



CONASIDA
Comisión Nacional del SIDA de Honduras

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL
DE RESPUESTA AL VIH Y SIDA
EN HONDURAS
(PENSIDA IV)
2015-2019**

Comisión Nacional del SIDA
República de Honduras
Tegucigalpa, diciembre, 2014

El proceso de elaboración del PENSIDA IV y la impresión fueron procesos apoyados con fondos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

Se agradece también el apoyo otorgado por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) a través de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) bajo el acuerdo cooperativo 2GPS003043 con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) para realizar consultas de validación, procesos de consolidación de información y revisión de estilo.

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL
DE RESPUESTA AL VIH Y SIDA
EN HONDURAS
(PENSIDA IV)
2015-2019**

Comisión Nacional del SIDA
República de Honduras
Tegucigalpa, diciembre, 2014

ABREVIATURAS Y SIGLAS

LENGUAJE TÉCNICO

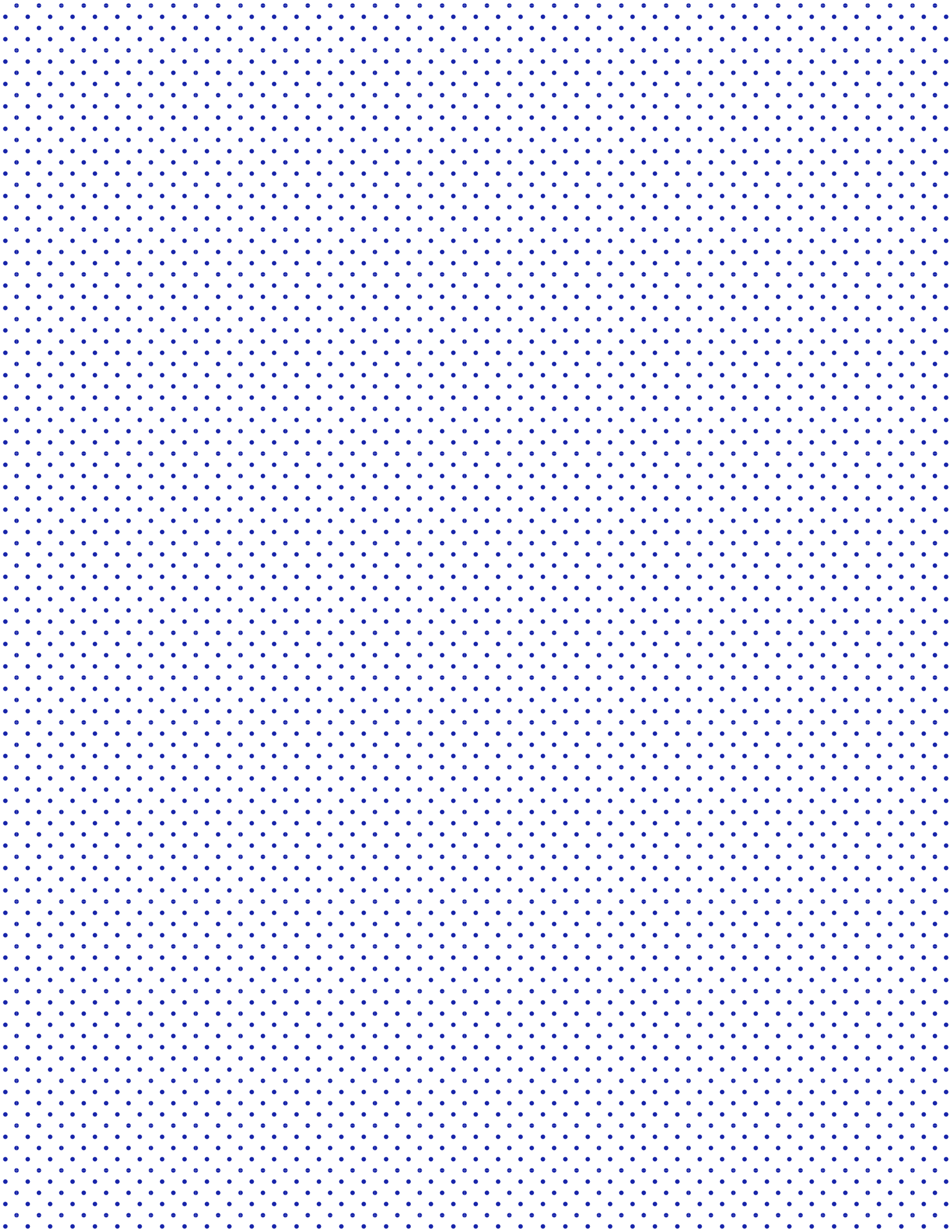
AIEAA	Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y Adultos
ARV	Antirretrovirales
CAI	Centro de Atención Integral
CD4	Cúmulo de Diferenciación 4
CEO	Centros Escolares Odontológicos
CESAMO	Centro de Salud Médico Odontológico
CESAR	Centro de Salud Rural
CLIPER	Clínica Periférica
CMI	Clínica Materno-Infantil
CMS	Campaña Mundial del Sida
CMT	Convenio Marco del Tabaco
CPN	Control Pre-Natal
DDHH	Derechos Humanos
DTI	Diagnóstico Temprano Infantil
DTN	Diagnóstico Temprano de Niños
EAI	Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/ Sida en el marco de la reforma del Sector Salud de Honduras
ECVC	Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables
EdE	Entrenamiento de Entrenadores
ELISA	Ensayo por Inmuno-Absorción Ligado a Enzimas
ENAPREAH	Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazos en Adolescentes de Honduras
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
GARPR	Informe sobre el Progreso de la Respuesta Global contra el Sida
GCA	Gestión de Compras y Abastecimiento
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
HTS	Hombres Trabajadores Sexuales
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IEC	Información, Educación y Comunicación
IO	Infecciones Oportunistas
IOV	Indicador Objetivamente Verificable
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGTB	Comunidad Lésbica, Gay, Transexual y Bisexual
M&E	Monitoreo y Evaluación
MCR	Mecanismo de Coordinación Regional

MEGAS	Medición del Gasto en Sida
MIPV	Mayor Involucramiento de las Personas con VIH
MRS	Relaciones Sexuales Simultáneas
MTS	Mujeres Trabajadoras del Sexo
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
PCIP	Prueba y Consejería Iniciadas por Proveedores de Servicios
PCR	Proteína C Reactiva
PCV	Prueba y Consejería del VIH
PENSIDA	Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y SIDA
POE	Procedimientos de Operación Normativa
PPE	Profilaxis Post-Exposición
PPL	Población Privada de Libertad
PTMH	Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo/a
PVIH	Persona con VIH
RAMNI	Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez
RCC-2	Rolling Continuation Channel (Fondo Global)
RPR	Reagina Rápida en Plasma
RRHH	Recursos Humanos
SAI	Servicios de Atención Integral
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SISAI	Sistema de Información de Atención Integral
TB	Tuberculosis
TB-VIH	Coinfección por tuberculosis y VIH
TdR	Términos de Referencia
TRaC	Estudios de Seguimiento
TRO	Tratamiento de Rehidratación Oral
HTS	Hombres Trabajadores Sexuales
UMIETS	Unidades de Manejo Integral de las ITS
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre VIH y Sida
US	Unidades de Salud
USD	Dólar Estadounidense
VICITS	Vigilancia Centinela de las ITS
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

ORGANIZACIONES

AMHON	Asociación de Municipios de Honduras
ASONAPVSIDAH	Asociación Nacional de Personas que Viven con VIH/Sida en Honduras
CIPRODEH	Centro de Investigación y Promoción de los Derechos Humanos de Honduras
CNVME	Comité Nacional de Vigilancia, Monitoreo y Evaluación
COHEP	Consejo Hondureño de la Empresa Privada
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica

CONADEH	Comisionado Nacional de los Derechos Humanos
CONASIDA	Comisión Nacional de SIDA
EEUU	Estados Unidos de América
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FM	Fondo Mundial
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
ICASO	Consejo Internacional de Organizaciones de Servicios sobre el Sida
IHNFA	Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
MP	Ministerio Público
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA (UNAIDS)	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS (PAHO)	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PASMO	Programa Centroamericano de Mercadeo Social del Condón
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PN	Policía Nacional
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SPS	San Pedro Sula
SESAL	Secretaría de Salud
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional



CONTENIDO

ABREVIATURAS Y SIGLAS	IV
PRÓLOGO	XII
AGRADECIMIENTOS	XIV
RESUMEN EJECUTIVO	XVI
1. CONTEXTO NACIONAL	1
1.1 EL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PENSIDA IV	2
1.2 PERFIL DEMOGRÁFICO Y SANITARIO DE HONDURAS	2
1.2.1 PAÍS Y ECONOMÍA	2
1.2.2 POBLACIÓN, EDUCACIÓN Y TRABAJO	3
1.2.3 SITUACIÓN GENERAL DE SALUD	3
1.2.4 SALUD MATERNA E INFANTIL	3
1.2.5 ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TRANSMISIBLES	4
1.2.6 SISTEMA DE SALUD HONDUREÑO	5
1.2.7 GASTOS EN SALUD	7
2. VIH EN HONDURAS	8
2.1 LA EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH EN HONDURAS	10
2.1.1 INCREMENTO DEL VIH EN HSH Y MTS	12
2.1.2 DISMINUCIÓN LEVE EN LA TASA DEL VIH DE LA POBLACIÓN GARÍFUNA	13
2.2 POBLACIONES CLAVE	15
2.2.1 HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES Y MUJERES TRANS	15
2.2.2 MUJERES TRABAJADORAS DEL SEXO	24
2.2.3 MUJERES Y HOMBRES GARÍFUNA Y AFROHONDUREÑOS	30
2.2.4 PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD	38
2.2.5 PERSONAS CON VIH	39

3. LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH Y SIDA	46
3.1 COMPONENTES CLAVE DE LA RESPUESTA NACIONAL	48
3.1.1 PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH	48
3.1.2 ACCESO A CONDOMES	48
3.1.3 PRUEBAS DEL VIH	49
3.1.4 MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS	50
3.1.5 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL VIH EN LAS POBLACIONES CLAVE	51
3.1.6 ACCIONES DE PREVENCIÓN CON LA POBLACIÓN GARÍFUNA	52
3.1.7 PREVENCIÓN DEL VIH CON PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD	52
3.1.8 INTERVENCIONES EN EL SECTOR DE JUVENTUD	53
3.1.9 PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE MADRE A HIJO/A	54
3.1.10 POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DEL VIH	55
3.1.11 RECTORÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD	56
3.1.12 PROVISIÓN DE SERVICIOS	57
3.1.13 ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CON VIH	58
3.1.14 RECURSOS INVERTIDOS EN LA RESPUESTA NACIONAL	61
3.2.1 INFORMACIÓN ESTRATÉGICA	63
3.2.2 COBERTURA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS	65
3.2.3 SOSTENIBILIDAD: LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH COMO UNA INVERSIÓN PARA EL FUTURO	66
4. ASPECTOS PRIORITARIOS QUE SURGEN DE LA EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL, ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y DEL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL	70
4.1 FORTALECIMIENTO DE LA GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA PARA LA COORDINACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH	72
4.1.1 FORTALECER LAS CAPACIDADES TÉCNICAS, ORGANIZATIVAS E INSTITUCIONALES DE LOS SECTORES GUBERNAMENTALES Y DE LA SOCIEDAD CIVIL	72
4.1.2 INCREMENTAR LOS RECURSOS NACIONALES PARA LA RESPUESTA AL VIH CON ATENCIÓN ESPECIAL A LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA A LARGO PLAZO	73
4.1.3 REFORZAR EL INVOLUCRAMIENTO MULTISECTORIAL	73

4.1.4 FORTALECER LA CREACIÓN DE AMBIENTES DE APOYO	74
4.2 FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL VIH CON ÉNFASIS EN LAS POBLACIONES CLAVE Y VULNERABLES	74
4.2.1 REFORZAR Y PRIORIZAR LA PREVENCIÓN DEL VIH E ITS EN POBLACIONES CLAVE	74
4.2.2 PREVENCIÓN DEL VIH E ITS EN LA POBLACIÓN GENERAL CON ÉNFASIS EN LOS GRUPOS VULNERABLES A LA EPIDEMIA	76
4.3 AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA, UTILIZACIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO A LAS PERSONAS CON VIH	77
4.3.1 DESAFÍOS CON RESPECTO A LA ADHERENCIA Y LA RETENCIÓN EN LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	78
4.3.2 ASUNTOS ESTRATÉGICOS PRIORITARIOS RESPECTO DE LA ATENCIÓN Y LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	79
4.4 CONOCE TU EPIDEMIA: INFORMACIÓN ESTRATÉGICA QUE GUÍA UNA RESPUESTA BASADA EN EVIDENCIA	80
5. MARCO ESTRATÉGICO DEL PENSIDA IV	82
5.1 ASPECTOS CLAVE Y EL CONTEXTO POLÍTICO MÁS AMPLIO	84
5.1.1 LINEAMIENTOS RECTORES DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH Y SIDA	84
5.1.2 LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH Y SIDA Y UN MARCO POLÍTICO MÁS AMPLIO	88
5.2 FIN, METAS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PENSIDA IV	89
5.2.1 FIN DEL PENSIDA IV	89
5.2.2 METAS DEL PENSIDA IV	89
5.2.3 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PENSIDA IV	91
5.2.4 ÁREAS ESTRATÉGICAS PRIORITARIAS Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS	91
5.3 ÁREAS DE INTERVENCIÓN CLAVE DEL PENSIDA IV: PRINCIPALES ÁREAS DE RESULTADOS CLAVE	92
5.3.1 ÁREA ESTRATÉGICA 1: POLÍTICA PÚBLICA Y GESTIÓN SOCIAL CON ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS Y EQUIDAD DE GÉNERO	92
5.3.2 ÁREA ESTRATÉGICA 2: PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH	96
5.3.3 ÁREA ESTRATÉGICA 3: ATENCIÓN INTEGRAL	99
5.3.4 ÁREA ESTRATÉGICA 4: INFORMACIÓN ESTRATÉGICA	101

5.4 MATRIZ DE METAS E INDICADORES DEL PENSIDA IV SEGÚN ÁREAS ESTRATÉGICAS	104
6. IMPLEMENTACIÓN DEL PENSIDA IV, 2015-2019	110
6.1 MARCO INSTITUCIONAL Y MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN DEL PENSIDA IV	112
6.1.1 RECURSOS FINANCIEROS Y FINANCIAMIENTO	112
6.1.2 COORDINACIÓN, SUPERVISIÓN Y ORIENTACIÓN DE POLÍTICAS	114
6.1.3 ASISTENCIA Y ORIENTACIÓN TÉCNICA	115
6.1.4 IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS	116
6.2 RECURSOS FINANCIEROS REQUERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PENSIDA IV	120
6.3 MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PENSIDA IV	120
6.3.1 M&E DEL IMPACTO Y DE LOS RESULTADOS INDIRECTOS Y DIRECTOS DEL PENSIDA IV	120
6.3.2 CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE M&E	120
6.3.3 ARMONIZACIÓN CON EL SISTEMA DE M&E DE LA SECRETARÍA DE SALUD	121
6.3.4 M&E COMO UNA PRIORIDAD TRANSVERSAL DE TODAS LAS ACTIVIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, EJECUCIÓN DE PROGRAMAS Y CAPACITACIÓN	121
6.3.5 ARMONIZACIÓN DE ENFOQUES DE M&E CON LOS REQUISITOS DE REPORTAJE DE CONVENIOS INTERNACIONALES	122
6.3.6 RESPONSABILIDADES DE RECOPIACIÓN Y REPORTE DE DATOS	122
BIBLIOGRAFÍA	124

PRÓLOGO

A tres décadas de haberse descubierto el primer caso de VIH en país, se ha logrado avanzar hacia una respuesta creciente y sostenida, donde la planificación estratégica que inicia en 1998 ha permitido organizar y orientar el trabajo de los diferentes sectores marcando así la ruta a seguir. El país ha transitado de un abordaje biologista a uno biopsicosocial centrado en la persona humana, avanzando de un enfoque en salud a un enfoque multisectorial donde se involucran otros actores claves como educación, trabajo, defensa, seguridad, con fuerte protagonismo de las organizaciones de sociedad civil y de las propias organizaciones de personas afectadas por la epidemia.

CONASIDA como órgano superior de coordinación intersectorial y de definición de políticas relacionadas con el VIH, asumió desde el 2008 la responsabilidad de liderar el proceso de elaboración del III Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y Sida en Honduras (PENSIDA III 2008-2012) utilizando la metodología ASAP del Banco Mundial y decidió extender su período de implementación por 2 años más. En 2013 con el apoyo de ONUSIDA se llevó a cabo una evaluación a la implementación del PENSIDA III. En base a los resultados de esta evaluación, a la evidencia epidemiológica disponible, a las recomendaciones de entes nacionales e internacionales, a los compromisos internacionales adquiridos por el Estado de Honduras, a la participación de una amplia diversidad de sectores y actores, se establecieron y consensuaron los componentes claves y los lineamientos estratégicos del presente PENSIDA IV para el periodo 2015-2019, y se definieron los planes operativos costeados desde 2015 hasta 2017.

El PENSIDA IV está orientado a fortalecer las acciones de prevención del VIH con énfasis en las poblaciones clave y poblaciones más vulnerables de la población general, así a como intensificar las acciones para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de atención, tratamiento y apoyo psicosocial para las personas con VIH en un entorno libre de estigma y discriminación en el marco de políticas nacionales más amplias que trascienden más allá del sector salud. El PENSIDA IV es un instrumento de orientación y guía para el accionar de los diferentes sectores y actores institucionales que trabajan en la respuesta a la epidemia del VIH, incluyendo a la cooperación internacional, que con su alineamiento y armonización contribuirán a fortalecer la respuesta con un enfoque basado en resultados, garantizando que los recursos lleguen a las poblaciones más afectadas y en consecuencia logrando optimizar los recursos.

Las lecciones aprendidas en los distintos procesos de implementación de los planes estratégicos nacionales, demuestran que hemos avanzado en muchos aspectos, pero que todavía prevalecen brechas de

cobertura que se deben superar en los servicios de prevención y atención; que el estigma y la discriminación siguen siendo un obstáculo que limita el acceso de las poblaciones clave incluyendo a las personas con VIH; y que el liderazgo en la coordinación de la respuesta debe ser fortalecido en todos sus aspectos para lograr mejores resultados, sobre todo en el componente de prevención.

En el contexto de este nuevo proceso, la apropiación del PENSIDA IV por todos los sectores a través de la implementación de los planes operativos anuales con recursos financieros disponibles, la consolidación de un sistema unificado de monitoreo, evaluación y la rendición de cuentas con participación ciudadana bajo el liderazgo de la CONASIDA con fuerte respaldo político respeto a los derechos humanos, son elementos fundamentales para consolidar una respuesta efectiva, sostenible, que genere impacto y que conlleve al logro de cero nuevas infecciones por VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida, con mejores oportunidades y expectativas de vida de las personas con VIH.

Dra. Edna Yolani Batres Cruz
Secretaria de Estado en el Despacho de Salud
Presidenta de la CONASIDA

AGRADECIMIENTOS

Un especial agradecimiento a las instituciones públicas, organizaciones miembros de la Comisión Nacional de Sida (CONASIDA), Consejo de Educación Superior, Consejo Nacional de la Sangre, Consejo Hondureño de la Empresa Privada (COHEP), Secretarías de Educación, Trabajo, Seguridad y Salud, Asociación de Municipios de Honduras (AMHON), Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Sanidad Militar, Colegio Médico de Honduras, Iglesia Católica e Iglesia Evangélica, que de manera permanente participaron y aprobaron los procesos de elaboración del PENSIDA IV.

Además, a la Secretaría de Salud por su rol rector, liderazgo y desempeño, así como por su apoyo político en el proceso; a la Dirección de Normalización de la Secretaría de Salud como Secretariado de CONASIDA por liderar y coordinar el proceso técnico; al Foro Nacional de Sida por su apoyo permanente; a la Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH y Sida de Honduras (ASONAPVSI DAH) por su representación y participación en las distintas actividades; y al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y Sida (ONUSIDA) por su contribución técnica y financiera, así como por el acompañamiento permanente para la elaboración e impresión de este documento.

Un extensivo agradecimiento a las otras Secretarías de Estado, dependencias centralizadas y descentralizadas que contribuyeron con su asistencia y aportes técnicos en la construcción de este importante documento: Secretarías de Desarrollo e Inclusión Social, Justicia, Derechos Humanos y Gobernación, Instituto Nacional de la Mujer (INAM), Comisionado Nacional de Derechos Humanos de Honduras (CONADEH), Fiscalía de Derechos Humanos, Dirección Nacional de la Niñez y la Familia (DINAF) y Departamento de Ciencia y Tecnología. Así también a los Centro Atención Integral del Instituto Nacional Cardiopulmonar y del Hospital Mario Catarino Rivas.

A las organizaciones de la sociedad civil y ONGs que participaron en los foros, entrevistas, consultas y talleres enriqueciendo el documento: Comunicación y Vida (COMVIDA) de San Pedro Sula, Asociación para una Vida Mejor de Honduras (APUVIMEH), Asociación Kukulcan, Red de Mujeres Positivas, Colectivo Violeta, Fundación LLAVES, Asociación Hondureña Mujer y Familia – Mary Stopes, Liga de la Lactancia Materna, Centro de Promoción en Salud y Asistencia Familiar (CEPROSAF), Programa de Desarrollo de la Infancia y la Mujer (PRODIM), ECOSALUD, Organización Fraternal Negra Hondureña (OFRANEH), Enlace de Mujeres Negras, Red de Jóvenes Positivos, Redtrasex, Comunidad Gay Sampedrana, Asociación LGTB Arco Iris de Honduras, Cozumel Trans, Buen Samaritano, Caritas de Honduras, Casa Aurora, Honduras y SIDA, Organización de Desarrollo Étnico Comunitario (ODECO) y Solidaridad.

Agradecimiento especial a las ONG internacionales: Médicos sin Fron-

teras, Médicos del Mundo, Ayuda en Acción y Global Communities Honduras (antes CHF Internacional), y la Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO, por sus siglas en inglés). Así también a las agencias de cooperación internacional: PNUD, UNFPA, PMA, OIT, UNICEF, OPS/OMS, USAID, AIDSTAR PLUS, CDC y Tephinet, que acompañaron el proceso.

Especial agradecimiento a las personas que fueron el rostro visible de las instituciones para facilitar los distintos procesos aprobados por la CONASIDA: Dra. Silvia Yolanda Nazar Directora General de Normalización de la Secretaría de Salud; Dra. Elvia María Ardón, Dr. Marco Antonio Urquía y Dra. Rudy Rosales de Molinero, representantes del Secretariado Técnico de la CONASIDA; Dra. Mirka Negroni, Dr. Héctor Sucilla y Lic. Juan Ramón Gradelhy Ramírez de ONUSIDA; y a la Lic. Rosa Elia Sabillón del Consejo de Educación Superior; Dra. Adriana Arita del IHSS; Dra. Xiomara Bú y Guillermo Flores del Foro Nacional de SIDA y por sus constantes aportes al documento.

Especial reconocimiento al trabajo del consultor internacional Dr. Joost Hoppenbrauwer, a los consultores nacionales Dr. Kenneth Rodríguez, Licda. Marinela Rubio, y a la Dra. Marleni Montes por facilitar los distintos productos del proceso de formulación del presente plan estratégico.

A todos y todas por su tiempo, dedicación y esmero, muchas gracias.



RESUMEN EJECUTIVO

RESUMEN EJECUTIVO

El PENSIDA IV es el resultado de un proceso ampliamente participativo con aportes de los sectores gubernamentales, sociedad civil, la ONU, donantes bilaterales y multilaterales. Está basado en los datos epidemiológicos y de comportamiento sexual más recientes presentados en la Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH e ITS en poblaciones vulnerables (ECVC 2012), así como otros estudios, informes programáticos y entrevistas con informantes clave de diferentes sectores. El PENSIDA IV pretende responder a las prioridades identificadas en las áreas de prevención, atención integral e información estratégica.

La epidemiología de VIH en Honduras

Desde 1985 hasta el 31 de diciembre de 2013 se han registrado 31,823 casos de VIH, de los cuales 22,419 (70%) fueron casos de infección avanzada por VIH (sida) y 9,404 fueron asintomáticos (30%). Del total de casos, 16,798 (53%) fueron hombres y 15,025 (47%) mujeres. La prevalencia general estimada para el país es de 0.5% (Spectrum, 2013). Los resultados más recientes del ECVC en 2012 revelan que la epidemia sigue concentrada en ciertos grupos de la población, con una tasa de VIH de 14% en hombres que tienen sexo con hombres (HSH); 6% en mujeres trabajadoras del sexo (MTS); y 3.6% en hombres y mujeres garífunas.

