transmisión y prevención, uso de preservativo, demostración del uso de preservativo con dildos, infecciones oportunistas, resistencia, reinfección, pruebas de laboratorio, adherencia a los ARV, efectos secundarios de los ARV, TARGA, transmisión madre-hijo, medidas para prevenir transmisión madre-hijo, derechos humanos.

La gran mayoría de los coordinadores y miembros de los GAA consultadas, comprenden claramente los conceptos de VIH/Sida, de manera empírica y en su propio lenguaje. Manejan los conceptos del VIH/Sida, como dos fases indivisibles, donde media la medicación con ARV para evitar el desarrollo de la enfermedad.

En relación a las formas de transmisión, en casi todos los casos los coordinadores y miembros de los GAA, identifican las relaciones sexuales, las transfusiones de sangre y las asociadas al embarazo y parto como las formas más frecuentes.

La mayoría de los miembros de los GAA tienen dificultades en comprender que son la resistencia, la reinfección y las infecciones oportunistas y los conceptos que se presentan en un lenguaje científico o técnico, distante de su cultura y nivel educativo.

La coordinación con otras organizaciones e instituciones se presenta regularmente en actividades de capacitación dentro del grupo (charlas que brindan en las reuniones de los GAA), así como en ferias de la salud y en jornadas que se realizan en las escuelas y colegios con los niños y jóvenes.

Entre los espacios de coordinación que se mencionan, están las alcaldías municipales, el Foro del Sida y los organismos de DDHH. También se mencionan organizaciones como COMVIDA, Jóvenes Sin Fronteras, Cruz Roja, CARITAS, MCP, Rompiendo Cadenas y las regiones sanitarias.

Como efecto de sus gestiones algunos GAA han logrado que las municipalidades les brinden ciertos apoyos para transporte, medicamentos, exámenes y financiamiento para refrigerios durante algunas de sus reuniones.

Se reconoce al grupo como un espacio de desarrollo que facilita herramientas necesarias para fomentar el compañerismo, la solidaridad y la valoración humana.

También reconocen y valoran la importancia de los juegos y el relajamiento para reducir el nivel de ansiedad de los miembros y con ello contribuyen al mejoramiento de sus relaciones interpersonales y familiares.

En el caso de los coordinadores expresan sentir una satisfacción personal de “ayudar ayudándose”. Para otros ha sido importante conocer a “personalidades”. Otro grupo de opiniones expresan su orgullo de ser reconocidos por el personal de los servicios de salud, la confianza que el grupo le dispensa y el respeto del grupo y la comunidad por su labor.

A nivel local los miembros de los GAA consideran que los CAI son un servicio de excelente calidad y que les ha dado una respuesta a sus necesidades.

3.2.3. Debilidades o Desafíos del Proyecto de Fortalecimiento de los GAA

El Proyecto de Fortalecimiento de los GAA, incluye en su planteamiento teórico la clasificación de los grupos en tres categorías: 1. Nivel incipiente, cuando el grupo está en fase de inicio y su desarrollo es aún débil; 2. Nivel de recuperación, cuando el grupo está en una fase intermedia y ha logrado cierta estabilidad en su funcionamiento; y 3. Nivel funcional, cuando el GAA está bastante desarrollado y tiene un nivel de organización interna y de cohesión que le posibilita un funcionamiento regular y permanente.

La mayoría opina que esta escala no es pertinente ya que toda organización humana vive un proceso dinámico de interrelaciones, con ciclos de avance, estancamiento y retroceso; sin embargo la escala está pensada de manera que en teoría solo se puede avanzar. Afirman que “la clasificación actual no está en base a las necesidades de los grupos ni es medible”.

Por otra parte para cada categoría se han definido temas específicos que las educadoras deben desarrollar. De esta manera los temas para el GAA en nivel incipiente son diferentes al GAA en nivel intermedio y estos al de un grupo en nivel funcional. Educadoras y coordinadores concuerdan que los temas a tratar en los grupos deben responder a las necesidades de los mismos.

El proceso de capacitación de las educadoras del Proyecto no ha tenido un desarrollo adecuado, sistemático y pertinente, solamente dos de las siete educadoras han participado en un taller de capacitación sobre los contenidos del currículo para los GAA. Afirman que nunca han recibido un taller sobre técnicas educativas y facilitación de grupos; recientemente participaron en un curso sobre inteligencia emocional que brindó CHF.

Advierten con preocupación que aunque se esfuerzan y trabajan mucho, algo debe estar fallando y deben mejorar en su trabajo, pues la mayor parte de reinfecciones y los casos de ITS se dan en personas que van a las reuniones del grupo.

Las educadoras mencionan que el manual oficial del proyecto incluye básicamente aspectos de organización de los GAA, autoestima, liderazgo y carece de algunos temas importantes que los miembros de los GAA solicitan.

En ciertos casos se menciona la dificultad que representa el analfabetismo de algunos de los miembros, por ello los temas y los materiales deben ser sencillos y adecuados a la cultura, nivel educativo, edad y género de los miembros de los GAA.

La mayor parte de los coordinadores desconoce el manual. De hecho, solo uno de todos los entrevistados lo mostró durante la entrevista. Señalan como uno de los temas más difíciles el uso del condón, no en cuanto al concepto, sino para lograr que la gente lo practique.

También hay casos de personas que requieren mayor comprensión de la sexualidad y las relaciones sexuales, pues hay quien considera que las relaciones sexuales orales no son una vía de transmisión por ejemplo expresan que "con el sexo por la boca, no hay riesgo de contagio, yo desde que me infecté, solo con la boca tengo sexo, porque me daría lástima transmitirle el virus a otros."

