

**REPUBLICA DE HONDURAS
C.A.**

**INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS
EN LA APLICACIÓN DEL UNGASS**

Periodo de cobertura: enero de 2006 – diciembre de 2007

Fecha de presentación: 31 de enero del 2008

Índice

I. SITUACIÓN ACTUAL	6
1. PARTICIPACIÓN DE LOS INTERESADOS EN EL PROCESO DE REDACCIÓN DEL INFORME.....	6
2. SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA	7
3. RESPUESTA POLÍTICA Y PROGRAMÁTICA.....	8
4. TABLA 1. RESULTADOS DE EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DEL UNGASS HONDURAS 2008	10
II. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA	18
1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE SIDA Y DE VIH	18
2. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ITS.....	18
3. ESTUDIOS DE COMPORTAMIENTO, ITS Y DE VIH.....	19
<i>a. Personas con VIH.....</i>	<i>19</i>
<i>b. Garífunas</i>	<i>20</i>
<i>c. Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH).....</i>	<i>21</i>
<i>d. Trabajadoras del Sexo (TS).....</i>	<i>23</i>
<i>e. Mujeres Embarazadas</i>	<i>24</i>
<i>f. Otras poblaciones estudiadas</i>	<i>24</i>
III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE VIH Y SIDA.....	28
1. GESTIÓN Y COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES	28
2. PREVENCIÓN	29
3. ATENCIÓN, TRATAMIENTO, APOYO	31
<i>a. Programa de Prevención de la transmisión madre-hijo/a del VIH (Pptmh).....</i>	<i>32</i>
<i>b. Atención integral con acceso a Targa</i>	<i>32</i>
4. CAMBIO EN EL CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO	33
<i>a. Trabajadores(as) del sexo (TS).....</i>	<i>33</i>
<i>b. Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)</i>	<i>34</i>
<i>c. Población Garífuna</i>	<i>35</i>
<i>d. Población Misquita.....</i>	<i>36</i>
<i>e. Jóvenes</i>	<i>36</i>
<i>f. Huérfanos(as)</i>	<i>36</i>
<i>g. Trabajadores(as) en maquilas.....</i>	<i>37</i>
<i>h. Población Militar.....</i>	<i>37</i>
<i>i. Privados(as) de libertad (PPL).....</i>	<i>38</i>
5. MITIGACIÓN DEL IMPACTO	38
<i>a. Personas viviendo con VIH.....</i>	<i>38</i>
IV. PRÁCTICAS ÓPTIMAS.....	39
V. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS.....	40
1. PROGRESOS REALIZADOS.....	40
2. PROBLEMAS AFRONTADOS	41
2. MEDIDAS CORRECTORAS	41
VI. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS.....	42
1. APOYO CLAVE RECIBIDO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO	42
2. MEDIDAS QUE ÉSTOS DEBEN TOMAR PARA ASEGURAR QUE SE CUMPLAN LOS OBJETIVOS DEL UNGASS	43
VII. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN.....	44
1. PANORAMA GENERAL DEL SISTEMA ACTUAL DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN.....	44
2. PROBLEMAS AFRONTADOS EN LA APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN	45
3. MEDIDAS CORRECTORAS IDEADAS PARA SUPERAR LOS PROBLEMAS.....	46
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	51
ANEXO 1. TABLAS	51

ANEXO 2: ESTIMADOS DE LA EPIDEMIA EN POBLACIÓN ADULTA.....	59
ANEXO 3: ESTIMADOS DE LA EPIDEMIA EN NIÑOS Y NIÑAS.....	60
ANEXO 4: PROCESO DE CONSULTA Y PREPARACIÓN DEL INFORME NACIONAL SOBRE EL SEGUIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO SOBRE EL VIH Y SIDA	60

Acrónimos y Abreviaciones

Asonapvsidah	Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH y Sida de Honduras
Ashonplafa	Asociación Hondureña de Planificación de Familia
Asonog	Asociación de Organizaciones no Gubernamentales
ARV	Antirretrovirales
CAI	Centro de Atención Integral
CDC	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Atlanta
Cogaylesh	Coalición de Organizaciones Gay / Lésbicas de Honduras
Comcavi	Comunicando Cambio para la Vida
Comisca	Consejo de Ministros de Salud de Centro América
Comvida	Comunicando Vida
Conadeh	Comisionado Nacional de los Derechos Humanos
Conasida	Comisión Nacional de Sida
Dfid	Departamento de Desarrollo Internacional de Inglaterra
DDHH	Derechos Humanos
Ecosalud	Ecología y Salud
Ecvc	Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento
Enesf	Encuestas Nacional de Epidemiología y Salud Familiar
Endesa	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
Enmuneh	Enlace de Mujeres Negras de Honduras
ERP	Estrategia de Reducción de la Pobreza
FCM	Facultad de Ciencias Médicas
FFS	Fundación Fomento de la Salud
FFAA	Fuerzas Armadas de Honduras
Forosida	Foro Nacional de Sida
Fondo Mundial	Fondo Mundial para Sida, Tuberculosis y Malaria
GAP/CAP	Programa Global de Sida para Centro América y Panamá
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres, incluye Gay, Travesti, Transexual, Transgénero, Bisexual (Gtttb)
IEC	Información, Educación y Comunicación
Ihnfa	Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
Inam	Instituto Nacional de la Mujer
INE	Instituto Nacional de Estadística
ME	Mujer Embarazada
Mecp	Mujeres Embarazadas en Control Prenatal
Megas	Medición del Gasto en Salud
MCP	Mecanismo Coordinador de País. Fondo Mundial
MyE	Monitoreo y Evaluación
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
Onusida	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el Sida
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
Pasca	Programa de Acción en Sida para Centroamérica y Panamá
Pasmo	Programa Centro Americano de Mercadeo Social del Condón
PENSIDA I	Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el Sida I
PENSIDA II	Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el Sida II
PENSIDA III	Plan Estratégico Nacional de Respuesta contra el Sida III
PPL	Población Privados de Libertad
Pptmh	Programa de Prevención de la Transmisión de Madre-Hijo/a
PNS	Programa Nacional de Sida
Pnud	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
Pvih	Personas Viviendo con VIH

Rehpadec	Red Hondureña para el Desarrollo en Equidad de Genero
SE	Secretaria de Educación
Sisca	Sistema de Integración Social Centroamericana
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SPS	San Pedro Sula
SSH	Secretaría de Salud de Honduras
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
Stss	Secretaría de Trabajo y Seguridad Social
SVE	Sistema de Vigilancia Epidemiológica
Targa	Terapia Antirretroviral de Gran Actividad
TB	Tuberculosis
TS	Trabajadoras del Sexo
Ungass	Asamblea General Extraordinaria de las Naciones Unidas sobre el VIH y Sida
Unfpa	Fondo de Población de las Naciones Unidas
Unicef	Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia
Usaid	Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos
VCT	Voluntary Counselling and Testing
VE	Vigilancia Epidemiológica
Vicits	Vigilancia Centinela de las infecciones de transmisión sexual
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VN	Vigilantes Nocturnos
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Umiets	Unidad de manejo integral de las ITS

I. Situación actual

1. Participación de los interesados en el proceso de redacción del informe

El proceso de construcción del informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del Ungass se inició en el mes de junio del 2007. En ese mes se conformó un equipo técnico conductor del proceso integrado por representantes de: Conasida, departamento de ITS/VIHS/Sida de la Secretaría de Salud, Unidad de M&E del MCP, Unidad de M&E del PR, HSH, OPS/OMS y Onusida.

Este equipo revisó el manual de “Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos” y estableció una ruta crítica de trabajo. En el período junio – septiembre se realizaron grupos de trabajo con diversos sectores para revisar este documento e identificar el papel de cada uno de los sectores e instituciones en la elaboración del informe. Asimismo se distribuyeron los indicadores entre las instituciones para la búsqueda de información.

El equipo revisó la matriz de indicadores del Informe 2008 y se identificaron las instituciones y las personas responsables de reportar cada uno de los indicadores. Asimismo, un representante del equipo participó en el taller de preparación del informe UNGASS 2008 llevado a cabo en Panamá en noviembre del 2007. Posteriormente se socializó la información con el equipo técnico conductor y autoridades nacionales y de agencias bilaterales y multilaterales.

El Índice Compuesto de Política Nacional se elaboró a través de un proceso de consenso con los siguientes sectores:

- Miembros (as) de Conasida
- Departamento ITS/VIH/Sida, Secretaría de Salud
- Personas viviendo con VIH y sida
- Representantes de diversas organizaciones Gay, Travesti, Transexual, Transgénero, y Bisexual
- Miembros (as) de la comunidad Garífuna
- Foro Nacional de Sida
- ONGs
- Organizaciones internacionales bilaterales y multilaterales

El informe final y la matriz de indicadores presentada fueron revisados y consensuados con: equipo técnico del departamento de ITS/VIH/Sida de la Secretaría de Salud, equipo técnico conductor del proceso de elaboración del informe Ungass, representantes de la sociedad civil (personas con VIH y grupos vulnerables) y aprobado por la Conasida.

Durante el proceso de elaboración del informe se contó con el apoyo técnico de la unidad de MyE de Onusida con sede en Guatemala y en Panamá. Honduras realizó una evaluación de su segundo plan estratégico (PENSIDA II) como antesala al PENSIDA III (2008 – 2012), que fue lanzado oficialmente el 1 de diciembre del 2007. En este contexto, el proceso ampliamente participativo de Ungass ha sido una oportunidad de reflexión y aprendizaje para los actores involucrados en la respuesta nacional.

2. Situación de la epidemia

Honduras es el segundo país más afectado de Centroamérica por la epidemia de VIH y Sida. El primer caso en Honduras se detectó en 1985. A partir de esa fecha hasta diciembre del 2007 se han reportado un total de 24,608, de los cuales 18,583 (76%) fueron clasificados como sida y 6,025 (24%) como portadores asintomáticos. El patrón de la epidemia es predominantemente heterosexual; con una razón hombre: mujer para nuevos casos de Sida para el 2005 de 1.1 (sólo Belice tiene una razón hombre: mujer inferior, 0.7).

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

- Desarrollo de una significativa industria sexual que coincide con la presencia de fuerzas armadas nacionales y extranjeras en Honduras en los años 80,
- Alta movilidad de la población Garífuna y de otras poblaciones del país, especialmente en la marina mercante y en la zona noreste de EUA,
- Introducción del virus a la población por múltiples canales de transmisión (TS, HSH, amas de casa, marinos, heterosexuales, etc.)
- Aspectos socio-culturales que crean condiciones de vulnerabilidad en diversos grupos: mujeres, TS, HSH, Garífunas, adolescentes, y hombres.
- Bajo nivel de escolaridad unido a una escasa formación en salud sexual y reproductiva, en el contexto de una controversia ideológica sobre el acceso físico, cultural y social de la población a medios efectivos de prevención.

La epidemia se concentra mas en las zonas urbanas y a lo largo de la Costa Norte, afectando a la población joven, en edad reproductiva y económicamente activa.

Honduras tiene un perfil compuesto de la epidemia. Es concentrada con una prevalencia de VIH demostrada en diversos estudios mayor de 5% en sub-poblaciones de alto riesgo. En la costa norte existe una epidemia generalizada. El VIH está firmemente establecido en la población general con una prevalencia de VIH consistentemente mayor al 1% en mujeres embarazadas. Cabe mencionar el estudio probabilístico realizado en el 2006 que demostró una prevalencia de 5% en Garífunas que viven en la costa norte del país.

Según estadísticas oficiales de SSH, la prevalencia de VIH en Mecp que se benefician del Pptmh ha disminuido de 1.35% en 1998, a 0.81% en el 2001 y 0.57% en 2005.

Para las TS, la prevalencia de VIH en Tegucigalpa pasó de 5.5% en 1989, a 8% en 1996, y a 2.9% en 2006. En San Pedro Sula, pasó de 19.8% en 1989, a 14.5% en 1996, a 4.1% en 2006.

En HSH, la prevalencia de VIH en Tegucigalpa pasó de 11.3% en 1986, a 13.9% en 1990, y a 6% en 2006. En San Pedro Sula pasó de 34.7% en 1986, a 45.9% en 1990, y a 10.1% en 2006. En La Ceiba fue de 5% en 2006.

En Garífunas la prevalencia de VIH pasó de 8.4% en 1998 a 4.6% en 2006. Desde 1998, no hay nuevos datos en privados(as) de libertad (prevalencia = 6.8%).

De acuerdo a las últimas estimaciones de la prevalencia de VIH realizadas en 2007 (“Workbook Method”), en la Costa Norte, donde se considera una epidemia generalizada, la prevalencia de VIH fue de 0.91% (Rango: 0.57% - 1.85%). En el resto del país la prevalencia estimada fue de 0.59% (Rango: 0.37% - 1.2%). A nivel nacional la prevalencia estimada fue de 0.68% (Rango: 0.42% - 1.37%).

También se calculó que en el 2007 ocurrieron 1,500 nuevas infecciones (modelo “Modo de Transmisión”). De acuerdo a la categoría de transmisión, de las 1,500 nuevas infecciones estimadas, los HSH y las TS (incluyendo sus clientes y las parejas mujeres de los clientes) representaron el 48% de las nuevas infecciones ocurridas. Los Garífunas, que experimentan una epidemia generalizada, representaron el 5% de las nuevas infecciones.

Los datos recientes sugieren que la prevalencia del VIH tanto entre la población general como en las sub poblaciones de alto riesgo, no se han incrementado según las proyecciones elaboradas a inicios de los 90 y pueden estar descendiendo. Es posible que las proyecciones y estimaciones previas pueden haber sobreestimado la prevalencia de VIH. También sugiere que la respuesta al VIH y Sida por parte de Honduras ha sido efectiva, limitando el crecimiento de la epidemia. Sin embargo el país presenta datos del 2006 que denotan una epidemia generalizada en la Costa Norte que unida a las condiciones socio-culturales de vulnerabilidad, llaman a un esfuerzo multi-sectorial sostenido, basado en evidencia, en el marco de la respuesta nacional visualizado en PENSIDA III (2008 – 2012).

3. Respuesta política y programática

La implementación de la respuesta nacional se basa en el marco de los “Tres Unos”, que comprende la creación y consolidación de: un plan estratégico concertado que proporciona la base para coordinar el trabajo con todos los asociados, una Conasida, cuyo mandato es multisectorial amplio para la conducción de la respuesta nacional; y un sistema único de monitoreo y evaluación. En Honduras la iniciativa de los “Tres Unos” ha sido ampliamente aceptada por la Conasida y los diferentes actores. En PENSIDA III el país se ha comprometido a fortalecer la capacidad de MyE de la respuesta nacional.

Honduras ha tenido un impulso significativo en su respuesta a la epidemia, y ha sido capaz de documentar y caracterizar su situación epidemiológica, recolectando datos de prevalencia desde 1990 y teniendo datos recientes en el 2006. El país está teniendo una prevalencia de VIH que puede haber llegado al punto máximo de madurez. Hay indicios de que las sub-poblaciones que han concentrado la epidemia (HSH, TS, y Garífunas) están reduciendo sus riesgos, lo que puede estar contribuyendo a una disminución en la prevalencia de infección por VIH. La disminución en la prevalencia de VIH en HSH no es significativa. Por tal motivo es fundamental mantener la atención en las sub poblaciones que continúan teniendo un alto riesgo de infección. Los Garífunas, HSH y las TS, por ejemplo, tienen una prevalencia de VIH casi 10 veces más alta que la de las embarazadas.

El Pptmh aumentó la cobertura a las 20 regiones sanitarias departamentales del país, pasando de 15 unidades de salud en el año 2001 a 402 en el año 2006, en un total de

199 municipios. Como consecuencia del aumento del acceso, el número de Mecp en las clínicas del programa aumentó casi 9 veces en 5 años, pasando de 12,531 en 2001 a 112,321 en 2006. Las que recibieron consejería pre-prueba aumentaron de 3,967 en 2001 a 75,894 en 2006, y las que se realizaron la prueba también aumentó de 3,218 en 2001 a 63,852 en 2006. El principal reto en el país sigue siendo aumentar la cobertura de atención prenatal y de partos institucionales.