En el período de 2006 a 2012 se observa un incremento alarmante de la prevalencia del VIH en las poblaciones clave: en las trabajadoras del sexo en La Ceiba, pasó de 1.9% a 11.8%; en los hombres que tienen sexo con hombres se nota un incremento de la tasa de VIH en La Ceiba incrementó de 4.8% a 19.9%, y en San Pedro Sula de 9.7% a 16.2%. Geográficamente la epidemia está concentrada en la Costa Atlántica y el Valle de Sula; las tasas más altas se encuentran en los departamentos de Islas de la Bahía, Atlántida y Cortés. El patrón de transmisión de la epidemia es predominantemente heterosexual (85%).

Poblaciones clave de alto riesgo al VIH o afectadas por la epidemia

Los datos epidemiológicos más recientes muestran que los hombres que tienen sexo con hombres, siguen siendo la población clave más afectada por el VIH en Honduras. La del VIH en hombres que tienen sexo con hombres de 2012 (14%) revela una duplicación desde 2006. El ECVC del 2012 también muestra que más de la mitad (55%) de los hombres que tienen sexo con hombres tuvo relaciones sexuales con mujeres por lo menos alguna vez y que un cuarto (25%) está casado o vive en unión libre.

La discriminación y el rechazo por parte de la sociedad afecta aún más a las mujeres trans que a los hombres que tienen sexo con hombres. En consecuencia, muchas mujeres trans se ven forzadas a ganarse la vida mediante el trabajo sexual, el cual conlleva mayores riesgos de adquirir ITS y VIH, así como de violencia y crímenes de odio. El ECVC de 2012 revela niveles de conocimiento muy altos (90-99%)

sobre la transmisión del VIH; no obstante, también presenta datos sobre comportamientos de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans. Para el caso, la mayoría tuvo varias parejas sexuales ocasionales en el último año (52-65% en las tres ciudades). El uso consistente del condón varió según el tipo de pareja; el 54% reportó el uso consistente del condón con parejas estables en el último año, mientras que el 68% reportó el uso consistente del condón con parejas ocasionales en el último año. Casi el 100% de los hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans con parejas comerciales reportaron haber utilizado el condón en el último contacto sexual con un cliente. Adicionalmente, se observa que el 60-69% de los hombres que tienen sexo con hombres se hicieron la prueba de VIH y recibieron los resultados en los últimos 12 meses en las tres ciudades principales.

Los datos que presenta el ECVC sobre mujeres trabajadoras del sexo en 2006 y 2012 revelan un riesgo elevado del VIH en esta población. La proporción de mujeres trabajadoras del sexo con conocimiento adecuado sobre las vías de transmisión y medidas de prevención del VIH es relativamente baja con 47%. Un alto porcentaje (80-93%) de las mujeres trabajadoras del sexo se hizo la prueba de VIH alguna vez. El uso del condón es más frecuente con clientes (75% o más); menos frecuente con parejas ocasionales (45-84%); y aún menos con las parejas regulares (15-40%). Parece existir una tendencia de disminución de la del VIH en los últimos 10 años (2001, 2006, 2012) en las ciudades de Tegucigalpa (8.1%, 5.5% y 3.5%) y San Pedro Sula (13%, 4.6% y 6.6%). Sin embargo, en La Ceiba la del VIH en mujeres trabajadoras del sexo aumentó significativamente entre 2006 y 2012 (15.3%).

El ECVC de 2012 muestra una tasa del VIH considerable en mujeres (4%) y hombres (4.5%) garífuna y afrohondureños en áreas urbanas, así como en las mujeres en áreas rurales (5%). Los estudios revelan comportamientos de riesgo tales como múltiples relaciones sexuales simultáneas entre hombres y mujeres, lo cual puede facilitar la transmisión del VIH e ITS. El nivel de conocimientos sobre el VIH es alto; las actitudes y normas sociales afectan negativamente al uso consistente del condón. Es importante resaltar que la migración local e internacional constituye un factor de riesgo importante en la población garífuna.

Las condiciones socioeconómicas estructurales de las comunidades garífunas dificultan el trabajo de prevención: la falta de oportunidades de empleo y de generar ingresos económicos tiene un impacto negativo en la autoestima individual y colectiva de los jóvenes garífunas, y no estimula conductas saludables. En este contexto, el sexo transaccional y las relaciones sexuales transgeneracionales entre jóvenes y adultos contribuyen al riesgo de VIH e ITS. Además, la violencia y el abuso sexual constituyen un problema mayor que no permite a las mujeres protegerse ante el VIH. En 2012 el 42% de las mujeres se hizo la prueba de VIH en el último año, comparado con sólo 25% de los hombres garífuna. El uso del condón de forma consistente fue muy limitado, sobre todo con la pareja estable; el uso del condón es menor con parejas estables (21%) y mucho más frecuente con parejas ocasionales (52%)

y comerciales (69%). Es de notar que el uso del condón con la última pareja ha sido menor en las áreas urbanas.

Otro grupo clave son las **personas privadas de la libertad**. Varios factores hacen de las prisiones un espacio donde se facilita la transmisión del VIH y otras ITS, tales como: el uso compartido de jeringas para inyección de drogas, el uso compartido de agujas u otro material punzocortante para la realización de tatuajes y otras formas de perforación de la piel, el hacinamiento, las prácticas sexuales de riesgo entre internos o con trabajadoras del sexo, así como la violencia sexual.

Las **personas con VIH** constituyen un grupo especialmente vulnerable ya que necesitan acceso a servicios integrales de alta calidad de tratamiento del VIH, atención y apoyo. El primer obstáculo para tener acceso a una atención integral es que la mayoría de las personas con VIH desconoce su estatus de VIH por no haberse realizado la prueba de VIH. Por lo tanto, menos de la mitad recibe terapia antirretroviral. En los hombres con VIH, el porcentaje que recibe terapia antirretroviral cayó de 62% en 2009 a sólo 37% en 2011, mientras que la situación de mujeres es comparativamente mejor con (53%).

La falta de captación adecuada de personas con VIH se evidencia en el porcentaje mayor (71%) de los casos de VIH registrados desde 1985 que fueron casos de infección avanzada. Los resultados del estudio ECVC de 2012 en personas con VIH revelan niveles relativamente bajos de conocimientos sobre el VIH y sida; y comportamientos de riesgo que pueden contribuir a la transmisión de VIH. Los niveles limitados del uso consistente del condón por parte de las parejas estables son especialmente preocupantes. Además, el estigma y la discriminación relacionadas al VIH presentan una amenaza al bienestar y al pleno goce de los derechos humanos de las personas con VIH.

La respuesta nacional al VIH y sida

La respuesta nacional se constituye en diferentes componentes clave relacionados a la prevención, atención, tratamiento y apoyo de las personas con VIH; y a la vigilancia epidemiológica. La prevención de la transmisión sexual del VIH se ha enfocado en las poblaciones clave y en la población general y ha sido abordada principalmente por la sociedad civil y financiada por donantes externos. El impacto ha sido limitado ya que las tasas de VIH en las poblaciones clave no han disminuido significativamente. La prevención del VIH se ha enfocado en algunas estrategias prioritarias, tales como la promoción de condones, la prueba de VIH con consejería, la prevención en las poblaciones clave y la prevención de la transmisión de madre a hijo/a.

Las estrategias principales para la prevención del VIH en poblaciones clave incluyen acciones para abordar cambios de comportamiento sexual a través de educación de pares, formación de líderes mentores y trabajo de extensión comunitaria, promoción y distribución de condones, prueba de VIH, el manejo sindrómico de las ITS por las Clínicas de Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS),

el abordaje del estigma y la discriminación, y la protección de los derechos humanos, así como el fortalecimiento institucional de las ONGs. Sin embargo, el impacto limitado de los programas de prevención se observa en tasas de VIH que siguen siendo altas en las poblaciones clave. Algunas barreras incluyen el acceso a pruebas de VIH y condones, la falta de presupuesto para las VICITS, la ausencia de leyes que protegen los derechos humanos de las personas LGTB y el estigma y discriminación relacionadas al VIH.

La prueba del VIH con consejería está disponible en los servicios de la Secretaría de Salud, del IHSS y de las ONGs. Los datos señalan que se realizan pocas pruebas anualmente, y el alto porcentaje de casos detectados tardíamente es indicativo de ciertos desafíos que han persistido en los últimos años, como ser desabastecimientos eventuales de pruebas rápidas; y restricciones impuestas para ofrecer las pruebas de VIH sólo a mujeres embarazadas, en menoscabo de la detección de nuevos casos en las poblaciones clave.

Los programas de prevención del VIH en la población garífuna se enfocan en la reducción de conductas de riesgo a través de educación de pares en jóvenes garífunas, la formación de líderes comunitarios, el acceso a condones y pruebas del VIH, servicios amigables para la prevención del VIH y el embarazo en la adolescencia, y educación en español y lengua garífuna.

La prevención del VIH dirigidas a personas privadas de libertad (PPL) incluye actividades de información y educación, incluyendo a los Centros de Atención Integral (CAI) ubicados en los centros penitenciarios de San Pedro Sula y Támara. Es de resaltar la creación la Ley de Centros Penales que visibiliza la temática del VIH, sin embargo aún persisten dificultades para proveer condones en algunos centros penales.

En relación a las intervenciones en el sector educativo y de juventud, es de notar que la Secretaría de Educación ha implementado programas de educación sexual en 2,897 escuelas. Los contenidos sobre prevención del VIH están insertos en las guías metodológicas para la educación en sexualidad “Cuidando mi salud y mi vida”, pero no existen mecanismos para garantizar la aplicación de las guías después de la capacitación docente. Por ende se está llegando a muy poca población y de forma esporádica. Se incluyen muy pocas actividades de prevención del VIH y reducción del estigma y discriminación dirigidas a la población joven económicamente activa. Por otro lado, se han desarrollado programas educativos sobre VIH fuera del ámbito educativo formal y laboral que incluyen iniciativas por parte del Instituto Nacional de la Juventud, el INAM, la Secretaría de Cultura, la Secretaría de Salud y varias ONGs.

La prevención de la transmisión del VIH madre a hijo/a ha sido una de las prioridades de la respuesta nacional. Sin embargo, se reportan brechas en el acceso a la atención prenatal, consejería, prueba del VIH, terapia antirretroviral y al parto por cesárea. Del 97% de las mujeres

que acuden a la atención prenatal, sólo el 75% se realiza la prueba del VIH con consejería. Además, la cobertura reportada de mujeres embarazadas con infección por VIH que reciben fármacos antirretrovirales para la prevención de la transmisión vertical de madre a hijo/a sólo fue de 45% en 2012. La tasa nacional de transmisión de madre a hijo/a se estimó con 22% en 2011.

En cuanto a las políticas de prevención del VIH, a pesar de que la meta 20 del PENSIDA III consideraba la “Formulación e implementación de una política de Estado relativa al VIH”, a la fecha no existe tal política. El PENSIDA III no fue implementado desde esta perspectiva desde su planteamiento base. En el sector salud tampoco existen políticas de prevención del VIH o una política actualizada sobre salud sexual y reproductiva; y en el ámbito educativo tampoco existe una política de educación sexual.

En el áreas de atención integral a los personas con VIH, el 98% del costo de los antirretrovirales fue cubierto con recursos nacionales. En el 2014, se proveyeron servicios descentralizados en 49 CAI y en 21 centros con servicios de atención integral en pediatría. En el período 2008-2012 se identificaron 5,295 personas con VIH, pero la mayoría (44-50% de las mujeres y 63% de los hombres) fue diagnosticada con infección avanzada. A finales de 2013, un total de 10,169 adultos y niños recibieron atención para el VIH y 9,569 personas recibieron terapia antirretroviral. Sin embargo, la cobertura de la terapia antirretroviral sólo alcanzó el 42% del total de personas con VIH. Es de notar que actualmente más de 600 hogares de personas con VIH reciben atención nutricional y alimentaria.

Los datos sobre los recursos invertidos en la respuesta nacional demuestran que el gasto en VIH respecto al gasto nacional de salud para el 2012 año fue del 2.4%. El gasto total en VIH en el 2012 ascendió a USD 38.3 millones, de los cuales el 47% provino de fuentes internacionales; el 43% de fuentes públicas; y el 10% de fuentes privadas. Además, se observa un incremento en los gastos de fuentes públicas de USD 4.2 millones en el 2006 a USD 16.5 millones en el 2012, así como un incremento considerable (78%) de las fuentes internacionales de USD 10.1 millones en 2006 a USD 18.0 millones en 2012.

Aspectos estratégicos prioritarios y marco estratégico del PENSIDA IV

El análisis de los datos epidemiológicos y de las limitaciones en la respuesta nacional revela desafíos con respecto a: 1) la gobernanza y la gobernabilidad; y la coordinación de la respuesta nacional; 2) la cobertura y la calidad de los servicios de prevención y 3) atención integral; y 4) la disponibilidad y el uso de información estratégica sobre la epidemia.

El PENSIDA IV 2015-2019 pretende brindar orientación, continuidad a la inversión y respuesta hondureña al VIH y sida, al responder a los aspectos estratégicos identificados en las cuatro áreas mencionadas arriba. Los siguientes lineamientos rectores proveen la dirección ge-

neral y reflejan la filosofía de base de la respuesta nacional al VIH: 1) la visión de los Tres Ceros; 2) la concepción de la respuesta nacional al VIH como una inversión costo-eficaz en el futuro, no como un gasto; 3) el uso de evidencia sobre las prioridades y las intervenciones más costo-efectivas; 4) la sostenibilidad financiera y aceptación social y cultural para garantizar la continuidad y la apropiación de la respuesta nacional; 5) la rendición de cuentas por parte de tomadores de decisiones políticas e implementadores de los programas; 6) el enfoque de género; 7) la promoción de los derechos humanos; 8) un mayor involucramiento de las personas con VIH; 9) la apropiación nacional de la respuesta y liderazgo nacional en alianzas multisectoriales; y 10) una sensibilidad a los valores, culturas y creencias locales de la población.

El PENSIDA IV plantea 8 metas de impacto, 31 metas de resultado y dos objetivos generales: 1) prevenir la infección del VIH en las poblaciones clave y población general, y 2) mejorar la calidad de vida de las personas con VIH al proveer acceso universal a servicios de atención integral, incluyendo terapia antirretroviral y servicios de apoyo social, psicológico, de calidad y cero discriminación relacionada al VIH. En este marco, el PENSIDA IV comprende cuatro áreas estratégicas prioritarias: 1) Política pública, gestión social con enfoque de derechos humanos y equidad de género; 2) Promoción de la salud y prevención del VIH; 3) Atención integral; e 4) Información estratégica. Cada área tiene sus objetivos específicos que guían la implementación de las estrategias principales.

El área estratégica 1: Política pública y gestión social con enfoque de derechos humanos y equidad de género tiene tres objetivos específicos con sus principales estrategias. El objetivo específico 1.1 se enfoca en “asegurar la implementación y el cumplimiento de la normativa nacional y lineamientos internacionales bajo el enfoque de derechos humanos y equidad de género para la respuesta nacional al VIH e ITS para el período 2015-2019”. Una de las principales estrategias trata sobre el fortalecimiento de las capacidades técnicas, organizativas e institucionales de las organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales involucradas en la coordinación, gestión e implementación de servicios. Otra estrategia busca garantizar la sostenibilidad financiera, así como la transparencia y la rendición de cuentas.

El objetivo específico 1.2 se enfoca en garantizar el involucramiento de otros sectores diferentes al sector salud, incluyendo organizaciones de la sociedad civil en la respuesta nacional multisectorial al VIH, incluyendo los sectores de trabajo y seguridad social, educación pública, desarrollo e inclusión social, cultura, artes y deportes, seguridad y defensa nacional, y finanzas. Este objetivo pretende integrar el abordaje del VIH e ITS en las políticas y estrategias sectoriales, y su aplicación efectiva en diferentes instancias gubernamentales y no gubernamentales involucradas en la respuesta nacional. El objetivo específico 1.3 pretende asegurar el respeto de los derechos humanos y el cumplimiento de las leyes que los protegen, en el marco de la respuesta integral al VIH, enfocando las estrategias al fortalecimiento de los mecanismos de promoción, protección y defensa de los derechos humanos.

El área estratégica 2: Promoción de la salud para la prevención del VIH, se enfoca en fortalecer la calidad y ampliar la cobertura y utilización de los servicios de prevención del VIH e ITS para las poblaciones clave y poblaciones vulnerables con el objetivo de alcanzar el acceso universal. Esta área tiene dos objetivos específicos en los cuales se plantea reforzar la prevención del VIH e ITS en las poblaciones clave y en la población general según la prevalencia regional, con énfasis en los grupos más vulnerables. El objetivo específico 2.1 se orienta a aumentar la cobertura, acceso y la utilización del conjunto integral de servicios de prevención del VIH y las ITS en poblaciones clave que comprende intervenciones en cinco áreas de resultado directo: 1) crear entornos favorables; 2) reforzar la capacidad técnica de ONGs, personal de salud, comunitario, de otros sectores, y educadores de pares; 3) ampliar la cobertura y uso del conjunto integral de servicios de prevención del VIH e ITS en las poblaciones clave; 4) desarrollar campañas públicas de sensibilización sobre la violencia basada en género; y 5) monitoreo y evaluación de las intervenciones.

El objetivo específico 2.2 pretende aumentar la cobertura, acceso a la utilización y la calidad de los programas y servicios de prevención del VIH e ITS para aquellos segmentos más vulnerables de la población general según la prevalencia regional, bajo un enfoque de derechos con equidad de género. Las acciones clave se orientan a: 1) disminuir el estigma y la discriminación relacionadas al VIH; 2) fomentar comportamientos que protegen contra la infección de VIH; 3) promover la prueba del VIH y consejería con énfasis en la prueba iniciada por proveedores de servicio; y 4) aumentar la cobertura e impacto de los servicios de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo/a.

El área estratégica 3: Atención Integral pretende fortalecer la calidad de la atención y ampliar la cobertura y utilización de los servicios de atención integral, incluyendo la terapia antirretroviral y el soporte social a las personas con VIH y aquellas afectadas por la epidemia. Con el objetivo específico 3.1 se prevé aumentar la cobertura nacional y la utilización de los servicios de atención integral con calidad y calidez para personas con VIH y personas afectadas por la epidemia, en el marco de la reforma del sector salud mediante intervenciones que comprenden: 1) atención integral a personas con VIH y sus familiares y dependientes; 2) reforzamiento de la capacidad del personal de salud en servicios de atención integral para las personas con VIH; 3) fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento de los servicios de atención integral; 4) mejoramiento de la coordinación y colaboración entre las diferentes áreas del sector salud; 5) fortalecimiento de los sistemas de compra y abastecimiento de medicamentos y material médico quirúrgico e insumos médicos; 6) mejoramiento de la calidad de los servicios para fortalecer la adherencia y retención; 7) fortalecimiento de la red de laboratorios en apoyo al monitoreo de terapia antirretroviral; 8) fortalecimiento de las capacidades institucionales y técnicas de las asociaciones de personas con VIH y grupos de auto-apoyo; y 9) fortalecimiento de los sistemas de monitoreo del paciente. El Objetivo 3.2 se enfoca en ampliar la cobertura del manejo de casos de personas

con coinfección VIH-TB y otras infecciones oportunistas, con énfasis en el reforzamiento de la vigilancia y la atención efectiva de los casos de coinfección TB-VIH.

Mediante el área estratégica 4 “Información Estratégica” se busca garantizar la disponibilidad de información estratégica que permita la toma de decisiones informadas con respecto a políticas, programas y presupuestos sobre VIH e ITS con el fin de guiar la elaboración e implementación de programas y políticas en base a evidencia. Las principales acciones incluyen: 1) el fortalecimiento del sistema nacional de vigilancia, monitoreo y evaluación de VIH e ITS que garantice la disponibilidad de información estratégica para la toma de decisiones a nivel político y programático; y 2) el abordaje sistemático de las prioridades nacionales de investigación a través de estudios especiales.

Implementación y monitoreo del PENSIDA IV

El marco institucional para la implementación del PENSIDA IV distingue cuatro tipos de instituciones, según sus funciones clave, relacionadas con: 1) recursos financieros y financiamiento; 2) coordinación, supervisión y orientación de políticas generales; 3) asistencia y orientación técnica; e 4) implementación de programas y prestación de servicios.

El monitoreo y la evaluación son elementos clave, integrados del PENSIDA IV en todos los niveles de impacto, resultados indirectos y directos, y actividades. Para cada nivel, se han establecido metas anuales, cuyos logros serán monitoreado utilizando indicadores objetivamente verificables (IOVs) acuerdo con las normas y estándares internacionales y prioridades locales de M&E.



CONTEXTO NACIONAL

1. CONTEXTO NACIONAL

1.1 EL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PENSIDA IV

El PENSIDA IV es el resultado de un proceso sistemático con la participación activa de los diferentes sectores involucrados en la respuesta nacional al VIH. En este contexto se realizaron una serie de seminarios-talleres, consultas y entrevistas de grupo e individuales, visitas de campo, trabajo de grupo y conferencias electrónicas. Un comité técnico tuvo la responsabilidad principal de coordinar el proceso de elaboración del PENSIDA IV, con el apoyo técnico de un consultor internacional quien preparó las principales secciones del PENSIDA y su plan operativo, así como dos consultores nacionales de apoyo al proceso.

1.2 PERFIL DEMOGRÁFICO Y SANITARIO DE HONDURAS

1.2.1 PAÍS Y ECONOMÍA

La República de Honduras está localizada en la región centroamericana. Cuenta con una superficie de 112,492 km² y su territorio está dividido en 18 departamentos. De acuerdo con el censo del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para el 2013, la población es de 8.555,072 personas (4, 213,653 hombres y 4,341,419 mujeres). Según los datos desagregados de la Encuesta Permanente de Hogares de 2013 del INE, se observa que el 52% de la población la constituyen personas menores de 18 años. El promedio de vida se calcula en 68 años para los hombres y 72 años para las mujeres; no obstante la tasa de mortalidad es de 5.02 muertes por cada 1,000 habitantes.

Ilustración 1: Mapa administrativo de Honduras



Además, en Honduras viven etnias culturalmente diferenciadas como son los Lencas, Pech, Garífunas, Chortis, Tawahkas, Tolupanes, Xicaques, Misquitos y la población negra de habla inglesa.

Según el informe sobre Desarrollo Humano 2013 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2013) Honduras se considera un país de mediano desarrollo humano, ocupando la cuarta po-

sición más baja de los países de América. En el 2012, el índice de Desarrollo Humano fue calculado en 0,632 ocupando la posición 120, de 186 países a nivel mundial.

1.2.2 POBLACIÓN, EDUCACIÓN Y TRABAJO

La población hondureña es en gran parte joven, constituida en un 43.9% por adolescentes menores de 19 años. Por otro lado, la población de la tercera edad representada por adultos de 60 años y más, conforman una minoría de 9.5% (INE, 2013). Honduras es uno de los países con mayor crecimiento poblacional en Latinoamérica, siendo éste de 2.3% para el quinquenio 2005-2010 (CEPAL, 1999). Su departamento más poblado es Cortés con 1,529,826 habitantes (19% de la población nacional) seguido por Francisco Morazán con 1,406,769 habitantes (18% de la población nacional) (INE, 2013). De esta forma, el 37% de su población total se concentra en las dos ciudades más importantes del país. En Honduras el 14.5% de las personas mayores de 15 años no sabe leer ni escribir. El número de años de escolaridad es de 9.1 años en personas de 19 a 24 años de edad, y de 5.4 años en personas de 60 años o más (INE, 2013).

En 2011, se estimaba que la población económicamente activa era de 1.4 millones de habitantes entre las edades de 12 a 29 años los cuales no tenían acceso a educación, trabajo o eran subempleados. De estos, el 30.3% estudiaba, el 37.4% sólo trabajaba, el 8.4% estudiaba y trabajaba, 23.9% no estudiaba ni trabajaba y un 4.9% en edades de 15 a 24 años era analfabeto. Agregados a ellos hay 3.1 millones de la población neta que están inactivos. En este sentido, los datos poblacionales demuestran que los jóvenes tienen más dificultades para ingresar al mercado laboral que la población adulta; más de la mitad de la población desempleada tiene menos de 24 años (INE, 2013).

1.2.3 SITUACIÓN GENERAL DE SALUD

La situación de salud de la población hondureña se caracteriza por presentar altas tasas de mortalidad materno-infantil y morbilidad por causa de infecciosas prevenibles. Enfermedades como la diarrea, enfermedades respiratorias agudas y desnutrición continúan siendo causas de muerte en la niñez. Otras enfermedades como las crónicas degenerativas, lesiones por causas externas ocasionadas por accidentes y violencia, y otras relacionadas con hábitos de vida no saludables como el alcoholismo, el tabaquismo, la obesidad, sedentarismo, la drogadicción y farmacodependencia, también afectan el estado de salud de la población hondureña (SESAL, 2014a).