Saben de la existencia de la Ley Especial del VIH/Sida; sin embargo son muy pocas las personas que tienen conocimiento de su contenido, alcances, beneficios y mecanismos de implementación.

Por sentido común comentan que "la ley incluye todo lo relativo a DDHH de las personas VIH positivas y con Sida". Probablemente se deba a que hay poca difusión de ella y por tanto no es posible que se empoderen de la misma.

Reconocen como un derecho y una decisión personal las posibilidades de embarazo en las mujeres VIH positivas, aunque también señalan que la recomendación sería evitar los embarazos. Es generalizada la idea de la correspondencia entre derechos y deberes.

Aunque conocen el CONADEH, así como otras instituciones de que protegen los derechos de las PVVS: CIPRODEH, CPTRT, CARITAS, Fiscalía de DDHH, Alcaldías, COFADEH, Visitación Padilla y CODEH. Expresan que las dificultades son más bien en relación a la credibilidad que las personas tienen sobre este tipo de organizaciones, principalmente sobre el CONADEH; pues aducen que "no hacen nada concreto". Sin embargo, esta percepción, más que en hechos reales, se basa en una idea subjetiva, pues cuando se les consulta sobre ejemplos, contestan que no hacen denuncias porque saben que no prosperan.

Todas las educadoras expresan que realizan una labor de sensibilización con las enfermeras de los centros de salud porque son el grupo de personas que más discriminan a las PVVS. La discriminación según las respuestas, se presenta casi en todos los espacios sociales, y más en la propia casa con la familia. También se mencionan el lugar de trabajo y los centros educativos.

Las educadoras afirman que ellas realizan muchas de las responsabilidades propias de los servicios de salud como ser bañar a los pacientes, movilizarlos cuando es necesario, buscarles medicamentos, etc.; y no perciben una reciprocidad de consideración por parte del personal de los CAI, respecto a reconocer su labor.

En resumen, las educadoras identifican como funciones de su cargo las siguientes: capacitación a PVVS, niños y jóvenes en escuelas y colegios, acompañamiento a personas con VIH/Sida, planificación y desarrollo de eventos, apoyo a los CAI, apoyo técnico a los GAA, coordinación con otras instituciones, consejería, trabajo en oficina, llenado de múltiples formularios, manejo de los fondos para actividades y su liquidación, gestiones para la organización y fortalecimiento de los GAA, apoyar a los familiares de los miembros de GAA. Todas consideran que sería mejor ser denominadas “facilitadoras” porque este término refleja mejor las funciones que desempeñan.

3.3. Percepciones de informantes clave sobre la ASONAPVSI DAH

3.3.1. Generalidades

Los informantes clave consultados son representantes de una diversidad de instituciones y organizaciones que trabajan en el tema del VIH/Sida en el país y en sus tareas mantienen vínculos con los servicios que actualmente impulsa la ASONAPVSI DAH. Algunos tienen relación con la Asociación desde sus inicios, hace diez años.

La ASONAPVSI DAH, según estos informantes, debería de hacer un trabajo más político, crecer en temas como incidencia y derechos humanos, y continuar cambiando su imagen para dejar de verse como una organización de beneficencia.

Algunos informantes claves también señalan que la Asociación debería realizar auditoría social de sus propios servicios, de los servicios del Estado y otras ONG´s.

En opinión de algunos informantes la Asociación debería estar más pendiente de hacer un trabajo de supervisión, tanto a los CAI como a la VD y GAA. Recomiendan asimismo diseñar estrategias para que el Estado responda a las necesidades de los pacientes viviendo con VIH/Sida.

Las actuales autoridades del Programa de Sida de la Secretaría de Salud afirman que han logrado desarrollar excelentes relaciones con los miembros de la Junta Directiva de la ASONAPVSI DAH, incluso al grado de planificar visitas conjuntas a los CAI y al almacén de medicamentos a fin de asegurar la disponibilidad de los ARV y otros necesarios para el tratamiento de las PVVS. Por su parte los miembros de la Junta Directiva de la Asociación expresan que efectivamente sienten que pueden trabajar de manera coordinada con el Programa para beneficio de todos.

3.3.2. Fortalezas

Los informantes clave consideran que la ASONAPVSI DAH ha crecido como organización. Ahora ven a una Asociación con nuevos liderazgos y con una mayor proyección hacia su población; consideran fundamental que los dirigentes de la Asociación mantengan una conducta ética ejemplar.

Una de las fortalezas más importantes de la ASONAPVSI DAH es ser reconocida como institución clave para la vida y derechos de las PVVS. Por otro lado, poseen múltiples relaciones y conexiones a nivel nacional, regional y mundial. En el ámbito nacional tiene capítulos en varios lugares del país.

La mayoría de los informantes conocen los proyectos de VD y GAA y perciben como efecto positivo de éstos, que las PVVS tienen una mayor comprensión sobre su enfermedad y su tratamiento.

Estos proyectos proveen servicios de educación, información sobre adherencia, nutrición e higiene. El valor agregado es que son brindados por las mismas PVVS, que es la mejor forma de llegar a esta población en lugares donde la Secretaría de Salud no cubre.

Ahora hay más presencia de la Asociación en estos servicios y mayor capacidad de gestión, pero hace falta mayor visibilidad e incidencia ante las instituciones del Estado y ante la empresa privada, así como asumir un liderazgo en la coordinación con otras organizaciones que trabajan en el tema.