El acceso universal acelerado a Targa experimentado por el país en los últimos 4 años ha tenido logros importantes en la sobre-vida y calidad de vida de las Pvih. Entre los resultados principales de la evaluación liderada por la SSH del 2006 se destacan:

- El porcentaje de mortalidad hospitalaria por causa de SIDA disminuyó de 4.7% en el 2000 a 3.7% en el 2005;
- 90% de los Pvih que recibieron Targa, se mantuvieron vivos un año después de iniciada la terapia;
- 93% de las Pvih adultos(as) y el 84% de los niños (as) en Targa reciben esquemas de primera línea de tratamiento. Debido a reacciones adversas y efectos secundarios, 6% de los adultos y 6% de los niños(as) reciben esquemas de segunda línea. El 1% de adultos y 10% de los niños(as) reciben terapia de segunda línea o de rescate, siguiendo resultados de estudios genotípicos.

Paralelamente a los procesos señalados, se logró la movilización de recursos nacionales, la reforma a la Ley Orgánica de la Conasida y el fortalecimiento de la Plataforma de Acción de la Primera Dama de la Nación. En general el abordaje de la problemática de VIH y Sida ha alcanzado una incidencia política al más alto nivel para la toma de decisiones. No obstante, predomina en el país la controversia ideológica para promover el acceso universal a la población a formas y métodos de prevención efectivo, específicamente en torno a la educación en salud sexual y reproductiva en el sistema educativo nacional. Se requieren mayores esfuerzos para que Honduras cumpla con el objetivo de las metas del milenio de detener y revertir la epidemia al 2015.

4. Tabla 1. Resultados de evaluación de los indicadores del UNGASS Honduras 2008

Indicadores	Resultado 2006 y 2007	Fuente / observaciones
Compromiso y Acción Nacional		
1. Gasto Nacional e Internacional relativo al SIDA, por fuente de financiamiento	MEGAS 2006 US \$ 17,485.57	Solo incluye los datos del 2006 (tasa de cambio Lps18.90 por \$1.00) Fuente: MEGAS 2006 / PNS
2. Índice Compuesto de Política Nacional (Áreas cubiertas: género, programas en el lugar de trabajo, estigma y discriminación, prevención, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, vigilancia y evaluación)	Ver base de datos CRISS	Fuente: Cuestionario aplicado en diciembre 2007 – enero 2008. Ver documento de ICP anexo.
Situación en Desarrollo e Implementación de Políticas		
3. Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	46%	Para el 2005 se registraron un total de 52,317 unidades de sangre donadas, de las cuales 23,707 fueron de la Cruz Roja Hondureña y 28,610 fueron administradas por la SSH. Solamente la CRH cumple con las normas universales de control de calidad. $24,066 / 52,317 = 46\%$ Toda la sangre donada y administrada en los servicios de la SSH es tamizada por VIH. Fuente: Cruz Roja Hondureña y SSH
4. Porcentaje de adultos y niñez con infección avanzada por VIH que recibe terapia antiretroviral	Año 2006= 48% Año 2007=56%	Año 2006 $4,674/9650 = 48\%$ Numerador 4,674 personas en tratamiento denominador total de adultos y niños/as que requieren tratamiento para el 2006) Año 2007 $5,580 / 9,916 = 56\%$ Numerador 5,580 personas en tratamiento denominador :

		<p>9,090 adultos que requieren tratamiento para 2007</p> <p>Las personas que no reciben tratamiento no reúnen los criterios clínicos o de laboratorio para iniciarlo. Los datos del numerador provienen de los registros de la SSH y el denominador de las estimaciones del 2006 y 2007.</p> <p>Fuente: Unidad de Atención Integral, PNS, SSH</p>
<p>5. Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibe fármacos antiretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil</p>	<p>21%</p>	<p>220 / 1,047 = 21%</p> <p>El numerador es el numero de personas embarazadas que reciben fármacos ARV y el denominador es el numero de embarazadas estimadas en PPTMH / PNS.</p> <p>Fuente: PPTMH, PNS, SSH</p>
<p>6. Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH</p>	<p>72%</p>	<p>El 71.48% de la Pvih recibieron TARGA y tratamiento para tuberculosis. Según cifras de la SSH, se registraron un total de 3,800 casos de TB en el 2006. Para ese año el PNS tuvo una proporción de 14.1% de Tb en personas infectadas con VIH. Por lo tanto se estima un total de 536 Pvih con co-infección, de las cuales el PNS y el PN de TB solamente registran 383 Pvih que recibieron tratamiento para Tb en ese año.</p> <p>383 / 536 = 71.48%</p> <p>Fuente: Unidad de Vigilancia epidemiológica / PNS y PNTb de la SSH</p>
<p>7. Porcentaje de población de 15 a 49 años que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados</p>	<p>Hombres 15-49 21%</p> <p>Mujeres 15-49 23%</p>	<p>ENDESA - Hombres De 5,562 hombres 15 – 49 años incluidos, un total de 5,449 hombres contestaron y 1,121 refirieron haberse sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocían los resultados.</p> <p>1,121 / 5,449 = 20.6%</p> <p>ENDESA – Mujeres</p>

		<p>De 19,948 mujeres 15 – 49 años incluidas, un total de 19,274 mujeres contestaron y 4,482 refirieron haberse sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses <u>(la encuesta no incluyó la pregunta si las mujeres encuestadas conocían los resultados)</u> 4,482 / 19,274 = 23% Fuente: ENDESA 2005 Mujeres y Hombres.</p>																																												
<p>8. Porcentaje de poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados</p>	<p>Garífuna 6%</p> <p>HSH 40%</p> <p>TS 71%</p>	<p><u>Garífunas (ECVC 2006):</u> De los 800 participantes (18 + años), 408 se habían realizado la prueba alguna vez en la vida, y solamente 50 manifestaron conocer su resultado 50 / 800 = 6.%</p> <p><u>HSH: (ECVC 2006)</u></p> <table border="1" data-bbox="1220 773 1835 878"> <thead> <tr> <th></th> <th>MDC</th> <th>SPS</th> <th>LC</th> <th>Tot</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>600</td> </tr> <tr> <td>Prueba + Resultado</td> <td>96</td> <td>104</td> <td>39</td> <td>239</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje</td> <td>48</td> <td>52</td> <td>19.5</td> <td>39.8</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>TS (ECVC 2006):</u></p> <table border="1" data-bbox="1220 997 1835 1105"> <thead> <tr> <th></th> <th>MDC</th> <th>Com</th> <th>SPS</th> <th>LC</th> <th>Tot</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>400</td> </tr> <tr> <td>Prueba + Resultado</td> <td>81</td> <td>52</td> <td>83</td> <td>68</td> <td>284</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje</td> <td>81.0</td> <td>52.0</td> <td>83.0</td> <td>68.0</td> <td>71.0</td> </tr> </tbody> </table> <p>No hay desagregación por sexo y edad Fuente: ECVC 2006, PNS / SSH</p>		MDC	SPS	LC	Tot	N	200	200	200	600	Prueba + Resultado	96	104	39	239	Porcentaje	48	52	19.5	39.8		MDC	Com	SPS	LC	Tot	N	100	100	100	100	400	Prueba + Resultado	81	52	83	68	284	Porcentaje	81.0	52.0	83.0	68.0	71.0
	MDC	SPS	LC	Tot																																										
N	200	200	200	600																																										
Prueba + Resultado	96	104	39	239																																										
Porcentaje	48	52	19.5	39.8																																										
	MDC	Com	SPS	LC	Tot																																									
N	100	100	100	100	400																																									
Prueba + Resultado	81	52	83	68	284																																									
Porcentaje	81.0	52.0	83.0	68.0	71.0																																									
<p>9. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH</p>	<p>Garífunas 58%</p>	<p><u>Garífunas</u> 142,000 (Población) 82,333 (Cubierta con servicios) 142,000 / 82,333 = 58% (Cobertura)</p>																																												

	<p>TS 23%</p> <p>HSH 24%</p> <p>PPL 87%</p>	<p><u>TS</u> 3,055 / 13,208 = 23%</p> <p><u>HSH</u> 17,638 / 72,467 = 24%</p> <p><u>PPL</u> 14,000 (Pobl) 12,119 (Cubierta con servicios) 12,119 / 14,000 = 87% (Cobertura)</p> <p>No hay desagregación por sexo y edad</p> <p>Los datos de cobertura son una combinación del reporte presentado por los proyectos del Fondo Mundial y USAID.</p> <p>En el proceso de validación de los datos se mencionó como punto importante que este indicador no tiene referencia alguna en cuanto a la estandarización y/o calidad de las intervenciones en cada una de las poblaciones cubiertas.</p> <p>Fuente: Datos oficiales enviados en la propuesta de VIH y Sida de Honduras para Fase III ante Fondo Mundial 2007.</p>
10. Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil		<u>No hay datos</u>
11. Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico	39%	<p>Educación Media: 346 / 877 = 39%</p> <p>Se reporta en el numerador los 346 centros de educación media de la Secretaría de Educación, intervenidos por el proyecto del Fondo Mundial entre 2006 y 2007, dado que solo de esos se cuenta con evidencia: El denominador corresponde al total de centros de Educación Media</p>

		<p>reportados por la Secretaría de Educación para el 2004 (ultimo dato disponible)</p> <p>En Honduras se realizaron diferentes intervenciones en salud sexual y reproductiva en el sistema educativo, de las cuales no se lleva un registro o no cuentan con el criterio de 30 horas en el ultimo grado académico</p> <p>Fuente: Secretaría de Educación-UNFPA</p>																
Conocimientos y Comportamientos																		
12. Asistencia actual a la escuela entre huérfanos (as) y no huérfanos(as) en edades de 10 a 14 años		<u>No hay datos</u>																
13. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus*	<p>Hombres 15-24 37%</p> <p>Mujeres 15-24 89%</p>	<p>ENDESA - Hombres De 2,107 hombres 15 – 24 años incluidos, un total de 776 conocían dos o mas formas ya sea de transmisión o de prevención $776 / 2,107 = 36.8\%$</p> <p>ENDESA – Mujeres De 6,855 mujeres 15 – 24 años incluidas, un total de 6,114 conocían dos o mas formas ya sea de transmisión o de prevención $6,114 / 6,855 = 89.2\%$</p> <p>Fuente: ENDESA 2005 Mujeres y Hombres.</p>																
14. Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	<p>Garífuna 69% HSH 20% TS 21%</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Población</th> <th>N</th> <th>Respuesta</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Garifunas</td> <td>800</td> <td>552</td> <td>69</td> </tr> <tr> <td>HSH</td> <td>617</td> <td>125</td> <td>20.3</td> </tr> <tr> <td>TS</td> <td>806</td> <td>170</td> <td>21.1</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>No desagregado por edad por falta de acceso a base de datos</u></p>	Población	N	Respuesta	%	Garifunas	800	552	69	HSH	617	125	20.3	TS	806	170	21.1
Población	N	Respuesta	%															
Garifunas	800	552	69															
HSH	617	125	20.3															
TS	806	170	21.1															

		Fuente: ECV, PNS / SSH
15. Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	Hombre 19% Mujer 11%	<p>ENDESA – Hombres De 2,107 hombres 15 – 24 años incluidos, un total de 400 tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años 400 / 2,107 = 19.0%</p> <p>ENDESA – Mujeres De 8,351 mujeres 15 – 24 años que contestaron esta pregunta, un total de 913 mujeres tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años 913 / 8,351 = 10.9% Fuente: ENDESA 2005 Mujeres y Hombres.</p>
16. Porcentaje de mujeres y hombres entre 15–49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	Hombre 16% Mujer 0.6%	<p>ENDESA - Hombres De 5,562 hombres 15 – 49 años incluidos, un total de 4,757 hombres contestaron y 895 tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses 895 / 4,757 = 16.1%</p> <p>ENDESA – Mujeres De 19,948 mujeres 15 – 49 años incluidas, un total de 19,917 mujeres contestaron y 122 tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses 122 / 19,917 = 0.6% Fuente: ENDESA 2005 Mujeres y Hombres.</p>
17. Porcentaje de mujeres y hombres de 15–49 años que tuvo mas de una pareja sexual en los últimos 12 meses y reporta haber utilizado un condón durante su última relación sexual	Hombre 38% Mujer 32%	<p>ENDESA - Hombres De 4,757 hombres 15 – 49 años que contestaron ambas preguntas: de tener relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses, 895 tuvieron mas de una pareja y 340 usaron condón en la última relación sexual 340 / 895 = 38.0</p> <p>ENDESA – Mujer De 12,544 mujeres 15 – 49 años que contestaron ambas</p>

		preguntas: de tener relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses, 90 tuvieron mas de una pareja y de ellas, 29 usaron condón en la última relación sexual 29 / 90 = 32.2 Fuente: ENDESA 2005 Mujeres y Hombres.																				
18. Porcentaje de mujeres y hombres trabajadores del sexo que reporta el uso de un condón con su ultimo cliente	HSH 71% TS 66%	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>N</th> <th>Uso Condón</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HSH (Ult 30 días)</td> <td>617</td> <td>437</td> <td>70.9</td> </tr> <tr> <td>TS (cliente nuevo)</td> <td>807</td> <td>529</td> <td>65.5</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>No desagregado por edad por falta de acceso a base de datos</u> Fuente: ECVV, PNS/ SSH 2006</p>		N	Uso Condón	%	HSH (Ult 30 días)	617	437	70.9	TS (cliente nuevo)	807	529	65.5								
	N	Uso Condón	%																			
HSH (Ult 30 días)	617	437	70.9																			
TS (cliente nuevo)	807	529	65.5																			
19. Porcentaje de hombres que reporta el uso de un condón la última vez que tuvo una relación anal con una pareja masculina	HSH 48%	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>MDC</th> <th>SPS</th> <th>LC</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N</td> <td>204</td> <td>210</td> <td>203</td> <td>617</td> </tr> <tr> <td>Usaron condon</td> <td>114</td> <td>123</td> <td>56</td> <td>293</td> </tr> <tr> <td>%</td> <td>55.9</td> <td>58.6</td> <td>27.6</td> <td>47.5</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>No desagregado por edad por falta de acceso a base de datos</u> Fuente: ECVV, PNS / SSH 2006</p>		MDC	SPS	LC	Total	N	204	210	203	617	Usaron condon	114	123	56	293	%	55.9	58.6	27.6	47.5
	MDC	SPS	LC	Total																		
N	204	210	203	617																		
Usaron condon	114	123	56	293																		
%	55.9	58.6	27.6	47.5																		
20. Porcentaje de usuarios de drogas que reporta el uso de condón durante su ultima relación sexual		<u>No hay Datos</u>																				
21. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que reporta el uso de equipo estéril para inyección la última vez que se inyectó		<u>No hay Datos</u>																				
Impacto																						
22. Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15–24 años infectados por el VIH	0.6%	364 / 63,852 = 0.57% La fuente más Proxy a población general es la de mujeres embarazadas en control prenatal. El Pptmh se hizo																				

		<p>examen a 65,000 mujeres. Esto es mucho mejor que los datos de VIH del sistema pasivo de vigilancia epidemiológica</p> <p>No hay desagregación por edad Fuente: PPTMH / PNS / SSH 2006</p>																
<p>23. Porcentaje de poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad infectado por el VIH</p>	<p>Garifunas 4,5% TS 3% HSH 6,3%</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Población</th> <th>N</th> <th>Infect VIH</th> <th>Prev (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Garifunas</td> <td>827</td> <td>37</td> <td>4.5</td> </tr> <tr> <td>TS</td> <td>780</td> <td>23</td> <td>3.0</td> </tr> <tr> <td>HSH</td> <td>617</td> <td>39</td> <td>6.3</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>No desagregado por edad por falta de acceso a base de datos</u> Fuente: ECVC, PNS / SSH</p>	Población	N	Infect VIH	Prev (%)	Garifunas	827	37	4.5	TS	780	23	3.0	HSH	617	39	6.3
Población	N	Infect VIH	Prev (%)															
Garifunas	827	37	4.5															
TS	780	23	3.0															
HSH	617	39	6.3															
<p>24. Porcentaje de adultos y niñez con VIH+ que sigue con vida y se tienen constancia de que sigue en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretroviral</p>	<p>Año 2006 92% Año 2007 91%</p>	<p>Año 2006 Supervivencia máxima 4,284/4674= 92% (Supervivencia mínima 4284/5,983= 72%)</p> <p>Año 2007 Supervivencia máxima 5,145/5,672= 91% (Supervivencia mínima 5,672/7,227= 78.5%)</p> <p>No hay desagregación por sexo y edad Fuente: PNS / SSH. Evaluación 2006, datos de tratamiento de primera línea.</p>																

II. Panorama general de la epidemia de SIDA

1. Vigilancia epidemiológica de casos de SIDA y de VIH

El número de casos de VIH y Sida notificados desde 1985 hasta diciembre del 2007 es de 24,608 de los cuales 18,583 (76%) fueron clasificados como Sida y 6,025 (24%) como VIH (tabla 2 en Anexo 1), cifras que representan cerca del 40% del total de casos de Sida de la región centroamericana (Ver tabla 1 en anexo1)

El patrón de transmisión predominante es el sexual (91.3%): 84.9% heterosexual, 3.2% homosexual, y 3.3% bisexual. El predominio de transmisión heterosexual explica la tendencia de disminución de la razón Hombre: Mujer, que a su vez ha sido afectada por la creciente cobertura del Pptmh y el menor acceso de la población masculina a los servicios de salud (tabla 2 en anexo 1). En los últimos cinco años no se reportan casos asociados a la transfusión sanguínea.