1.2.4 SALUD MATERNA E INFANTIL

En materia de salud, el embarazo en adolescentes constituye un grave problema de salud pública, a ello se suman factores sociales y culturales. El incremento de embarazos no deseados conduce a prácticas como el aborto en condiciones inadecuadas, generando a la vez un consecuente número en la mortalidad materna (SESAL, 2014a). Se es-

tima que 30% de los partos en Honduras ocurren entre jóvenes de 13 a 19 años. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) de 2005-2006, reveló que la tasa de embarazos en adolescentes en Honduras es de 22 por cada 100 menores de 19 años.

Aún cuando las altas tasas de mortalidad materna han disminuido de 108 en 1997 a 73 por cada 100,000 nuevos nacimientos en 2010, este continúa siendo un problema relevante. La mortalidad perinatal es un indicador de los riesgos de muerte ligados a la reproducción y es muy importante porque refleja la calidad de la atención prenatal, del parto y del postparto, así como de la condición nutricional de la madre y del entorno en que ésta vive (SESAL, 2014a). Por otro lado, la mortalidad infantil ha disminuido ligeramente de 25 a 24 por cada 1000 nacidos vivos (entre 2005-2006 y 2011-2012, respectivamente) y la mortalidad post-neonatal de 10 a 6 por cada 1000 nacidos vivos en el mismo período. Se observan algunos riesgos menores en aquellos niños cuyas madres tienen entre 20 a 39 años. Enfermedades como la diarrea, afecciones respiratorias y desnutrición continúan siendo causas de muerte en la niñez.

1.2.5 ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TRANSMISIBLES

Se observa una alta incidencia de enfermedades transmisibles y vectoriales dimensionadas en la presencia de malaria, la incidencia de dengue grave y no grave, leishmaniasis, enfermedad de Chagas en zonas específicas del país, la aparición de la Influenza H1N1 con mayor incidencia en las zonas urbanas de Tegucigalpa y San Pedro Sula, la prevalencia de tuberculosis y las tasas de incidencia del VIH en población clave en mayor riesgo y población en general (SESAL, 2014a).

A pesar de haber alcanzado la Meta C del ODM 6 de detener en más del 75% casos y comenzar a reducir la incidencia de malaria para 2015, ésta sigue siendo un problema de salud pública en función de su control así como en la intervención contra el parásito y el vector. En Honduras, los casos de malaria se han registrado en el 87% del territorio nacional, donde habita el 63% de la población total. El 95% de los casos de malaria se concentra en 6 departamentos de las regiones nor-oriental y atlántica del país. Las especies parasitarias presentes en el país son el *Plasmodium vivax* (93%) y el *Plasmodium falciparum* (7%) (SESAL, 2014a).

En relación a la tuberculosis (TB), la tendencia de la tasa de mortalidad registra un leve descenso de 0.3 por cada 100,000 habitantes entre los años 2003 y 2007. La notificación y tasa de incidencia del mayor número de casos se observa en las regiones que presentan la más alta concentración poblacional (64 y 63 para el 2008 y 2011, respectivamente). La relación de casos de TB hombre: mujer es de 1.5 a 1.0, con tasas mayores en hombres a partir de los 25 años. Es de notar que las personas inmigrantes retornados o forzados y las personas privadas de libertad son los grupos de población con mayor incidencia (SESAL, 2014a).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) continúan siendo un problema de salud pública difícil de controlar en la población general mayor de 15 años que tiene vida sexual activa. Según los registros (ITS-2)

a nivel nacional, los casos van en franco incremento. En 2008 se registraron 93,187 casos de ITS y en 2012 éstos aumentaron a 124,432. La prevalencia de clamidia en mujeres trabajadoras del sexo fue de 9.7% en el 2010, manteniéndose el mismo porcentaje para el 2013; mientras que la prevalencia de tricomonas fue de 7.5% en el 2010, registrándose un decrecimiento en 2013 a 4.8%, y ocupando los rangos más altos en relación a la gonorrea y a la sífilis. La sífilis varió entre 1.0% y 2.5%, y la gonorrea entre el 1.8% y el 2.6%, en 2010 y 2013 respectivamente. En los hombres que tienen sexo con hombres la prevalencia del VIH para el 2010 fue de 35.8% y para el año 2013 de 23.6%, le sigue la prevalencia de sífilis con 9.9% y 8.2% para esos mismos años.

1.2.6 SISTEMA DE SALUD HONDUREÑO

El sistema de salud está conformado por todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos al mejoramiento de la salud de la población hondureña. Éste incluye organizaciones gubernamentales, grupos profesionales, agentes de financiamiento, organizaciones privadas, comunitarias, locales y los proveedores de servicios. El sistema de salud es un sistema mixto, constituido por el sector público, Secretaría de Salud (SESAL) e Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS); y el sector privado, con y sin fines de lucro. De acuerdo con lo establecido en la Constitución de la República se reconoce el derecho a la protección de la salud y el deber de todos y todas a participar en la promoción y preservación de la misma. La Secretaría de Salud rectora y conduce las principales estrategias de salud a nivel nacional, regional y local. Los servicios de la Secretaría de Salud están dirigidos a la población de escasos recursos económicos, sin exclusión de los otros niveles sociales; el IHSS brinda servicios de salud a la población trabajadora y sus beneficiarios debidamente afiliados. A través de la Secretaría de Salud el acceso de la población es de un 60%, del IHSS un 12% y por el sector privado un 10%.

De acuerdo con los datos que brinda el sistema de información de la Secretaría de Salud, para 2013, su red de servicios contaba con un total de 1,678 unidades prestadoras de servicios: 6 hospitales nacionales, 6 hospitales regionales, 16 hospitales de área, 436 Centros Médicos Odontológicos (CESAMO), 1,072 Centros de Salud Rurales (CESAR), 74 Clínicas Materno-Infantiles (CMI), 3 Clínicas Periféricas de Emergencia (CLIPER), 15 Centros Escolares Odontológicos (CEO), 82 centros de servicio que incluyen laboratorios regionales, el IHSS y hospitales privados que reportan a la SESAL. También, existen 49 Centros de Atención Integral que brindan terapia antirretroviral.

En el año 2004, se encaminó el reordenamiento de la la Secretaría de Salud con la aprobación de la Ley de Departamentalización. Esto se llevó a cabo a nivel nacional, regional y por áreas, creándose así 18 regiones sanitarias departamentales según la división geográfica del país. Asimismo se crearon dos regiones metropolitanas ubicadas en Tegucigalpa y San Pedro Sula. Las nuevas regiones de salud tendrían como mandato asumir responsabilidades administrativas en el ámbito de contratación de personal y ejecución financiera.

Desde 2008 se ha venido impulsando la política “Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez 2008-2015” (RAMNI) con el objetivo de continuar desarrollando acciones integradas para mejorar la salud materna y de la niñez. Por otra parte se ha considerado prioritaria la planificación familiar, dentro del marco amplio de salud reproductiva con enfoque en la prevención de riesgos para la salud hombres y mujeres, quienes tienen el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos con pleno respeto de su dignidad.

El país también cuenta con políticas nacionales con enfoque sectorial que están orientadas a fomentar la salud de la población a lo largo de su ciclo de vida. Entre las principales políticas se encuentran las que abordan: la salud materno infantil, la nutrición, la salud mental, la salud sexual y reproductiva, el manejo de la sangre, los medicamentos, la prevención de la discapacidad, entre otras. Complementariamente, también se cuenta con políticas de Estado en materia de derechos humanos, igualdad y equidad de género (PIEGH II) y sobre el VIH en el lugar de trabajo. En materia de promoción y protección del derecho a la salud, el país ha suscrito y ratificado compromisos en el marco internacional de los derechos humanos los cuales son de fiel observancia desde el marco jurídico nacional. Dentro de dichos compromisos se destaca la Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y sida (UNGASS 2001) y la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”.

De acuerdo a la Visión de País 2010-2038 y el Plan de Nación para el período 2010-2022, el objetivo 1 plantea alcanzar “una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social”; y en la meta 1.4 establece: “alcanzar el 95 % de cobertura de salud en todos los niveles del sistema”. En este sentido y en el marco del Plan Nacional de Salud 2010-2014 se plantea la reforma del sector salud a partir del reconocimiento de que la misión del sistema nacional de salud es proteger y mejorar con equidad el nivel de salud de la población hondureña. El mismo brinda los lineamientos para que la Secretaría de Salud, los servicios privados, la sociedad civil, la comunidad hondureña, el gobierno central y gobiernos locales articulen esfuerzos con el fin de alcanzar la visión de salud consensuada en el país. “Para el año 2038, Honduras habrá sentado las bases de un sistema de salud capaz de atender las demandas de toda la población y desarrollar esfuerzos sustantivos para profundizar su sostenibilidad y calidad” (SESAL, 2013:3) asumiendo la salud como fundamento para la mejora de condiciones de vida de la población hondureña, y garantizando el acceso igualitario al sistema de salud con calidad, sin discriminación de ningún tipo.

Con la aprobación del Acuerdo No. 1000-2013 del 26 de Mayo de 2013 se puso en marcha el nuevo Modelo Nacional de Salud, que se describe como el instrumento de carácter político y estratégico para la Secretaría de Salud y se definen los principios y lineamientos para la transformación y el desarrollo del servicio nacional de salud, con base a los postulados contenidos en la Constitución de la República,

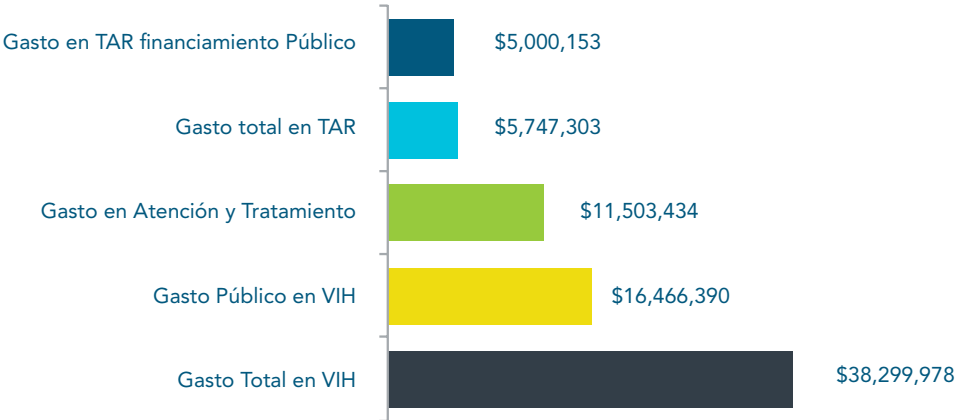
el Código de Salud, Ley para el Establecimiento de la Visión de País y adopción del Plan de Nación para Honduras, el Plan de Gobierno 2010-2014, El Plan Nacional de Salud 2010-2014, el Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud, y la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida en el marco de la reforma al Sector Salud de Honduras.

1.2.7 GASTOS EN SALUD

En el año 2009, el gasto nacional en salud fue de USD 1,355 millones de los cuales el 52% fue gasto público, es decir USD 708 millones (CEPAL, 1999). Como lo muestra el Gráfico 1, en el 2012 el gasto público en VIH fue de USD 16 millones, de los cuales USD 5.7 millones se destinaron para compra de antirretrovirales, lo que denota el progreso en el financiamiento público de tratamiento para el VIH. El gasto en antirretrovirales representa el 0.36% del gasto público en salud.

Gráfico 1: Gasto anual en VIH, atención y en terapia antirretroviral, 2012

El gasto en antirretrovirales constituye un componente importante del gasto en atención, representando para Honduras el 49% (USD 5.7 millones) del total de gasto (USD 11.5 millones) en VIH, mientras que la media de los países latinoamericanos es de 47%. El país ha asumido sus compromisos y financia el 87% de los antirretrovirales, permitiéndole buscar medidas para optimizar la eficiencia del gasto.



Fuente: SESAL, PNS, MEGAS, 2012.



VIH EN HONDURAS

2. VIH EN HONDURAS

2.1 LA EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH EN HONDURAS

Desde 1985 hasta el 31 de diciembre del 2013 se han registrado 31,823 casos de personas infectadas con VIH, de las cuales 22,419 (70%) fueron casos de infección avanzada por VIH (sida) y 9,404 (30%) casos de VIH asintomáticos. Del total de casos 16,798 son hombres y 15,025 son mujeres, lo que constituye una razón hombre-mujer de 1:1.

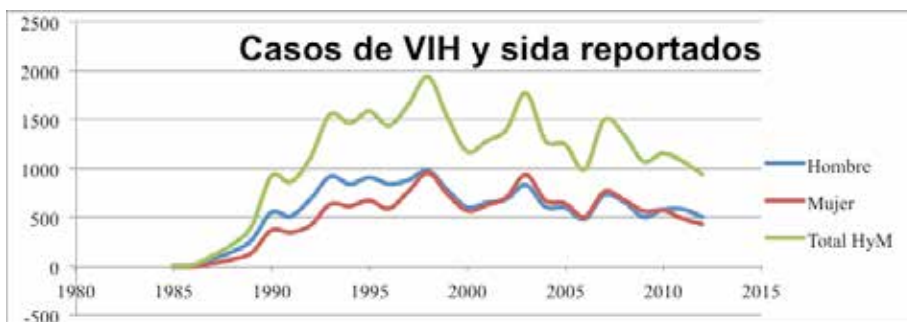
Tabla 1: Número de casos de VIH y sida en Honduras, 2011–2013

Número de casos	2011			2012			2013			Total acumulado desde 1985			
	Hom.	Muj.	Total	Hom.	Muj.	Total	Hom.	Muj.	Total	Hom.	Muj.	Total	Razón H-M
Asintomático (VIH)	218	254	472	208	250	458	3,834	5,570	9,404	3,600	5,365	8,965	0.7
Infección avanzada sida	361	242	603	294	189	483	12,964	9,465	22,419	12,753	9,333	22,086	1.4
TOTAL	579	496	1,075	502	439	941	16,798	15,025	31,823	16,353	14,698	31,051	1.1

Fuente: SESAL, 2013.

El Gráfico 2 muestra las tendencias del número de casos de VIH y sida oficialmente reportados entre 1985 y 2012. Es de notar que en el periodo de 1985 a 1998 la mayoría de los casos reportados fueron en hombres, a diferencia de lo que muestran los datos entre 2002 y 2010 donde los casos reportados en su mayoría fueron de mujeres. En el período entre 1993 y 1999 se reportaron más casos, con un promedio de 1,594 por año; sólo en el 1998 se registraron 1939 casos. A partir de 1998 se observa una leve tendencia de disminución. Desde el año 2000 se reportan un promedio de 1,249 casos, observando que en 2006 y 2012 se reportaron menos de 1,000 casos por año. De acuerdo con los datos preliminares de las estimaciones y proyecciones generadas utilizando el modelo Spectrum, en 2013 la prevalencia general estimada en la población de 15 a 49 años para el país es de 0.44%.

Gráfico 2: Casos reportados de VIH y sida en mujeres y hombres, 1985-2012



Fuente: Departamento de ITS/VIH/SIDA, SESAL.

Geográficamente, la epidemia está concentrada en algunos departamentos de la Costa Atlántica y del Valle de Sula. La Tabla 2 muestra que la tasa del VIH es más alta en los departamentos de Islas de la Bahía, Atlántida y Cortés.

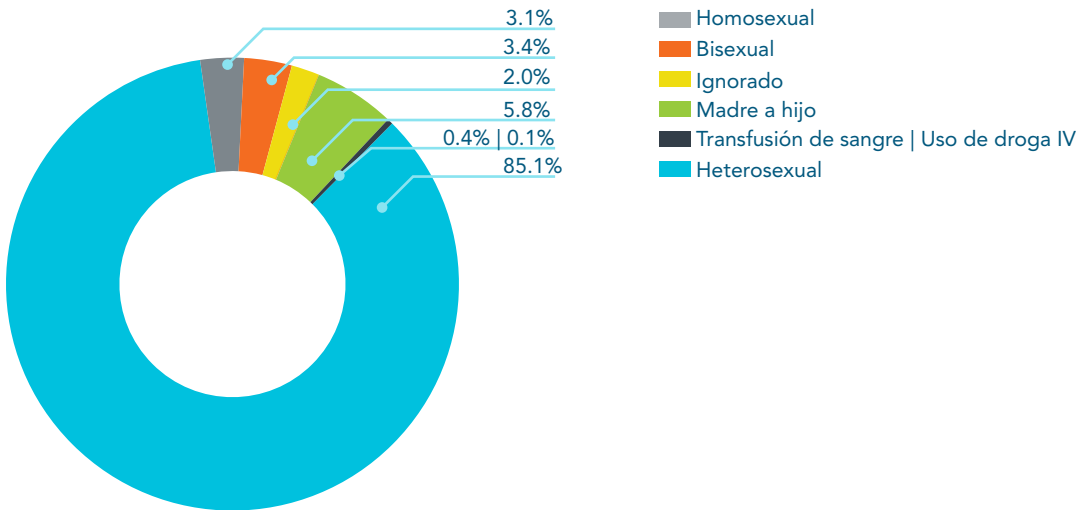
Tabla 2: Número de casos y tasa VIH por departamento (acumulativo 1985-2013)

Departamentos	Casos de VIH	Tasa VIH/ 100,000 hab.	Departamentos	Casos de VIH	Tasa VIH/ 100,000 hab.
Islas de la Bahía	446	844.7	Copán	682	177.2
Atlántida	3,165	740.1	Santa Bárbara	699	165.0
Cortés	11,728	694.0	El Paraíso	629	138.5
Colón	1,465	472.3	Olancho	444	62.0
Francisco Morazán	6,736	330.1	Ocotepeque	114	80.8
Gracias a Dios	409	315.8	La Paz	144	68.5
Yoro	1,919	291.5	Lempira	157	46.2
Valle	564	203.4	Intibucá	93	36.9
Choluteca	1,409	177.2	Ignorado	53	-
Comayagua	967	165.0	TOTAL	31,823	372.0

Fuente: SESAL, 2013.

El patrón de transmisión de la epidemia es predominantemente heterosexual (85.1% de los casos) y con una razón hombre-mujer de 1:1. La razón hombre-mujer es significativamente diferente para los casos de VIH asintomáticos e infecciones avanzadas, con una proporción mayor de hombres con infección avanzada (57.8%) (Ver tabla 1). La diferencia se explica principalmente por la oferta activa de pruebas del VIH disponibles para mujeres embarazadas, que resulta en una mayor detección temprana de casos asintomáticos en mujeres.

Gráfico 3: Patrón de transmisión del VIH



Fuente: Departamento de ITS/VIH/Sida, SESAL.

La epidemia de VIH está concentrada en ciertos grupos de la población, específicamente en los hombres que tienen sexo con hombres, las mujeres trabajadoras del sexo y hombres trabajadores sexuales; hombres y mujeres garífunas, así como personas privadas de libertad. Los resultados más recientes de la Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento (ECVC) realizada en el 2012 en las ciudades de Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba revelan que la prevalencia del VIH más alta se encuentra en la población de hombres que tienen sexo con hombres con 14.3%; seguida de las mujeres trabajadoras del sexo con una tasa de 5.9%; y 3.6% en la población garífuna. En lo que respecta a la población general, los grupos de edad más afectados se sitúan en el grupo de 20 a 39 años (67.3%). Por tanto, se concluye que la epidemia continúa afectando principalmente a la población joven, en edad reproductiva y económicamente activa (SESAL, 2013).

2.1.1 INCREMENTO DEL VIH EN HSH Y MTS

Las Tablas 3 y 4 muestran que existen diferencias notables en la tasa del VIH en los hombres que tienen sexo con hombres y las mujeres trabajadoras del sexo, entre las tres ciudades, siendo la prevalencia más alta en La Ceiba. Para los hombres que tienen sexo con hombres, la prevalencia del VIH fue de 19.9% en La Ceiba; 16.2% en San Pedro Sula; y 9.2% en Tegucigalpa. Para las mujeres trabajadoras del sexo la prevalencia de VIH en La Ceiba fue 11.8%; 6.3% en San Pedro Sula; y 3.5% en Tegucigalpa. Estos datos son indicativos de una tendencia alarmante al incremento en la tasa del VIH en los grupos más afectados en el período de 2006 a 2012. Para los hombres que tienen sexo con hombres la tasa se duplicó, pasando de 6.9% a 14.3%; y aumentó considerablemente para las mujeres trabajadoras del sexo de 4.1% a 5.9%. (SESAL, 2013).

Tabla 3: Prevalencia del VIH y sífilis en HSH, 2006 y 2012

2012	Tegucigalpa			San Pedro Sula			La Ceiba			Total		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%
VIH 2012	260	24	9.2	265	43	16.2	146	29	19.9	671	96	14.3
VIH 2006	193	11	5.7	206	20	9.7	167	8	4.8	566	39	6.9
Sífilis	260	14	3.1	269	36	10.6	146	4	2.3	675	54	8.0
Sífilis activa	260	8	1.9	268	20	6.1	146	2	1.5	674	30	4.5

Fuente: ECVC, 2012.

Es de notar el alarmante incremento en la prevalencia del VIH en las mujeres trabajadoras del sexo en La Ceiba, la cual pasó de 1.9% en 2006 a 11.8% en 2012. En los hombres que tienen sexo con hombres se observa la cuadruplicación de la tasa de VIH en La Ceiba, de 4.8% a 19.9%; así como incrementos grandes en San Pedro Sula, de 9.7% a 16.2%; y en Tegucigalpa de 5.7% a 9.2%. La prevalencia sólo disminuye en las mujeres trabajadoras del sexo en Tegucigalpa, de 5.5% a 3.5%.

Tabla 4: Prevalencia del VIH y sífilis en MTS, 2006 y 2012; y sífilis, 2012

2012	Tegucigalpa			San Pedro Sula			La Ceiba			Total		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%
VIH 2012	603	21	3.5	608	38	6.3	203	24	11.8	1,414	83	5.9
VIH 2006	201	11	5.5	193	9	4.6	180	3.5	1.9	574	23.5	4.1
Sífilis	601	25	4.2	609	20	3.3	202	7	3.5	1,412	52	3.7
Sífilis activa	601	5	0.8	609	4	0.7	202	3	1.5	1,412	12	0.8

Fuente: ECVC, 2012.

Aún cuando el tamaño de las muestras requiere cautela en la interpretación de los datos, estos resultados claramente muestran que la epidemia de VIH en los hombres que tienen sexo con hombres y las mujeres trabajadoras del sexo está aumentando y que requiere urgentemente una respuesta más adecuada para estas poblaciones en mayor riesgo.

2.1.2 DISMINUCIÓN LEVE EN LA TASA DEL VIH DE LA POBLACIÓN GARÍFUNA

Los datos muestran que la prevalencia del VIH en la población garífuna disminuyó ligeramente de 4.5% en 2006 a 3.6% en 2012 (SESAL, 2013). En la Tabla 6 se observa además, una diferencia notable entre las zonas urbanas y rurales, con una prevalencia de 4.2% y 2.5%, respectivamente.

Tabla 5: Prevalencia del VIH y sífilis en la población garífuna, 2012

2012	Urbano						Rural					
	Hombres			Mujeres			Hombres			Mujeres		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%
VIH	136	6	4.5	242	10	4.3	89	1	1.7	147	5	4.9
Sífilis	119	4	-	239	12	-	89	2	-	147	8	-
Sífilis activa	119	1	-	239	5	-	0	0	-	0	0	-

Fuente: ECVC, 2012.

Como lo muestra la Tabla 6, la prevalencia del VIH en las mujeres garífuna (3.9%) es ligeramente más alta que en los hombres (3.1%) cuya diferencia está más marcada en las zonas rurales, con 3.4% en las mujeres y 1.1% en los hombres garífuna.

Tabla 6: Prevalencia del VIH en la población garífuna, 2006 y 2012

2012	Área						Sexo						Total
	Total Urbano			Total Rural			Total Hombres			Total Mujeres			
	N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%	
VIH 2006	-	-	4.4	-	-	4.6	-	-	-	-	-	-	4.5%
VIH 2012	378	16	4.2	236	6	2.5	225	7	3.1	389	15	3.9	3.6%

Fuente: ECVC, 2006 y 2012; SESAL, 2008 y 2013.