La ASONAPVSI DAH ahora cuenta con un equipo técnico, lo cual podría representar una oportunidad para el reordenamiento organizacional, aunque de manera lenta se está adaptando a ese nuevo esquema estructural.

3.3.3. Debilidades

A criterio de los responsables de los proyectos, los requerimientos administrativos, incluyen el llenado de una serie de informes que les consumen gran parte de su tiempo. Algunas educadoras atienden hasta once GAA y mencionan que para cada actividad de capacitación requieren llenar hasta veinte y dos formularios. Opinan que algunos de esos informes son redundantes e innecesarios, y sobre todo que no se utilizan en la toma de decisiones para la mejora de los proyectos.

En opinión de algunos de los entrevistados, la ASONAPVSI DAH debería estar más pendiente de la supervisión de los GAA y la VD, igual que del funcionamiento de los CAI y el suministro de los medicamentos por la Secretaría de Salud.

Así mismo mencionan la necesidad de mejorar los planes educativos, los currículos de capacitación, ampliar la cobertura, abrir más GAA para otras poblaciones a las cuales no se está llegando (niños y adolescentes viviendo con el VIH/Sida, HSH, MTS).

La ASONAPVSI DAH deberá fortalecer su organización interna, lograr mayor empoderamiento, profesionalidad, eficiencia, superar las diferencias internas, mejorar los estilos de liderazgo y definir su rol principal. Es necesario "concentrarse en menos cosas y hacerlas con mayor calidad". Lo anterior permitirá asegurar la gobernabilidad interna y el relevo del liderazgo local y nacional.

Hay quienes opinan que las políticas de pago de estipendios del Fondo Global destruyeron el voluntariado: lo que antes hacían por satisfacción propia se convirtió en un trabajo remunerado.

IV. Conclusiones y Recomendaciones

4.1. En relación a la ASONAPVSI DAH

4.1.1. Conclusiones

- La ASONAPVSI DAH es conocida a nivel nacional e internacional, por organizaciones externas que trabajan en la misma área de trabajo, como una organización de y para las PVVS. Por ello y en esa condición participa como miembro en diversos espacios en el país y fuera de él. Sin embargo no hay suficiente claridad de cuáles son sus objetivos, estrategias y estructuras de representación y toma de decisiones. Tampoco existe un pleno reconocimiento de que los proyectos de VD y GAA son ejecutados por la misma.
- Hay un grupo numeroso que tiende a percibirla como una organización con un enorme potencial en el área de incidencia política y auditoría social por los derechos humanos de las PVVS, aún cuando expresan que no está aprovechando suficientemente ese potencial.
- En el III Plan Estratégico de ASONAPVSI DAH (2011-2015), se advierte una concepción organizativa de la institución y una propuesta de desarrollo de la misma, que se orienta en a profesionalizar los servicios de la institución y establecer una separación en sus roles técnicos y políticos.
- La ASONAPVSI DAH es conocida por una parte de las PVVS, una vez que son diagnosticadas como tal, y por todas las organizaciones que trabajan con esta población. Sin embargo a nivel público no se le conoce ampliamente, quizá por su enfoque centrado en sus proyectos, el estigma que prevalece en la sociedad y la ausencia de una estrategia de posicionamiento e imagen institucional.
- El sistema de información de los proyectos incluye el llenado de un sinnúmero de formularios administrativos y técnicos, que el personal considera como sobrecarga de trabajo. Sin embargo esta información no se utiliza en la retroalimentación oportuna del personal y los proyectos. Se advierte una débil labor de monitoreo y evaluación.
- Las estrategias de información, educación y comunicación (IEC) no son sistemáticas y tampoco utilizan la diversidad de medios alternativos y modernos que hay disponibles en la actualidad.

4.1.2. Recomendaciones

- El diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de los proyectos y servicios de la ASONAPVSI DAH deben enmarcarse en el proceso de modernización organizativa, técnica y administrativa que la Asociación impulsa actualmente para su consolidación y crecimiento. A su vez, este proceso de modernización debería responder a la necesidad de definir el tipo de organización, los fines, quehacer fundamental, funcionamiento, formas de membresía y roles principales de la ASONAPVSI DAH.

- El proceso organizativo de la ASONAPVSI DAH debe incluir una estrategia de imagen institucional que incluya como audiencia a la población general, lo cual apoyaría la visión de posicionamiento social de la organización y su rol de incidencia política en las diversas instancias.
- Diseñar e implementar un sistema de monitoreo y evaluación sencillo, pertinente y oportuno que permita tomar las decisiones en la ejecución de los proyectos; así como un sistema de supervisión para el desempeño y rendimiento del personal.
- Implementar una estrategia de información, educación y comunicación (IEC) para el cambio de comportamiento multimedios que responda a las necesidades de las PVVS y acorde con nivel educativo.
- Continuar la cooperación técnica que AIDSTAR-One brinda a la ASONAPVSI DAH, a fin de seguir apoyando su proceso de desarrollo y fortalecimiento institucional y propiciar la generación de las capacidades básicas para poder manejar tanto los asuntos políticos como los técnicos de sus proyectos.
- Es fundamental que ASONAPVSI DAH retome una parte importante de su quehacer su rol de incidencia política y auditoría social, ante las instituciones estatales titulares de deberes, en el cumplimiento de los DDHH de las PVVS. Ejemplos de acciones a realizar son que el “bono 10 mil” incluya a las personas viviendo con VIH/Sida más pobres y vulnerables, que estas tengan acceso a medicamentos y pruebas de laboratorio para todas sus necesidades, que se respete el derecho al trabajo, participen en programas de alfabetización y seguridad alimentaria, etc.