La epidemia de VIH y Sida afecta principalmente a la población joven, en edad reproductiva y económicamente activa. Los grupos de edad comprendidos entre los 15 y los 39 años, representan cerca del 70% de los casos notificados a lo largo de las dos décadas. En relación a la distribución geográfica de la epidemia, el 100% de los departamentos y municipios del país han reportado casos de VIH y Sida. Sin embargo, los departamentos más afectados son Cortés, Francisco Morazán, Atlántida y Yoro, que juntos agrupan casi 80% de los casos de Sida y de VIH. Es de hacer notar que varios municipios postergados se encuentran con una tasa muy elevada de incidencia acumulada, producto quizás de la vulnerabilidad rural del país, condicionada por una intensa migración del campo hacia cinturones de miseria de las ciudades y viceversa (ver tabla 2 en anexo 1).

2. Vigilancia epidemiológica de las ITS

Desde 1994 el país adopta el “Manejo Sindrómico” como una estrategia de manejo integral de las ITS, creando Umiets. Sin embargo, la capacidad de realizar diagnóstico etiológico, aún en centros que cuentan con los recursos humanos y la infraestructura de laboratorio necesarias, ha sido muy limitada.

En el año 2006 se reportaron un total de 97,589 ITS en el país, concentrándose los casos en el grupo 20-49 años de edad. Un 94% de los casos eran en mujeres (91,237), representando el flujo vaginal el 89% de los casos, y la vaginitis por *Cándida albicans* el 30% (ver tabla 3 en anexo 1).

3. Estudios de comportamiento, ITS y de VIH

En Honduras se han realizado varios estudios de comportamiento con la participación de la Secretaría de Salud, ONGs nacionales y actores externos. Esta sección se concentra en 5 indicadores claves (Ungass, 2007) presentes en la mayoría de los estudios:

1. Edad de inicio de las relaciones sexuales: edad mediana de la primera relación sexual; el porcentaje de hombres y mujeres jóvenes que han tenido su primera relación sexual antes de los 15 años^a (o antes de los 18 años).
2. Número de parejas sexuales: porcentaje de hombres y mujeres de 15-49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses^b.
3. Uso de condón: porcentaje de hombres y mujeres de 15-49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado el condón en la última relación sexual^c; porcentaje de trabajadores(as) del sexo que usan el condón con el último cliente^d; porcentaje de hombres que usan condón en el último contacto anal con un pareja del mismo sexo^e.
4. Conocimiento comprensivo del sida: Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes 15-24 años^f y de poblaciones en condición de alto riesgo^g que tienen un conocimiento apropiado sobre las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las ideas erróneas sobre la transmisión del VIH.
5. Prueba del VIH: Porcentaje de hombres y mujeres 15-49 años^h y/o de población en condición de alto riesgoⁱ, que se hizo la prueba en los últimos 12 meses y conocen el resultado.

A continuación se describen los más recientes y principales hallazgos, por grupo de población estudiada.

a. Personas con VIH

Vigilancia de ITS

En 2006, el herpes genital y la micoplasmosis son las ITS que se encontraron con mayor frecuencia en este grupo (ver tabla 3 en anexo 1). En Tegucigalpa, un 20% de hombres y un 16% de mujeres reportaron haber tenido una ITS en los últimos 12 meses y en San Pedro Sula, fue de 18% en hombres y 13% en mujeres.¹

Tabla 2: Prevalencia de ITS (%) en Pvih, estratificada por género y ciudad, ECVC 2006

^a Corresponde al indicador 15 de UNGASS

^b Corresponde al indicador 16 de UNGASS

^c Corresponde al indicador 17 de UNGASS

^d Corresponde al indicador 18 de UNGASS

^e Corresponde al indicador 19 de UNGASS

^f Corresponde al indicador 10 de UNGASS (Metas: 90% en 2005; 95% en 2010)

^g Corresponde al indicador 13 de UNGASS

^h Corresponde al indicador 7 de UNGASS

ⁱ Corresponde al indicador 8 de UNGASS

ITS	Tegucigalpa (MDC)			San Pedro Sula (SPS)			Total	
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total	MDC	SPS
Sífilis							2.0	0.8
HSV (Herpes)							76.1	78.6
Clamidia	2.0	2.0		2.0	1.2			
Gonorrea	0.4			0.5				
Micoplasmosis	18.3	8.0		14.1	4.9			

Fuente: ECVC, Departamento de ITS/VIH/SIDA, Secretaria de Salud, Honduras, 2006

Vigilancia de comportamiento

El uso consistente del condón es relativamente bajo en Pvih, especialmente en mujeres (Tabla 3). En Tegucigalpa un 15% de hombres y un 13% de mujeres Pvih identificaron correctamente todos los métodos de prevención de VIH. En San Pedro Sula fue de 18% para hombres y 35% para mujeres.¹

Tabla 3: Porcentaje de uso de condón en Pvih, ECVC 2006

Uso de condón en última relación sexual	Tegucigalpa		San Pedro Sula	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
➤ Última relación sexual	42	67	37	63
➤ Con pareja estable	56	75	74	73
➤ Con pareja ocasional	74	71	67	77
➤ Con pareja comercial	89	100	80	80

Fuente: ECVC, Departamento de ITS/VIH/SIDA, Secretaria de Salud, Honduras, 2006

b. Garífunas

Vigilancia de VIH e ITS

Los Garífunas son un grupo étnico afro-descendiente que viven primordialmente en la costa norte de Honduras y que han sido afectados por la epidemia del VIH.

El estudio sero-epidemiológico de 1998 demostró altas prevalencia de ITS en este grupo² Esta alta prevalencia de ITS fue una vez más confirmada en el estudio de ECVC del 2006 (Tabla 4 en anexos). La prevalencia de HSV es mayor de 50% tanto para la zona rural como para la urbana³

En el primer estudio exploratorio (1985) en este grupo étnico se obtuvo una prevalencia de VIH de 8.4% en población general con antecedentes de haber tenido relaciones sexuales.² En el 2006 se hizo un estudio con una muestra probabilística de las comunidades de la Costa Norte resultando en una prevalencia de 4.6% (urbana fue 4.8% y rural 4.2%).³

Vigilancia de comportamiento

Edad promedio de inicio de relaciones sexuales:

- 2006: 15 años para el hombre y de 17 años para la mujer. ³

Parejas sexuales:

- 2006: 70% de los adultos refirieron tener pareja estable al momento del estudio, y de ellos, el 84% tenían una sola pareja. ⁴

Uso del condón:

- 2006: Uso consistente del condón fue de 58% con pareja estable en los últimos tres meses; el uso del condón en jóvenes sexualmente activos fue 59% en la última relación sexual y 43% en los últimos tres meses. ⁴
- 2006: uso del condón en la población urbana en la última relación sexual fue 26.4% en los hombres y 26.4% en las mujeres. Para la población rural, el uso fue 21.6% entre hombres y 17.2% entre mujeres. ³

Conocimientos sobre VIH y Sida:

- 2006: el 94% de los adultos y 96% de los jóvenes conocen tres formas correctas de transmisión del VIH.

Haberse realizado la prueba de VIH:

- 2006: El 73% de adultos y 30% de jóvenes se habían realizado una prueba de VIH anteriormente. ⁴ Del 46% de los hombres que habían realizado la prueba de VIH anteriormente, un 97.2% recibieron resultados en el área urbano, y el 93.7% en el área rural. Del 62% de las mujeres que habían realizado la prueba, un 96.7% de ellas recibieron resultados en el área urbano, y el 97.7% en el área rural. ³

c. Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH)

Vigilancia de VIH e ITS

Con respecto a las ITS, los HSH han mostrado un aumento en la prevalencia de sífilis activa (RPR con titulaciones $\geq 1:8$ + prueba treponémica específica positiva) a lo largo de varios estudios: 1.2% en el estudio transversal de 1998 ⁵, 4.6% en el estudio multi-céntrico del 2001 ⁶, y 5.6%-8.9% en el ECVC del 2006. La prevalencia de HSV encontrada en el ECVC es alta, con un rango de 20% a 40%. ⁷ (tabla 5 en anexos)

Los HSH también han sido un grupo vulnerable a la infección por VIH en el país, con prevalencias mayores de 5% en todas las ciudades estudiadas. En el ECVC 2006, se encontró una prevalencia de 10% en San Pedro Sula, de 6% en Tegucigalpa, y de 5% en La Ceiba ⁷ (tabla 6 en anexos)

Tabla 4: Prevalencia de VIH (%) en HSH, por año y ciudad, Honduras, 1985-2005

Año	Lugar	Prevalencia (%)
1998 ⁵	5 ciudades	8.0
2006 ⁷	Tegucigalpa	6.0
	San Pedro Sula	10.1
	La Ceiba	5.0

Vigilancia de comportamiento

Edad promedio de inicio de relaciones sexuales:

La edad promedio de inicio de relaciones sexuales que se ha encontrado en este grupo es:

- 2003: 13.5 años.^{6, j}
- 2006: 14.2 años en La Ceiba, 15.5 en Tegucigalpa, y 13.6 en San Pedro Sula.⁷

Uso del condón:

El porcentaje de uso del condón en HSH presenta un amplio rango, y es bajo especialmente con parejas ocasionales, en relaciones sexuales comerciales, e incluso en relaciones bisexuales, facilitando la transmisión de VIH desde este grupo hacia la población general (“Puente Epidemiológico” (ver tabla 7 en anexo1).

Conocimientos sobre VIH y Sida:

El conocimiento sobre las formas de transmisión y prevención ha mejorado en comparación con las primeras investigaciones a finales de los 90 (Tabla 6e en anexos), y se resume en lo siguiente:

- Identificar correctamente 3 formas de prevención de la transmisión del VIH
 - 1998: 18.1% de los HSH no TCS y el 15.0% de los HSH-TS.⁵
 - 2003: 97.0%.⁴

Uso de drogas:

El uso de drogas es alto en HSH en las tres ciudades incluidas en el estudio ECVC del 2006, con un rango de 32% en Tegucigalpa a 43% en La Ceiba, y el 1% reportó haberse inyectado drogas (ver tabla 6 en anexo1)

Haberse realizado la prueba de VIH:

El 59.3% de los HSH-TCS y el 48.9% de los HSH no TS se habían realizado una prueba de VIH en 1998⁵, contra el 57% en 2001⁶ y 57% en 2006⁷ (Ver tabla 6 en anexo1)

En 2006, entre los HSH que refirieron haberse realizado una prueba de VIH anteriormente, los resultados fueron los siguientes: en Tegucigalpa, el 62 %, en San Pedro Sula, el 61.9 % y en La Ceiba, el 57.3%⁷ (Ver tabla 6 en anexo1)

^j Travestí: 12 años, bisexuales: 14.4 años; VIH+ 12.7 años; VIH-: 13.8 años

d. Trabajadoras del Sexo (TS)

Vigilancia de VIH e ITS

Con respecto a las ITS, las Trabajadoras del Sexo han mostrado una disminución de prevalencia de sífilis activa: 15.2% en 1998⁸, 6.8% en el EMC 2001⁹, y 7.1% en el estudio ECVC 2006¹⁰, observándose también una disminución en gonorrea y clamidia (tabla 5)

Tabla 5: Prevalencia de ITS (%) en mujeres TS, estratificada por ciudad

ITS	Tegucigalpa		San Pedro Sula		Comayagua	
	2001 ⁹	2006 ¹⁰	2001 ⁹	2006 ¹⁰	2001 ⁹	2006 ¹⁰
HSV (Herpes)		76.4		58.1		42.7
Sífilis	10.1	7.5	7.7	7.7		2.9
Clamidia	9.2	9.5	16.5	16.8		8.6
Gonorrea	6.1	2.6	14.4	7.0		0.5
Tricomonirosis	14.8	27.5	10.6	31.2		6.1
Micoplasmosis		16.4		23.8		9.6

Las TS también son un grupo que concentra la epidemia de VIH en Honduras (tabla 6).

Tabla 6: Prevalencia de VIH (%) en mujeres TS, por año y ciudad, Honduras, 1998, 2001 y 2006

Año	Lugar	Prevalencia (%)
2001 ⁹	Tegucigalpa	7.8
	San Pedro Sula	13.1
	Puerto Cortés	7.7
	Área de San Lorenzo	10.2
2006 ¹⁰	Tegucigalpa	2.9
	San Pedro Sula	4.1
	La Ceiba	3.0
	Comayagua	0.0

En el único estudio de cohorte realizado en TS (1998-2000), se estimó una incidencia de VIH de 2.4/100 mujeres-año (3.2/100 en Tegucigalpa y 1.6/100 en San Pedro Sula). La tasa de retención de esta cohorte durante el período total del estudio fue estimada en 73%.⁹

Vigilancia de comportamiento

Edad promedio de inicio de relaciones sexuales:

La edad promedio de inicio de relaciones sexuales en las TS fue de 15.2 años en 2001⁹ y 16 años en 2006¹⁰, más baja que la encontrada en mujeres de la población general que es de 18 años.¹¹

Uso del condón:

El uso del condón en TS ha oscilado desde 80% en los primeros estudios a finales de los 90 hasta 86% en el 2006, tanto con clientes nuevos como con clientes regulares, y es más alto en Tegucigalpa (ver tabla 8 en anexo 1).

Conocimientos sobre VIH y Sida:

Existe un nivel alto de conocimiento sobre VIH y Sida en TS (99% han oído hablar del sida). En relación a conocimientos sobre formas de prevención y transmisión, podemos resumir lo siguiente:

- 2001: 97.1% identificaron el uso de condón en cada relación sexual como formas correctas para evitar la transmisión del VIH.⁹
- 2006: 95% conocen las formas de transmisión del VIH y Sida y el 97% conocen tres formas de prevención del VIH y Sida.¹⁰

Uso de drogas:

En el ECVC 2006, cerca de la mitad de las participantes reportaron uso de drogas en el último año, incluyendo el uso de drogas endo-venosas¹⁰ (ver tabla 9 en anexo 1).

Haberse realizado la prueba de VIH:

El porcentaje de TS que se han realizado la prueba de VIH aumentó de 60% en 1998⁸ a 87% en 2001⁹, y a 84% en 2006.¹⁰ (ver tabla 9 en anexo 1)

e. Mujeres Embarazadas

Vigilancia de VIH e ITS

El programa de prevención de la transmisión del VIH de Madre-Hijo (Pptmh) reporta una prevalencia de 0.8% en 2001, 1.0% en 2002, 0.8% en 2003, 0.7% en 2004, y 0.6% en 2005.¹²

Al comparar los resultados de estudios realizados en 1998¹³ y en el 2004¹⁴, la prevalencia de sífilis activa se mantiene invariable con un valor de 0.5%, no así la Hepatitis B cuya prevalencia fue de 6 % en 1998 y de 2.8% en el 2004. (Ver tabla 14)

Vigilancia de comportamiento

En 1998¹³, el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue de 17.7 años y el promedio de parejas sexuales en el último año fue de 1.2 parejas. En el estudio del 2004¹⁴ un 13.7% de las Mecp incluidas en el estudio reportaron haber tenido más de una pareja sexual en el último año.

f. Otras poblaciones estudiadas

f.1 Donadores de sangre

Los datos en donadores de sangre indican un descenso en la prevalencia de VIH con valores cercanos al 1% en la década de los 90 hasta menos de 0.5% en los últimos años (tabla 7). Este descenso está relacionado con el fortalecimiento nacional de la estrategia de

donación voluntaria y el uso de cuestionarios de tamizaje de factores de riesgo en donadores.