2.2 POBLACIONES CLAVE

2.2.1 HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES Y MUJERES TRANS

Los datos epidemiológicos más recientes muestran claramente que la población de hombres que tienen sexo con hombres sigue siendo una de las principales poblaciones clave en Honduras. La tasa del VIH en HSH en La Ceiba alcanzó el 20%, la más alta de todas las poblaciones clave (SESAL, 2013)..

2.2.1.1 Hombres que tienen sexo con hombres: conceptos clave

Una respuesta más efectiva a la prevención del VIH en HSH requiere una comprensión profunda de las características de los diferentes sub-grupos de esta población, así como de los factores y comportamientos que los ponen en condición de mayor vulnerabilidad de adquirir el VIH. Este grupo poblacional se constituye por sub-poblaciones muy diferentes, cada una con su propia orientación sexual, identidad de género, patrones de comportamiento sexual y por ende, riesgos específicos ante la infección por VIH. Por lo general, se han distinguido cuatro categorías de orientación sexual: heterosexual, homosexual (gay o lesbiana), bisexual y transexual. Varias encuestas en diferentes países del mundo sugieren que aproximadamente del 3% al 4% de los hombres y del 1% al 2% de las mujeres son exclusivamente homosexuales (Myers, 2007).

Es de notar, que la orientación sexual es diferente de la identidad de género. La identidad de género es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente; ésta puede corresponder o no con el sexo biológico. Mientras que la orientación sexual se refiere a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por persona de un género diferente al suyo, de su mismo género o de más de un género (ONUSIDA, 2012). En este sentido las mujeres trans, que común pero erróneamente son consideradas hombres que tienen sexo con hombres, no son hombres homosexuales, sino personas con una identidad de género femenina.

En general, los HSH se sienten “diferentes” de sus compañeros por primera vez a los 8 años de edad. A menudo no comienzan a revelar su orientación sexual a otros hasta la edad de 13. En estudios recientes, la edad promedio de revelar su orientación sexual a los padres ha oscilado entre 14 y 15 años a 18 y 19 (D’Augelli et al, 2006; Cruise et al, 2004; Savin-Williams, 2001).

Estas identidades sexuales y de género diferentes conllevan diferentes comportamientos sexuales y riesgos ante ITS y VIH. Los antecedentes sexuales de los HSH en el estudio ECVC del 2012 también muestran que más de la mitad (55.4%) de los hombres que tienen sexo con hombres han tenido relaciones sexuales con mujeres por lo menos alguna vez; y que un cuarto (23.5%) de los entrevistados tuvo su primera rela-

ción sexual con una mujer. Además, los datos muestran que un cuarto (24.7%) de los HSH encuestados están casados o viven en unión libre.

En este contexto, evidencia anecdótica de la comunidad de hombres que tienen sexo con hombres en Honduras¹ indica que muchos de ellos llevan una “vida doble”, por miedo al rechazo de la familia, la comunidad, la iglesia y la sociedad en general. Muchos de ellos eligen negar y ocultar su orientación sexual, esperando que vaya a desaparecer si la ignoran (Lutes, 2008). “Salir del closet/ropero” no es fácil, los hombres que tienen sexo con hombres y aún más las mujeres trans encuentran una estigmatización y discriminación fuerte por parte de la sociedad hondureña y sus instituciones, así como por sus familiares, compañeros de trabajo y amigos. Además, la violencia, inclusive asesinatos violentos, especialmente contra las mujeres trans ha aumentado considerablemente en los últimos años (Brown, 2009). Este ambiente de rechazo a las personas con orientación sexual o identidad de género diferente a la socialmente aceptada hace que muchos hombres que tienen sexo con hombres decidan llevar una vida “escondida”, aún encontrándose muchos de ellos casados y habiendo formado una familia.

Estas poblaciones de HSH ocultas son particularmente difíciles de alcanzar, lo cual es mostrado por el hecho que en el ECV de 2006 los hombres que tienen sexo con hombres casados con mujeres constituyeron apenas entre el 1% y 2% de la población investigada y por ende constituyen un grupo importante cuyas necesidades por lo general no se toman en cuenta en el marco de estudios y programas de prevención. Por lo tanto, sus comportamientos de riesgo no sólo afectan a la comunidad de HSH, sino que también pueden llevar a la transmisión del VIH a sus esposas o parejas estables femeninas, e inclusive a sus hijos.

Además de los hombres que tienen sexo con hombres que se autoidentifican como tal, en ciertas circunstancias y poblaciones específicas, tal como la población privada de libertad, el sexo entre hombres también ocurre entre hombres que se consideran heterosexuales, incluyendo relaciones sexuales forzadas. Se discutirán las características y la vulnerabilidad ante el VIH de las poblaciones transgénero y la población privada de libertad más en detalle abajo.

2.2.1.2 Condición de vulnerabilidad de las mujeres trans

Las mujeres transexuales (trans) son personas clasificadas como hombre por nacimiento, pero que se autoidentifican como mujer (Operario et al, 2008), o sea que su identidad de género es femenina. Estudios epidemiológicos internacionales han demostrado que las mujeres trans tienen un riesgo elevado de infección por VIH en comparación con la población general (Elifson et al, 1993; Gattari et al, 1992; Kellogg et al, 2001; Kenagy, 2002; Reback et al, 1999; Spizzichino et al, 2001; Varella et al, 1996). Factores asociados con el VIH en las mujeres trans

¹ Comunicación personal por informante clave de la comunidad hombres que tienen sexo con hombres; Tegucigalpa, 20 de julio 2013.

incluyen relaciones sexuales sin protección con parejas masculinas primarios, uso de drogas inyectadas, estigma social y ser parte de una minoría étnica (Clements-Nolle et al, 2001; Nemoto et al, 2004). Además, el trabajo sexual puede contribuir a la prevalencia del VIH en mujeres trans (Sausa et al, 2007).

Evidencia anecdótica de la comunidad de hombres que tienen sexo con hombres en Honduras² sugiere que la discriminación y el rechazo por parte de la sociedad afecta aún más a las mujeres trans que a los HSH, por ser más visibles que los últimos. Para el caso, la discriminación de las mujeres trans en el mundo de trabajo dificulta sus posibilidades de encontrar un empleo regular. En consecuencia, muchas mujeres trans se ven forzadas a ganarse la vida ejerciendo el trabajo sexual o tal como lo dicen informantes clave: "están condenadas a la calle" lo cual incrementa su vulnerabilidad de adquirir ITS y VIH, así como los riesgos ante la violencia y los crímenes de odio. Esto es corroborado por estudios en otros países, que sugieren que una gran proporción de mujeres transgénero se involucran en trabajo sexual, como consecuencia del estigma social y la discriminación en el empleo, que limitan las oportunidades para la generación de ingresos (Sausa et al, 2007; Nemoto et al, 2006; Clements et al, 1999).

Estudios internacionales han mostrado que las mujeres trans que ejercen el trabajo sexual se encuentran en condición de mayor vulnerabilidad ante diferentes condiciones adversas a la salud, incluyendo el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (Coan et al, 2005; Alexander, 1998; Ghys et al, 2001; Harcourt et al, 2005; Vandepitte et al, 2006). Algunos cofactores relacionados al VIH entre las trabajadoras del sexo incluyen solicitar clientes en la calle (a diferencia de trabajar en burdeles u otros sitios), las relaciones sexuales frecuentes con parejas cuyo estado serológico por VIH sea desconocido, el uso inconsistente del condón, un estado socioeconómico bajo, falta de una vivienda fija y dependencia en el consumo de drogas y alcohol (Vanwesenbeeck, 2001). Esto es confirmado por una investigación meta de 25 estudios de mujeres trans en diferentes países, que revela que son significativamente más vulnerables al VIH, con una tasa promedio de 14.7% en mujeres trans y 27.3% en mujeres trans trabajadoras del sexo. Los comportamientos de riesgo comunes incluyen niveles sustanciales de sexo anal receptivo sin protección, uso inconsistente del condón, parejas sexuales ocasionales múltiples y sexo en estado de intoxicación. Además, se observa la diferencia comparativa en la tasa del VIH en mujeres biológicas (no-trans) trabajadoras del sexo, la cual fue sólo del 4.5%. La investigación meta revela un riesgo cuádruple de las mujeres trans comparadas a las mujeres trabajadoras del sexo biológicamente femeninas (Operario et al, 2008).

2.2.1.3 Hombres Trabajadores Sexuales

Hasta la fecha, no se han realizado estudios específicos sobre hombres que ejerzan el trabajo sexual en Honduras. A diferencia de las mujeres

² Comunicación personal por informante clave de la comunidad hombres que tienen sexo con hombres; Tegucigalpa, 20 de julio 2013

trans, los hombres trabajadores sexuales son hombres con una identidad de género masculina y una orientación sexual homosexual (gay), bisexual (o aún heterosexual). Evidencia anecdótica de informantes de la comunidad de hombres que tienen sexo con hombres indica que los hombres trabajadores sexuales tienen clientes gay o bisexuales de 25 a 50 años de edad; mientras los clientes de las mujeres trans tienden a ser más jóvenes, de 18 a 30 años. Los clientes homosexuales o bisexuales de los hombres trabajadores sexuales incluyen también los hombres que tienen sexo con hombres “ocultos” o que “llevan una vida doble”, es decir los hombres que tienen sexo con hombres y que pueden estar casados con mujeres y tener hijos, y ocultando su orientación sexual de su familia y la comunidad. En este sentido, los clientes de los hombres trabajadores sexuales constituyen un posible “grupo puente” para la transmisión del VIH a las mujeres y a hijos/hijas en la población general. Más adelante se abordarán los comportamientos sexuales con parejas sexuales comerciales.

2.2.1.4 Conocimientos sobre el VIH y comportamientos sexuales de riesgo en HSH

Hasta la fecha, se han hecho muy pocos estudios acerca de la cultura sexual y los comportamientos de riesgo en los diferentes grupos de HSH. La mayoría de los estudios son cuantitativos y se limitan a comportamientos como el uso del condón y el número de parejas, sin proveer mayores detalles sobre el contexto social y (sub) cultural en que se presentan estos comportamientos. Por ende, no existe una comprensión profunda de los comportamientos sexuales relacionados con el mayor riesgo de VIH.

El ECVC de 2012 revela niveles muy altos de conocimiento (90-99%) sobre la transmisión del VIH, mostrando que existen niveles bajos de creencias equivocadas al respecto. Comparativamente, el nivel de conocimiento en este tema ha incrementado, pues en el ECVC de 2006, se observaban porcentajes entre 84% y 92% en las tres ciudades. Del mismo modo, hay un nivel relativamente alto de conocimientos acerca de las medidas de prevención del VIH (75-95%), aunque todavía falta mejorar el conocimiento en ciertas áreas (SESAL, 2013). Por otro lado, el nivel de conocimientos de los métodos de prevención del VIH era significativamente menor: el conocimiento correcto era bajo, con 4.7% en La Ceiba, 15.4% en San Pedro Sula y 23.4% en Tegucigalpa. En La Ceiba, dos terceras partes (64.4%) de los encuestados no tenían ninguna respuesta correcta a las cinco preguntas. Los conocimientos eran particularmente bajos respecto a la fidelidad a una sola pareja (37-48%) y de abstenerse de tener relaciones sexuales (32-44%) (SESAL, 2008a).

En parte, el gran incremento observado en el conocimiento de los métodos de prevención del VIH entre 2006 y 2012 puede atribuirse al impacto positivo de los programas de información y educación que se han realizado en los hombres que tienen sexo con hombres, incluyendo la estrategia de educación entre pares. Los niveles de conocimiento muy altos en 2012 podrían ser explicados en parte por diferentes métodos de investigación empleados y sesgos relacionados en ambos años, lo cual no permitiría la comparación de los datos.

En dos estudios de seguimiento (TRaC) de 2007 y 2009 en hombres que tienen sexo con hombres en cinco ciudades de Honduras, el porcentaje de HSH que mencionaron espontáneamente todas las maneras de prevenir la transmisión del VIH por vía sexual aumentó de 0.1% a 9.8%. Aun cuando la medición con base en el recuerdo individual de cada método de prevención bajó significativamente, el recuerdo sobre el uso del condón aumentó de un 93.0% a un 97.9% (PSI, 2009).

Los altos niveles de conocimiento pueden explicarse en parte por el hecho que una proporción considerable (21-47%) de los entrevistados pertenece a alguna organización de apoyo a hombres que tienen sexo con hombres y/o mujeres trans. Además, 23-31% de los participantes en el estudio participó en actividades comunitarias sobre VIH; y 43-55% recibió material impreso sobre VIH. Por eso, es posible que los participantes en el estudio ECVC de 2012 no sean representativos de la comunidad de HSH y que los niveles de conocimiento sean más bajos en subpoblaciones de hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans, tales como los HSH que ocultan su identidad sexual. A pesar de los niveles altos de conocimiento sobre la transmisión y la prevención del VIH, los resultados revelan la existencia de comportamientos de riesgo.

2.2.1.5 Prueba del VIH en HSH

Según los estudios TRaC de 2007 y 2009 el porcentaje de HSH que sabe dónde hacerse la prueba de VIH incrementó de 83.1% en 2007 a 90.4% en 2009. Luego, el porcentaje que efectivamente se hizo la prueba de VIH en los últimos 12 meses fue de 65.8% en 2009. El porcentaje de quienes recibieron sus resultados después de la prueba de VIH aumentó de 92.6% en 2007 a 98.5% en 2009 (PSI, 2009).

Tabla 7: Porcentaje de HSH y mujeres trans que se hicieron la prueba del VIH y que recibieron resultados en los últimos 12 meses

	Año	Tegucigalpa	San Pedro Sula	La Ceiba
Prueba del VIH voluntaria y recibieron resultado	2006	62.0%	61.9%	57.3%
	2012	67.2%	68.6%	60.2%

Fuente: ECVC, 2006 y 2012; SESAL, 2008b y 2013.

Como muestra la Tabla 7, el porcentaje de los hombres que tienen sexo con hombres que se hicieron la prueba del VIH y que recibieron los resultados en los últimos 12 meses aumentó ligeramente entre 2006 y 2012. En las tres ciudades principales, en 2006 este porcentaje estuvo entre 57.3% y 62%; mientras que en 2012 aumentó de 60.2% a 68.6%. (vea tabla 7).

2.2.1.6 Comportamientos sexuales de riesgo en HSH y mujeres trans

Los resultados del ECVC de 2012 revelan la existencia de comportamientos de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans, en cuanto al número de parejas sexuales tanto con las parejas estables, parejas ocasionales, como las parejas comerciales y el uso del condón.

2.2.1.6.1 Número de parejas sexuales

Según el ECVC 2012, la mayoría de los HSH y mujeres trans que respondieron tenían una pareja estable o menos en el último año, mientras que más de una tercera parte (36-39%) tenía dos o más parejas estables. Una proporción considerable (9%-32%) no tenía ninguna pareja estable en el último año. Además, la mayoría tenía 0-1 pareja estable en el último mes, mientras que una quinta parte (18%-19%) tenía dos o más parejas estables en el último mes. Además, se observa que una proporción considerable de los hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans tenía varias parejas sexuales ocasionales en el último año. La mayoría (52%-65% en las tres ciudades) tenía dos o más parejas ocasionales en el último año, mientras una minoría considerable (26%-36%) tenía dos o más parejas ocasionales en el último mes. Por otro lado, entre 19% y 30% indicó no haber tenido ninguna pareja ocasional en el último año; y 43%-50% no tuvo pareja ocasional en el último mes (SESAL, 2013).

2.2.1.6.2 Uso del condón con parejas estables y ocasionales

Los resultados (preliminares) del estudio ECVC de 2012 muestran que el uso consistente del condón varía mucho según el tipo de pareja; es menos frecuente con las parejas estables y más frecuente con las parejas ocasionales. Como se observa en la Tabla 8, un 54% reporta el uso consistente del condón con parejas estables en el último año; varía de 33% en La Ceiba a 55% en San Pedro Sula. En comparación, el 68% reporta el uso consistente del condón con parejas ocasionales en el último año, lo cual es significativamente más alto. El uso del condón con pareja estable en el último mes es más alto (62%) comparado al uso en el último año (53%), variando de 57% en Tegucigalpa y La Ceiba a 68% en San Pedro Sula. El uso del condón con parejas ocasionales (en el último mes) es aún más alto, 64% en Tegucigalpa a 74% en San Pedro Sula. El uso del condón fue aún más alto en la última relación sexual, observándose que un 68% reporta uso del condón en la última relación sexual con pareja estable (54.4% en La Ceiba, 61.1% en Tegucigalpa y 75.4% en San Pedro Sula). Para parejas ocasionales, estos porcentajes son más altos, entre 77% en Tegucigalpa y 83% San Pedro Sula (SESAL, 2013).

Al comparar, los resultados del ECVC de 2006 muestran que el uso del condón con parejas estables en la última relación sexual fue un poco más bajo (59.9%-61.7% en las tres ciudades). Con parejas ocasionales el uso del condón es comparable al año 2012, sólo que disminuyó considerablemente en La Ceiba de 93.1% en 2006 a 79.6% en 2012 (SESAL, 2008a).

En resumen, el uso del condón con parejas estables es significativamente menos frecuente en La Ceiba que en Tegucigalpa y San Pedro Sula (SESAL, 2013).

Tabla 8: Comparación del uso del condón por HSH y mujeres trans: pareja estable vs. pareja ocasional

	Tegucigalpa			San Pedro Sula			La Ceiba		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Uso consistente del condón con parejas estables – último año	206	108	51.5 (36.6-62.5)	178	107	54.2 (42.4-67.0)	69	29	33.2 (14.5-44.2)
Uso consistente del condón con parejas ocasionales – último año	177	119	66.0 (53.3-79.6)	181	130	72.4 (61.5-82.7)	71	41	49.6 (31.7-67.3)
Uso consistente del condón con parejas estables – último mes	155	95	56.5 (38.2-72.5)	148	97	68.4 (51.3-84.7)	56	29	57.1 (39.6-85.9)
Uso consistente condón en las relaciones sexuales con parejas ocasionales en el último mes	126	86	63.9 (33.4-78.7)	138	101	73.7 (58.7-85.7)	46	33	69.5 (32.3-91.9)
Uso del condón en última relación sexual con pareja estable	205	137	61.1 (45.7-72.9)	176	126	75.4 (61.6-86.3)	69	45	54.4 (38.5-75.3)
Uso del condón en última relación sexual con pareja ocasional	174	146	77.0 (64.3-92.3)	179	151	82.6 (72.7-90.3)	69	58	79.6 (63.2-97.1)

Fuente: SESAL, 2013.

2.2.1.6.3 Uso de lubricantes

En el ECVC de 2006 se observan niveles relativamente altos del uso de lubricantes; entre 68% y 74.2% indica haber utilizado lubricantes alguna vez. De ellos, la mayoría (64.5% a 78.0%) dice usarlo “siempre o casi siempre”. Estos hallazgos contrastan agudamente con evidencia anecdótica de informantes clave en 2013, que indica que “el lubricante no se utiliza por ser muy caro y poco accesible”. En este contexto, los resultados de varios estudios deben interpretarse con cautela, ya que es probable que sean afectados por respuestas socialmente deseables.

Los estudios TRaC de 2007 (n=561) y 2009 (n=596) en HSH en los departamentos de Choluteca, Comayagua, Atlántida, Cortés y Francisco Morazán muestran niveles altos del uso del condón en la última relación sexual con cualquier tipo de pareja; 85.3% (2007) y 89.2% (2009). Con parejas ocasionales incrementó de 83.3% (2007) a 94.4% (2009); y con parejas comerciales de 86.8% (2007) a 95.3% (2009), lo cual sugiere una mayor consciencia de uso del condón principalmente en relaciones con personas desconocidas. Además, el uso consistente del condón en los últimos 30 días con pareja ocasional y comercial fue mayor al 90% en 2009; mientras con pareja afectiva (estable) fue de 75.4%. La proporción que afirmó tener facilidad para usar condón todas las veces aumentó significativamente de un 42.0% en 2007 a un 57.3% en 2009.

El análisis de los resultados de los estudios TRaC reveló que la probabilidad de que los hombres que tienen sexo con hombres usen condón durante la última relación sexual con cualquier pareja aumenta entre quienes reportan sexo de tipo comercial; y quienes han estado expuestos a mensajes educativos de televisión. Además, el uso consistente del condón aumentó en la percepción de disponibilidad de condones y la percepción de que es fácil usar un condón todas las veces (PSI, 2009). Aunque el uso reportado del condón con los diferentes tipos de pareja (estable u ocasional) y en diferentes períodos (último año, mes, último contacto) es relativamente alto, los resultados deben ser interpretados con cautela, ya que es posible una tendencia en las personas encuestadas en ofrecer “respuestas socialmente deseables”, es decir respuestas que el encuestado/a piensa son “buenas” (uso consistente del condón) y que el entrevistador “quiere oír”; sobre todo en el caso de participantes que son miembros de organizaciones de apoyo a hombres que tienen sexo con hombres o mujeres trans y cuando han sido expuestos a mensajes educativos sobre VIH.

Los resultados preliminares del ECVC 2012 indican un aumento considerable de la tasa del VIH en hombres que tienen sexo con hombres desde el 2006, lo cual revela la persistencia de comportamientos de alto riesgo en HSH y mujeres trans.

2.2.1.6.4 Uso del condón durante el trabajo sexual

Los resultados del ECVC 2012 revelan que un porcentaje considerable (34%) de los hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans han recibido dinero alguna vez a cambio de relaciones sexuales. Más de la mitad de ellos estuvo involucrado en sexo pagado por más de 6 meses y una proporción considerable por más de tres años. La frecuencia con la que algunos HSH y mujeres trans ejercen el trabajo sexual revela que para ello esta es una fuente regular de ingresos. Los tipos de servicios sexuales prestados por dinero más frecuentes incluyen sexo anal penetrativo (activo), sexo anal receptivo (pasivo) y sexo oral.

Es de notar que la mayoría de los HSH trabajadores del sexo tienen clientes cada semana, con una proporción considerable de más de cuatro clientes por semana. Casi el 100% de los hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans con parejas comerciales reportan el uso del condón en el último contacto sexual con cliente. También un alto porcentaje (87%-100%) reporta el uso consistente del condón con clientes en el último mes, sin embargo este porcentaje es significativamente menor por el uso consistente del condón en el último año (57%-91%).

Es posible que estos altos porcentajes estén inflados, reflejando sobre-reportaje del uso del condón a causa de “respuestas socialmente deseables” por parte de las personas encuestadas; por tanto el porcentaje real sería más bajo. Estos datos deben interpretarse con cautela en vista que se requiere mayor investigación para verificar la fiabilidad de los resultados.

Tabla 9: Características del trabajo sexual en HSH y mujeres trans, por ciudad

	Tegucigalpa			San Pedro Sula			La Ceiba		
	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)	N	n	% (95% IC)
Alguna vez en la vida recibió dinero a cambio de relaciones sexuales - p901=1	249	65	14.6 (9.3-22.9)	243	115	34.7 (26.1-46.0)	128	30	19.6 (6.9-30.5)
Edad de la primera vez que recibió dinero a cambio de relaciones sexuales - p902c									
17 años o menos	61	25	40.8 (11.3-70.5)	107	56	55.1 (33.6-77.3)	29	11	85.2 (55.3-100)
18 años o más		36	52.9 (29.9-88.6)		51	44.9 (22.6-66.9)		18	14.8 (0.0-44.4)
Tiempo en el cual recibió o ha recibido dinero a cambio de relaciones sexuales									
Menos de 6 meses	56	32	52.3 (30.1-76.2)	106	44	44.1 (18.7-59.6)	27	9	0.0
De 6 meses a 3 años		12	29.0 (8.1-62.9)		17	13.1 (4.1-29.9)		8	0.0
Más de 3 años		12	18.7 (0.4-32.2)		45	42.8 (28.9-65.4)		10	100 (100-100)
Número de días que recibió dinero a cambio de relaciones sexuales									
7 días o menos	26	21	100 (100-100)	82	37	62.3 (35.7-80.4)	16	11	68.7 (37.5-94.6)
8 días o más		5	0.0		45	37.7 (19.2-64.4)		5	31.3 (5.4-62.5)
Uso consistente del condón en las relaciones sexuales a cambio de dinero en el último año	28	22	60.8 (71.9-100)	85	68	90.6 (88.1-99.6)	16	11	57.3 (0.0-0.0)
Uso consistente de condón en las relaciones sexuales a cambio de dinero en el último mes	20	17	100 (100-100)	68	55	95.4 (90.8-100.0)	14	12	86.8 (0.0-0.0)
Uso condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con cliente	27	26	100 (100-100)	85	83	100 (0.0-0.0)	16	16	100 (100-100)
Número de clientes con los que tiene relaciones sexuales a cambio de dinero en una semana									
0	25	5	0.0 (100-100)	80	14	18.5 (4.5-32.1)	14	3	0.0 (0.0-0.0)
Entre 1 y 3		13	58.8 (4.0-100)		22	42.8 (9.7-70.2)		7	100 (100-100)
Más de 4		7	41.2 (0.0-96.0)		44	38.8 (16.3-76.2)		4	0.0 (0.0-0.0)
Cantidad de dinero que recibió la última vez que tuvo relaciones sexuales a cambio de dinero									
HNL 200 o menos (USD10 o menos)	28	1	51.0 (100-100)	82	15	18.7 (5.6-44.8)	16	0	0.0
De HNL 201 a HNL500 (De USD10 a USD25)		12	27.1 (0.0-0.0)		28	21.9 (9.0-42.6)		7	52.7 (0.0-76.9)
HNL501 o más (USD25 o más)		15	21.9 (0.0-0.0)		39	59.4 (28.5-77.5)		9	47.3 (23.1-100)

Fuente: ECVC, 2012; SESAL, 2013.