4.2. Conclusiones y recomendaciones en relación al Proyecto de Visita Domiciliaria

4.2.1. Conclusiones

Generalidades

- En general los visitantes domiciliarios conocieron de ASONAPVSI DAH después de haber sido diagnosticados como PVVS. Algunos visitantes se sienten identificados como parte de ASONAPVSI DAH, pero otros sienten que son solamente empleados. Lo anterior parece indicar que hay poco conocimiento de ASONAPVSI DAH a nivel público, e incluso entre sus propios miembros, probablemente por la ausencia de una estrategia clara de organización y posicionamiento público. Un ejemplo es que los usuarios reconocen al visitador como empleado del CAI y no como miembro de ASONAPVSI DAH.
- De acuerdo a los diferentes actores involucrados en la VD, dicha estrategia es efectiva ya que se logra la captación de las PVVS y se da seguimiento para que obtengan la adherencia esperada.

- En su gran mayoría las visitadoras son mujeres; esta situación puede tener diversas explicaciones, la mayor parte de orden cultural. A este respecto podemos citar como ejemplos que en la sociedad hondureña, los cuidados de salud son una responsabilidad inherente al rol de ser mujer, que los hombres son reacios a visitar los servicios de salud e involucrarse en actividades de este orden y además las mujeres jefas de familia – como son en su mayoría las facilitadoras - tienen la responsabilidad de mantener sus hijos.
- El CAI es el lugar por excelencia para la captación de nuevos casos, seguimiento de abandono y de los enfermos; esto demuestra que la estrategia de articulación de los CAI y el Proyecto de VD es efectiva, aún cuando el mismo no sea reconocido por los usuarios como un servicio de la ASONAPVSI DAH.

Fortalezas

- En general visitadores y usuarios manejan adecuadamente y en su propio lenguaje algunos conceptos básicos de la visita domiciliaria (VIH/Sida, formas de transmisión y prevención, adherencia, efectos secundarios). Sin embargo, es evidente la necesidad de una capacitación constante y contar con los materiales educativos necesarios para su labor.
- La mayoría han sido visitadores por más de dos años. Esta permanencia laboral refleja la posibilidad de aprovechar la formación que se reciba y dar continuidad a los procesos de trabajo.
- El liderazgo de muchos de los visitadores domiciliarios proviene de la participación en los GAA, donde han desarrollado además de conocimientos técnicos, habilidades para hablar en público, empoderamiento, capacidad de compartir información, etc. Este liderazgo se ha fortalecido con el involucramiento en el proyecto. Lo anterior nos permite advertir que en la base de la ASONAPVSI DAH hay un potencial de líderes capaces de asumir los retos y desafíos de la Asociación y sus proyectos.
- Los facilitadores o usuarios del proyecto o servicio de VD han desarrollado una evidente actitud de entrega y compromiso, muy probablemente debido a la identificación como “par” que se tiene con los usuarios. Ejemplos de lo anterior es que tienen la disponibilidad de llevar al usuario a su atención médica, garantizando que sean atendidos, que se comprenda el caso y que se mantenga la confidencialidad, muchas veces con sus propios recursos. Al respecto, los usuarios expresan que su satisfacción con los VD es el hecho que sea un “par”, esto les genera identificación, apertura, aceptación, confianza y un ejemplo a seguir.
- Se observó que el personal de los CAI considera a los visitadores como una ayuda valiosa. De hecho, las metas de atención de los CAI se logran en parte por el trabajo de los VD.

- Los facilitadores de la visita domiciliaria, brindan apoyo emocional; para ello utilizan el contacto físico, el silencio, la escucha activa, el reflejo de sentimientos, el parafraseo y el compartir sus propias experiencias. Este apoyo emocional se fundamenta en la espontaneidad, actitud de entrega y la propia experiencia de los visitadores.
- La efectividad de la VD se traduce en las prácticas que manifiestan seguir los usuarios; en su gran mayoría reportan el cumplimiento de las indicaciones para lograr la adherencia (tomar ARV, asistir a las citas, estilos de vida).

Brechas o desafíos

- No hay homogeneidad en cuanto al dominio que los visitadores tienen sobre los contenidos técnicos y metodología para la realización de la Visita Domiciliaria. Esta situación se explica por la ausencia de un programa de capacitación coherente, sistemática, supervisada y acompañada de las herramientas necesarias. Las mayores dificultades se observan en la comprensión de conceptos técnicos fundamentales como "resistencia", "adherencia", "pruebas de laboratorio", "ITS", "reinfección".
- Una de las limitaciones del proyecto es la falta de supervisión y seguimiento efectivo y sistemático del trabajo que realizan los VD, más allá de las reuniones quincenales de entrega de informes y planificación.
- No existe un manual de lineamientos técnicos homogéneos para priorizar la programación de las visitas. La principal demanda es el cumplimiento de la meta de visitas efectivas realizadas al mes. Sin embargo, de manera empírica la priorización se determina por criterios como estado de salud, cumplimiento en las citas, si es nuevo usuario.
- El hecho de que los usuarios no hayan comunicado su condición de PVVS a sus familiares genera una disminución en la calidad de la VD. De lo anterior se deduce que existe una debilidad en la consejería ofrecida por los CAI, lo cual afecta la calidad de vida y el tratamiento de las PVVS. El rol de la VD también es hacer comprender al usuario la importancia de compartir el diagnóstico con algún familiar o allegado.
- El estigma social aún es importante, lo que genera que algunos de los visitadores no usen identificaciones de ASONAPVSI DAH, tratando de cuidar la confidencialidad propia y la de los usuarios.
- Aducen que aunque reciben un salario mínimo de L. 5,500.00 (menos las deducciones del RAP e IHSS), de este mismo realizan diversos gastos propios del trabajo, como el pago de gastos de transporte propio a lugares lejanos, el transporte del usuario, teléfono celular, compra de alimentos para el usuario.