Tabla 7: Prevalencia de VIH (%) en donadores de sangre

Año o Período	Lugar	Prevalencia (%)
1990-1995	Tegucigalpa	0.4
	San Pedro Sula	1.2
1986-1990		0.4
2002		0.3
2004		0.2

En donantes de sangre, para los años 2002 y 2004, la hepatitis B ha disminuido de 0.5% a 0.3%, en tanto que la hepatitis C ha sufrido un incremento notable de 0.7 a 1.2% y la sífilis alrededor de 1.2%.

f.2 Miskito

Con una población de alrededor de 50,000 habitantes, los miskitos son un grupo étnico que se localiza en el departamento de Gracias a Dios, en el noreste de Honduras. Del total de pruebas realizadas en el Hospital Puerto Lempira, en donadores de sangre la prevalencia de VIH fue de 0.2% y en embarazadas en control prenatal fue de 0.6%.¹⁵

f.3 Vigilancia de comportamiento en hombres adolescentes (15-19) y adultos jóvenes (20-24)

Edad promedio de inicio de relaciones sexuales:

- 2001¹⁷: la edad mediana de la primera relación sexual fue de 16.9 años en el grupo 15-19 años (19.3% habían tenido su primera relación sexual antes de los 15 años y el 47.4 % antes de los 18 años) y 16.4 años en los de 20-24 años (27.0% habían tenido su primera relación sexual antes de los 15 años y el 68.1% antes de los 18 años).

Parejas sexuales:

- 2001¹⁷: en los hombres que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses, el 46.6% de los 15-19 años, y el 43.4% de los 20-24 habían tenido relaciones sexuales con alguien diferente del esposo(a)/compañero(a).

Uso del condón:

- 2001: el 36% de los varones reportó usar el condón en su última relación sexual; el 19% de los varones jóvenes de 15-19 años reportó haber usado un condón durante su primera relación sexual.¹⁸

Conocimientos sobre VIH y Sida:

- 2001: 49.6% de hombres de 15-19 años y 64.4% de hombres 20-24 años tenían un conocimiento de 2 o más formas de prevención. El 7.5% de hombres 15-19 años y el 16.6% de los 20-24 años se habían realizado la prueba de VIH con anterioridad.¹⁷

- 2001: el 43% de varones jóvenes de 15-19 años conocían 3 métodos de prevención de VIH^k. Además, el 99.5% de hombres jóvenes habían oído hablar del sida, pero sólo el 13% de hombres jóvenes de 15-19 años afirmaron que el condón es muy efectivo para prevenir el VIH y Sida.¹⁸

f.4 Vigilancia de comportamiento en mujeres adolescentes (15-24)

Edad promedio de inicio de relaciones sexuales: la edad mediana de la primera relación sexual es de 18 años (ver tabla 10 en anexo 1)

Parejas sexuales:

- 2001: menos del 1% de mujeres 15-49 años aseguró haber tenido relaciones con 2 o más compañeros sexuales; el grupo con mayor porcentaje de haber tenido 2 o más parejas fue el de 15-19 años.²⁰
- 2001: el 1% de las mujeres jóvenes de 15-19 años reportaron haber tenido relaciones sexuales con 2 o más parejas en los últimos 6 meses.¹⁸
- 2005: entre las mujeres jóvenes que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses, el 20.6% de las 15-19 años, el 13.7% de las 20-24 años, y el 16% de las 20-24 años habían tenido relaciones sexuales con alguien diferente del esposo/compañero en los últimos 12 meses.¹¹

Uso del condón:

- 2001: el 31% de las mujeres reportó usar el condón en su última relación sexual; el 18% de las mujeres 15-19 años reportó haber usado un condón durante su primera relación sexual.¹⁸
- 2005: El uso de condón durante la primera relación sexual fue 10.9% en 15-19 años, 7.6% en 20-24 años, y 8.7% en 15 a 24 años.¹¹ En mujeres jóvenes que tuvieron relaciones sexuales con alguien diferente del esposo/compañero en los últimos 12 meses, el uso de condón en la última relación fue:
 - 22.6% en las de 15-19 años
 - 24.6% en las de 20-24 años
 - 23.7% en las que tenían 15-24 años

Conocimientos sobre VIH y Sida:

- 2001: el 36.7% de mujeres 15-19 años y el 46.8% de mujeres 20-24 años tenían un conocimiento de 2 o más formas de prevención.²⁰
- 2001: en mujeres 15-19 años, 36% conocían 3 métodos de prevención de VIH^l; 99.8% habían oído hablar del Sida; y sólo un 9% afirmaron que el condón es muy efectivo para prevenir el VIH y Sida.¹⁸
- 2005: el 28.3% de 15-19 años, el 31.9% de 20-24 años, y el 29.9% de 15-24 años, tenían un conocimiento apropiado sobre el Sida. Un 10.3% de mujeres 15-19 años y un 29.5% de las de 20-24 años se habían realizado la prueba anteriormente, pero no se sabe si recibieron los resultados.¹¹

^k Uso correcto del condón, fidelidad mutua y abstinencia

^l Uso correcto del condón, fidelidad mutua y abstinencia

f.5 Vigilancia de comportamiento en población general

f.5.1 Hombres de la población general

La edad mediana a la primera relación sexual: en los hombres de 15-59 años fue de 15.9 años en 1996¹⁶ y 16.0 años en 2001.¹⁷

Porcentaje de hombres y mujeres que han tenido relaciones sexuales con alguien diferente del esposo(a)/compañero(a) en los últimos 12 meses: en 1996, el 49.7% de hombres 15-59 años de edad tuvo 2 o más parejas sexuales en el último año¹⁶ y un 25.9% en 2001¹⁷.

Uso del condón en la última relación sexual: entre los hombres que tuvieron 2 o más parejas sexuales en el último año, el uso del condón en la última relación sexual en 1996 fue inconsistente, variando entre 27.6% con dos parejas y 20.5% con 3 parejas¹⁶; el uso fue de 9.1% en 2001¹⁷.

Porcentaje que tienen un conocimiento apropiado sobre el sida: en 1996¹⁶, el 90.3%, de hombres 15-59 años habían oído hablar del Sida y dieron respuestas correctas a dos preguntas sobre Sida contra 91.8% en 2001¹⁷.

Porcentaje de los que se hicieron la prueba en los últimos 12 meses y que conocen el resultado: en 1996, el 73.0% de hombres había oído hablar de la prueba del VIH. De ellos, un 21.8% se la había realizado anteriormente.¹⁶ En 2001, el 75.7% de hombres había oído hablar de la prueba del VIH y de ellos, el 17.0% se la había realizado anteriormente¹⁷.

f.5.2 Mujeres de la población general

La edad mediana a la primera relación sexual se ha mantenido prácticamente constante en los últimos 25 años como se puede observar al comparar la evolución por grupos de edad (ver tabla 11 en anexo 1).

El conocimiento de formas de protección ha aumentado considerablemente en mujeres hondureñas:

- Sexo con una sola pareja no infectada pasó de 44% en 2001²⁰ a 89% en 2005¹¹;
- Abstinencia pasó de 23% en 2001²⁰ a 76% en 2005¹¹;
- Uso del condón pasó de 54% en 2001²⁰ a 70% en 2005¹¹.
- Dos formas de prevención (uso de condón y fidelidad mutua) fue mencionado por un 65%.

III. Respuesta nacional a la epidemia de VIH y Sida

1. Gestión y coordinación de políticas sociales

Entre los logros más importantes durante el periodo que va de enero de 2006 a diciembre de 2007 se pueden enumerar:

- Reactivación de la Conasida, como el liderazgo en la conducción de la respuesta nacional al VIH y Sida y promovió un diálogo propositivo con la estructura gubernamental y no gubernamental, para el establecimiento de consenso. Desde enero del 2007 funciona un secretariado permanente que permite darle continuidad y seguimiento a los procesos generados en la Conasida. Asimismo esta en proceso una reforma a la Ley Orgánica de Conasida, se amplió la representación de otros sectores como ser el Instituto Nacional de la Mujer (Inam).
- En el 2007, la Conasida lideró el proceso participativo amplio y multi-sectorial de revisión de los alcances del PENSIDA II (2004-2007) y la elaboración del Tercer Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el VIH y Sida (PENSIDA III, 2008-2012), lanzado de forma oficial el 1 de diciembre del 2007. El PENSIDA III, consolida la respuesta nacional bajo un enfoque holístico, en coordinación y con participación multi-sectorial y multidisciplinaria (gobierno, sociedad civil y organismos de cooperación), con una cobertura nacional y con el reto de elaborar un plan nacional de M&E que evidencie los resultados y facilite la toma de decisiones en el marco del respuesta nacional; asimismo se organizó el Comité Nacional de Monitoria y Evaluación, el cual estará adscrito a la Unidad Técnica de la Conasida ²¹
- Existe una mayor participación intersectorial en la respuesta nacional al VIH y Sida, como por ejemplo: mesa de ARV, la comisión de compra de medicamentos, la incorporación de diferentes ONGs e instituciones incluyendo religiosas y algunas municipalidades en los procesos de prevención y atención en VIH y Sida. La creación de la Comisión de Medicamentos (incluyendo los ARV) establecida por decreto presidencial, con participación de la sociedad civil y el respaldo gubernamental a través de la Secretaría de Salud, esta ha dado como resultado una mayor transparencia y eficiencia en la compra de medicamentos.
- Mayor compromiso político de parte del gobierno para apoyar el tema de VIH y Sida manifestada en diversos aspectos, como la utilización creciente de los fondos de la ERP, especialmente en la compra de medicamentos y de otros insumo críticos. En el área de liderazgo, se puede observar una mayor apertura para el diálogo a nivel político. Desde el despacho de la Primera Dama, se lanzó en Toronto 2006, la Coalición de Primeras Damas y Mujeres Líderes de Latinoamérica, ésta es una oportunidad de cabildeo al más alto nivel en el ámbito nacional e internacional. ²³
- Seguimiento a la implementación y aplicación de la Ley Especial de VIH y Sida con mayor empoderamiento de las Pvih en el conocimiento y socialización de dicha ley. Asimismo ha existido una participación activa del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos a través de la red de defensorías municipales y comunitarias; el Foro Nacional de Sida, a través de los 14 capítulos regionales, grupos organizados de

Pviih y de grupos vulnerables a la epidemia en la promoción y defensa de los derechos humanos. Se evidencian espacios de concertación en el marco de la elaboración de una política de protección social vinculada a la ERP.

- Se ha visto un avance importante en la participación cada vez mayor de diversos sectores en la respuesta nacional a la epidemia, principalmente los espacios para la sociedad civil en diferentes instancias, como ser: Conasida, el Mecanismo de Coordinación de País (MCP) del Fondo Mundial y mayor presencia de los colectivos de mujeres. La participación de las diferentes expresiones de la sociedad civil se ve reflejado en los capítulos del Foro Nacional de Sida, proyectos de fideicomiso, así como el surgimiento de nuevas organizaciones civiles, con mayor realce las organizaciones gay. Como parte de este proceso de fortalecimiento ha existido una mayor participación de la sociedad civil en la incidencia política y en la abogacía, se ha realizado auditorias sociales de diversos procesos (atención integral, gestión y compra de medicamentos, etc.) con participación de la sociedad civil y Pviih.
- Movilización de fondos más efectiva (Usaid, Fondo Global, Gobierno, Unicef, Onusida, Unfpa, CDC/GAP/CAP, OPS, DFID, ONGs Internacionales, entre otros). Honduras fue invitada a participar en la Fase III (“Rolling Mechanism”) por parte del Fondo Mundial. La propuesta nacional fue desarrollada en el marco de una amplia consulta inter-sectorial y fue presentada en julio del 2007. En diciembre se le notificó al país que la propuesta ha sido aceptada, la cual está en negociación.²¹
- El proceso de modernización que experimenta el Estado de Honduras proporciona ambientes favorables con los gobiernos locales a nivel de las municipalidades. La Secretaría de Salud ha descentralizado fondos a 10 regiones sanitarias. De la misma forma la institucionalización de la Red Solidaria y el Foro Nacional de Sida genera oportunidades de coordinación entre el estado y la sociedad civil.
- A nivel centroamericano vale mencionar el rol positivo en la lucha contra la epidemia que han tenido diversos mecanismos de integración regionales como ser: la Comisión Ministerial en Salud de Centro América (Comisca), el Sistema de Integración Social Centroamericano Sisca, y el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal. El país también se ha beneficiado de proyectos regionales como: Proyecto Acción Sida Centroamérica (Pasca) y ha sido parte del Mecanismo de Coordinación Regional (MCR) del Proyecto Mesoamericano del Fondo Mundial.

2. Prevención

Entre los logros más importantes durante el periodo que va de enero de 2006 a diciembre de 2007 se pueden enumerar:

- Diseño e implementación de estrategias de información, educación y comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo/a en las 20 Regiones Sanitarias; para el cambio de comportamiento en Garífunas, en hombres que tienen sexo con otros hombres, en la población adolescente y joven, en poblaciones móviles y migrantes (cuñas radiales, vallas de carretera, afiches y cartilla educativa), en Trabajadores Sexuales (hombres y mujeres) en Tegucigalpa, Comayagüela, San Pedro Sula, Comayagua y La Ceiba, con las personas privadas de libertad y Centros de Menores Infractores.²¹

- Realización de capacitaciones para facilitadores y campañas de comunicación sobre SSR, equidad de género y prevención de ITS/VIH y Sida dirigidas a influyentes (políticos, religiosos, Primera Dama, empresa privada y otros), en la población militar, el sector religioso y trabajadores de las maquilas.
- Distribución de 8.9 millones de condones en 2006 en contraste con los 4.7 millones de condones anuales distribuidos a nivel nacional en el 2005.
- Establecimiento de coordinación intersectorial a través de los gobiernos locales, dirigido al abordaje de jóvenes y la apertura y funcionamiento de 25 espacios de atención para adolescentes en 25 municipios del país, identificación de presupuesto específico para los adolescentes en los planes municipales (4 municipios- SPS, Choloma, Danlí, Gracias) y elaboración de un paquete metodológico para trabajar con los jóvenes en normas de consejería con un abordaje integral para adolescentes²¹
- Incremento del número de atenciones brindadas a hombres y mujeres en los servicios de consejería, alcanzando a más de 100,000 personas entre los años 2003 y 2006, a mujeres en control prenatal en más de 45,795 entre los años 2003 al 2006, 55 readecuaciones de ambientes, 78 ambientes de consejería equipados en los servicios de salud, y la expansión de los servicios de consejería y pruebas voluntarias para VIH a nivel de la comunidad con la participación de ONG nacionales.²¹
- Fortalecimiento de la coordinación intersectorial entre la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de la Mujer en el tema de violencia, género e ITS/VIH con un fuerte enfoque hacia la prevención en adolescentes y jóvenes. Se inició un proceso de vigilancia de la violencia en la mujer en los servicios de salud en la Región Metropolitana y la formación de grupos de auto apoyo para atender a las mujeres víctimas de violencia en algunos barrios de Tegucigalpa, Choluteca, Nacaome, Santa Ana y Ojojona.²¹
- Fortalecimiento del abordaje de las ITS con la organización del sistema de vigilancia centinela de las ITS (Vicits) y el mejoramiento de las condiciones físicas y equipamiento para la prestación de servicios en unidades que prestan servicios de atención en ITS.
- Aprobación, mediante decreto, de la inclusión en el Currículo Nacional Básico de la educación en salud sexual y reproductiva en el sistema educativo nacional como forma de prevención del VIH, como resultado del esfuerzo conjunto entre la sociedad civil (especialmente los grupos organizados de mujeres), organismos de cooperación, sector gobierno y la Conasida.
- Mayor involucramiento y capacitación de la sociedad civil en la implementación de programas de prevención en diversos grupos de población, incluyendo el intercambio de experiencia en otros países.