2.2.1.6.5 Tasa del VIH e ITS en HSH

Desde el 2006 y según señala el ECVC 2012, ha habido un incremento significativo en la prevalencia del VIH en hombres que tienen sexo con hombres. Ésta aumentó en Tegucigalpa de 5.7% a 9.2%; en San Pedro Sula de 9.7% a 16.2%; y en La Ceiba de 4.8% a 19.9%. Además, los resultados revelan tasas de sífilis entre 2.7% (La Ceiba) y 13.4% (San Pedro Sula).

Tabla 10: Tasa del VIH en HSH, 2006 y 2012

2012	Tegucigalpa			San Pedro Sula			La Ceiba			Total		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%
VIH 2012	260	24	6.9	259	43	10.7	146	29	11.7	671	96	14.3
VIH 2006	193	11	5.7	206	20	9.7	167	8	4.8	566	39	6.9
Sífilis 2012	260	14	5.4	269	36	13.4	146	4	2.7	675	54	8.0
Sífilis activa 2006	260	8	3.1	268	20	7.5	146	2	1.4	674	30	4.5

Fuente: ECVC, 2006 y 2012; SESAL, 2013.

2.2.2 MUJERES TRABAJADORAS DEL SEXO

Los resultados de los estudios ECVC en mujeres trabajadoras del sexo (MTS) en 2006 y 2012 revelan las prácticas y factores que llevan a una condición de mayor vulnerabilidad ante la infección por VIH en este grupo. En esta sección se presentan los datos principales de ambos estudios.

2.2.2.1 Conocimientos sobre VIH y comportamientos sexuales de riesgo en MTS

Tabla 11: Conocimiento adecuado sobre las vías de transmisión y medidas de prevención del VIH en MTS, 2006 y 2012

		TGU	SPS	LCE
Conocimiento adecuado sobre vías de transmisión y medidas de prevención	2006	40.1	17.7	11.3
	2012	50.5	34.6	34.8

Fuente: ECVC 2006 y 2012; SESAL, 2013.

La Tabla 11 muestra el nivel de conocimientos adecuados sobre las formas de prevención y transmisión del VIH, el cual evidencia que proporción de MTS con conocimiento adecuado sobre las vías de transmisión y medidas de prevención del VIH es relativamente baja con 47.3%. En Tegucigalpa (51%) el nivel es más alto que en San Pedro

Sula y La Ceiba (ambos 35%). Sin embargo, al hacer la comparación con los resultados del 2006 se observa un aumento significativo en las tres ciudades entre un 10% y 23%, especialmente en San Pedro Sula y La Ceiba, donde subió por más de 23%.

2.2.2.2 Prueba del VIH en MTS

Los resultados del ECVC 2012 muestran que alrededor del 80%, de las mujeres trabajadoras del sexo se realizaron la prueba de VIH alguna vez en Tegucigalpa y San Pedro Sula, mientras que en La Ceiba casi el 93% se hizo la prueba alguna vez. La Tabla 12 presenta los porcentajes de MTS que se realizaron la prueba del VIH de forma voluntaria y que conocieron los resultados en tres ciudades en 2006 y 2012. Es notable la disminución de las mujeres trabajadoras del sexo que realizaron la prueba y conocieron el resultado en los últimos 12 meses.

La práctica de realizarse la prueba de VIH es mucho mayor en las mujeres trabajadoras del sexo que en las mujeres de la población general en edad fértil. Al comparar los datos de la ENDESA 2005-2006, en el ámbito nacional, solamente 26.7% de las mujeres en edad fértil han realizado la prueba de VIH (SESAL et al, 2006). Los resultados de la ENDESA de 2011-2012 muestran un incremento (47.6%) en el porcentaje de mujeres que se han realizado la prueba de VIH (SESAL et al, 2013).

Tabla 12: MTS que se hicieron la prueba voluntaria del VIH y que recibieron resultados, 2006 y 2012

	Año	Tegucigalpa	San Pedro Sula	La Ceiba
Se realizaron la prueba del VIH de forma voluntaria alguna vez	2012	82.2%	79.9%	92.8%
Prueba voluntaria de VIH y recibieron resultado (% 2012 sólo prueba), últimos 12 meses	2006	81.5%	83.5%	67.7%
	2012	62.9 (sólo prueba)	46.6 (sólo prueba)	56.0 (sólo prueba)

Fuente: ECVC, 2006 y 2012; SESAL, 2008b y 2013.

2.2.2.3 Comportamientos sexuales de riesgo en MTS

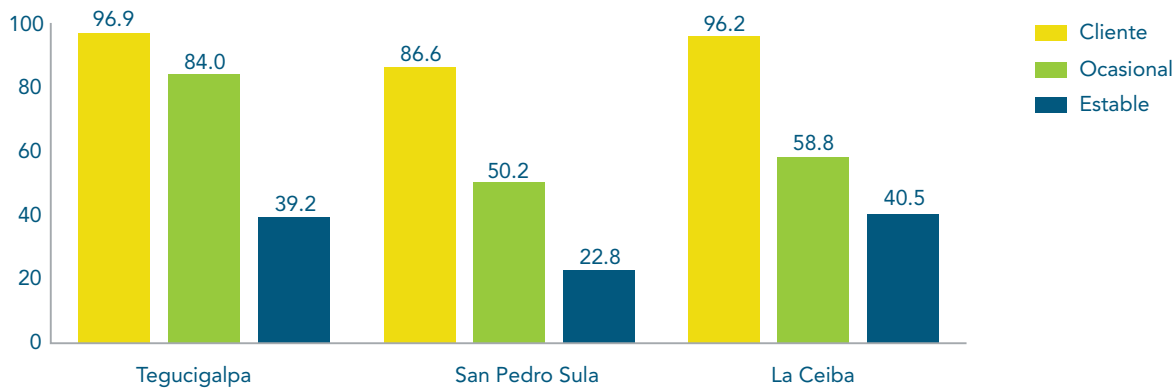
La proporción de trabajadoras del sexo de 18 y 19 años fue de 21.0% para San Pedro Sula y La Ceiba, y de 15.2% y 10.6% en Comayagua y La Ceiba, respectivamente. Es de conocimiento general que en las cuatro ciudades existen mujeres trabajadoras del sexo difíciles de identificar, tales como las “prepagos” o las niñas víctimas de explotación sexual. Precisamente, una limitante importante del presente estudio fue no poder incluir datos sobre niñas víctimas de explotación sexual. Estos grupos no pueden alcanzarse con servicios regulares para las mujeres trabajadoras del sexo, por ello esto debe tomarse en cuenta en el diseño de las intervenciones de prevención del VIH.

2.2.2.3.1 Uso del condón por MTS

Según el ECVC 2006, en general en todas las ciudades el uso del condón en la última relación sexual con las parejas estables fue de 37.8% a 54.2% (Comayagua); el indicador más bajo comparado con los demás tipos de pareja. Como se muestra en la Tabla 13 al comparar los datos de 2006 con los de 2012, se observa que el uso de condón con pareja estable tuvo una disminución significativa, sobre todo en San Pedro Sula con un 20.3% (de 43.1% a 22.8%). Estos resultados parecen indicar que con el tiempo, las mujeres trabajadoras del sexo consideran el uso del condón con su pareja estable menos importante. En cuanto al uso de condón en la última relación sexual con parejas ocasionales, no existe un patrón claro en las tres ciudades. Se observa que el uso ha aumentado significativamente en Tegucigalpa (de 68.7% a 84.0%), mientras que ha disminuido en San Pedro Sula (de 72.0% a 50.2%) y La Ceiba (de 62.0% a 58.8%).

En ambos años, se reporta un aumento del registro de utilización del condón en la última relación sexual con clientes (regulares), más que con parejas estables u ocasionales. Se observa un leve aumento en La Ceiba (de 78.7% a 86.4%); se mantuvo en el mismo nivel en Tegucigalpa; y bajó levemente en San Pedro Sula (de 86.6% a 84.4%). Estos resultados indican que las mujeres trabajadoras del sexo siempre consideran importante usar el condón con los clientes.

Gráfico 4: Uso del condón en última relación sexual en MTS según tipo de pareja, por ciudad, 2012



Fuente: ECVC, 2012; SESAL, 2013.

La Tabla 13 presenta datos sobre el uso del condón con diferentes tipos de pareja (regular, ocasional y clientes) según el último contacto sexual, el último mes y el último año.

Tabla 13: Uso de condón por tipo de pareja, por período y por ciudad, 2012

Tipo de pareja	Período	Tegucigalpa	San Pedro Sula	La Ceiba
Pareja regular	Último contacto	39.2%	22.8%	40.5%
	Último mes	22.4%	15.1%	30.4%
	Último año	25.6%	18.3%	32.2%
Pareja ocasional	Último contacto	84.0%	50.2%	58.8%
	Último mes	79.4%	47.8%	44.2%
	Último año	80.3%	52.5%	64.1%
Cliente	Último contacto	95.9%	84.4%	86.4%
	Último mes	92.2%	78.8%	83.1%
	Último año	88.3%	75.5%	79.8%

Fuente: ECVC, 2012; SESAL, 2008b y 2013.

La comparación revela que el uso del condón es más frecuente con clientes (en general es superior al 75%), menos frecuente con parejas ocasionales (entre 45% y 84%) y aún menos con las parejas regulares (entre 15% y 40%). La misma tendencia fue observada en los resultados del ECVC 2006. Esto es indicativo de que todavía hay que reforzar el uso del condón con las parejas regulares, ya que las mujeres trabajadoras del sexo tienen un alto riesgo de contraer el VIH y transmitirlo a sus parejas sexuales, incluyendo a las parejas regulares.

2.2.2.3.2 Tasa del VIH e ITS en MTS

Desde inicios de la epidemia, se han realizado estudios sobre las MTS como población clave, incluyendo estudios de prevalencia del VIH e ITS. La Tabla 14 presenta los resultados de los diferentes estudios por ciudades.

Tabla 14: Estudios de prevalencia del VIH en trabajadoras del sexo en Honduras, 1989-2001

Año	Tegucigalpa % (n)	San Pedro Sula % (n)	Comayagua % (n)	La Ceiba % (n)	Puerto Cortés % (n)
1989	5.5 (271)	19.8 (247)	-	-	-
1991	-	14.0	113.0 (349)	-	-
1992	-	16.3	-	-	-
1993	-	12.5	12.0 (60)	-	-
1994	-	12.1	-	-	-
1995	-	20.5	-	-	-
1996	8.0	14.5	-	-	-
1998	12.5	14.1	3.0	7.0	6.0
2001	8.1	13.0	-	-	-
2006	5.5	4.6	-	4.1	-
2012	3.3 (601)	6.7 (606)	-	15.3 (202)	-

Fuente: SESAL, 2008b.

Tabla 15: Prevalencia del VIH en MTS, 2006 y 2012

	Tegucigalpa			San Pedro Sula			La Ceiba			Total		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%
VIH 2012	601	21	3.3	606	38	6.7	202	24	15.3	1414	83	5.9
VIH 2006	201	11	5.5	193	9	4.6	180	3.5	1.9	574	23.5	4.1

Fuente: ECVC, 2006 y 2012; SESAL, 2013.

El primer estudio en 1989 en Tegucigalpa y San Pedro Sula mostró una diferencia marcada entre las dos ciudades, con tasas del VIH de 5.5% en Tegucigalpa y 19.8% en San Pedro Sula. Entre 1991 y 1996 se realizaron seis estudios de prevalencia a través de la vigilancia centinela en mujeres trabajadoras del sexo en el CESAMO Miguel Paz Barahona de San Pedro Sula; los resultados de este período muestran que la tasa de VIH no se disminuyó, manteniéndose relativamente estable entre 12.5% (1993) y 16.3% (1992) con un pico de 20.5% en 1995. En 1998 se hizo un estudio exploratorio transversal a través de un muestreo por conveniencia, el cual reportó una tasa nacional de 9.9% con tasas específicas por ciudades entre 3.0% en Comayagua y 14.1% en La Ceiba. Este fue el único estudio realizado en Puerto Cortés, presentando una tasa de 6.0% en mujeres trabajadoras del sexo.

El ECVC de 2006 y los resultados preliminares del ECVC 2012 muestran tasas de VIH en las mujeres trabajadoras del sexo de 5.5% y 3.3% en Tegucigalpa; 4.6% y 6.7% en San Pedro Sula; y 4.1% y 15.3% en La

Ceiba, respectivamente (SESAL, 2013). Vale mencionar que no es fácil comparar los resultados de estos estudios por tener diferentes metodologías. Aún así, parece existir una tendencia de disminución de la tasa de VIH en los últimos 10 años (2001, 2006, 2012) en las ciudades de Tegucigalpa (8.1%, 5.5% y 3.5%) y San Pedro Sula (13.0%, 4.6% y 6.6%). No obstante, la prevalencia del VIH aumentó significativamente en La Ceiba entre 2006 y 2012 (SESAL, 2013).

2.2.2.3.3 Diferencias significativas entre MTS en sitios permanentes y ambulantes

En 2006, el análisis de los resultados del ECVC reveló que las trabajadoras del sexo que buscan a sus clientes en la calle tenían tasas de VIH mayores en comparación con las que trabajan en lugares fijos, indicando que se encuentran en condición de mayor vulnerabilidad ante la infección por VIH u otras ITS. La Tabla 16 muestra un desglose de los resultados del ECVC de 2006 según el lugar de trabajo. Los datos muestran una diferencia muy marcada en la prevalencia del VIH de MTS que trabajan en sitios permanentes (burdeles, casas de cita, salas de masaje, bares y night clubs) comparada con las que trabajan en sitios ambulantes (calles, hoteles, casas de huéspedes).

En Tegucigalpa la tasa del VIH de MTS en sitios permanentes fue 2.8% comparada con 10.8% en sitios ambulantes. Asimismo, las tasas eran 5.3% y 10.7% en San Pedro Sula; y 0.9% y 3.2% en La Ceiba. Estos datos claramente revelan una condición de mayor vulnerabilidad ante el VIH para las mujeres trabajadoras del sexo que trabajan en la calle y otros sitios ambulantes.

Tabla 16: Prevalencia del VIH en MTS, según sitio de trabajo y ciudad, 2006

Sitio de trabajo	Tegucigalpa %(n)	San Pedro Sula %(n)	La Ceiba % (n)	Comayagua %(n)
Permanente (burdel, casa de citas, sala de masaje, bar y night club)	2.8% (n=76)	5.3% (n=132)	0.9% (n=111)	0% (n=81)
Ambulante (calle, hotel, casa de huéspedes)	10.8% (n=125)	10.7% (n=61)	3.2% (n=69)	0% (n=125)

Fuente: ECVC, 2006; SESAL, 2008b.

2.2.3 MUJERES Y HOMBRES GARÍFUNA Y AFROHONDUREÑOS

En 1998 se realizó un estudio de seroprevalencia del VIH que incluyó a la población afrohondureña (SESAL, 1999). Los resultados mostraron una prevalencia del VIH de 8.4%, de sífilis activa de 1.6%, y de hepatitis B de 29.4%. Otros hallazgos incluyeron un promedio de 1.4 parejas durante los últimos seis meses y el hecho de que dos tercios nunca utilizaron el condón con sus parejas sexuales estables. Además, el 18% de los hombres garífuna reportó haber tenido relaciones sexuales con trabajadoras del sexo. A partir de esta información, se ha identificado a la población garífuna como una población en condición de mayor vulnerabilidad ante el VIH. Estudios posteriores encontraron resultados similares.

Según estudios recientes, un cálculo conservador clasifica al 6% de los hondureños como población indígena, y otra estimación con base en un conteo por municipios lo refiere en 12.8%, lo que en cifras absolutas llega a casi 500,000 personas (Gleich et al, 1999). Proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras estimaron que en 2007 habían alrededor de 57,608 garífunas en Honduras (INE, 2001). La ENDESA de 2005 estimó alrededor de 113,054 garífunas (SESAL et al, 2006). Además, otros 50,000 a 100,000 garífunas hondureños viven en los Estados Unidos, especialmente en Nueva York. La Tabla 17 presenta un resumen de estimaciones de la población garífuna en Honduras entre 1996 y 2007.

Tabla 17: Estimaciones de la población garífuna en Honduras, ECV 2006

Años	1996	1998	1999	2001	2002	2005	2007
Fuentes	Estimación Barahona Rivas	Estimación Ortiz; Banco Mundial	Estimación Flores; Banco Mundial	Censo Nacional	Estimación Chapín	ENDESA	Proyecciones INE
Cantidad de Garífunas	98,000	200,000	200,000	46,448	200,000	113,054	57,608
Población total	-	-	-	6,076,885	-	-	-

Fuente: SESAL, 2008.

2.2.3.1 La cultura familiar y las relaciones entre hombres y mujeres garífuna y afrohondureños

Los estudios de vigilancia de comportamientos sexuales y de prevalencia del VIH e ITS en 2006, y recientemente en 2012, revelan la presencia de comportamientos de riesgo y tasas de VIH e ITS elevadas en la población garífuna y afrohondureña. Estos comportamientos de riesgo están arraigados en patrones culturales caracterizados por una sociedad matrifocal, con linaje familiar determinado por la madre, más que el padre. En este contexto, las mujeres tienden a tener hijos sin tener una relación permanente o legal con el padre de los niños, en donde el matrimonio legal ocurre en una minoría de los hogares garífunas (Matthei et al, 2008).

En el pasado, los hogares a menudo tenían tres generaciones de mujeres. Hoy en día, sólo se encuentran las generaciones más jóvenes y más viejas, puesto que las mujeres de edad laboral suelen dejar sus hogares para buscar empleo en las principales ciudades de Honduras, Centro América o los Estados Unidos, más a menudo en la industria textil o como empleadas domésticas (Matthei et al, 2008). Durante su estadía fuera de la familia dejan el cuidado de sus hijos a los abuelos. También existe mucha migración laboral de los hombres garífuna y afrohondureños a otras partes de Honduras, los países vecinos y los Estados Unidos. En consecuencia, muchos hogares garífunas están encabezados por la madre o la abuela (Matthei et al, 2008).

2.2.3.2 Comportamientos sexuales y el riesgo de VIH e ITS en la población garífuna

Los pocos estudios que existen sobre los comportamientos sexuales de la población garífuna sugieren que patrones de múltiples relaciones sexuales son comunes en hombres y mujeres garífunas. Un informe de la OPS mostró que 40% de los hombres y 13% de las mujeres garífunas hondureños reportaron relaciones sexuales con dos o más parejas en los últimos seis meses (OPS et al, 2001). Otro estudio en Honduras reveló que un tercio de los hombres garífunas sexualmente activos reportó más de una pareja sexual en el último año (García et al, 2000). Un estudio en jóvenes en Belice entre 13 y 17 años de edad, de los que 10% eran garífunas, mostró que 40% reportó haber tenido tres o más parejas sexuales hasta la fecha (Kinsler et al. 2004). Estos hallazgos sugieren que un patrón de parejas múltiples se establece a una edad temprana.

2.2.3.3 Múltiples relaciones simultáneas

Un estudio cualitativo en la comunidad garífuna de Las Espinas mostró un alto nivel de conocimientos adecuados sobre la transmisión del VIH, pero al mismo tiempo evidenció la presencia de creencias con respecto a “parejas confiables” y de patrones culturales de múltiples relaciones sexuales simultáneas (MRS) entre hombres y mujeres (Stansbury et al, 2004). Estas MRS se caracterizan por el traslape de parejas, es decir una o ambas parejas en una relación tienen otras relaciones sexuales, mientras que al mismo tiempo continúan teniendo relaciones sexuales con la primera pareja (Adimora et al., 2002; Morris, 2008). Estudios de simulación MRS han demostrado que las personas con múltiples relaciones simultáneas pueden transmitir el VIH y/o ITS a sus diferentes parejas al mismo tiempo (Morris 2008). La práctica de MRS ha sido asociada con la transmisión de ITS, incluyendo la sífilis, la clamidia, la gonorrea y las ITS bacterianas (Koumans et al, 2001; Castor et al., 2002; Potterat et al, 1999; Rosenberg et al, 1999; Drumright et al, 2004).

Un estudio en tres comunidades garífunas en Belice reveló la presencia generalizada de múltiples relaciones simultáneas entre hombres y mujeres (de 15 a 50 años) las cuales aceleran la propagación del VIH a través de redes sexuales (Buszin et al, 2009 y 2012). Los resultados revelaron la práctica común de tener múltiples relaciones simultáneas y tasas de ITS elevadas. La mitad reportó múltiples parejas en el último mes; 59% de los hombres y 33% de las mujeres. Así los hombres eran

casi dos veces más probables de tener más de una pareja en el último mes que las mujeres. El promedio de parejas sexuales fue de cuatro para los hombres y de dos para las mujeres. Además, se observaron más MRS en las personas solteras, quienes reportaron casi cinco (4.9) parejas en los últimos 30 días, mientras ese número fue 1.8 para las personas casadas. El dato revela que las personas casadas también tienen múltiples parejas simultáneas. A pesar de tener múltiples relaciones simultáneas, sólo un 50% reportó el uso consistente del condón con pareja ocasional en los últimos 30 días, mientras que sólo el 12% reportó haber utilizado el condón con cualquier tipo de pareja.

Un porcentaje de 41% reportó la presencia de una ITS en el último año; casi la mitad (48%) de los hombres y un cuarto (24%) de las mujeres. Se observó una relación estrecha entre la presencia de ITS y la práctica de MRS. En este sentido, las personas que habían tenido una ITS en el último año fueron 4.7 veces más probables de encontrarse en una relación sexual múltiple. A pesar de la presencia generalizada de factores de riesgo (MRS, poco uso del condón, ITS) muy pocas personas se consideraron en riesgo de contraer el VIH.

Los resultados de estos estudios en poblaciones garífunas de Honduras y la región revelan la presencia de factores culturales, comportamentales y actitudinales que contribuyen a altos niveles de riesgo de adquirir VIH y otras ITS. Los resultados del ECVC de 2012 que se presentan a continuación confirman la vulnerabilidad de los hombres y mujeres garífunas, y enfatizan la importancia de redoblar los esfuerzos de prevención del VIH en esa comunidad.

2.2.3.4 Migración local e internacional

Además de los patrones socioculturales y comportamentales mencionados, el factor de migración laboral y movimiento transnacional contribuye a aumentar la vulnerabilidad ante el VIH en la comunidad garífuna (Stansbury et al, 2004). La migración local e internacional por parte de la población garífuna constituye un factor de riesgo ante el VIH importante (Duran Baron, 2010; The World Bank, 2006).

Muchas personas garífunas, sobre todo los hombres, han migrado no sólo hacia ciudades como La Ceiba y San Pedro Sula, sino también a ciudades en EEUU como Nueva York y Los Ángeles en búsqueda de empleo, mientras otros trabajan en cruceros o barcos de pesca (Gould, 2013). Esta migración laboral ayuda a la comunidad garífuna, al enviar remesas a sus familias en Honduras, pero también puede contribuir a la propagación de la epidemia del VIH. Varios factores como la separación de la familia, la soledad, la pobreza y el estatus de persona indocumentada aumentan la vulnerabilidad ante VIH de los migrantes en general, tanto de los hombres como las mujeres. La investigación sugiere que los migrantes ajustan su comportamiento sexual al adaptarse a nuevos entornos sociales, culturales y económicos. Existe evidencia que los migrantes tienden a tener más parejas sexuales, en gran parte debido a problemas de exposición, cambios en el contexto social y menor control social (Buckley, 2005).

Los hombres garífunas a menudo salen de sus hogares por muchos meses y pueden tener relaciones sexuales con parejas ocasionales, incluyendo trabajadoras del sexo. Así, algunos regresan a sus comunidades con VIH sin saberlo y tienen relaciones sexuales sin protección con parejas estables u ocasionales en la comunidad garífuna (Duran Baron, 2010; Gould, 2013). Además, las mujeres que se quedan en sus comunidades pueden tener relaciones ocasionales con otros hombres, lo cual también puede contribuir al riesgo de infección por VIH.