- Visitadores y usuarios conocen las formas de transmisión y prevención del VIH/Sida; sin embargo, expresan escepticismo en relación a la posibilidad de que algunos practiquen la fidelidad y las dificultades de aceptación y negociación en el uso del condón. Adicionalmente, no manejan la reinfección como un riesgo que se puede prevenir solamente con el uso del preservativo y la abstinencia.
- La mayoría de usuarios de la VD son mujeres, en correspondencia a otros estudios que indican que las mujeres buscan en mayor proporción que los hombres los servicios de salud. Esta realidad afecta la posibilidad de que los hombres accedan a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, así como su estado serológico.

4.2.2. Recomendaciones

- El reconocimiento de efectividad de la estrategia de Visita Domiciliaria por parte de los usuarios hace pensar que fortaleciendo dicho servicio es posible superar las metas actuales de cobertura y adherencia a los ARV, así como contribuir al crecimiento y fortalecimiento de los GAA y con ello ampliar la base de sustentación de la organización y su membresía.
- Complementar el equipo de facilitadores, especialmente con personas del sexo masculino, podría permitir superar las barreras culturales que actualmente impiden la aceptación del servicio de VD por parte de algunos hombres, que podrían más fácilmente acceder a ser atendidos por sus pares. Del mismo modo es importante trabajar los enfoques de género y generacional del proyecto.
- La redefinición del servicio de la VD, de acuerdo al planteamiento de la ASONAPVSIIDA en el marco del proceso de “Replanteamiento Estratégico de las ITS/VIH/Sida” y la reforma de salud, es un reto que debe afrontarse, aprovechando la identificación y confianza que actualmente presentan ambos servicios para la población usuaria. Para ello, la Secretaría de Salud junto con ASONAPVSIIDAH deberán desde ahora planificar ese proceso, antes que finalice la asistencia técnica y financiera del FM. Definiendo dentro de esta estrategia el sistema de referencia-respuesta, la funcionalidad de las redes de servicios y la existencia de proveedores especializados para los servicios que van más allá de lo definido en la VD, promoviendo la coordinación intersectorial o entre los actores clave de la respuesta.
- La estabilidad en la conformación del equipo de facilitadores de la VD debe ser visto como una potencialidad que, complementada con un componente de capacitación permanente, puede contribuir a la superación de muchas de las actuales limitaciones en el proceso educativo que actualmente desarrollan, las cuales inciden en el logro de una adherencia más sólida.
- El actual liderazgo que se advierte en algunos de los facilitadores de la VD es una fortaleza de la organización, y si se fomenta representará una manera de generar nuevos líderes que la organización necesita para su fortalecimiento.

- Es notable que la selección de facilitadores pertenecientes a los PVVS ha convertido a la VD en una intervención de pares satisfactoria y aceptada por los usuarios, por lo que es recomendable mantener esta práctica de elección.
- La identificación de los facilitadores con los usuarios del servicio de VD manifiesta en el trato personal y la calidez del vínculo, es altamente valorada, y se sugiere fortalecerla con el desarrollo de habilidades dirigidas a reforzar dichas capacidades. De igual manera se recomienda brindar supervisión para los facilitadores.
- La propuesta de capacitación que mencionamos anteriormente deberá comprender tanto aspectos técnicos como metodológicos, acompañada de un apoyo logístico y de herramientas que faciliten los procesos educativos y de evaluación de la estrategia de la Visita Domiciliaria.
- Se debe fortalecer las capacidades y los sistemas relativos al componente de supervisión de la Visita Domiciliaria, esta debe comprender no solo aspectos cuantitativos de cumplimiento de metas y programaciones; también debe complementarse con un acompañamiento más cercano al trabajo cotidiano de los facilitadores, buscando respuestas a los retos y falencias actuales en la intervención dando una respuesta estructurada desde la ASONAPVSI DAH en coordinación con el ente financiador de los proyectos.
- La definición de criterios en la priorización de las visitas es fundamental para alcanzar la meta de la adherencia en todos los usuarios; por lo tanto debe ser definida con el acompañamiento técnico del personal de los CAI.
- Profesionalizar el servicio de la Visita Domiciliaria pasa por mejorar las oportunidades de capacitación y crecimiento en la Asociación, mejoramiento de las condiciones laborales, remunerativas y de estabilidad, lo cual garantizaría una mayor presencia de la organización entre sus miembros.

4.3. Conclusiones y recomendaciones en relación al Proyecto de Fortalecimiento de los GAA

4.3.1. Conclusiones

Generalidades

En la práctica parecen co-existir diversas visiones sobre el objetivo de los GAA:

- 1) Grupo esencialmente para brindar y recibir apoyo emocional y aprender a través del compartir experiencias y la retroalimentación de los miembros, que es la razón que dio origen al surgimiento de los mismos en el país;
- 2) Grupo de encuentro y espacio donde los miembros se capacitan a través de "charlas"; y
- 3) Espacio para la búsqueda de estrategias de supervivencia económica. Esta última visión se ha extendido como consecuencia de las necesidades económicas de las PVVS, quienes tienen poco o casi ningún acceso a empleos, con excepción del comercio informal y la difusión de "supuestas experiencias exitosas" de ciertos GAA.