3. Atención, tratamiento, apoyo

Honduras implementa el acceso universal a tratamiento, proveyendo atención integral a las Pvih y su entorno familiar, tomando como base las pautas “Paso a Paso” de la OPS/OMS, ofreciendo servicios que incluyen: consejería de seguimiento, atención clínica, seguimiento domiciliario, apoyo nutricional, cuidados paliativos e iniciativas de generación de ingresos.²²

Entre los logros más importantes durante el periodo que va de enero de 2006 a diciembre de 2007 se pueden enumerar:

- Funcionamiento de 22 Centros para la Atención Integral (CAI, incluyendo Targa) a nivel nacional, un sistema de suministro y distribución de ARV, y con un aumento de la cobertura de 200 Pvih en el 2003 a 5,580 para diciembre del 2007.²¹
- Formación de personal multidisciplinario de los CAI a través de entrenamiento a nivel nacional e internacional. Al 2006, 370 profesionales de la Secretaría de Salud y del sector privado fueron entrenados para la atención integral de las Pvih, incluyendo a 6 Microbiólogos en Gestión de Calidad. Se capacitó a más de 40 Pvih, como facilitadores de atención domiciliaria.²¹
- Intercambio de experiencias y tecnología con los programas nacionales de VIH y Sida de Brasil, España, Japón y Nicaragua.
- Incremento de 49% del financiamiento nacional para la compra de ARV, comparado con el 2005 (Lps. 21 millones más en 2006 en comparación con el 2005). Resultando que el 70% de los gastos derivados de los medicamentos ARV son de fondos nacionales y únicamente el 30% es de cooperación externa.
- Creación del Departamento de Bancos de Sangre y servicios de transfusión, como un ente normativo de monitoreo y evaluación al interior de la Secretaría de Salud y su fortalecimiento con equipo e insumos de trabajo por parte del Fondo Mundial.
- Desarrolló un proceso de validación de pruebas para medición de la resistencia a los ARV.
- Ampliación de cobertura para diagnóstico de VIH en el sector público de 48 unidades diagnosticando VIH en el año 2003 a 97 en el año 2006.
- Se trascendió de un proyecto piloto a la estructuración de un Programa Nacional de Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo/a y se realizó una evaluación nacional del Pptmh en 13 regiones sanitarias departamentales del país, se fortaleció el sistema de información del Pptmh, a través del diseño e implementación de una base de datos electrónica.²¹

a. Programa de Prevención de la transmisión madre-hijo/a del VIH (Pptmh)

El país ha realizado un progreso importante en la ampliación del acceso al programa de prevención de transmisión del VIH de madre-hijo/a, garantizando el tratamiento profiláctico (ARV) y los sucedáneos de la leche materna para todas las embarazadas VIH+ y sus hijos/as. El número de municipios donde se oferta el Pptmh pasó de 3 en 2001 a 183 en 2006, y el número de unidades de salud donde se oferta el Pptmh pasó de 18 en 2001 a 412 en 2006. Como consecuencia del aumento del acceso, el número de mujeres en control prenatal en las clínicas del programa aumentó casi 9 veces en 5 años, pasando de 12,531 en 2001 a 112,321 en 2006. En Honduras, cada año, se estima que ocurren unos 240 mil embarazos y 210 mil nacimientos vivos. Sin embargo, el Pptmh solamente capta alrededor del 50% de las embarazadas en control prenatal. Las que recibieron consejería pre-prueba aumentaron de 3,967 en 2001 a 75,894 en 2006, y las que se realizaron la prueba también aumentó de 3,218 en 2001 a 63,852 en 2006.²¹

La cobertura del Pptmh aumentó de 5% en 2001 a 47% en 2006 a nivel nacional. De ellas, un 32% en 2001 y un 68% en 2006 recibieron consejería pre-prueba, y un 81% en 2001 y un 84% en 2006 realizaron la prueba. De las mujeres VIH+ que aceptaron el tratamiento aumentó en un 58% en 2001 a 70% en 2006. Como consecuencia de las intervenciones del programa, la prevalencia del VIH+ de recién nacidos pasó de 17% en 2002 a 8% en 2006.

Considerando que la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas es de 0.45%, el número de mujeres embarazadas VIH+ estimadas al nivel nacional fue 1,049 en 2001 y 1,085 en 2006. Basado en el número de mujeres embarazadas que aceptaron el tratamiento en las clínicas del programa, la cobertura nacional de mujeres embarazadas seropositivas en tratamiento pasó de 1% en 2001 a 18% en 2006^m. Según el porcentaje estimado de transmisión de madre-hijo/a sin tratamiento (35% en Honduras) y la eficacia del protocolo de tratamiento aplicado en el país (eficacia del 50%), la transmisión madre hijo/a pasó de 35% en 2001 a 32% en 2006, una disminución de 9% entre 2001 y 2006. En base a estas estimaciones, el número de infecciones evitadas en recién nacidos se incrementó de 2 en 2001 a 104 en 2006 (tabla 12).²¹

b. Atención integral con acceso a Targa

Basado en las estimaciones de Onusida para el 2006, se calcula que 9,975 personas necesitan Targa²¹

El acceso universal acelerado a Targa experimentado por el país en los últimos 4 años ha tenido logros importantes en la sobrevivencia y calidad de vida de las Pvih, los cuales fueron evaluados en el 2006, entre los que destacan:

- El porcentaje de mortalidad hospitalaria por causa de Sida disminuyó de 4.7% en el 2000 a 3.7% en el 2005.
- De las 3,925 Pvih que acudieron espontáneamente a los centros de atención integral en el 2006, el 99% (3,893) recibieron Targa, y las 32 restantes no reunían los criterios clínicos y de laboratorio para recibirla.

^m En 2003 el 3.3% y en 2005 el 9.2% de mujeres embarazadas seropositivas recibieron servicios para reducir la transmisión madre-hijo en países de ingresos bajos y medianos (UNAIDS, 2006)

- El 90% de los Pvih que recibieron Targa, se mantuvieron vivos un año después de iniciada la terapia.
- El 93% de las Pvih adultos(as) y el 84% de los niños (as) en Targa reciben esquemas de primera línea de tratamiento. Debido a reacciones adversas y efectos secundarios, el 6% de los adultos y el 6% de los niños(as) reciben esquemas de segunda línea. El 1% de adultos y 10% de los niños(as) reciben terapia de segunda línea o de rescate, siguiendo resultados de estudios genotípicos. (ver tabla 12 en anexo 1)

Como consecuencia de la expansión del acceso a Targa, la cobertura ha pasado de 18% en 2003 a 44% en el 2006, un aumento de más del 200% veces en 4 años. En el 2006, el porcentaje de abandono fue de 4% y el de mortalidad fue de 6%, y el de retención fue de 91% (ver tabla 13 en anexo 1).

4. Cambio en el conocimiento y comportamiento

Entre los logros más importantes alcanzados durante el periodo que va de enero de 2006 a diciembre de 2007 en poblaciones prioritarias identificadas en el PENSIDA II se pueden enumerar:

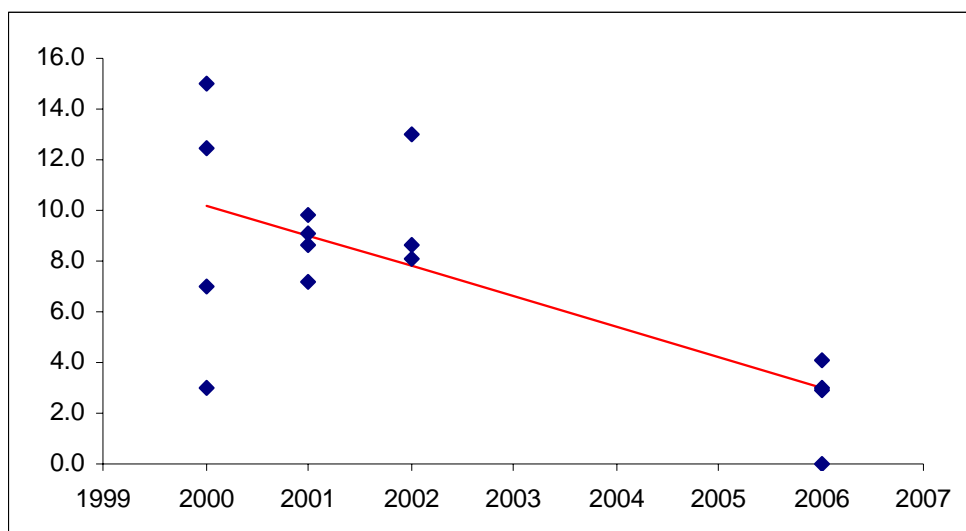
a. Trabajadores(as) del sexo (TS)

Las ONGs nacionales financiadas por Usaid a través de Comcavi, realizaron 4,735 y 20,540 intervenciones de prevención en 2005 y 2006, respectivamente.

Se promocio el acceso y el uso consistente y adecuado del condón, el uso de los servicios de salud para diagnóstico, tratamiento y prevención de las ITS/VIH y la organización de comités de gestión y de facilitadoras. En el año 2005, el Departamento de ITS/VIH y Sida inicia la vigilancia centinela de ITS (Vicits) en tres ciudades incluyendo el mejoramiento de la calidad de atención y promoción de la búsqueda de servicios a través de educadores comunitarios. A nivel nacional se incrementaron las atenciones para TS de 1,502 en el año 2005 a 3,939 en el año 2006.²¹ (ver tabla 12 en anexo 1)

Al hacer un análisis de regresión de los diferentes estimados de prevalencia de VIH que se tienen en TS desde el 2000, se observa una disminución ajustada, estadísticamente significativa, del 58.95% en la prevalencia ($p = 0.0045$, Gráfico 1).

Gráfico 1: Modelo de regresión lineal utilizando los estimados de prevalencia de VIH en TS con que cuenta Honduras para el período 2000 - 2006



Fuente: Unaid's Regresión Model for Low Concentrated Epidemic 2007 – HIV Prevalence Trend Análisis in Excel for low level and concentrated Epidemics - Panama Workshop June 2007.

b. Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

Varios estudios en diferentes países sugieren que entre 2% y 5% de los hombres de 15-49 años tienen sexo con otros hombres. Aplicado en Honduras, con aproximadamente 1.83 millones de hombres de 15-49 años (INE, 2001), el número de HSH podría ser entre 36,600 y 91,500.²¹

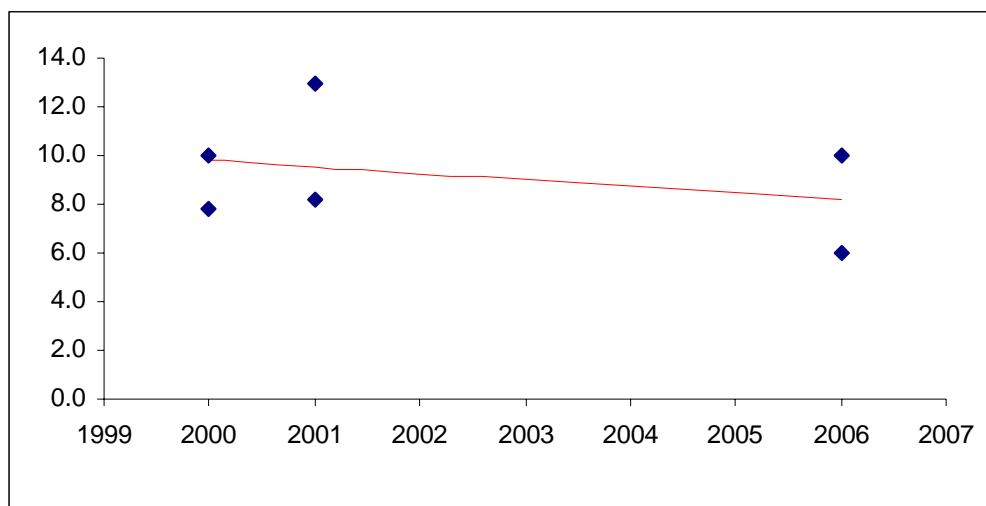
ACS/AED/Usaid, con el acompañamiento de la SSH y del Fondo Mundial implementó una estrategia de IEC para la prevención del VIH, donde se abordaron más de 2,300 jóvenes HSH en temas de prevención de ITS-VIH-Sida, salud holística, derechos humanos y ley especial del VIH.

Las ONG nacionales financiadas por Usaid a través de Comcavi, realizaron 4,888 y 20,119 intervenciones de prevención en 2005 y 2006, respectivamente. En la población travesti se realizaron 379 acciones de prevención en el 2005.

Con el proyecto “Diversidad e integración para la prevención”, ejecutado por la Cogaylesh y financiado por el Fondo Mundial, se abordó a más de 7,000 HSH con información sobre prevención individualizada (estrategia de pares) según el objetivo de reducir la prevalencia en un 20% y alcanzar 21,000 HSH en 22 municipios para el 2008. Otros proyectos y grupos HSH realizaron también actividades de prevención.

Al hacer un análisis de regresión de los diferentes estimados de prevalencia de VIH que se tienen en HSH desde el 2000, se observa una disminución ajustada de 13.75% en la prevalencia, pero no es estadísticamente significativa, ($p = 0.5$, Gráfico 2).

Gráfico 2: Modelo de regresión lineal utilizando los estimados de prevalencia de VIH en HSH con que cuenta Honduras para el período 2000 - 2006



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

c. Población Garífuna

Se estima que la población Garífuna varía entre 46,000 a 100,000 habitantes, y representa aproximadamente 1% de la población.

Como programa de prevención, se implementó una estrategia de IEC para incrementar el conocimiento y desarrollo de habilidades para identificar factores de riesgo, desarrollar actitudes positivas hacia la vida, prevención del alcoholismo y otras drogas, autoestima, valores, toma de decisiones, y enfoque de género a más de 300 adolescentes, jóvenes y adultos. Se alcanzaron 5,100 adolescentes y jóvenes a través de las obras de teatro y festivales artísticos. Se capacitó a 40 voluntarios en movilización comunitaria para apoyar las actividades de la estrategia. Se instalaron 5 vallas de carretera en comunidades sobre el uso del condón, unión familiar y discriminación, y se diseminó material educativo impreso.

21

En 2003, se inició un proyecto con ACS/AED/Usaid en 26 comunidades Garífunas. Los principales resultados fueron la innovación en cuanto a la capacidad de comunicar ideas a través de radionovela y en 2005 inició el proyecto Ceprosaf con apoyo del Fondo Mundial. Entre los principales logros: una cobertura de 35% a población joven (11-25 años) con programas IEC de la mancomunidad Garífuna; se formaron redes de facilitadores sobre la temática de salud sexual y reproductiva con énfasis en conocimiento y uso adecuado y sistemático del condón; además, se estableció una línea de base para la medición del impacto en 4 o 5 años. Se lograron distribuir 79,200 condones, 5,000 afiches, 1,800 guías rápidas para adolescentes y jóvenes, y 3,000 camisetas.

Las ONG nacionales financiadas por Usaid a través de Comcavi, realizaron 4,058 y 35,984 intervenciones de prevención en 2005 y 2006, respectivamente, en jóvenes Garífunas. En la población adulta 5,015 y 26,923 intervenciones de prevención en 2005 y 2006, respectivamente.

d. Población Misquita

Como programa de prevención, se capacitó al personal de salud en vigilancia epidemiológica, se implementó en 2005 el Programa de Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo(a), con una extensión de cobertura para diagnóstico VIH en Brus Laguna y Raya. Otras ONG e instituciones privadas como la red de salud de la iglesia Morava y Mopawi realizan actividades de prevención y atención de la ITS/VIH.

e. Jóvenes

Según el último censo (INE, 2001), el número de adolescentes de 10-19 años y de 20-24 años era de 1.52 millones y 635 mil respectivamente. Para la población de jóvenes, se lanzó la campaña por medios masivos para la prevención del VIH y Sida, dirigida a población adolescente, jóvenes y líderes influyentes sobre el tema de la postergación del inicio de las relaciones sexuales, fidelidad mutua, y el uso correcto y consistente del condón.

Se ha hecho un esfuerzo en avanzar en la temática de educación sexual en el sector educativo formal, elaborando materiales y guías metodológicas a través de un proceso participativo que ha incluido a personal técnico, docentes, padres y madres de familia, y otros sectores. Sin embargo, este esfuerzo se ha visto obstaculizado en diversos momentos por controversias relacionadas al tema.²¹

f. Huérfanos(as)

Según las estimaciones de VIH y Sida (Unaid, 2006), el número total de huérfanos y niños(as) vulnerable fue aproximadamente 200 mil en 2006. Pero, específicamente a causa del Sida, el número estimado es 29,500ⁿ. Sin el programa de atención integral, el número estimado sería 32,514 (sin Targa).