2.2.3.5 Conocimientos, actitudes, normas y comportamientos sexuales relacionados al VIH y sida en la población garífuna y afrohondureña

La Tabla 18 muestra los resultados del ECVC de 2012 en donde se observa un nivel alto de conocimientos correctos sobre las formas de prevención y transmisión del VIH (índice de preguntas clave) en la población garífuna. En el área urbana más de 80% de los hombres y las mujeres garífunas tienen conocimientos adecuados sobre VIH. En el área rural el nivel de conocimientos es más bajo, con 66% en los hombres y 73% en las mujeres. La comparación de estos resultados con los de 2006 revela que los niveles de conocimiento en la población garífuna han aumentado significativamente. También se observa que el nivel de conocimientos en la población garífuna es significativamente más alto que en las demás poblaciones clave (HSH, mujeres trans y MTS) por ser los otros más difíciles de alcanzar con programas de información y educación.

Tabla 18: Conocimientos adecuados sobre las vías de transmisión y medidas de prevención del VIH en población garífuna por sexo y área, 2012

	Año	Urbano		Rural	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Conocimiento adecuado en la población garífuna	2012	80.9%	81.6%	65.9%	72.6%

Fuente: SESAL, 2008c y 2013.

2.2.3.6 La importancia relativa de los conocimientos: el impacto de la situación socioeconómica, actitudes y normas sociales en comportamientos de riesgo y de protección

Aunque los conocimientos adecuados son una precondition para evitar riesgos de transmisión del VIH, no son suficientes para llevar a comportamientos saludables consistentes. En este contexto, otros estudios en la población garífuna han encontrado actitudes y normas sociales que inciden en los comportamientos de protección clave, tal como el uso consistente del condón.

Un estudio realizado en 2010-2011 en jóvenes (de 15 a 25 años) en cuatro comunidades garífunas de los departamentos de Atlántida y Colón, encontró que los jóvenes manejan información suficiente y adecuada sobre VIH e ITS, formas de transmisión, consecuencias, pronóstico y formas de prevención (PASMO, 2011). También la disponibilidad del condón fue adecuada. Sin embargo, el estudio reveló que la información de VIH y otras ITS llega a ellos después de haber tenido su primera relación sexual, la que muchas veces es a una edad temprana, entre los 11 y 13 años de edad. Por lo tanto, los más jóvenes carecen de información pertinente y adecuada que les permita tomar decisiones informadas en el momento del primer contacto sexual.

Además, se encontró que el uso del condón se percibe como una alternativa y no como la norma de comportamiento. Otro hallazgo fue que la carencia de experiencia práctica es una barrera para el uso de condón, ya que temen ponerse en ridículo ante la pareja debido a su falta de habilidad. Además, se percibe que el condón reduce el estímulo y arruina el momento, por lo que prefieren en algunos casos no hacer uso del condón. Otros aspectos que inciden en el uso consistente del condón incluyen la baja percepción de riesgo con parejas estables y la autoestima de los jóvenes garífunas. Las condiciones socioeconómicas estructurales de las comunidades garífunas dificultan el trabajo de prevención. La falta de oportunidades de empleo y de generar ingresos económicos tiene un impacto negativo en la autoestima individual y colectiva de los jóvenes garífunas, y no estimula que se responsabilicen por asumir conductas saludables.

En este contexto, el sexo transaccional y las relaciones sexuales transgeneracionales entre jóvenes y adultos, en donde las relaciones de poder son desiguales y hay poca posibilidad de negociación de protección ante VIH, contribuyen a la vulnerabilidad ante el VIH e ITS. Además, la violencia y el abuso sexual constituyen un problema mayor que no permite a las mujeres protegerse de una posible infección por VIH. En consecuencia, los programas de prevención del VIH no pueden ser exitosos si se implementan de manera aislada, sin tomar en cuenta la realidad de vida de la población garífuna y sobre todo la población joven que es sexualmente más activa.

2.2.3.7 Prueba del VIH en la población garífuna

Tabla 19: Porcentaje de población garífuna que se hizo la prueba voluntaria del VIH y que recibieron resultados, 2006 y 2012

Prueba voluntaria de VIH	Año	Hombres	Mujeres	Total
Alguna vez en la vida	2006	46.0	62.0	55.0
	2012	48.7	79.5	-
En los últimos 12 meses	2006	N/A	N/A	N/A
	2012	25.0	42.1	-
Prueba voluntaria de VIH	Año	Urbana	Rural	Total
Alguna vez en la vida	2006	57.2	47.7	54.7
	2012	-	-	-
En los últimos 12 meses	2006	N/A	N/A	N/A
	2012	-	-	-

Fuente: SESAL, 2008c y 2013.

Como se observa en la Tabla 20, los resultados de los estudios ECVC de 2006 revelan que la práctica de realizarse la prueba de VIH alguna vez en la vida fue mucho mayor en las mujeres garífunas que en las mujeres en edad fértil de la población en general. Los datos del ECVC 2012 muestran que el 42% de las mujeres se hizo la prueba de VIH en los últimos 12 meses, comparado con sólo el 25% de los hombres garífuna.

Según los datos de la ENDESA 2005-2006, en el ámbito nacional, solamente 26.7% de las mujeres en edad fértil se han realizado la prueba de VIH, lo cual es significativamente menor que el 62% en mujeres garífuna (SESAL et al, 2006). Los resultados de la ENDESA de 2011-2012 muestran un porcentaje mayor de 47.6% de las mujeres que se han realizado la prueba de VIH (SESAL et al, 2013). Estos datos parecen reflejar el éxito de la promoción y oferta de servicios de prueba y consejería a la población garífuna.

Se observa que en 2006 la proporción de mujeres garífuna que se realizó la prueba del VIH alguna vez (62%) fue significativamente mayor a la proporción de hombres (46%). En 2012 estos datos eran 79.5% en las mujeres, significativamente más alto que en 2006, mientras en los hombres se mantuvo al mismo nivel (48.7%) que 6 años atrás. Asimismo, la realización de la prueba voluntaria del VIH alguna vez en la vida fue más común en las áreas urbanas (57%) que en las rurales (48%).

2.2.3.8 Comportamientos sexuales de riesgo en la población garífuna

La Tabla 20 muestra que la mayoría de personas encuestadas se identifican como heterosexual, habiendo un porcentaje pequeño que reporta ser bisexual u homosexual. Los porcentajes de personas que han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida con personas del mismo sexo fueron algo mayores, con 4.3% de los hombres en el área urbana.

Además, 7.1% de los hombres urbanos reportó que su primer contacto sexual fue con otro hombre.

Tabla 20: Antecedentes sexuales de garífunas por área y sexo, 2012

Antecedentes sexuales	Urbano		Rural	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Población garífuna				
Identidad sexual	96.9%	98.2%	36.5%	62.9%
Heterosexual	2.4%	1.4%	0%	0.6%
Bisexual	0.7%	0.4%	0%	0%
Gay / Homosexual / Lesbiana	4.3%	1.8%	1.8%	1.1%
Relaciones sexuales con personas de su mismo sexo alguna vez en la vida				
Edad de primera relación sexual	41.1%	24.2%	50.0%	29.3%
Antes de los 15 años	58.9%	75.8%	50.0%	70.7%
Después de los 15 años				
Sexo de la persona con quien tuvo relaciones sexuales por primera vez				
Hombre	7.1%	98.1%	1.7%	99.0%
Mujer	92.9%	1.9%	98.3%	1.0%

Fuente: SESAL, 2013.

La Tabla 20 también muestra que los hombres tuvieron su primer contacto sexual a una edad más temprana que las mujeres. Una proporción grande de los hombres tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años de edad (41% en el área urbana y 50% en el área rural), mientras la mayoría de mujeres (71% a 76%) tuvo su primera relación sexual después de los 16 años de edad.

Tabla 21: Uso consistente del condón en población garífuna, 2006 y 2012

Uso consistente del condón consistente ("siempre usa")	Año	Hombres	Mujeres	Total
Con pareja estable	2006	12%	10%	11%
	2012	-	-	-
Con pareja ocasional (2012: últimos 12 meses)	2006	42%	37%	40%
	2012	81.7% (urbano)	74.8% (urbano)	-
	-	54.2% (rural)	76.6% (rural)	-

Fuente: SESAL, 2008c y 2013.

Con respecto al consistente uso del condón ("siempre usa"), los resultados del estudio ECVC de 2006 mostraron que fue muy limitado, sobre todo con pareja estable; sólo 12% de los hombres y 10% de las mujeres dijeron usar el condón siempre con la pareja estable. El uso consistente del condón fue más alto con parejas ocasionales, entre 37% (mujeres) y 42% (hombres).

Se observa un aumento significativo en el uso del condón con pareja ocasional (últimos 12 meses); un 82% de los hombres urbanos y 54% de los hombres rurales usó el condón, lo cual revela una diferencia notable entre hombres en áreas urbanas y rurales. En cuanto a las mujeres en áreas urbanas y rurales el uso del condón en los últimos 12 meses fue entre 75% y 77%, también un incremento considerable comparado con el 2006. Lo más notable es el uso relativamente limitado del condón en hombres garífuna de áreas rurales.

Tabla 22: Uso del condón en la última relación sexual en población garífuna por área, 2006 y 2012

Uso del condón en la última relación sexual	Año	Urbana	Rural	Total
Todo tipo de pareja	2006	19.1%	20.8%	23.5%
	2012	-	-	-
Pareja estable	2006	16.3%	16.7%	21.4%
	2012	-	-	-
Pareja ocasional	2006	36.8%	61.3%	52.2%
	2012	-	-	-
Pareja comercial	2006	49.6%	56.4%	69.1%
	2012	-	-	-

Fuente: ECVC, 2006 y 2012; SESAL, 2008c y 2013.

Como se observa en la Tabla 22, el uso del condón en la última relación sexual por área es superior que en relación al uso consistente del mismo. Sin embargo, el uso del condón con la última pareja en general es bajo (23.5%). Se observa que el uso del condón es menor con parejas estables (21%) y mucho más frecuente con parejas ocasionales (52%) y comerciales (69%). También es notable que el uso del condón con la última pareja es menor en las áreas urbanas, sobre todo en el caso de parejas ocasionales (urbano, 37%; y rural, 61%). Pareciera que en las ciudades existe más confianza en las parejas ocasionales y por ende no utilizan el condón.

Los datos preliminares del ECVC 2012 no permiten una comparación directa a los resultados del 2006. Sin embargo, el uso del condón en la última relación sexual con parejas ocasionales parece ser mucho más alto que en el 2006. En la zona urbana, el uso del condón en hombres fue del 84.9% y en mujeres 77.2%. En zonas rurales el uso del condón en la última relación sexual con pareja ocasional fue 67.8% en hombres y 76.1% en mujeres. Estos datos preliminares parecen indicar un aumento significativo del uso del condón en la población garífuna, en hombres y mujeres en zonas urbanas y rurales.

2.2.3.9 Tasa del VIH e ITS en la población garífuna

Los resultados del estudio ECVC 2012 muestran tasas de VIH considerables en mujeres (4.6%) y hombres (4.4%) garífuna en áreas urbanas, así como en las mujeres en áreas rurales (4.9%). La tasa de VIH es menor en hombres en áreas rurales (1.7%). La comparación con la tasa de VIH en 2006 revela una disminución de 4.5% (2006) a 3.6% (2012).

Tabla 23: Prevalencia del VIH e ITS por área y sexo en la población garífuna, 2012

Prevalencia	Urbano		Rural	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
VIH	4.4%	4.6%	1.6%	4.9%
Sífilis	3.5%	5.7%	2.2%	6.0%
Sífilis activa	0.8%	2.4%	-	-
Herpes simplex tipo 2	36.4%	53.7%	51.3%	51.3%

Fuente: ECVC, 2012; SESAL, 2013.

La Tabla 24 compara las prevalencias del VIH en la población garífuna en 2006 y 2012 (resultados preliminares) en áreas rurales y urbanas, entre mujeres y hombres.

Tabla 24: Prevalencia del VIH en la población garífuna

Año	Área						Sexo						Total
	Total Urbano			Total Rural			Total Hombres			Total Mujeres			
	N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%	
VIH 2012	378	16	4.2	236	6	2.5	225	7	3.1	389	15	3.9	3.6
VIH 2006	-	-	4.4	-	-	4.6	-	-	-	-	-	-	4.5

Fuente: ECVC, 2006 y 2012; SESAL, 2008 y 2013.

2.2.4 PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD

La prevalencia del VIH, al igual que otras infecciones, como la tuberculosis y la hepatitis viral, en prisiones de algunas partes del mundo es considerablemente alta e inclusive más elevada que afuera de la prisión. Diversos factores hacen de las prisiones un espacio donde se facilita la transmisión del VIH y otras ITS, tales como: el uso compartido de jeringas para inyección de drogas, el uso compartido de agujas u otro material punzocortante para la realización de tatuajes y otras formas de perforación de la piel, el hacinamiento, las prácticas sexuales de riesgo entre internos o con trabajadoras del sexo, así como la violencia sexual (ONUSIDA, 2009).

Un estudio en centros penitenciarios de Centroamérica realizado por UNODC reveló que la población privada de libertad vive en condiciones muy precarias, lo que sumado a las condiciones de pobreza, desigualdad e inequidad, maximiza el contexto de precariedad y vulnerabilidad. El estudio mostró que las principales dificultades en los centros penales son: la sobrepoblación y el hacinamiento, el reducido presupuesto, la falta de planificación estratégica, las dificultades para el acceso al agua potable, buena alimentación, limitaciones para el aseo e higiene, y mala ventilación e infraestructura así como el inadecuado manejo de las aguas residuales (UNODC et al, 2009). Por tanto, se reconoce que estas condiciones en los centros penales posibilitan el aumento a la vulnerabilidad y del riesgo de la infección del VIH.

Otro estudio realizado en tres ciudades del país, en personas privadas de libertad muestra que entre 2,095 personas reclutadas, la mayoría fueron hombres, y que la prevalencia de sífilis activa fue 1.8%, de hepatitis B de 23.8% y de VIH de 6.8%. Al comparar las tres ciudades, se encontraron prevalencias de VIH y de sífilis mayores en San Pedro Sula y menores en Comayagua (SESAL, 1999). En cuanto a información específica sobre la situación del VIH en las cárceles, y los factores y comportamientos de riesgo, no hay mayor evidencia.

2.2.5 PERSONAS CON VIH

Las personas con VIH son un grupo especialmente vulnerable, ya que necesitan acceso a servicios integrales de alta calidad para el tratamiento del VIH, atención y apoyo a fin de evitar la progresión de la infección y el desarrollo de infecciones oportunistas. El acceso inadecuado o interrumpido a estos servicios representa una amenaza directa a su propia salud y bienestar, así como a sus parejas e hijos, ya que pueden transmitir el VIH sin saberlo a sus parejas sexuales, sus hijos no nacidos o sus compañeros que utilizan drogas inyectables.

2.2.5.1 Conocimiento del estado serológico y el acceso a los servicios de atención integral

El primer obstáculo para que las personas con VIH puedan tener acceso a los servicios de tratamiento disponibles es el hecho de que la mayoría desconocen su estatus de VIH e ITS, ya que nunca se han hecho la prueba del VIH. En parte, la baja cobertura de pruebas del VIH en las poblaciones clave y en la población general se atribuye a las restricciones impuestas para el uso de la prueba, que se destina casi exclusivamente para las mujeres embarazadas (ONUSIDA, 2013b). La falta de una política adecuada de promoción de la prueba del VIH con consejería ha resultado en una gran proporción de las personas infectadas con VIH que desconoce su estado serológico. Tal desconocimiento impide el acceso a los servicios de atención integral, inclusive la terapia anti-retroviral. La mayoría de las personas con VIH que ignoran su estatus de VIH no van a buscar acceso a los servicios de atención, tratamiento y apoyo, tampoco pueden tomar medidas efectivas para prevenir la transmisión del VIH a sus parejas sexuales o sus hijos.

En este sentido, menos de la mitad de los adultos y niños elegibles para la terapia antirretroviral actualmente la reciben (ONUSIDA, 2013b). Es más, el porcentaje ha disminuido en los últimos años, de 53% en 2009 a 41% en 2010 y 43.8% en 2011. Para los hombres elegibles, el porcentaje de los que la reciben ha caído de forma dramática de 61.6% en 2009 a sólo 37.1% en 2011. La situación de mujeres es un poco mejor, ya que 52.6% de las mujeres elegibles actualmente reciben la terapia antirretroviral.

La falta de captación adecuada de personas con VIH se evidencia en el porcentaje mayor (71.1%) de los casos de VIH registrados desde 1985 que fueron casos de infección avanzada. Lo anterior también revela la falta de mecanismos eficientes para la detección temprana del VIH.

Aun en 2012, el porcentaje de casos avanzados fue de 51.3% del total.

La detección del VIH en etapa avanzada dificulta la efectividad de la terapia antirretroviral y por ende compromete el estado de salud y de vida de las personas con VIH. De esta manera, a pesar de la presencia de muchos Centros de Atención Integral y la disponibilidad de la terapia antirretroviral y otros servicios de atención y apoyo, la mayoría de las personas hondureñas con VIH son sumamente vulnerables por el impacto del sida. Por lo tanto, la oferta proactiva de la prueba del VIH para la detección temprana debe de intensificarse lo antes posible.

Comparado con los datos nacionales sobre tratamiento, como puede notarse en la Tabla 25 los resultados del ECVC de 2012 en personas con VIH muestran que un alto porcentaje de las personas con VIH encuestadas está actualmente recibiendo terapia antirretroviral. Probablemente esto se debe a un sesgo de selección, en donde las personas con VIH que reciben terapia antirretroviral son más propensas a participar en estudios como el ECVC por sus contactos, redes y relaciones con organizaciones de personas con VIH, pues la mayoría (84%-92%) de las personas en terapia antirretroviral en el estudio ECVC tenía más de 12 meses de tomarla, lo que indica que es una población relativamente estable y fácil de alcanzar.

Tabla 25: Tratamiento ARV en personas con VIH por ciudad y sexo, 2012

Tratamiento y atención de personas con VIH	Tegucigalpa		San Pedro Sula	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Personas que actualmente reciben terapia antirretroviral	91.3%	89.9%	84.5%	92.0%
Tiempo de recibir terapia antirretroviral				
Menos de 6 meses	3.1%	8.9%	4.5%	4.2%
Entre 6 y 12 meses	9.4%	6.9%	7.6%	4.5%
Más 12 meses	87.5%	84.2%	88.0%	91.3%
Gastos por atención médica, laboratorio, medicamentos, transporte relacionado al VIH en los últimos 12 meses				
Nada	30.4%	30.2%	69.7%	75.1%
De HNL1 a HNL1,000	34.3%	25.3%	1.3%	0.0%
Más de HNL 1,000	35.4%	44.5%	29.0%	24.9%

Fuente: ECVC, 2012; SESAL, 2013.

2.2.5.2 Conocimientos sobre VIH y comportamientos sobre prevención en las personas con VIH

Las personas con VIH juegan un papel clave en la prevención del VIH, ya que por definición se transmite de personas infectadas a personas no infectadas, por ende, además de conocer su estado serológico, los conocimientos adecuados respecto a los mecanismos de transmisión y medidas de prevención son sumamente importantes para evitar la reinfección con sus parejas y la transmisión del virus a sus hijos e hijas.

Los resultados (preliminares) del estudio ECVC de 2012 en personas

con VIH en Tegucigalpa y San Pedro Sula revelan niveles relativamente bajos de conocimientos correctos sobre la transmisión y prevención del VIH; 72% (hombres, SPS) y 86% (mujeres, SPS). Tomando en cuenta que las personas con VIH tienen su experiencia propia sobre el VIH, que han sido expuestas a información y educación por personal de salud y grupos de apoyo, se esperaría tener un nivel más alto de conocimientos. Al comparar los resultados de 2006 con los de 2012, se observa que el nivel de los conocimientos correctos no ha aumentado en estos seis años. Entre el 71%-72% de los hombres con VIH conocían dos o más formas de transmisión del VIH, y el 78% de las mujeres con VIH (SESAL, 2008d).

Tabla 26: Conocimientos y actividades de información y educación sobre VIH e ITS en personas con VIH, 2012

Conocimientos personas con VIH, 2012	Tegucigalpa		San Pedro Sula	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Índice de conocimientos correctos sobre transmisión y prevención del VIH	73.9%	77.4%	72.3%	86.2%
Búsqueda de información sobre VIH en los últimos 6 meses	39.1%	34.2%	30.4%	17.9%
Búsqueda de información sobre ITS en los últimos 6 meses	24.9%	25.3%	20.8%	18.0%
Exposición a mensajes sobre el VIH en medios de comunicación	61.3%	59.5%	62.4%	67.2%
Participantes que hablaron sobre VIH con alguien en los últimos 3 meses	51.1%	48.2%	39.2%	46.2%

Fuente: ECVC, 2012; SESAL, 2013.

Los resultados también muestran que menos de la mitad de las personas con VIH buscaron información sobre VIH o sobre las ITS en los últimos tres meses, aunque el nivel de exposición a mensajes sobre VIH en los medios de comunicación fue relativamente alto (aproximadamente 60%). Menos de la mitad de las personas con VIH encuestadas reportó haber hablado con alguien sobre VIH en los últimos tres meses. La mayoría de los que sí hablaron con alguien, habló con su pareja regular (esposa/o, novia/o) o un miembro de la familia; muy pocos hablaron con el personal de salud (entre 0.6% y 9%). Estos resultados indican que todavía existen brechas en los conocimientos sobre VIH y que es importante fortalecer la comprensión sobre aspectos clave del VIH y sida.

2.2.5.3 Comportamientos de riesgo en personas con VIH

En cuanto a los comportamientos relacionados con la prevención del VIH, los datos (preliminares) del ECVC de 2012 causan cierta preocupación, ya que revelan comportamientos de riesgo que pueden contribuir a la infección o reinfección del VIH con sus parejas. Es importante observar que la población de personas con VIH encuestada incluye poblaciones clave, tal como personas homosexuales, bisexuales y mu-

jeros trans, que pueden tener estilos de vida que los exponga a un mayor riesgo de contraer el VIH.

Tabla 27: Antecedentes sexuales y uso del condón por personas con VIH, 2012

Uso del condón de personas con VIH	Tegucigalpa		San Pedro Sula	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Identidad sexual				
Heterosexual	83.0	98.6	76.4	98.7
Bisexual	5.9	1.1	11.3	1.3
Homosexual (gay o lesbiana)	10.4	0.4	10.6	0
Trans/otro	0.7	0	1.8	0
Características de parejas estables				
Número de parejas estables en los últimos 12 meses				
0	45.1	49.2	40.1	43.6
1	49.4	50.0	52.1	51.3
2 o más	5.5	0.8	7.8	5.2
Uso del condón con pareja estable				
Uso consistente del condón con pareja estable en los últimos 12 meses	75.3	54.8	58.2	70.7
Uso consistente del condón con pareja estable en los últimos 30 días	76.7	61.1	62.5	80.3
Uso consistente del condón con pareja estable en la última relación sexual	81.3	67.4	70.8	81.8
Características de parejas ocasionales				
Número de parejas ocasionales en los últimos 12 meses	73.5	93.6	49.8	64.1
0	13.7	6.0	14.0	11.3
1				
2 o más	12.8	0.4	36.1	24.6
Uso del condón con pareja ocasional				
Uso consistente del condón con pareja ocasional en los últimos 12 meses	70.3	56.9	60.1	86.1
Uso consistente del condón con pareja ocasional en los últimos 30 días	78.2	70.9	64.4	95.9
Uso consistente del condón con pareja ocasional en la última relación sexual	78.6	61.6	78.6	82.2

Fuente: Secretaría de Salud, 2013.

La Tabla 27 presenta los resultados de la identidad sexual de las personas con VIH encuestadas y el uso del condón con las parejas estables y ocasionales. Una mayoría (99%) de las mujeres con VIH es heterosexual, pero en los hombres con VIH se encuentran proporciones importantes de hombres homosexuales (10%-11%) y bisexuales (6%-11%); además las mujeres trans representan del 1% al 2% de la población encuestada.

La mayoría de las personas con VIH tuvo ninguna o una pareja estable en los últimos 12 meses. Entre el 5% y 8% tuvo dos o más parejas estables. Aunque se desconoce el estatus en relación con el VIH de la pareja estable, el uso consistente del condón puede prevenir la reinfección

y siempre es aconsejable. Sin embargo, el uso consistente del condón con parejas estables fue relativamente bajo; entre 42% y el 45% de las mujeres en Tegucigalpa y los hombres en San Pedro Sula no usó el condón consistentemente en los últimos 12 meses. Aun en la última relación sexual, sólo dos tercios (67.4%) de las mujeres en Tegucigalpa usaron el condón consistentemente. Los porcentajes más altos que se observaron fueron alrededor del 80% de uso del condón en la última relación sexual.