- Por una parte se expresa que la base de la ASONAPVSI DAH son los GAA, y de hecho sus representantes son los que eligen la Junta Directiva de la Asociación; sin embargo, también se dice que cada uno es "autónomo e independiente." Por otro lado, una meta del proyecto de fortalecimiento de los GAA es el incremento del número de grupos y que los actuales crezcan y/o mantengan su membrecía. Ambas situaciones tienen que ver con la visión organizativa que ASONAPVSI DAH tiene de sí misma. Al respecto, consideramos que no existe suficiente claridad en cuanto a si se conciben como una organización de base territorial y comunitaria o como una ONG responsable de ejecutar proyectos.

Fortalezas

- En general es evidente que los educadores, coordinadores y miembros de los GAA tienen un nivel variable, con un balance positivo, de conocimientos generales sobre VIH/Sida, vías de transmisión, prevención, medicamentos, pruebas de laboratorio y derechos humanos.
- Mientras tanto los conceptos de reinfección y resistencia son prácticamente desconocidos, con el consiguiente resultado en sus prácticas y estilos de vida. Esta situación está condicionada por la falta de una consistente capacitación técnica y metodológica de educadores y coordinadores; de un programa de seguimiento y de supervisión de los mismos.
- Los GAA son apoyados a nivel local por diferentes instituciones como las municipalidades, ONGs como CARITAS, Médicos Sin Fronteras, Cruz Roja, PMA, PMIJ COMVIDA, Iglesia Episcopal, dependiendo de la capacidad de establecer coordinación y el empoderamiento que han alcanzado sus líderes. Estas organizaciones apoyan en aspectos como asistencia técnica para el desarrollo de capacitaciones en las reuniones de los GAA, materiales educativos, financiamiento para refrigerios y transporte, alimentos de acuerdo a criterios, servicios de salud.
- Los miembros reconocen a los GAA como una "familia" y se sienten satisfechos con el funcionamiento de los grupos. Esta es la clave central que da sentido a la existencia del proyecto y su validez estratégica; sin embargo, no ha sido aprovechado este enorme potencial.
- Con el Departamento de ITS/VIH/Sida se han construido buenas relaciones, hay un compromiso de hacer supervisiones conjuntas y corroboración de denuncias antes de hacerlas públicas.
- Los miembros del GAA reconocen, por lo general, que el personal de los CAI los tratan bien. Se ha mejorado en este sentido, pero aún existe personal de los centros de salud y hospitales que discriminan a las PVVS.

Brechas o desafíos

- El proyecto ha creado una escala de desarrollo de los GAA (incipientes, en recuperación y funcionales), que no corresponde ni al objetivo conceptual de los GAA, ni tampoco al desarrollo natural de las organizaciones de base territorial y comunitaria. En la práctica, los grupos no cumplen esta clasificación; sin embargo, en el sistema de información del proyecto aparecen ubicados en uno u otro nivel, y las educadoras están obligadas a desempeñar su trabajo como si se cumplieran, intentando llevar a cada grupo al nivel de “funcionales”, donde por el diseño del proyecto mismo se debe dar mayor énfasis a temas como reglamento interno, junta directiva, sanciones, y llevar a cabo acciones de índole económico para la auto estabilidad (rifas, recolectas, etc.). Esta situación impide en una buena parte que se aborden temas de mayor relevancia para los miembros del GAA y el logro del objetivo central, que es mejorar la calidad de vida de las PVVS.
- Algunas educadoras y la gran mayoría de coordinadores presentan serias debilidades o no están capacitados en técnicas de manejo de grupos y metodologías educativas participativas. Aunque todas las educadoras conocen el Manual de ASONAPVSI DAH para la facilitación de GAA, la mayoría de los coordinadores manifiestan desconocer su existencia.
- Identifican las instituciones relacionadas con DDHH, pero éstas tienen poca credibilidad. La violación del derecho al trabajo constituye la causal más importante de denuncias.
- Estigma y discriminación son dos de las barreras para el crecimiento y fortalecimiento de los GAA, debido a que aún resulta difícil darse a conocer como PVVS sin recibir el rechazo familiar y social. Existe una percepción entre las educadoras de ASONAPVSI DAH de que ellas realizan una serie de funciones propias de la competencia de los servicios de salud y sin embargo no se les ha considerado para procesos como el diagnóstico de los CAI, el cual desconocen completamente.

4.3.2. Recomendaciones

- Revisar y consensuar los objetivos de los GAA como parte del desarrollo y fortalecimiento institucional de la ASONAPVSI DAH, donde para iniciar se decida si la ASONAPVSI DAH es una organización de base territorial, es una ONG, una empresa, un gremio o que tipo de organización es.
- Ajustar el trabajo de fortalecimiento de los GAA, de manera tal que incluya la interacción de manera espontánea y honesta entre los diversos GAA, a fin de intercambiar metodologías de trabajo, lecciones aprendidas, materiales, etc.
- Capacitar a los coordinadores a fin de que estén en condiciones de ejercer un rol de guía / facilitador, para que en los GAA se traten los temas más significativos para los participantes.