Se cuenta con varios programas y proyectos dirigidos a niños huérfanos afectados o viviendo con VIH y sida, incluyendo un programa en la zona sur de “abuelitos(as)” trabajando microempresas para mantener a sus niños huérfanos. Además, existen instituciones y ONGs a nivel nacional y local, que trabajan con niños/as huérfanos afectados o viviendo con VIH. En el año 2003 se constituyó el comité inter-institucional para el abordaje de la niñez huérfana y vulnerable en Honduras el cual apoya técnicamente al Ihnfa. Se organizó el primer foro de niñez huérfana y vulnerable al VIH y sida que permitió conocer la situación de la niñez huérfana y vulnerable al VIH y las instituciones y organizaciones que trabajan en prevención y atención en este grupo de población. Con el apoyo de Unicef 7 ONGs implementan proyectos de prevención y atención en diferentes ciudades.

ⁿ Esta cifra es mas alta que la de UNICEF que estimo que el 2002 aproximadamente 14 mil niños hondureños se han convertido en huérfanos (Bortman, 2002)

g. Trabajadores(as) en maquilas

En el año 2005, el personal de la maquila representó 125,828 empleos, de los cuales 5,882 correspondían a nuevos empleos. De enero a junio del 2006 se generó un total de 136,466 empleos directos, de los cuales el 70% era femenino^o.

Las mujeres que trabajan en la maquila son vulnerables a la epidemia por diversas causas, como ser: alta movilidad geográfica, contexto de pobreza, pérdida de servicios públicos, tales como los de salud, educación o seguridad social; además de escasas redes sociales. Además, la población de mujeres trabajadoras de la maquila también es estigmatizada, contribuyendo posiblemente al aumento de la transmisión e incremento del VIH.

El proyecto de prevención de las ITS/VIH y Sida implementado por la STSS en mujeres trabajadoras de las maquilas (2003-2005), desarrolló un programa de capacitación a facilitadores(as) y personal de las empresas. Asimismo se diseñó y distribuyó material educativo y preventivo (folletos, póster, videos, cuñas de audio, dispensadores de condones, buzones informativos), capacitando a 242 trabajadores como multiplicadores; 35,000 Trabajadoras/es tuvieron acceso a información en VIH y Sida, ITS, marco legal, uso del condón; 155 personas fueron capacitados en SSR, DDHH y VIH y Sida; 31 líderes sindicales en riesgos profesionales, DDHH y VIH y Sida; 90 trabajadores se practicaron la prueba rápida con consentimiento informado y 12 medios de comunicación apoyaron la socialización del proyecto.

Se incorporó un componente de VIH y Sida en el Diplomado de Prevención de Riesgos Laborales, que realizó la STSS en coordinación con la UNAH y apoyado por la AECI.

En la STSS se estableció un mecanismo de asesoría y acompañamiento a trabajadores y empleadores relacionado al VIH y Sida y derechos laborales, brindando atención a 18 trabajadores en ese período. Se diseñó e instaló una base de datos para registrar información sobre las actividades de VIH y Sida en las empresas. Se elaboró un manual para orientar la implementación de servicios de VIH y Sida en las empresas, y se elaboraron estrategias sobre VIH y Sida para incorporarlas al Plan Nacional de Salud de los Trabajadores (Plansath). Este proyecto se implementó en 47 empresas mediante un convenio de asistencia con la STSS y apoyado por Onusida.

h. Población Militar

La población militar es una población vulnerable a la infección de las ITS/VIH y Sida. Esta población en un 90% es de extracción rural y la mayoría es joven (comprendida entre 18 a 25 años).

En esta población se implementó el Proyecto HND5R304 para fortalecer la capacidad de las Fuerzas Armadas de Honduras en la prevención del VIH y Sida, la promoción de la salud sexual y reproductiva y la equidad de género. Se capacitaron 621 facilitadores que se convirtieron en multiplicadores en las diferentes unidades militares, familias y comunidades, y se distribuyeron 1 millón de condones entre la población militar.²¹

^oMovilización de recursos para la prevención de las ITS/VIH/SIDA en mujeres trabajadoras de las maquilas, honduras 2003-2005

i. Privados(as) de libertad (PPL)

Debido a la naturaleza de sus condiciones de vida, los privados de libertad tienen una elevada condición de vulnerabilidad en Honduras. Los PPL constituyen un grupo nodal importante. La entrada y salida constante de reclusos y el alto grado de intercambio sexual dentro y fuera de los recintos penales convierten a este grupo en un eficiente transmisor de la epidemia a otros núcleos de población en Honduras.

Con el Proyecto Fondo Mundial se han desarrollado intervenciones a través de ONGs tales como: el Centro de Desarrollo Comunitario (CDC), Mary Stop, Cptrt, Ihnfa, Cruz Roja, Confraternidad Carcelaria de Honduras y Amaey, se han intervenido 16,800 personas que incluyen menores infractores (3,200) y privados/as de libertad. En total se intervinieron 24 centros penales y 6 centros para menores infractores. Se cuenta con una currícula y material educativo para el abordaje de esta población.²¹

5. Mitigación del impacto

a. Personas viviendo con VIH

Las Pvih son un grupo importante para orientar acciones de prevención, atención y mitigación. Probablemente sea el grupo que demande mayores recursos por el costo elevado del manejo de las infecciones oportunistas y la Targa, además del personal multidisciplinario con alta calificación que se necesita para dispensar los servicios básicos y especializados. Las Pvih también juegan un papel determinante en las actividades de prevención, ya sea como activistas implementando actividades de educación, o como sujetos tomando ellos mismos, medidas de prevención para una sexualidad saludable.

Según las estimaciones recientes de Onusida^P, el número de adultos y niños viviendo con VIH en Honduras es cerca de 63 mil en el año 2006, con 61 mil adultos (15 años y más) y 2.400 niños(as) de 0 a 14 años.

La respuesta nacional para Pvih incluyó el acceso a la Targa, el fortalecimiento del proceso de educación y comunicación en salud sexual y reproductiva, el acceso y la disponibilidad de informar, educar, dotar en el uso correcto y consistente del condón, diagnóstico, tratamiento y prevención de las ITS/VIH en la red de servicios de atención integral, la promoción y socialización en el uso de las instancias y de los mecanismo de aplicación y cumplimiento de las leyes que garanticen los derechos humanos.

^P http://www.unaids.org/en/regions_countries/countries/honduras.asp

IV. Prácticas óptimas

V. Prácticas Óptimas

Onusida utiliza el término de *práctica óptima*, para sistematizar estrategias que funcionan completamente o en parte, mediante respuestas apropiadas y de calidad a situaciones vinculadas con la epidemia; proporciona lecciones aprendidas de utilidad. Una práctica óptima tiene fortalezas que pueden ser construidas o adaptadas, también debilidades que pueden ser reconocidas, superadas o evitadas.

La práctica óptima es el proceso continuo de aprender, de la re edición, la reflexión y el análisis, sobre lo qué funciona (o no funciona) y el porqué. Es la base en la cual ONUSIDA, sus copatrocinadores y los socios identifican, intercambian y documentan las lecciones aprendidas importantes. La mejor práctica se comparte con foros de intercambio, redes, publicaciones de la colección de las mejores prácticas, y asistencia técnica.”

El mes de agosto de 2007, ONUSIDA-Honduras abrió una convocatoria a nivel, nacional dirigida a todos los actores de la respuesta nacional al VIH en el país (gubernamentales, no-gubernamentales y de cooperación internacional) para participar en el proceso de recopilación de practicas optimas. En este proceso se involucraron alrededor de treinta organizaciones, participando en los talleres de capacitación, sobre la metodología a utilizarse para la redacción de la propuesta del documento; como resultado, se identificaron 15 prácticas óptimas.

La mayoría de las experiencias exitosas documentadas, se refieren a programas y proyectos de prevención del VIH y desarrollo de aptitudes, especialmente abordando a los jóvenes y sus familias, alcanzando buena parte del territorio nacional. Cabe destacar que varios grupos vulnerables a la epidemia son beneficiarios de estos proyectos, como los (as) trabajadores (as) sexuales, los HSH y la comunidad Lgtttb, la población garifunas y la población militar. Por otro lado, hay experiencias exitosas que se refieren a proyectos de atención, tratamiento y apoyo, están dirigidos a grupos afectados y/o infectados por el VIH. Entre ellos: el proyecto de visitas domiciliarias realizado por la Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH y el proyecto de una casa-albergue para niños (as) huérfanos (as).

Cada una de las experiencias de práctica óptima identifica fortalezas, debilidades y lecciones aprendidas. Entre las fortalezas, con respecto a los programas en prevención y desarrollo de aptitudes, se ha identificado el papel fundamental de voluntarios (as), que a través del efecto multiplicador y de la metodología de educación inter-pares, aseguran un alto nivel de sostenibilidad de las actividades a bajo costo. Entre las debilidades, referidas a los proyectos dirigidos a grupos vulnerables, se destacan por ejemplo, los retos encontrados en las acciones con trabajadoras sexuales: entre ellos, el consumo de alcohol y droga que aumenta el riesgo de infecciones y el ejercicio del trabajo sexual bajo anonimato, que dificulta las intervenciones educativas.

La documentación de practicas optimas tendrá mayor impacto en la medida que sean socializadas con todos los actores de la respuesta nacional al VIH, ofrecen mayor claridad sobre los proyectos y programas que se están desarrollando y que tienen impacto en el país; la colección de practicas optimas representa una importante fuente de información

para involucrar nuevos actores en el conocimiento de las experiencias llevadas a cabo. Las organizaciones que llevaron a cabo el trabajo de sistematización y documentación de prácticas óptimas, han pasado por un proceso de reflexión y análisis de su propio trabajo.

V. Principales problemas y acciones correctoras

1. Progresos realizados

Con respecto a los progresos realizados en los problemas clave especificados en el Informe nacional en la aplicación del Ungass de 2005 se mencionan los siguientes:

- Reactivación de la Conasida como un espacio multi-sectorial amplio de gestión y gerencia de la respuesta nacional que lidero la respuesta en el 2007:
 - Evaluación y análisis participativo de los logros y lecciones aprendidas durante la implementación PENSIDA II (2003 – 2007)
 - Realización de Megas 2006 y en proceso la elaboración del informe 2005 y 2007
 - Sistematización de la evidencia epidemiológica existente al 2007 como base para la elaboración del nuevo plan estratégico
 - Actualización de las estimaciones de VIH y Sida en el 2007
 - Elaboración de PENSIDA III con una participación de diferentes sectores y la inclusión de la diversidad sexual, grupos en condiciones de vulnerabilidad Pvih entre otros. Diseño de los lineamientos estratégicos de MyE y organización de un comité de conducción técnica para la M&E de la respuesta nacional. El Plan También incluye el costeo
- En el período 2005 – 2006 Honduras tuvo el apoyo de diversos sectores para la realización de estudios claves (ENDESA y ECVC) que proveyeron de información estratégica actualizada para los indicadores de Ungass.
- El gasto nacional en Sida se incrementó facilitando el acceso amplio de la población a VCT con pruebas gratuitas, la ampliación de cobertura de programas de prevención en diversos grupos de riesgo, el acceso universal acelerado a servicios de tratamiento, y el aumento en la cobertura del Pptmh
- Mayor involucramiento de la sociedad civil en la promoción y defensoría de los derechos humanos, con el fortalecimiento de las redes municipales.
- Aprobación mediante decreto de la institucionalización de la educación en salud sexual y reproductiva en el marco del currículo nacional básico

2. Problemas afrontados

Los principales problemas que obstaculizaron la respuesta nacional en general y los avances hacia la consecución de los objetivos del Ungass en particular, durante todo el periodo de información (2006-2007) son los siguientes:

- El incremento cada vez mayor de los niveles de pobreza en el país, mas acentuada en las zonas rurales y en la mujer, que agrava la vulnerabilidad a la epidemia en los grupos de riesgo. Los niveles de pobreza también se relacionan con la alta migración del campo a la ciudad y del país hacia el Norte, contribuyendo a una fragmentación creciente de la familia.
- La fragilidad del sistema institucional y democrático del país que limita la promoción y defensa de los derechos humanos en los grupos vulnerables y en la población en general.
- El estigma y la discriminación hacia PVIH, HSH, TS y Garífunas
- Las dificultades para incorporar los servicios de banco de sangre de la SSH bajo un sistema único nacional de control de calidad para el tamizaje con control de calidad asegurada de las unidades de sangre, en el marco legal existente.
- Ausencia en PENSIDA II de un plan de MyE que permitiera generar información estratégica para evaluar el logro de las metas planteadas.
- El cambio abrupto de la estructura organizacional del sistema de salud de regiones a departamentos que debilitó la respuesta al VIH y sida en varias de las nuevas regiones.
- La controversia ideológica para facilitar el acceso amplio de la población a formas y métodos de prevención efectivos.
- Falta de una agenda de investigación que establezca los procesos y armonice los esfuerzos en este campo

2. Medidas correctoras

Las medidas para asegurar que se cumplan los objetivos del Ungass acordados son:

- Continuar con el apoyo político nacional e internacional para mantener el tema de VIH y sida al más alto nivel político, que permita una inversión sostenida y creciente de fondos de la ERP que, complementados con la cooperación internacional, permitan el logro de los objetivos del milenio.
- Fortalecer con apoyo técnico y financiero la estrategia de los Tres Unos en:
 - Conasida como órgano superior; gestor y de coordinación interinstitucional; y como ente disciplinario de formulación de políticas generales en materia de VIH y Sida
 - Pensida III, que consolida la respuesta nacional bajo un enfoque holístico, con coordinación y participación multi-sectorial y multidisciplinaria (gobierno, sociedad civil y organismos de cooperación)

- Implementación de un sistema único de MyE, que evidencie los resultados y provea de información estratégica para la toma de decisiones, impulsado con la creación de una Unidad Técnica, adscrita a la Conasida
- Alineamiento y armonización de esfuerzos y recursos para optimizar la respuesta nacional, en el marco de las prioridades establecidas en PENSIDA III, visibilizando a las poblaciones vulnerables, con un enfoque de género, de derechos humanos y de diversidad sexual.

VI. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país

1. Apoyo clave recibido de los asociados para el desarrollo

El apoyo nacional e internacional ha permitido llevar al más alto nivel el tema de VIH y Sida. Además, Honduras ha incorporado dicho tema en la ERP con el compromiso en la consecución de los objetivos del milenio. Este uso creciente de fondos de condonación unido a los fondos sostenidos de la cooperación internacional permitieron una notable mayor inversión en el gasto en SIDA.

El acceso universal acelerado a servicios de atención integral se ha posibilitado con la baja en los precios de mercado de ARV. El país participa en diversos mecanismos que aseguran el precio competitivo y la calidad de los ARV, como ser: negociación regional de precios de medicamentos efectuada en Panamá en el 2002, convenio con la Fundación Clinton, convenios internacionales que permiten la selección de proveedores calificados (por OMS y Fondo Mundial), y el acceso a datos del monitoreo permanente de precios internacionales que realizan el Grupo Temático Horizontal de Brasil y Médicos Sin Fronteras.

La reactivación de la Conasida ha permitido una conducción de la respuesta nacional, con ampliación de los representantes. Este liderazgo se plasmó en la amplia participación multi-sectorial, con apoyo de las agencias bilaterales y multilaterales en la evaluación del PENSIDA II y la elaboración de PENSIDA III.

El apoyo técnico y financiero de agencias bilaterales y multilaterales (Usaid, CDC-GAP, Banco Mundial, Onusida) ha permitido que el país disponga de datos actualizados a nivel nacional. Entre las fuentes de datos principales se mencionan:

- ENDESA 2005- 2006 en hombres y en mujeres
- Vigilancia de comportamiento con marcadores biológicos en grupos de riesgo
- Actualización de las estimaciones de la epidemia en el 2007

A mediados del 2007, Honduras fue invitada a presentar una propuesta para VIH y sida ante el Fondo Mundial para la Fase III (“Rolling Mechanism”), la cual fue aprobada y está en negociación. El desarrollo de la propuesta se hizo a través de un proceso de consulta y contó con la participación de diversos sectores y de poblaciones en riesgo. Este proyecto complementará la respuesta nacional, en el marco de PENSIDA III.