Los niveles limitados del uso consistente del condón con las parejas estables son especialmente preocupantes porque proporciones considerables de las personas con VIH encuestadas también tuvieron dos o más parejas ocasionales en los últimos 12 meses; un tercio de los hombres y un cuarto de las mujeres en San Pedro Sula, y casi 13% de los hombres en Tegucigalpa. También, el 50% de los hombres en San Pedro Sula tuvo una o más parejas ocasionales. Además, el uso consistente del condón con las parejas ocasionales fue limitado, el uso consistente entre los últimos 12 meses y la última relación sexual variaba entre aproximadamente 60% y 80%.

En resumen, las limitantes con respecto a los conocimientos de VIH y el uso consistente del condón con parejas estables y ocasionales en las personas con VIH destacan los riesgos de transmisión del VIH y de reinfección y la necesidad de reforzar las acciones en el área de la educación de VIH y otras ITS en las personas con VIH.

2.2.5.4 El estigma y la discriminación

Para aquellas personas con VIH que están conscientes de su estatus de VIH (el cual es la minoría) el estigma y la discriminación por VIH presentan una amenaza a su bienestar y sus derechos humanos con respecto al acceso a servicios de salud, empleo, educación y otros servicios. Los datos preliminares presentados en el ECVC 2012 muestran niveles relativamente bajos de discriminación por VIH. Como se observa en la Tabla 28, las mujeres parecieron sufrir más de algún tipo de discriminación en los últimos 12 meses (21%-26%) que los hombres (11%-13%). Un estudio de evaluación recién encontró una mejoría notable en la reducción del estigma por el personal de los CAI, aunque persisten situaciones de discriminación y marginación sobre todo por el resto del personal del hospital, y generalmente sucede cuando el personal es nuevo (ONUSIDA, 2013b).

La discriminación es más frecuente cuando las personas con VIH tienen que realizarse procedimientos médicos invasivos, en donde el personal de salud tiene más miedo a la infección por VIH a pesar de que contar con medidas de protección en casos de emergencias médicas. Así, el ECVC de 2012 presenta proporciones considerables de personas con VIH que reportan haber ocultado su estatus de VIH cuando recibieron servicios de salud fuera de los CAI. La situación en San Pedro Sula parece ser significativamente menor, con 35% de los hombres y 44% de las mujeres personas con VIH indicando que fue necesario ocultar su estatus de VIH en los servicios de salud.

Los resultados del ECVC de 2006 (2012 pendiente) revelan que 10.5% de las personas con VIH (12.4% mujeres y 8.1% hombres) habían sido discriminadas alguna vez en un establecimiento de salud por ser una personas con VIH. Además, a 4.5% de ellos se les negó la atención médica o tratamiento en los últimos 12 meses por ser una persona con VIH.

Tabla 28: Discriminación de las personas con VIH por su condición, 2012

	Tegucigalpa		San Pedro Sula	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Ha experimentado algún tipo de discriminación por VIH en los últimos 12 meses	11.3	20.7	12.9	25.6
Necesita ocultar el estatus de VIH cuando recibe servicios de salud fuera del CAI	21.4	25.2	34.5	43.8
Necesita ocultar el estatus de VIH cuando ha buscado trabajo	22.7	25.0	35.1	30.1
¿Quién sabe que Ud. es una persona con VIH?				
Pareja estable	12.6	5.0	14.1	9.7
Familiar/Amigo	81.1	84.5	70.8	76.3
Personal de Salud/Vecino/Otro	5.3	9.7	12.9	11.9
No lo sabe nadie	1.0	0.8	2.2	2.1

Fuente: ECVC, 2012; SESAL, 2013.

Además, el 30% de las mujeres y 35% de los hombres con VIH en San Pedro Sula reportaron que fue necesario ocultar su estatus de VIH cuando buscaron empleo; en Tegucigalpa la situación fue algo mejor, con el 23% de hombres y el 25% de mujeres. En el ECVC de 2006 se observa que el 22% de las personas encuestadas reportó que perdió su trabajo a causa del conocimiento de otros sobre su estado serológico.

En este ambiente de estigma y discriminación, muchas personas con VIH no revelan su estatus de VIH por temor a ser discriminados. Las personas con VIH, especialmente las mujeres ocultan su estatus de VIH aún de sus parejas estables; entre el 5% y 10% de las mujeres y entre el 13% y 14% de los hombres revela su estatus a su pareja estable. La mayoría (70%-85%) de las personas con VIH que participaron en el ECVC de 2012 revelaron su estatus de VIH a un familiar o amigo, pero muy pocos informaron al personal de salud u otras personas.

2.2.5.5 Las mujeres con VIH y los derechos sexuales y reproductivos

Un estudio regional llevado a cabo por BALANCE y Fundación LLAVES realizado en 100 mujeres con VIH en el 2013 revela dificultades en el acceso a la información en materia reproductiva, desde la falta de información en el momento de la prueba de diagnóstico, hasta las opciones de tratamiento, las opciones para ejercer sexo protegido y sexo más seguro, y las opciones para elegir tener hijos. El 58% de las entrevistas revelan que no fueron informadas sobre el procedimiento para la prueba de VIH y el 35% no sabían de antemano que se les realizaría la prueba.

Un 63% reportó no haber sido consultada sobre si quería realizarse la prueba antes de practicarla. El 41% no recibió pre consejería y el 36% no recibió post consejería. El 71% no firmó consentimiento informado. El 62% de las mujeres hondureñas entrevistadas indicaron que no se les proporcionó información sobre otros métodos anticonceptivos adicionales al condón y un 40% no se le proporcionó métodos anticonceptivos. El 20% de las mujeres entrevistadas revelaron que no se les proporcionó información sobre cómo protegerse en las relaciones sexuales, mientras que un 56% indicó no haber recibido información suficiente sobre el uso del condón femenino (ONUSIDA, 2013c).



LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH Y SIDA

3. LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH Y SIDA

3.1 COMPONENTES CLAVE DE LA RESPUESTA NACIONAL

La respuesta nacional incluye diferentes componentes clave sobre prevención; la atención, tratamiento y apoyo de las personas con VIH; y vigilancia epidemiológica. En los siguientes párrafos se resumen las principales actividades y programas que se han implementado.

3.1.1 PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH

En términos generales, puede observarse que el área de la prevención de la transmisión sexual en las poblaciones clave y más vulnerables ha sido abordada principalmente por la sociedad civil y financiada por donantes externos como el Fondo Global, USAID y agencias de las Naciones Unidas. El papel del Estado se ha enfocado sobre todo en el área del sector salud, específicamente la prevención de la transmisión de madre a hijo. A pesar de los esfuerzos en las diferentes áreas, una evaluación al PENSIDA III realizada por ONUSIDA en 2013 observa que el impacto ha sido limitado en el sentido de que la prevalencia del VIH en las poblaciones clave no han disminuido significativamente y que la cobertura de las personas con VIH elegibles a la terapia antirretroviral se mantiene en niveles bajos.

En el marco de la prevención del VIH, la respuesta nacional se ha enfocado en un número de estrategias prioritarias, tales como el acceso y la promoción del condón, la prevención en las poblaciones clave y la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo/a. Según la evaluación de 2013, algunas estrategias de prevención del VIH se intensificaron con acciones de información, educación y provisión de servicios dirigidos a las poblaciones clave, el fortalecimiento de los recursos humanos y una mayor inversión financiera (ONUSIDA, 2013b).

3.1.2 ACCESO A CONDONES

La promoción y distribución de condones, sobre todo en las poblaciones clave y las personas con VIH es un componente esencial de la respuesta nacional. Los Centros de Atención Integral y las Clínicas de Vigilancia Centinela de las ITS (VICITS) juegan un papel importante en la distribución de condones. Los estudios ECVI de 2006 y 2012 muestran que en general, el acceso a los condones masculinos es fácil para las poblaciones clave y para las personas con VIH. La entrega de condones se hace en función de cantidades predeterminadas y en el caso de los CAI, la entrega a personas con VIH es de acuerdo a la solicitud del usuario. Los datos emitidos por el Proyecto Fondo Mundial indican que el número de condones distribuidos entre mayo de 2009 y abril de 2011 alcanzó los 39,080,531 superando ampliamente la meta del Fondo Global con 140.9% (Global Communities Honduras, 2013).

Sin embargo, todavía hay desafíos para aumentar el uso consistente del condón en el caso de relaciones sexuales de riesgo. La evaluación del PENSIDA III, señaló que el acceso a condones en el nivel regional

y local no está respondiendo siempre a una orientación técnica adecuada ni a un sistema logístico apropiado. La entrega generalmente se realiza según la disponibilidad y la demanda, con limitaciones en cuanto al tipo de condón y las cantidades requeridas; algunas poblaciones no obtienen las cantidades que necesitan y aparte del condón masculino, no se promueve o distribuye el condón femenino, ni los lubricantes. Además se presentan problemas en la dotación de condones a poblaciones clave por desabastecimientos en las clínicas VICITS, CAI y en algunas ONGs. Además, no se promueve el uso del condón por parte del Estado y se otorga poca consideración al análisis de los elementos que afectan la aceptabilidad del condón y que claramente afectan su uso consistente.

3.1.3 PRUEBAS DEL VIH

En principio, la prueba del VIH está disponible en los servicios de la Secretaría de Salud, el IHSS y algunas ONGs. Los servicios de prueba de VIH con la consejería pre y post prueba están integrados en todos los CAI, clínicas VICITS y centros de salud que poseen laboratorio. Además, el servicio es proporcionado por algunas ONGs subcontratadas por la Secretaría de Salud (con asistencia de USAID) y por otras que ejecutan proyectos con esta línea de servicios (subvencionadas por el Fondo Mundial).

De rutina, se utiliza la prueba de ELISA y pruebas rápidas para VIH. El resultado negativo se entrega el mismo día o al día siguiente, según el tipo de establecimiento; y las muestras positivas se confirman en los hospitales o se envían a confirmación a laboratorios de referencia, entregándose el resultado confirmado después de una o dos semanas, como máximo.

Uno de los logros más relevantes durante los últimos años es la ampliación del acceso a prueba rápida a casi 500 unidades de salud, que representa una elevada proporción del total a nivel nacional (ONUSIDA, 2013b). Sin embargo algunos CAI y clínicas VICITS notifican dos tipos de dificultades: desabastecimientos eventuales, por lo que en ocasiones tienen que racionalizar su uso o en el peor de los casos, suspender las pruebas por período cortos; y restricciones impuestas para ofrecer las pruebas del VIH sólo a mujeres embarazadas, en menoscabo de la detección de nuevos casos en las poblaciones clave, la población general o víctimas de violación sexual.

Los datos señalan bajas cantidades de pruebas realizadas anualmente. Un alto porcentaje de casos detectados tardíamente es indicativo de barreras que han persistido en los últimos cinco años. Según la ENDESA 2005-2006, sólo la cuarta parte de la población general se ha hecho la prueba; y las 524,794 pruebas reportadas por el Fondo Global sólo podrían haber dado cobertura al 13% de la población (20 a 59 años). No obstante, los datos de la ENDESA 2011-2012 muestran un aumento significativo en la realización de la prueba del VIH en la población general; la mayoría de las mujeres (85.6%) y hombres (74.4%) entre 15 y 49 años sabían dónde hacerse la prueba de VIH, y la mitad (47.6%) de

las mujeres y un tercio (32.0%) de los hombres se han hecho la prueba y recibieron el resultado.

El acceso a la prueba del VIH ha aumentado significativamente en los últimos años. Los resultados del ECVC 2006 mostraron bajos porcentajes de prueba de VIH en las poblaciones clave, especialmente en los hombres que tienen sexo con hombres (29.2%), población garífuna (22.1% hombres; 38.6% mujeres) y poblaciones clave menores de 25 años (ECVC, 2006) debido a la baja disponibilidad de pruebas y a las restricciones que impone el marco jurídico a las personas menores de 18 años. Los resultados del ECVC 2012 revelan porcentajes más altos.

Es notable que en ciertos departamentos el porcentaje de personas que se han hecho la prueba sea relativamente bajo en hombres y mujeres. Este es el caso de Intibucá (21% y 32%), Lempira (17% y 34%) y Olancho (22% y 39%). Los departamentos con mayores porcentajes son Islas de la Bahía (60% y 73%) y Atlántida (44% y 62%). Además, el porcentaje de personas que se han hecho la prueba del VIH es mayor en las áreas urbanas y aumenta según el nivel de educación y el quintil de riqueza. En lo que respecta a la provisión de pruebas de VIH reportadas por el Fondo Mundial, se observa un alto nivel de desempeño, al realizar 524,794 pruebas de las 402,533 programadas para el período 2008-2012 (Global Communities Honduras, 2013). No obstante, esta cantidad podría ser utilizada sólo por el 13% de la población general que la requiere.

3.1.4 MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS

La Secretaría de Salud tiene normalizado el manejo sindrómico de ITS, el cual se aplica en las clínicas VICITS, los CAI y otros establecimientos de salud. Las clínicas VICITS se constituyen como una estrategia para la prevención y control de las ITS y el VIH en población de hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans y mujeres trabajadoras del sexo. Los pilares de la estrategia son: diagnóstico y tratamiento de las ITS, comunicación para el cambio de comportamiento y promoción y suministro de condones. En las clínicas VICITS se realiza el diagnóstico etiológico, cuando las ITS coinciden con la toma trimestral de los exámenes de laboratorio; y en otros establecimientos, cuando poseen el equipo de laboratorio requerido. El abordaje común de ITS también incluye el manejo de los contactos, aunque se reportan que la búsqueda de los contactos es muy limitada (ONUSIDA, 2013b).

Algunas de estas clínicas están ubicadas en los Centros de Atención Integral, por lo que además de atenderse a personas con VIH, se atiende alternativamente a hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras del sexo, mujeres trans y población garífuna, dependiendo de la localización y característica de la clínica. Este volumen de atenciones especializadas se realiza con el mismo personal del CAI, lo que sobrecarga el trabajo y afecta la calidad y efectividad de la atención.

En la evaluación del PENSIDA III, las poblaciones clave atendidas en las clínicas VICITS refieren atenciones que cumplen criterios de calidad (examen físico, incluyendo examen ginecológico para las mujeres

trabajadoras del sexo, exámenes de laboratorio cada tres meses, tratamiento para la mayoría de ITS, respeto por el nombre femenino de las mujeres trans y en general buen trato).

También se identifican brechas como la falta de personal, tiempos de espera largos, horarios limitados y no favorables, ausencia de medicamentos y eventuales desabastecimientos de reactivos e insumos. Además se indica que en las clínicas no reconocen como mujeres trabajadoras del sexo a las “prepagos” ni a las mujeres que realizan trabajo sexual encubierto y ocasional. Asimismo, los responsables de las clínicas VICITS mencionan problemas con la disponibilidad de reactivos e insumos, así como eventuales desabastecimientos, la poca disponibilidad de RPR, problemas en el envío y recepción de muestras en los hospitales y el limitado cuadro de medicamentos para ITS, que sólo corresponde parcialmente a lo descrito en la normativa.

3.1.5 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL VIH EN LAS POBLACIONES CLAVE

Los programas de prevención en las poblaciones clave han sido implementados casi al 100% por ONGs con financiamiento de donantes externos. Las principales estrategias empleadas incluyen programas de cambio comportamental a través de la educación de pares, formación de líderes mentores y trabajo “outreach”; abordajes cara a cara y materiales educativos; promoción y distribución de condones; servicios de prueba de VIH (incluyendo pruebas rápidas y brigadas); el manejo sintomático de las ITS; protección de los derechos humanos; y fortalecimiento institucional de las ONGs. Los informes del Fondo Global reportan alcances muy altos en el acceso de las poblaciones clave (95% en HSH, 102% en MTS) (Global Communities, 2013) pero la cobertura “real” de las poblaciones clave no se conoce con exactitud. También, es difícil identificar la calidad de los servicios por falta de seguimiento y evaluación efectiva.

Muchas metodologías para el cambio de comportamiento son diseñadas de forma empírica por las mismas poblaciones, sin pruebas que sustenten su efectividad, y con poca o ninguna guía de expertos. Algunas ONGs ejecutoras reconocen que los cambios no son los esperados y que persisten los comportamientos de riesgo. El impacto limitado de los programas de prevención se observan en las tasas de VIH, que siguen siendo relativamente altas en las poblaciones clave.

Limitaciones identificadas por las poblaciones clave incluyen obstáculos para el acceso a pruebas de VIH y condones, así como la falta de presupuesto para las clínicas VICITS y los CAI, lo que deriva en servicios insuficientes. Los HSH y mujeres trans enfatizan la ausencia de leyes que protegen los derechos humanos de las personas LGTB; la homofobia y transfobia institucionalizada; la patologización de la transexualidad; y el estigma y discriminación relacionadas con el VIH.

El estigma y la discriminación continúan siendo barreras en el acceso de las poblaciones clave a los servicios de prevención. En la formula-

ción del PENSIDA III se propusieron campañas para reducir la homofobia y transfobia a fin de lograr un mayor acercamiento a los centros de salud; éstas no se ejecutaron.

Es importante también destacar que la dinámica del trabajo sexual está cambiando, por lo que se requiere un mayor estudio de los contextos donde se realiza, las formas que caracterizan el trabajo sexual y los cambios de estrategia. Las mujeres trabajadoras del sexo no solo están en los bares, night clubs o la calle, sino también hay mujeres trabajadoras del sexo “pre-pago” y mujeres trabajadoras del sexo en los centros de masajes, los barrios, colonias, colegios y universidades, dificultando su captación.

3.1.6 ACCIONES DE PREVENCIÓN CON LA POBLACIÓN GARÍFUNA

Los programas de prevención del VIH en las comunidades garífunas, incluyen algunas realizadas por las ONGs y otras por las Secretarías de Educación y Salud, y que han sido orientadas a la reducción de conductas de riesgo a través de educación de pares en jóvenes garífunas; la formación de líderes comunitarios; el acceso a condones y pruebas del VIH; servicios amigables la prevención del VIH y el embarazo en la adolescencia; e impresión de material informativo en español y lengua garífuna.

En el área de educación, los temas abordados además de la prevención del VIH, incluyen aquellos sobre nuevas masculinidades, violencia psicológica, violencia sexual, prevención de las ITS, relaciones sexuales a temprana edad, postergación de las relaciones sexuales, embarazo en adolescentes, entre otros. Las metodologías aplicadas incluyen mensajes a través de grupos de teatro, danza y canciones garífunas. Se incluyen además abordajes a pares, grupales, por grupo de edades y por afinidad de amistad o familia.

Según el Fondo Mundial, se reportan más de 100,000 personas de la población garífuna con acceso a intervenciones de prevención del VIH, que revela un avance sostenido mayor del 95%. Además, se menciona la opción de la circuncisión masculina voluntaria como mecanismo de prevención. El ECVC de 2006 revela que 9.3% de los hombres garífunas ya están circuncidados (USAID, 2011).

3.1.7 PREVENCIÓN DEL VIH CON PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

Las acciones dirigidas a personas privadas de libertad incluyen actividades de información y educación, incluyendo las realizadas en los CAI de los centros penitenciarios de San Pedro Sula y Támara. Es de notar la creación de la Ley de Centros Penales que visibiliza la temática del VIH. En 2014, se formuló el Protocolo de Investigación sobre Prevalencia de VIH en Privados de Libertad, y se realizó el diagnóstico sobre VIH y sida en personas privadas de libertad.

En materia programática se ha podido observar un claro avance al realizar más de 72,000 intervenciones que facilitan el acceso de las perso-

nas privadas de libertad a los servicios de VIH con coberturas superiores al 80% durante el período 2008-2012 (Global Communities, 2013). Sin embargo, persisten las dificultades para proveer condones en algunos centros penales, por ser un “probable instrumento de suicidio u homicidio”. Otro aspecto trascendental es que aún no se ha tratado la forma de cómo se dará sostenibilidad a las acciones de prevención.

3.1.8 INTERVENCIONES EN EL SECTOR DE JUVENTUD

3.1.8.1 Educación sexual en el sector educativo

La Secretaría de Educación tiene como herramienta oficial la Ley Fundamental de Educación creada mediante Decreto N° 262-2011. De acuerdo a esta Ley y en base a la nueva estructura organizacional se trabaja el tema de Prevención y Educación Integral en Sexualidad, cuya responsabilidad está a cargo de la Dirección General de Servicios Educativos. Con asistencia de UNFPA se han implementado programas en 2,897 escuelas, incluyendo la capacitación docente sobre VIH y las intervenciones de prevención basadas en habilidades para la vida, que se estima puede haber llegado a 761,700 jóvenes escolarizados que cursan entre 7° y 9° grado (Global Communities, 2013).

Los contenidos de prevención del VIH están incorporados en las Guías Metodológicas “Cuidando mi salud y mi vida”, cuyo abordaje se realiza en las asignaturas de ciencias naturales, español, matemáticas ciencias sociales y educación física impartidas en los centros escolares. Actualmente, se está tratando de llevar la capacitación sobre estas guías a los 69 municipios priorizados por el Fondo Mundial, con docentes del tercer ciclo de educación básica y con otros aliados. Hasta la fecha el porcentaje de capacitación de docentes es muy bajo y no existe cobertura a nivel nacional.

Un problema señalado es que no existen mecanismos para garantizar la aplicación de las guías después de la capacitación docente, por falta de seguimiento post-capacitación. Por ende se ha estado llegando a muy poca población y de forma esporádica. En este marco, se está reglamentando la nueva Ley Fundamental de Educación y se está tratando de realizar la capacitación sobre las guías metodológica a través del curso virtual “Cuidando mi salud y mi vida”, la cual es una estrategia pedagógica con cobertura nacional para la capacitación a docentes en educación integral en sexualidad, en todos los niveles educativos y a nivel nacional. Este curso fue lanzado oficialmente en julio de 2014.

Entre las brechas identificadas en este componente, se destaca la necesidad creciente de inversión para la reproducción de las guías y el seguimiento que se realiza en los centros escolares. Otra preocupación es el proceso de descentralización que se dará en el sector de educación, donde el nivel central será el ente normalizador y las regiones deberán planificar y asignar los recursos. Se teme que el tema de educación sexual y VIH no sean priorizados. Además, los recursos técnico-operativos capacitados no tienen estabilidad, generándose pérdida de los procesos y que muchas veces se deben reiniciar y hacer nuevas inversiones.

3.1.8.2 Prevención del VIH con adolescentes y jóvenes

Algunos programas de educación sobre el VIH con adolescentes y jóvenes fuera del ámbito educativo formal incluyen los programas municipales de infancia y juventud, gobiernos municipales, actividades del Instituto Nacional de la Juventud, la Secretaría de Cultura, la Secretaría de Salud y varias ONGs. El Fondo Global reporta que alrededor de 1,300,000 jóvenes de 12 a 24 años de edad recibieron educación sexual integral (Global Communities, 2013). Algunas de las actividades específicas incluyen la formación de líderes comunitarios con un fuerte componente en la prevención del VIH (Secretaría de Cultura); la formación del personal de salud en salud sexual y reproductiva; el lanzamiento e implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazos en Adolescentes en Honduras; y la capacitación en el Sistema de Información de Adolescentes (Secretaría de Salud). Asimismo, el Instituto Nacional de la Juventud en coordinación con la Secretaría de Salud y ONGs ha iniciado la ejecución de la prevención integral del VIH y las ITS integral en el contexto de la Ley Marco para el Desarrollo Integral de la Juventud.

Los Programas Municipales de Infancia y Juventud que han sido conocidos como COMVIDAs, con el apoyo del UNICEF y los gobiernos locales desarrollan acciones de prevención del VIH, prevención de embarazos y la formación de liderazgo juvenil, utilizando metodologías amigables como el teatro y la esfera recreativa cultural. No obstante estas acciones, el marco legal vigente obstaculizan el acceso de los jóvenes a algunos de los servicios de salud sexual y reproductiva y aquellos relativos al VIH e ITS, como condones y pruebas de VIH.

3.1.9 PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE MADRE A HIJO/A

La prevención de la transmisión vertical del VIH de la madre al hijo/a ha sido una de las prioridades de la respuesta nacional, al institucionalizar la Estrategia de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH de Madre a Hijo/a a nivel nacional. En el marco de las metas sobre prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo/a del PENSIDA III, la Secretaría de Salud ha desplegado una serie de servicios como las pruebas para la detección del VIH y la terapia antirretroviral para las mujeres que resultan positivas a la prueba, dirigidos a mujeres embarazadas y basados en un protocolo actualizado.