- Hay que diseñar un abordaje que reconozca que no todos los Grupos de Auto Apoyo se parecen. En todos los casos, el objetivo final es ayudar a mantener una calidad de vida lo mas óptima posible, de modo que al estar emocionalmente bien la persona, esté en mejores condiciones de cuidarse.
- La amplia red de instituciones y organizaciones que en la actualidad apoyan y coordinan acciones con los GAA en el ámbito local constituyen un potencial significativo para los objetivos de crecimiento organizacional de la Asociación. Organizar esa red de instituciones y organizaciones, estableciendo espacios de coordinación y de alianzas estratégicas, representa una necesidad para la uniformización del concepto de GAA, como también potenciar esos apoyos locales para incentivar el crecimiento, sistematización y réplica de procesos exitosos.
- Las funciones previstas para los coordinadores de los GAA requieren de herramientas básicas para la conducción de grupos, metodologías educativas y procesos de capacitación. Las educadoras de la Asociación deben cumplir en la práctica una función de asesoría técnica para los coordinadores. Cumplir ese rol es vital para mantener la influencia que la Asociación debe tener en la base.
- Continuar estrechando los vínculos de cooperación mutua y mejorar los espacios de coordinación, articulación y sinergia con la Secretaría de Salud en sus diferentes niveles y programas, favoreciendo relaciones inter y multi disciplinarias, especialmente a nivel de los CAI. Lo anterior, en búsqueda de la resolución de las expectativas de mejor atención a los usuarios, De igual manera es vital la coordinación con los gobiernos municipales y actores de la sociedad civil, en correspondencia con el proceso de descentralización que vive el país, de reforma del sector salud y aspiración de sostenibilidad de los proyectos. Para ello es vital que las recomendaciones planteadas en este informe sean conocidas, debatidas e incorporadas por quienes están preparando el "Replanteamiento Estratégico de las ITS/VIH/Sida".
- Aprovechar al máximo los valores intrínsecos y el potencial organizativo de los GAA, que permiten la convivencia, la solidaridad, el diálogo y aprendizaje mutuo. Para ello sería oportuno desarrollar una campaña de divulgación y formación a nivel de los servicios de salud y las organizaciones amigas.
- La base organizativa real de la ASONAPVSI DAH la constituyen los GAA que existen a nivel nacional; por tanto el proyecto de fortalecimiento de éstos debe respetar su autonomía y desarrollo natural, sin imponer formas o categorías que fuercen su accionar. La escala de valoración del desarrollo de los GAA que actualmente tiene la Asociación es considerada por una gran mayoría como carente de objetividad y aplicación práctica, convirtiéndose más bien en un obstáculo para el crecimiento y evolución de los grupos. Las capacidades y el apoyo de los educadores deberán enfocarse de manera oportuna y efectiva a las necesidades reales de sus miembros; así como al objetivo de mejorar la calidad de vida de las PVVS y la defensa de sus derechos.

- Es evidente la necesidad de fortalecimiento de los GAA, tanto en lo que respecta al aspecto organizacional, lo cual conlleva el desarrollo de procesos participativos más democráticos, como en el aspecto educativo, que contempla el manejo apropiado y pertinente de la información, el fomento de estilos de vida y prácticas de autocuidado y cuidado mutuo de la salud y la vida de las PVVS. Implementar un plan de capacitación educativa para los coordinadores, con su respectiva réplica para los miembros de los GAA, sería la respuesta a la evidente limitación de conocimientos básicos sobre VIH/Sida, vías de transmisión, prevención, medicamentos, pruebas de laboratorio, DDHH, y el desconocimiento de los conceptos de reinfección y resistencia, factores que de alguna forma condicionan las prácticas y estilos de vida de los usuarios.
- Educadoras, coordinadores y miembros de los GAA conocen sobre la existencia de las diversas organizaciones de DDHH; sin embargo, estas instituciones tienen poca credibilidad, lo cual es preocupante. Revertir esos conceptos es fundamental para la Asociación, a fin de asegurar la defensa de los derechos, la reducción del estigma y la discriminación. Para ello se sugiere establecer convenios de cooperación con algunos de estos organismos, promoviendo servicios conjuntos para la promoción de los DDHH, el acompañamiento de los usuarios en sus quejas y demandas, así como el empoderamiento.

V. Bibliografía

Documentos institucionales:

- Documento del Proyecto de Visita Domiciliaria. ASONAPVSI DAH. 2008. Información Resumen de la organización solicitante. Presentación de propuesta para la séptima convocatoria del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Mecanismo Coordinador de País Honduras. Período 2008 – 2013.
- Documento del Proyecto de Fortalecimiento de los Grupos de Auto Apoyo de ASONPAVSI DAH. ASONAPVI DAH. 2008. Información Resumen de la organización solicitante. Presentación de propuesta para la séptima convocatoria del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Mecanismo Coordinador de País Honduras. Período 2008 – 2013.
- Borrador del Manual de Visita Domiciliaria. Capacitación a Facilitadores. ASONAPVSI DAH. Sin fecha.
- Diagnóstico de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Entrevistas semi - estructuradas a los prestadores de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Instrumento I - Entrevista Semi - Estructurada al Facilitador de la Visita Domiciliaria. AIDSTAR-One Honduras. Mayo 2010.
- Diagnóstico de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Entrevistas semi - estructuradas a los prestadores de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Instrumento II – Entrevista Semi - Estructurada a los Coordinadores de los Grupos de Auto Apoyo. AIDSTAR-One Honduras. Mayo 2010.
- Diagnóstico de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Entrevistas semi - estructuradas a los prestadores de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Instrumento III – Entrevista Semi – Estructurada a los Educadores de los Grupos de Auto Apoyo. AIDSTAR-One Honduras. Mayo 2010.
- Diagnóstico de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Entrevistas semi - estructuradas a los prestadores de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Instrumento IV – Entrevista Semi – Estructurada con prestadores de otros servicios diferentes a la Visita Domiciliaria y Grupos de Auto Apoyo. AIDSTAR-One Honduras. Mayo 2010.
- Diagnóstico de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Entrevistas semi - estructuradas a los usuarios de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Instrumento V – Entrevista Semi – Estructurada al Usuario del servicio de Visita Domiciliaria. AIDSTAR-One Honduras. Mayo 2010.
- Diagnóstico de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Entrevistas semi - estructuradas a los usuarios de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Instrumento VI – Entrevista Semi – Estructurada a los Miembros de Grupos de Auto Apoyo. AIDSTAR-One Honduras. Mayo 2010.
- Diagnóstico de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Entrevistas semi - estructuradas a los Informantes Claves de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Instrumento VII – Entrevista Semi - Estructurada a Informantes Clave. AIDSTAR-One Honduras. Mayo 2010.
- Diagnóstico de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Lista de registro de observación de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Instrumento VIII – Observación de Visita Domiciliaria. AIDSTAR-One Honduras. Mayo 2010.
- Diagnóstico de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Registro de observación de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Instrumento IX – Observación de Reunión de Grupo de Auto Apoyo. AIDSTAR-One Honduras. Mayo 2010.

- Diagnóstico de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Formulario - Consentimiento Informado para los prestadores de los servicios de la ASONAPVSI DAH. AIDSTAR-One Honduras. Mayo 2010.
- Diagnóstico de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Formulario - Consentimiento Informado para los usuarios de los servicios de la ASONAPVSI DAH. AIDSTAR-One Honduras. Mayo 2010.
- Diagnóstico de los servicios de la ASONAPVSI DAH. Formulario - Consentimiento Informado para los líderes de opinión de los servicios de la ASONAPVSI DAH. AIDSTAR-One Honduras. Mayo 2010.
- Resumen del Debate en Grupo Focal con Educadoras de ASONAPVSI DAH como parte del “Diagnóstico de los Servicios de ASONAPVSI DAH: Visita Domiciliaria (VD) y Grupos de Auto Apoyo (GAA). María Elena Ordóñez y Carlos Pineda. Junio 2010.
- Matriz de Consolidación de Informaciones Cualitativas Relativas al Proyecto de Fortalecimiento de los Grupos de Auto Apoyo (GAA) de la ASONAPVSI DAH. Diagnóstico Cualitativo de los Servicios Prestados por La ASONAPVSI DAH: Grupos de Auto Apoyo (GAA) y Visita Domiciliaria (VD).
- Matriz de Consolidación de Informaciones Cualitativas Relativas al Proyecto de Visitas Domiciliarias (VD) de la ASONAPVSI DAH. Diagnóstico Cualitativo de los Servicios Prestados por La ASONAPVSI DAH: Grupos de Auto Apoyo (GAA) y Visita Domiciliaria (VD).

Publicaciones:

- III Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y SIDA en Honduras. 2008 – 2012 (PENSIDA III). Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA). República de Honduras. Diciembre 2007.
- Informe del Diagnóstico de los Servicios de VIH/SIDA ofrecidos en los Centros de Atención Integral en Honduras. Enero – febrero 2009. AIDSTAR-One Honduras con el apoyo de USAID. Marzo 2009.
- Manual para el Educador: Conversando entre Nosotras y Nosotros. Currículo para Grupos de Auto Apoyo y sus Familiares. II edición. ASONAPVSI DAH, en colaboración con PNUD y Fondo Global. Período de febrero 2007 al 2014. Krause Jacob, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. Revista Temas de Educación, 7, págs. 19 - 40.
- Taylor, S. J., Bogdan, R. (1986). Introducción a los métodos cualitativos de investigación – La búsqueda de significados. Buenos Aires: Paidós.
- Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Honduras: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia. Región de América Latina y el Caribe. Programa Global de VIH/SIDA. Banco Mundial. Diciembre de 2006.
- Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS Honduras. Periodo de cobertura: enero de 2008 – diciembre de 2009. Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA). Fecha de presentación: 31 de marzo del 2010.
- Plan Regional de VIH/SIDA 2005-2007. Sociedades Nacionales de América del Sur. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja de la Media Luna Roja. 2007.

Enlaces a sitios web:

John Snow, Inc. y JSI Research & Training Institute, Inc., Health care consulting in the United States and around the world.

<http://www.jsi.com/JSIInternet/>

Iñiguez, L. Muñoz, J. Análisis cualitativo de textos. Curso avanzado teórico-práctico. Disponible en

<http://antalya.uab.es/liniguez/Aula/Grounded%20theory.pdf>.

Consultado junio 2010.

Sarlé, P. (2005). El análisis cualitativo: un ejemplo de empleo del MCC (método comparativo constante). Primera parte. En Infancia en Red. Proyecto Margarita.

<http://infanciaenred.org.ar/margarita/etapa2/mcc2.asp>

Consultado junio 2010.

Entrevista con Rosario Hernández García.

<http://redca.org/index.php?lds=10&ld=131&Mst=full>

AIDSTAR-One Project

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 11th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Phone: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: aidstarone-info@jsi.com

Internet: aidstar-one.com