El esfuerzo conjunto entre la sociedad civil (especialmente los grupos organizados de mujeres), organismos de cooperación y sector gobierno, liderados por la Conasida, para

lograr la aprobación de la educación en salud sexual y reproductiva en el sistema educativo nacional como forma de prevención del VIH.

2. Medidas que éstos deben tomar para asegurar que se cumplan los objetivos del UNGASS

Para asegurar el cumplimiento de los objetivos del Ungass, los diversos socios estratégicos de la respuesta nacional procurarán:

- Fortalecer el apoyo político nacional e internacional para mantener el tema en el más alto nivel, asegurando una inversión sostenida y creciente tanto de fondos del tesoro nacional complementados como de la cooperación internacional.
- Brindar apoyo técnico y financiero sostenido a la estrategia de los Tres Unos:
 - Conasida
 - Sistema único de MyE
 - PENSIDA III como marco de referencia para la elaboración y ejecución de planes operativos, investigaciones y proyectos en base a las prioridades establecidas, que permita la visibilización de los grupos vulnerables.
- Fortalecer el alineamiento y la armonización de esfuerzos y recursos para optimizar la respuesta nacional
- Proveer asistencia técnica y financiera para la implementación de un sistema de MyE de la respuesta nacional, posibilitando que el país logre:
- Desagregar datos por sexo y edad
- Visibilizar el tema de la niñez huérfana y de usuarios de drogas
- Mejorar los estimadores para grupos de riesgo claves como son TS y HSH

VII. Sistemas de vigilancia y evaluación

1. Panorama general del sistema actual de vigilancia y evaluación

El sistema de vigilancia epidemiológica (SVE) es una unidad que funciona en el Departamento de ITS/VIH y Sida de la Secretaría de Salud de Honduras, este funciona en estrecha colaboración con: Unidad de Monitoreo y Evaluación, Unidad de Informática, Programa Nacional de ITS, Unidad de Atención Integral, Programa de prevención de la transmisión madre-hijo/a, Unidad de consejería, Programa de IEC. El SVE interactúa con los diferentes programas al interior de la SSH y en el componente de atención integral y Pptth registra información del IHSS y las ONGs que han sido licenciadas para prestar servicios

El SVE de la SSH interactúa de forma cercana con el Instituto Nacional de Estadística (INE) con otras instituciones y ONGs nacionales e internacionales y apoya a la Conasida con la información que produce.

El SVE está conformado por los siguientes subsistemas:

- a. Vigilancia epidemiológica de la notificación de casos de VIH y Sida
- b. Vigilancia de sitios centinelas en mujeres embarazadas en control prenatal y en trabajadoras del sexo
- c. Estudios de prevalencia de ITS y VIH y de vigilancia de comportamiento:
- d. Estrategia de vigilancia centinela de las ITS (Victs) en trabajadoras del sexo:
- e. Sistema de reporte de pruebas de VIH con consejería (VCT)

Logros importantes del SVE en el 2006 y 2007²⁴

- Realización de diferentes estudios: a) comportamiento y prevalencias de VIH e ITS en HSH, Garífuna, TS, y Pvih (ECVC+); b) violencia basada en género y VIH y Sida; c) vigilancia centinela de ITS/VIH, en la población de TS en ciudades de alta prevalencia; d) prevalencia de VIH e ITS y comportamiento de mujeres embarazadas, e) estudio cualitativo en TS y Garífuna, f) estudios de resistencia a los ARV en coordinación con la UNAH y Palmerola, entre otros.
- Coordinación con el Comité de Ética de Investigación a nivel de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH para apoyar los estudios de investigación en ITS/VIH y Sida.
- Con el apoyo técnico y financiero por parte del CDC/GAP y Usaid se fortaleció y se expandió la vigilancia epidemiológica de las ITS/VIH y Sida, red de laboratorio de ITS y VIH, se capacitó personal en vigilancia epidemiológica de segunda generación, y se difundió de forma regular la información epidemiológica a través de boletines trimestrales.

- Se creó la página Web del Departamento de ITS/VIH y Sida (www.vihsidahn.org). Sistematización de las investigaciones realizadas en los últimos 10 años y presentación electrónica de los datos en la página Web
- Se realizó la evaluación nacional de la respuesta del PENSIDA II en el 2006
- Se capacitó a diferentes sectores en el manejo de CRIS para la monitoria y evaluación de la respuesta nacional.
- Elaboración del primer Plan de Monitoreo y Evaluación de la respuesta institucional en salud al VIH y Sida y se elaboraron las directrices en el PENSIDA III, para el Plan de M&E de la respuesta nacional

2. Problemas afrontados en la aplicación de un sistema de vigilancia y evaluación

- Competencia con múltiples programas y/o problemas prioritarios de salud que constantemente desvían la atención y relajan los esfuerzos y logros realizados en el SVE de ITS/VIH y Sida.
- No existe una vigilancia sistemática de la co-infección de VIH y tuberculosis.
- Con cerca de 6,000 personas en Targa, no se cuenta con un sub-sistema de información que le de seguimiento a la cohorte de Pvih.
- Escasez de recursos humanos calificados y con experiencia, especialmente en epidemiología e informática médica. Esto se ve agravado por la alta rotación de recursos humanos que han sido capacitados en vigilancia epidemiológica desde los distintos niveles.
- En el año 2004 el sistema público de salud cambió su estructura de 9 regiones de salud a 18 regiones departamentales y 2 regiones metropolitanas, lo cual se tradujo en que algunas regiones quedaran limitadas en recursos humanos y logísticos para llevar a cabo la vigilancia epidemiológica
- Fuerte dependencia en la cooperación internacional para realizar los estudios planificados, capacitar a los recursos humanos en las 20 regiones sanitarias y de los diferentes actores involucrados, asimismo se debe dotar con equipo mínimo a los equipos de vigilancia epidemiológica regionales y de área.
- La Conasida no se cuenta aún con un Comité de Ética de Investigación en el marco de la respuesta nacional, lo cual obliga a depender en el único comité con reconocimiento internacional que existe en el país en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH.
- Ausencia de una agenda nacional de investigación que establezca las prioridades y dicte lineamientos en materia de VIH y Sida
- Ausencia de una Unidad Técnica de la Conasida que evalúe y monitoree la respuesta nacional

3. Medidas correctoras ideadas para superar los problemas

- La Secretaría de Salud como la instancia mas grande en la implementación de la respuesta, esta gestionando un sistema de información gerencial (Sigaf) que permitirá integrar los planes operativos y las actividades de los diferentes programas y departamentos, con el fin de hacer más eficiente y coherente la labor de dicha institución. El Departamento de ITS/VIH y Sida participa activamente en este proceso que ayudará a integrar la implementación de sus planes operativos con el resto de los programas y departamentos tanto a nivel central como en los niveles locales.
- Los programas de ITS/VIH y Sida y de Tuberculosis han diseñado una estrategia de fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la co-infección TB/VIH, priorizando las áreas geográficas que concentran los casos de TB y de VIH. Asimismo en el 2,008 se revisarán y actualizarán las normas nacionales sobre co-infección.
- Ya existe una ficha de seguimiento a Pvih en Targa que está en proceso de validación. Se espera que en el primer trimestre del 2008 se finalice la ficha, se diseñe la base de datos y se instale en todos los centros de atención integral y que se capacite al personal en vigilancia epidemiológica de tratamiento.
- Para apoyar la implementación del SVE, el CDC está implementando desde el 2005 un programa de entrenamiento de recursos humanos especialmente en epidemiología. De igual manera, la Universidad Nacional Autónoma de Honduras organizó desde el 2004 la Maestría en Epidemiología.
- Para fortalecer la capacidad en vigilancia epidemiológica en los diferentes niveles, la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de la SSH implementa desde el 2005 un programa de capacitación continua en las 20 regiones de salud de Honduras. Asimismo se desarrolló a finales del 2007 el Manual de Normas de Vigilancia Epidemiológica y en el primer trimestre del 2008 se iniciará la capacitación nacional.
- Movilizar recursos nacionales para la Conasida para facilitar la conducción de la respuesta nacional; igualmente al SVE de la SSH se espera que el Estado incremente los fondos de la ERP en apoyo a estas actividades, para lo cual de hacerse incidencia
- La Conasida debe realizar gestiones para proceder a conformar un Comité de Ética en el marco de la respuesta nacional. Esta necesidad ya fue incorporada en el PENSIDA III (2008-2012). Igualmente fue incorporada la creación de la Unidad Técnica de la Conasida que entre otras actividades conduzca el Plan de M&E
- Elaborar de manera participativa la agenda de investigación, que genere las evidencias requeridas en el Plan Estratégico
- Fortalecer el enfoque de derechos humanos como parte de la respuesta nacional que identifique los y las titulares de deberes y derechos en función de la equidad de genero y el respeto a la diversidad

4. Necesidades de asistencia técnica en materia de vigilancia y evaluación y de desarrollo de las capacidades.

Las necesidades identificadas de asistencia técnica para fortalecer la capacidad de vigilancia y evaluación requieren para:

- Formar recursos humanos en vigilancia y evaluación en regiones que se han debilitado por el cambio en la estructura organizacional de la SSH y en los sectores vinculados a la respuesta
- Elaborar los planes operativos del PENSIDA III, asimismo elaborar planes operativos costeados en las instituciones que integran la Conasida para incorporar el abordaje de VIH y sida como parte del quehacer institucional. Es importante el apoyo en la incidencia política para que dichas instituciones asignen el presupuesto requerido.
- Considerar la vulnerabilidad de la mujer a la epidemia y fortalecer la capacidad para la toma de decisiones en función de la salud sexual y reproductiva, en el marco de la ley de igualdad de oportunidades y como parte del sistema educativo nacional.
- Gestionar programas y proyectos que fortalezcan el abordaje de la diversidad sexual en el país.
- Revisar y formular una política pública en VIH con enfoque de género, derechos humanos, violencia, pobreza e inseguridad humana.
- Diseñar estrategias y programas para eliminar el estigma y la discriminación, la homofobia, lesbofobia y la transfobia.

Bibliografía

1. Morales-Miranda, 2007. Estudio Centroamericano de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables: Personas que viven con VIH Y SIDA (PVVS). ECVV – Plus, 2007. Honduras. Departamento de ITS / VIH / Sida. Secretaría de Salud de Honduras. Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC). Oficina Regional del Programa Global de SIDA para Centroamérica y Panamá (CDC/GAP/CAP).
2. Sierra M, 1999. Estudio sero-epidemiológico de sífilis, hepatitis B y VIH en 5 comunidades Garífunas de la Costa Norte de Honduras. Departamento de ITS / VIH / Sida. Secretaría de Salud de Honduras. Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC).
3. Morales-Miranda, 2007. Estudio Centroamericano de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables: Garífunas. ECVV – Plus. Honduras. Departamento de ITS / VIH / Sida. Secretaría de Salud de Honduras. Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC). Oficina Regional del Programa Global de SIDA para Centroamérica y Panamá (CDC/GAP/CAP).
4. Bautista L. 2006. Proyecto Comunicando Vida (COMCAVI). Academy for Educational Development (AED)/ USAID.
5. Sierra, 1999. Estudio sero-epidemiológico de sífilis, hepatitis B y VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres. Departamento de ITS / VIH / Sida. Secretaría de Salud de Honduras. Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC).
6. Ghee-A, 2007. Central American Multicenter Study of the Prevalence of HIV/STI and Behaviors in Men who have Sex with Men in Honduras (EMC). Secretaría de Salud de Honduras, PASCA/USAID, Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC), Pan American Health Organization – World Health Organization (PAHO/WHO), Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS), Center for AIDS and STD of the University of Washington, and Roche Diagnostics.
7. Morales-Miranda, 2007. Estudio Centroamericano de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables: Hombres que tienen sexo con otros hombres. ECVV – Plus. Honduras. Departamento de ITS / VIH / Sida. Secretaría de Salud de Honduras. Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC). Oficina Regional del Programa Global de SIDA para Centroamérica y Panamá (CDC/GAP/CAP).
8. Sierra, 1999. Estudio sero-epidemiológico de sífilis, hepatitis B y VIH en trabajadoras comerciales del sexo. Departamento de ITS / VIH / Sida. Secretaría de Salud de Honduras. Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC).
9. Ghee-A, 2007. Central American Multicenter Study of the Prevalence of HIV/STI and Behaviors in female sex workers (EMC). Secretaría de Salud de Honduras, PASCA/USAID, Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC), Pan American Health Organization – World Health Organization (PAHO/WHO), Joint

United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS), Center for AIDS and STD of the University of Washington, and Roche Diagnostics.

10. Morales-Miranda, 2007. Estudio Centroamericano de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables: Mujeres trabajadoras del sexo. ECVC – Plus. Honduras. Departamento de ITS / VIH / Sida. Secretaría de Salud de Honduras. Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC). Oficina Regional del Programa Global de SIDA para Centroamérica y Panamá (CDC/GAP/CAP).
11. Secretaría de Salud de Honduras, 2006. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA 2005-2006). Tegucigalpa, Honduras.
12. Programa de prevención de la transmisión madre a hijo, 2006. Departamento de ITS/VIH y Sida, Secretaría de Salud.
13. Sierra, 1999. Estudio de vigilancia centinela de sífilis, hepatitis B y VIH en embarazadas en control prenatal. Departamento de ITS / VIH / Sida. Secretaría de Salud de Honduras. Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC).
14. Paredes, 2004. Estudio de vigilancia centinela de sífilis, hepatitis B y VIH en embarazadas en control prenatal. Departamento de ITS / VIH / Sida. Secretaría de Salud de Honduras. Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC).
15. Departamento ITS/VIH y Sida, 2005-2006. Secretaría de Salud
16. Secretaría de Salud, 1996. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar – Masculina.
17. Secretaría de Salud, 2001. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar – Masculina.
18. Fundación Fomento en Salud (FFS), 2001. Secretaría de Salud de Honduras. Proyecto USAID/AIDSCAP. Family Health International.
19. Secretaría de Salud, 1996. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar – Femenina.
20. Secretaría de Salud, 2001. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar – Femenina.
21. Conasida, 2007. Análisis de la Situación y de la Respuesta de Honduras ante la epidemia del VIH y Sida en el marco del Pensida-II periodo 2003-2007. Tegucigalpa, Honduras.
22. Bortman M, Saenz L, Pimenta I, Isern C, Rodríguez A, Miranda M et al, 2006. Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: Honduras: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic. 1-52. Washington DC, The World Bank.
23. Conasida, 2007. III Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y sida (PENSIDA III 2008-2012). Tegucigalpa, Honduras.

24. Secretaría de Salud, 2008. Perfil epidemiológico de las infecciones de transmisión sexual y del VIH y Sida. Tegucigalpa, Honduras.

Anexos

Anexo 1. Tablas

Tabla 1: Casos de SIDA según modo de transmisión, Honduras, 1985 – Enero 2007

Modos de Transmisión	Portador Asintomático		Casos Sida		Total	
	N	%	N	%	N	%
Heterosexual	4,844	84.2	15,494	85.1	20,338	84.9
Madre a Hijo	566	9.8	1,175	6.5	1,741	7.3
Bisexual	117	2.0	670	3.7	787	3.3
HSH	219	3.8	536	2.9	755	3.2
Transfusión	5	0.1	76	0.4	81	0.3
Uso de Droga IV	2	0.03	9	0.05	11	0.05
Ignorado	2	0.03	248	1.4	250	1.0
Total	5,755	100.0	18,208	100.0	23,963	100.0

Fuente: Vigilancia Epidemiológica de notificación de casos de VIH y Sida. Departamento de ITS / VIH / Sida. Secretaría de Salud de Honduras.

Tabla 2: Casos de VIH y Sida por año de diagnóstico, sexo, y razón hombre: mujer, Honduras, 1985- 2007

Año	Sida			VIH			Total		
	Hombre	Mujer	Razón H:M	Hombre	Mujer	Razón H:M	Hombre	Mujer	Razón H:M
1985	4	-		-	-		4	-	
1986	9	4	2.3	-	-		9	4	2.3
1987	72	37	1.9	-	-		72	37	1.9
1988	139	73	1.9	6	4	1.5	145	77	1.9
1989	208	118	1.8	58	28	2.1	266	146	1.8
1990	466	273	1.7	81	101	0.8	547	374	1.5
1991	425	211	2.0	84	143	0.6	509	354	1.4
1992	586	275	2.1	99	152	0.7	685	427	1.6
1993	782	419	1.9	132	222	0.6	914	641	1.4
1994	705	418	1.7	134	204	0.7	839	622	1.3
1995	761	460	1.7	144	221	0.7	905	681	1.3
1996	685	401	1.7	156	196	0.8	841	597	1.4
1997	739	522	1.4	140	253	0.6	879	775	1.1
1998	788	704	1.1	188	259	0.7	976	963	1.0
1999	653	548	1.2	124	197	0.6	777	745	1.0
2000	517	451	1.1	83	124	0.7	600	575	1.0
2001	549	484	1.1	100	148	0.7	649	632	1.0
2002	532	497	1.1	153	217	0.7	685	714	1.0
2003	676	597	1.1	153	345	0.4	829	942	0.9
2004	505	465	1.1	99	217	0.5	604	682	0.9
2005	456	414	1.1	136	235	0.6	592	649	0.9
2006	314	266	1.2	189	230	0.8	503	496	1.0
2007	193	182	1.1	108	162	0.7	301	344	0.9
Total	10,764	7,819	1.4	2,367	3,658	0.6	13,131	11,477	1.1

Fuente: Vigilancia epidemiológica de la notificación de casos de VIH y Sida. Departamento de ITS / VIH / Sida. Secretaría de Salud de Honduras

Tabla 3: ITS reportadas en el año 2006

Síndrome	N	%
Secreción uretral		
• Uretritis gonocócica	1,045	1.1
• Uretritis no gonocócica	1,205	1.2
Flujo vaginal		
• Cervicitis gonocócica	3,321	3.4
• Cervicitis no gonocócica	9,793	10.0
• Vaginitis por Cándida	29,252	30.0
• Vaginitis por Tricomonas	17,533	18.0
• Vaginosis bacteriana	26,983	27.6
Linfogranuloma venéreo	714	0.7
Enfermedad pélvica inflamatoria	4,416	4.5
Otras ITS		
• Sífilis (serología)	526	0.5
• Sífilis congénita	46	0.0
• Condiloma	1,766	1.8
Úlcera genital		
• Granuloma inguinal	69	0.1
• Herpes genital	355	0.4
• Úlcera sifilítica	100	0.1
• Chancroide	97	0.1
Sin Datos	368	0.4
Total	97,589	100.0

Fuente: Vigilancia epidemiológica de la notificación de ITS. Departamento de ITS / VIH / Sida. Secretaría de Salud de Honduras.

Tabla 4: Prevalencia de ITS (%) en Garífunas, estratificada por zona rural o urbana, ECVC 2006

ITS	Total	Urbana	Rural
Mujer			
HSV (Herpes)	56.6	53.5	59.4
Sífilis	3.3	5.2	1.5
Clamidiasis	5.9	7.4	4.7
Gonorrea		1.6	0.0
Hombre			
Tricomoniasis	15.8	13.2	19.7
Micoplamosis	7.7	11.9	4.7
Clamidiasis	3.4	4.2	2.6
Gonorrea	0.4	0.4	0.5
Micoplamosis	4.4	4.2	4.5

Fuente: ECVC, Departamento de ITS/VIH/SIDA, Secretaria de Salud, Honduras, 2006

Tabla 5: Prevalencia de ITS (%) en HSH, estratificada por ciudad, ECVC 2006

ITS	Tegucigalpa	San Pedro Sula	La Ceiba
ITS crónica			
➤ HSV (Herpes)	39.6	24.8	19.8
➤ Linfogramuloma venéreo anal	0.0	1.0	0.0
ITS Aguda			
➤ Sífilis	5.6	8.9	NA
➤ Clamidia	6.0	4.0	4.0
➤ Clamidia anal	7.0	7.0	0.0
➤ Gonorrea	1.0	2.0	0.0
➤ Gonorrea anal	1.0	16.0	0.0

Fuente: ECVC, Departamento de ITS/VIH/SIDA, Secretaria de Salud, Honduras, 2006

Tabla 6: Porcentaje de HSH con conocimientos correctos sobre transmisión y prevención de VIH, por ciudad. ECVC 2006

Parámetro	Tegucigalpa	San Pedro Sula	La Ceiba
Las relaciones sexuales sin condón son una forma de transmisión del VIH	53.4	38.8	52.9
Uso del condón como forma de prevención de transmisión del VIH	40.8	54.5	39.7
Se ha realizado la prueba de VIH anteriormente ^q	62	61.9	57.3
Uso de drogas en el último año:	31.7	36.1	43.1
• Inhalar piedra o crack o cocaína [*]	22.0	28.0	28.0
• Uso de drogas IV [*]	1.0	1.0	0.0
No identificar que compartir jeringas sea un riesgo para la transmisión del VIH	2.0	6.5	3.0

^q El porcentaje se calculó del total de HSH que afirmaron haber usado drogas en el último año

Tabla 7: Porcentaje de uso de condón en HSH, por año del estudio y por ciudad.

Uso de condón	Sierra 1998 ⁵	EMC 2001 ⁶	COMCAVI 2005 ⁴	ECVC 2006 ⁷
	En general	Ult. rel sex	Ult. 3 meses	Ult. rel sex
Ultima relación sexual anal				
• Travesti	100.0			
• Heterosexuales	50.0			
• HSH Ceiba				73.1
• HSH San Pedro Sula				67.5
• HSH Tegucigalpa				66.0
Pareja nueva – ocasional	61.8 ^a		100.0	
Pareja conocida	47.1 ^a			
Pareja estable	22.9 ^a		97.0	
HSH – Trabajador del sexo		97.0		
• Cliente nuevo	66.1			
• Cliente conocido	52.7			
<u>Tegucigalpa</u>				
• Pareja masculina				67.0
• Pareja masculina estable				59.4
• Pareja masculina ocasional				1.5
• Pareja masculina comercial				32.1
• Con mujer (8% HSH eran bisexuales)				62.0
<u>San Pedro Sula</u>				
• Pareja masculina				71.0
• Pareja masculina estable				57.2
• Pareja masculina ocasional				13.8
• Pareja masculina comercial				29.0
• Con mujer (14% HSH eran bisexuales)				59.0
<u>La Ceiba</u>				
• Pareja masculina				81.0
• Pareja masculina estable				42.0
• Pareja masculina ocasional				5.7
• Pareja masculina comercial				52.2
• Con mujer (22% HSH eran bisexuales)				70.0

^a En últimos 12 meses

Tabla 8: Porcentaje de uso de condón en TS, por año del estudio y por ciudad

Uso de condón con:	1998 ⁸	EMC 2001 ⁹		ECVC	COMCAVI
		General	Ult. rel sex	Ult. mes	2006 ¹⁰
Cliente nuevo	80,0	98,1	92,1	86,0	94,0
➤ MDC				95,0	
➤ SPS				86,6	
➤ La Ceiba				78,8	
➤ Comayagua				81,9	
Cliente regular	80,0	98,1	92,1	86,0	94,0
➤ MDC				93,8	
➤ SPS				88,5	
➤ La Ceiba				88,6	
➤ Comayagua				82,8	
Cliente conocido y/o pareja estable	28,0	94,1	90,0		
Compañero y/o pareja estable		9,8	6,8	37,0	43,0
➤ MDC				37,8	
➤ SPS				43,1	
➤ La Ceiba				48,3	
➤ Comayagua				54,2	
Pareja ocasional					
➤ MDC				68,7	
➤ SPS				72,0	
➤ La Ceiba				61,9	
➤ Comayagua				71,1	
En última relación sexual	73,0				

Tabla 9: Porcentaje de TS con conocimientos correctos sobre transmisión y prevención de VIH, por ciudad. ECV 2006

Parámetro	Tegucigalpa	San Pedro Sula	La Ceiba	Comayagua
Las relaciones sexuales sin condón son una forma de transmisión del VIH	93.5	88.7	85.1	94.6
Uso del condón como forma de prevención de transmisión del VIH	91.5	86.0	82.0	83.6
Se ha realizado la prueba de VIH anteriormente (Y conocen el resultado)	86.6 (98.8)	87.9 (96.2)	73.1 (76.4)	60.9 (100.0)
Uso de drogas en el último año:	51.4	40.7	19.8	36.9
• Inhalar piedra o crack o cocaína*	54.3	59.3	64.7	31.8
• Uso de drogas IV* (Comparten jeringa)	3.8 (0.0)	11.4 (44.4)	17.7 (0.0)	18.0 (50.0)
No identificar que el “compartir jeringas sea un riesgo para la transmisión del VIH”	20.5	54.8	75.9	51.1

* El porcentaje se calculó del total de TCS que afirmaron haber usado drogas en el último año

Tabla 10: Vigilancia de comportamiento en mujeres adolescentes (15-24)

Parámetro	1996¹⁹	2001²⁰	2005¹¹
Edad mediana de la primera relación sexual (años)	18.4	18.2	18.4
Porcentaje de mujeres que han tenido su primera relación sexual antes de los 15 años			
• Mujeres 15-19 años	10.5	13.0	9.8
• Mujeres 20-24 años	10.4	14.0	12.3
• Mujeres 15-24 años			10.9
Porcentaje de mujeres que han tenido su primera relación sexual antes de los 18 años			
• Mujeres 15-19 años		34.1	
• Mujeres 20-24 años	44.1	47.3	
• Mujeres 15-24 años			43.8

Tabla 11: Vigilancia de comportamiento en mujeres de la población general

Parámetro	1996 ¹⁹	2001 ²⁰	2005 ¹¹
Edad mediana a la primera relación sexual (años)	18.3 (15-49)	18.3 (15-49) 18.4 (30-34) 18.3 (25-29) 18.2 (20-24)	18.2 (15-49) 18.1 (30-34) 18.2 (25-29) 18.4 (20-24)
Tener ≥ 2 parejas sexuales en el último año (%)		< 1%	1% (15-49)
Uso de condón en la última relación sexual (%)		3.9 ^r (15-44)	20.2 (en sexo de alto riesgo)
Han oído hablar del Sida (%)	80.5	82.5 (15-44)	98.0 (15-49)
Conocimiento “compreensivo” de Sida (%)			30.6
Se han realizado una prueba de VIH anteriormente (%)		11.9	26.7

Tabla 12: Estadísticas y estimaciones nacionales del programa PPTMH

Año	Municipios donde se oferta el PPTMH	Unidades de Salud donde se oferta el PPTMH	Mujeres Embarazadas	Mujeres Embarazadas VIH+ estimadas	Mujeres embarazadas en Tratamiento	Cobertura de mujeres embarazadas en tratamiento	Porcentaje de transmisión vertical	Reducción de la transmisión madre-hijo	Nacidos de madres VIH+	Nacidos VIH+ esperados sin intervención	Nacidos VIH+ con intervención	Infecciones evitadas en recién nacidos
2001	3	18	233,288	1,049	15	1%	35%	0%	5	2	0	2
2002	20	93	234,541	1,054	61	6%	34%	2%	36	13	6	7
2003	34	132	236,010	1,061	82	8%	34%	3%	51	18	9	9
2004	70	224	238,311	1,071	104	10%	33%	4%	79	28	12	16
2005	109	305	239,728	1,078	190	18%	32%	8%	277	97	10	87
2006	144	331	241,451	1,085	200	18%	32%	9%	379	133	9	124
2007			242,835	1,091					-			-

Fuente: PPTMH Secretaría de Salud 2006.

^r Cifra que corresponde a 3.5% en las casadas y a 6.2% entre las no unidas

Tabla 13: Estimaciones y estadísticas del programa de Atención Integral

Año	Estimaciones		Necesidades y cobertura de la TARGA										Indicadores del Programa				
	Personas viviendo con VIH estimadas	Nuevas infecciones de VIH estimadas	Adultos que necesitan TARGA	Niños(as) que necesitan TARGA	Total de personas que necesitan TARGA	Personas en TARGA al inicio del año	Personas que inician TARGA	Total de PVH que accesan TARGA	Personas que abandonan TARGA	Muertes	Perdidos	Personas en TARGA al final del año	Brecha no cubierta con TARGA	Cobertura de TARGA	Porcentaje de abandono	Porcentaje de Muertes	Porcentaje de Retención
2002	29.246	2.592	10.430	328	10.758		200	200				200	10.558	2%			
2003	28.575	2.087	10.001	331	10.332	200	1.633	1.833				1.833	8.499	18%			
2004	28.272	2.082	9.801	332	10.133	1.833	1.202	3.035	177	200	-	2.658	7.475	26%	6%	7%	88%
2005	27.824	1.778	9.833	646	10.479	2.658	1.505	4.163	232	183	-	3.748	6.731	36%	6%	4%	90%
2006	27.447	1.657	9.975	743	10.718	3.748	1.434	5.182	216	292	-	4.674	6.044	44%	4%	6%	90%

Fuente: Unidad de Atención Integral, Secretaría de Salud, 2006

Anexo 2: Estimados de la epidemia en población adulta

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

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

Anexo 3: Estimados de la epidemia en niños y niñas

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

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

Anexo 4: Proceso de consulta y preparación del informe nacional sobre el seguimiento de la aplicación de la Declaración de compromiso sobre el VIH y Sida

El informe Ungass Honduras 2008, se elaboró siguiendo un proceso de organización, planificación, análisis de información, validación, socialización del informe y seguimiento de la Declaración de compromiso, mas detalles a continuación:

Organización.

Se identificaron las personas claves de diferente organizaciones para formar parte del Comité de elaboración del informe Ungass, se les convoco a una reunión y se discutieron las responsabilidades de cada uno de los sectores involucrados y se analizo el documento de directrices, este proceso se complemento con las discusiones emanadas de la teleconferencias a nivel Centroamericano y con la amplia reunión de discusión llevada a cabo en Panamá, cuyos lineamientos se compartieron con el Comité Conductor Nacional

En la conformación del Comité Conductor se tuvo el cuidado de incluir los diferentes sectores (Gobierno, Sociedad Civil y Cooperantes)

Planificación

El equipo conductor elaboro y socializo el cronograma de trabajo con plazos establecidos; además según la lista de indicadores y con base en el expertiz de cada uno (a) de los (as) participantes se delegaron responsabilidades para la búsqueda de información, considerando los lineamientos establecidos en las directrices. Este proceso se monitoreo progresivamente, hasta lograr consolidar la información mas representativa de la situación nacional, en dicho proceso se contó con dificultades para obtener información desagregada por sexo y edad en algunos indicadores y en los que no se contó con información y que son de interés nacional se incluyeron en la agenda de investigación en el PENSIDA III 2008-2012

La evaluación del índice compuesto de Política nacional se realizo mediante el llenado individual del cuestionario y en reuniones de consenso, estas reuniones permitieron el análisis de las debilidades y fortalezas, asimismo como la identificación de mecanismos de intervención

Análisis de la información

El análisis de información se realizo por aproximaciones sucesivas, mediante reuniones de trabajo que permitieron la validación progresiva, hasta lograr la consolidación del informe.

Aprobación y socialización del informe

El informe previo al envío fue aprobado por la Autoridad Nacional: la Comisión Nacional de Sida. La socialización se realizo con representantes del Gobierno y de la Sociedad Civil, con amplia participación de las personas viviendo con VIH y grupos en condiciones de vulnerabilidad, próximamente se realizara la impresión y la socialización con mayor amplitud.

Seguimiento de la Declaración de compromisos sobre VIH y Sida

El Seguimiento a la Declaración de compromisos sobre VIH y Sida en Honduras formaron parte del PENSIDA II, 2003 -2007, los resultados fueron analizados y de nuevo incorporados en el PENSIDA III, 2008 -2012, el compromiso nacional se expresa en la mayor cantidad de información presentada en el informe actual como producto de la intervención, al comparar con el informe 2005

Con el informe actual el país realizó un amplio proceso de consulta que incluyó informantes de Tegucigalpa y de la costa norte del país.

El proceso de elaboración del informe Ungass Honduras se constituyó en una valiosa experiencia de aprendizaje, trabajo que inicio a partir del mes de junio del 2006