Como ya se mencionó antes, la priorización de las mujeres embarazadas en el acceso a la prueba de VIH resultó en que casi el 90% de las pruebas disponibles se hicieron a mujeres embarazadas (ONUSIDA, 2013b.) Esto genera problemas de acceso a la prueba de VIH para las poblaciones clave y población general. Un punto a destacar es el importante aporte que el Fondo Mundial hace en términos de contribuir a facilitar la prueba de VIH para las mujeres embarazadas.

A pesar de la priorización en esta área de la prevención del VIH, se reportan brechas en el acceso a la atención prenatal, consejería, prueba

del VIH, terapia antirretroviral y el parto por cesárea. Por ende, los resultados de la estrategia no son coherentes con la inversión realizada, la capacidad instalada y el compromiso político del Estado.

De acuerdo con los datos de la ENDESA 2011-2012, la cobertura general de atención prenatal asciende a 96.6% (SESAL et al, 2013), un aumento considerable del 91.7% en 2006 (SESAL et al, 2006). Sin embargo, de las mujeres que acudieron a servicios de atención prenatal, sólo el 75.1% se realizó la prueba del VIH con consejería y recibieron los resultados. Esto representa una brecha importante para la cobertura del protocolo de la prevención de la transmisión vertical de madre a hijo/a. Además, la cobertura reportada de mujeres embarazadas con infección por el VIH que recibieron fármacos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo/a fue de 45.4% (231/509) en el 2012 (CONASIDA, 2012).

Según los datos del Programa de Prevención de la Transmisión Vertical de Madre a Hijo/a y del Laboratorio Nacional de VIH, la tasa nacional de la transmisión del VIH de madre a hijo/a se estimó (Spectrum) en 22.4% en 2010 y 21.6% en 2011. Pero si se toma en consideración que el cálculo se efectuó sólo con las mujeres inscritas en el programa, aquellas mujeres con VIH que no fueron captadas, que no se hicieron la prueba del VIH y que no recibieron terapia antirretroviral podrían estar cambiando la tasa de transmisión real, sobre la reportada. Asimismo, se evidencia que el porcentaje de positividad de madre a hijo/a experimentó una reducción del año 2008 al 2010 y luego un incremento progresivo al año 2012.

A pesar de la prioridad que se otorga a las mujeres embarazadas, una de las limitaciones más importantes para alcanzar los objetivos de prevención vertical del VIH continúa siendo la insuficiente disponibilidad de pruebas para la captación de mujeres embarazadas con VIH. Ha habido desabastecimiento de pruebas rápidas en ciertas regiones. Una de las razones es por la descentralización de la compra de las pruebas. A esto debe sumársele la cobertura incompleta del servicio en las unidades de salud a nivel nacional debido, en parte, al insuficiente recurso humano capacitado para la realización de pruebas rápidas de VIH. También se identifican dificultades en el acceso al parto por cesárea, debido a que algunos gineco-obstetras se niegan a proveer el servicio (ONUSIDA, 2013b).

3.1.10 POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DEL VIH

La prevención debe ser la piedra angular de la respuesta nacional al VIH, con enfoques de prevención amplios, basados en evidencias, valores éticos y culturales locales. Por lo tanto una política que permita abordar la complejidad de la epidemia en forma comprehensiva, es una necesidad estratégica. No obstante y a pesar de que la meta 20 del PENSIDA III que considera la "formulación e implementación de una política de Estado relativa al VIH", el país aún no dispone de este recurso (ONUSIDA, 2013b). Es importante destacar, que tampoco exis-

te una política de prevención sea esta general, para enfrentar desde la prevención diversos problemas sociales, o propia de la respuesta al VIH que proponga los modelos y métodos para la prevención que respalden el trabajo de los actores involucrados. Tampoco se dispone de una política actualizada de salud sexual y reproductiva para el sector de la salud, o una política de educación sexual (para el ámbito educativo) que le permita abordar con integralidad las acciones particulares en prevención. Se reconoce la Política Nacional sobre VIH y sida en el mundo laboral como una oportunidad para trabajar en este sector.

En este contexto cabe mencionar la falta de liderazgo de la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA), que tiene la responsabilidad principal en el ámbito de políticas de VIH y sida y de la coordinación interinstitucional e intersectorial (CSJ, 1999). Aunque la política pública de VIH no se formuló como tal en el período estipulado, el PENSIDA III como una línea política para enfrentar la epidemia de VIH tampoco fue ejecutado desde su planteamiento base.

La falta de un marco político-legal claro y la implementación débil del PENSIDA III destacan la importancia de la “Estrategia de Abordaje Integral (EAI) del VIH e ITS en el Marco de la Reforma del Sector Salud”. La EAI busca institucionalizar e integrar la respuesta nacional al VIH y sida en los sectores clave, al garantizar el acceso a un paquete de servicios de VIH clave como son el compromiso estatal y el derecho legal. Así, la EAI puede ser un medio para gestionar la disponibilidad de recursos humanos, logísticos y financieros adecuados, y situar la responsabilidad de la gobernanza de la prevención en la Secretaría de Salud. En principio, esto debiera facilitar la participación de múltiples actores, incluyendo la sociedad civil y otros actores no tradicionales en la respuesta.

3.1.11 RECTORÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD

La Secretaría de Salud, además de su rol rector en salud ejerce la Presidencia de la CONASIDA. El Secretariado Técnico es ejercido por el Departamento de ITS/VIH/Sida. La CONASIDA se considera responsable de la formulación de políticas, gestión de recursos financieros, tecnológicos y de otra índole nacional e internacional para apoyar los programas y proyectos institucionales en materia de prevención, atención e investigación. La Comisión Nacional de SIDA fue creada en 1999 de acuerdo a la Ley Especial del VIH y sida, en donde se establece como un órgano superior, gestor y de coordinación interinstitucional. Sin embargo, hasta la fecha, su funcionalidad y consolidación ha sido limitada y no ha permitido el completo cumplimiento de sus funciones (SESAL, 2011).

La Secretaría de Salud a través del Departamento de ITS/VIH/Sida ha conducido el proceso para la elaboración de tres planes estratégicos. Actualmente se está implementando el Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y SIDA en Honduras 2008-2012 (PENSIDA III) el cual fue desarrollado participativamente con todos los sectores involucra-

dos en la respuesta nacional. Su operacionalización se ha visto limitada por la dificultad de armonizar, alinear y modular las fuentes de cooperación y la contraparte nacional. La Secretaría de Salud a través del Departamento de ITS/VIH/Sida también ha desarrollado normas, lineamientos y protocolos de vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación, manejo integral de ITS, prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo/a, consejería y pruebas rápidas, manejo clínico de la infección por VIH e ITS en adultos y niños, y actualmente está en proceso de finalización la norma nacional de VIH.

La vigilancia del VIH e ITS se centra en la atención al daño por medio de la notificación de casos y es realizada por el Departamento de ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud. Se orienta a la recolección de datos producidos por las regiones departamentales y hospitales nacionales de manera no sistemática. No obstante, se presentan otras limitantes como la oportunidad y calidad de los datos que limitan su procesamiento para obtener la información y, el análisis necesario para obtener el conocimiento y poder tomar las decisiones a fin de realizar las acciones necesarias en los diferentes niveles.

3.1.12 PROVISIÓN DE SERVICIOS

La responsabilidad de la provisión de servicios está a cargo de:

- 1.** La Secretaría de Salud presta servicios de promoción, prevención y atención en el área de VIH e ITS no sistematizados en toda su red (CESAR, CESAMO, CMI y hospitales). Se cuenta con 49 Centros de Atención Integral que funcionan de acuerdo a los lineamientos del Departamento de ITS/VIH/Sida enfocándose principalmente en las personas con VIH. Su capacidad es variable y funciona de acuerdo al nivel en que están localizados. Estos centros no cuentan con una articulación sistemática entre ellos y tienen una limitada relación institucional con el resto de los establecimientos de la red de servicios de salud.
- 2.** El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) presta servicios de promoción y prevención únicamente a sus afiliados, a través de su red de servicios, cuenta con dos CAI para atender personas, uno en Tegucigalpa y otro en San Pedro Sula.
- 3.** El subsector de salud no gubernamental, representado por los gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales con y sin fines de lucro, y organizaciones de base comunitaria, proporcionan servicios de promoción, prevención y apoyo (a las poblaciones clave, personas con VIH y afectadas por la epidemia, y sus familiares) con poca coordinación entre sí y sin ninguna regulación, desarrollando acciones de acuerdo a sus criterios organizacionales.

Lo anterior evidencia la falta de armonización y sistematización en la provisión de los servicios y programas de VIH e ITS. Si bien es cierto éstos se proveen en algún grado a las poblaciones clave, personas con VIH y población general, las mismas no están claramente establecidas, ni se desarrollan a través de un proceso sistemático.

El financiamiento de la respuesta nacional es mixto, ya que se dispone de fondos nacionales y de cooperación. Como ya mencionado, los fondos nacionales se invierten principalmente para la compra de terapia antirretroviral, reactivos y pago de personal de la Secretaría de Salud. Las estrategias de prevención del PENSIDA III no han tenido fondos del presupuesto nacional, sino se han ejecutado con financiamiento del Fondo Mundial, USAID, proyectos ejecutados por organizaciones no gubernamentales y agencias de cooperación, muchas veces en coordinación con las mismas instituciones del Estado. La prevención no ha sido un tema prioritario, con excepción del Programa de la Prevención de la Transmisión Vertical de Madre a Hijo/a. Consecuentemente se manifiesta el hecho de la poca financiación en acciones dirigidas al resto de poblaciones del PENSIDA III.

Hasta la fecha, la respuesta nacional al VIH y sida ha centrado sus acciones en la provisión de servicios institucionales, apoyada por proveedores públicos y privados poco articulados, con los cuales no existe un mecanismo formal y legal de relacionamiento que permita la vigilancia del marco normativo sanitario, el ejercicio de la fiscalización y control en el cumplimiento de las normas, así como la conducción, la vigilancia y la armonización de la provisión (SESAL, 2011).

3.1.13 ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CON VIH

3.1.13.1 Acceso a los servicios de atención integral

La Secretaría de Salud reglamentó la provisión de la terapia antirretroviral en el año 2002. En la actualidad, el país cuenta con recursos nacionales que cubren el 98% del costo de los antirretrovirales (SESAL, 2014). En el 2014, se proveyeron servicios descentralizados en 49 Centros de Atención Integral distribuidos en las 20 regiones departamentales del país y en 21 centros con servicios de atención integral en pediatría, funcionando bajo un sistema único de suministro y distribución de antirretrovirales.

La Estrategia de Atención Integral del VIH en su piloto incluye la existencia de unidades de salud del nivel primario diferentes a los CAI, que distribuyan antirretrovirales a fin de ampliar la cobertura de uso de dichos medicamentos en el país (SESAL, 2014).

Según la Evaluación al PENSIDA III, en el período de 2008 a 2012 se identificaron 5,295 personas con VIH, observándose una reducción de casos de hasta el 30 % en los últimos dos años respecto al 2008. Entre el 44% y 50% de las mujeres y el 63% de los hombres fueron diagnosticados con infección avanzada. Por otra parte, a finales de 2013 un total de 10,169 adultos y niños recibieron atención relacionada al VIH (4,869 hombres y 5,300 mujeres). El número de personas activas con terapia antirretroviral incrementó de 8,970 en el año 2012 a 9,569 en diciembre de 2013 (SESAL, 2014). Esto fue facilitado por la actualización del protocolo de atención, en el que se ampliaron los criterios de atención para la terapia con antirretrovirales en adultos (de <350 a <500 CD4/ mm^3). Según el esquema de tratamiento el 83.2% se encontraron en

primera línea de terapia, 16.6 % en segunda línea y el 0.2 % en terapia de rescate (ONUSIDA, 2013b).

Sin embargo, según el informe GARPR del 2014, el porcentaje de adultos y niños que actualmente recibe terapia antirretroviral, de entre todos los adultos y niños que viven con el VIH, sólo alcanzó el 42% (SESAL, 2014). La sobrevida a 12 meses después de iniciada la terapia, ha experimentado avances, de 72.8% a 83.7%, debido a la sobrevida en las mujeres (87%) pues en el caso de los hombres (81%) se ha reducido (ONUSIDA, 2013b).

Para estimular la adherencia al tratamiento, el personal del CAI aprovecha cada interacción con el usuario/a para hacer énfasis y reforzar la importancia de la misma. Los grupos de auto apoyo de la personas con VIH manejan el tema de adherencia y con las promotoras de visita domiciliaria de la ASONAPSIDAH ayudan en la búsqueda de personas que abandonan la terapia antirretroviral.

Asimismo, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) desarrolla proyectos para mejorar la adherencia con la entrega de suministro de alimentos a personas con VIH menos adherentes, con menos recursos económicos y más vulnerables. Según la evaluación al PENSIDA III, éste un programa efectivo pero insostenible (ONUSIDA, 2013b). Con el apoyo de PMA y la Secretaría de Salud, también se está aplicando la Guía de Nutrición y VIH. No obstante, los avances en materia del paquete integral están limitados al tratamiento y existen brechas a nivel nacional (Secretaría de Salud, 2014).

Otros programas incluyen la Estrategia Integral dirigida a la Niñez Huérfana y Vulnerable al VIH, constituida por pilares básicos de atención en materia de salud, educación, apoyo psicosocial, nutrición, apoyo en la generación de ingresos y mejoramiento de la vivienda. En los últimos cuatro años, en promedio se alcanzaron 20,000 niños y niñas menores de 18 años en 24 municipios con la más alta prevalencia de VIH. Adicionalmente, la aplicación del protocolo de la OMS en pacientes coinfectados con tuberculosis es una estrategia en implementación y en proceso de fortalecimiento (SESAL, 2014).

3.1.13.2 Desafíos en la atención a pacientes con VIH

Desafíos con respecto a la atención integral incluyen problemas en el cumplimiento de la cadena de frío para Kaletra a causa de refrigeración en mal estado y la opinión de algunos usuarios/as y profesionales al indicar que algunos antirretrovirales no son de buena calidad y que causan mayores efectos secundarios (ONUSIDA, 2013b). Además, se ha señalado en todos los CAI que la disponibilidad de medicamentos para las enfermedades oportunistas y comunes es muy limitada y que por lo tanto constituye en una gran brecha durante la atención. Por otro lado, la isoniacida que está normalizada para la tuberculosis latente en personas con VIH no se administra en ningún CAI ya que no estar disponible (con excepción de Sambo Creek). Otros problemas señalados en la prestación de servicios incluyen el alto volumen de usuarios/

as en algunos CAI y el tiempo insuficiente dedicado para la atención de cada persona, por lo tanto la anamnesis y el examen físico se hacen centrados en los aspectos que aquejan al usuario/a (ONUSIDA, 2013b).

La política de recursos humanos de la Secretaría de Salud no está actualizada en cuanto a los contenidos de contratación y movilización de los recursos humanos para la implementación del Modelo de CAI y de vigilancia centinela de las infecciones de transmisión sexual, pues experimentan reducción en la nómina de recursos humanos y movilizaciones de personal que generan sobrecarga y desgaste de los equipos de trabajo (ONUSIDA, 2013b).

Asimismo, diferentes actores observan el debilitamiento progresivo de los grupos de autoapoyo de las personas con VIH y la falta de empoderamiento derivada del poco apoyo económico que reciben para sus actividades, así como por conflictos y luchas internas que surgen al interior de los grupos (ONUSIDA, 2013b).

Una de las principales razones del abandono de la terapia antirretroviral y del menor acceso a los servicios es por la precaria situación económica de las personas con VIH en vista de que el 61% de las personas con VIH se encuentran en situación de desempleo, según el Índice de Estigma y Discriminación realizado en el 2014. Estos casos han aumentado de 11.3% a 14.9% en el período 2008-2012. El porcentaje de personas que se mantienen activas con terapia antirretroviral ha descendido de 76.3% a 71.4% en el mismo período. Las personas que la abandonaban no se restituyen rápidamente, pues se observan abandonos de un año, dos años, o de mucho más tiempo (ONUSIDA, 2013b).

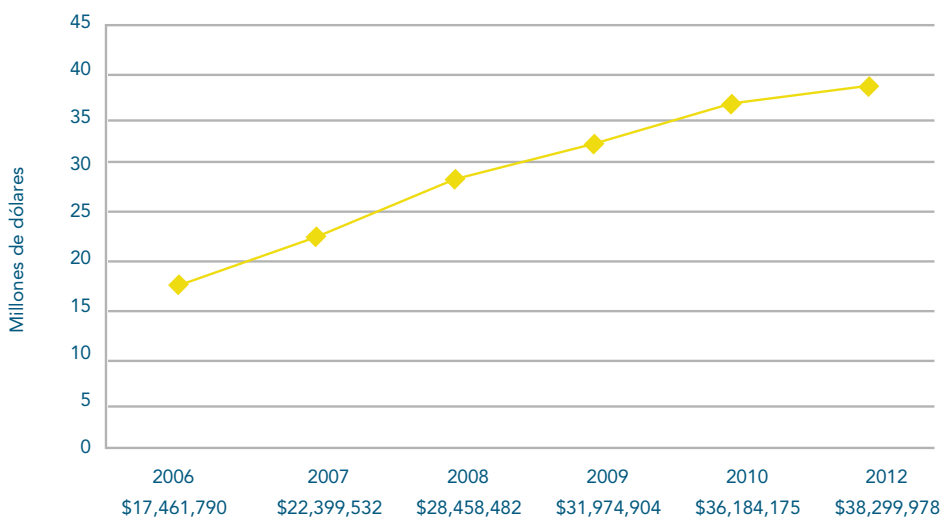
En los CAI se afirma que la resistencia al tratamiento está variando entre 7% a 12% anualmente, pero no se tiene certeza debido la ausencia de estudios de genotipaje que dificultan las opciones terapéuticas más efectivas a los usuarios/as con resistencia. Adultos y niños con terapia de rescate la han obtenido a través de gestiones personales y de terceros. Ante el reto progresivo de la resistencia, otra situación que acontece es la necesidad de ampliación del cuadro de antirretrovirales.

También se observa que los CAI experimentan dificultades para realizar el CD4 debido a déficits eventuales de insumos y por personal de laboratorio muy limitado. En algunos lugares no se realizan y en otros la cantidad de pruebas no responde a la demanda; éstas se hacen cada nueve o doce meses. La prueba de carga viral es la única prueba centralizada. Las muestras se toman en los CAI y son enviadas al Laboratorio Nacional de VIH e ITS, donde se procesan rápidamente. Sin embargo, el reporte de resultados (por correo electrónico) sufre serios retrasos, debido a escasez de personal para el reporte. Algunos laboratorios programan el CD4 y la carga viral en fechas diferentes, ocasionando que algunos pacientes no lleguen. (ONUSIDA, 2013b).

3.1.14 RECURSOS INVERTIDOS EN LA RESPUESTA NACIONAL

Los resultados de la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) para el año 2012 muestran que el gasto en VIH respecto al gasto nacional de salud para el 2012 año fue del 2.4%. El gasto total en VIH en el 2012 ascendió a USD 38.3 millones, de los que el 47% corresponde a fuentes internacionales, el 43% a fuentes públicas y el 10% a fuentes privadas (SESAL et al, 2013). Una comparación entre el ejercicio MEGAS del 2012 y los ejercicios realizados desde el año 2006 basado en las tres fuentes de financiamiento demuestra que el gasto total en VIH y sida ha ido en aumento con un 125% del año 2006 al 2012, teniendo los mayores aportes de gasto las fuentes internacionales y públicas como se observa en el Gráfico 5.

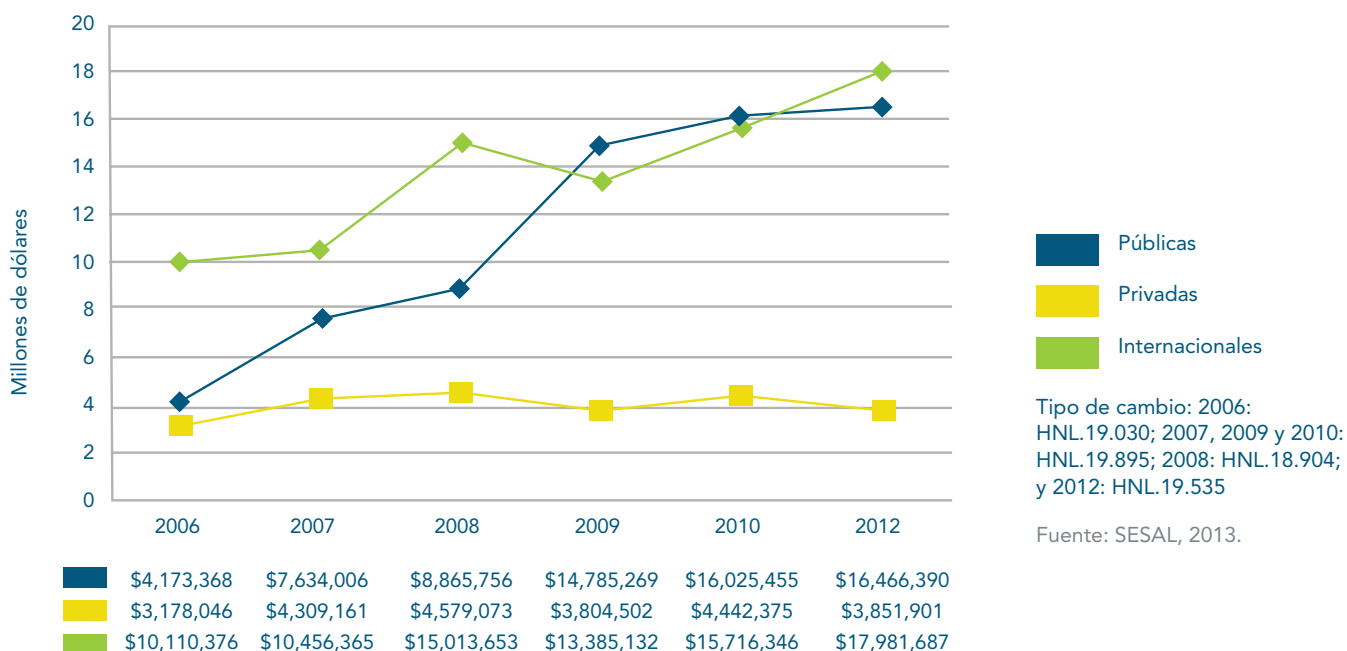
Gráfico 5: Gasto en VIH y sida en Honduras, 2006 al 2012



■ Total
Tipo de cambio: 2006: HNL.19.030; 2007, 2009 y 2010: HNL.19.895; 2008: HNL.18.904; y 2012: HNL.19.535
Fuente: SESAL, ONUSIDA. Estudios MEGAS 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 y 2012.

El Gráfico 6 muestra la tendencia del gasto en VIH y sida entre el 2006 y el 2012 por origen de financiamiento, el cual revela una cuadruplicación de los gastos de las fuentes públicas, o sea de USD 4.2 millones en el 2006 a USD 16.5 millones en el 2012; un incremento considerable (78%) de las fuentes internacionales, de USD 10.1 millones en 2006 a USD 18.0 millones en 2012; y las fuentes privadas se mantienen a un nivel relativamente estable con USD 3.2 millones en 2006 y USD 3.9 millones en 2012. (SESAL et al, 2013).

Gráfico 6: Gasto en VIH por origen de financiamiento en dólares, 2006 al 2012



La Tabla 29 muestra que el 92 % del gasto en el 2012 en términos programáticos se ejecuta principalmente en tres de las ocho categorías de gasto MEGAS: 1) Prevención (45.4%); 2) Atención y tratamiento (30%); y 3) Gestión y administración de programas (17%) (Secretaría de Salud et al, 2013). Se nota que el área de prevención depende en un 44 % de fuentes internacionales, mientras el financiamiento público predomina en el área de la atención y el tratamiento (77.4%).

Tabla 29: Origen de la respuesta nacional al VIH según las tres principales categorías de gasto programático, 2012

CATEGORÍA DE GASTO	ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO								
	PÚBLICO		PRIVADO		INTERNACIONAL		TOTAL		%
	HNL	USD	HNL	USD	HNL	USD	HNL	USD	
Prevención	121,063,306	6,197,251	68,838,722	3,523,866	149,420,024	7,648,837	339,322,052	17,369,954	45%
Atención y Tratamiento	174,044,219	8,909,353	6,381,519	326,671	44,293,844	2,267,409	224,719,582	11,503,434	30%
Gestión y Administración	26,053,436	1,333,680	N/D	N/D	97,546,136	4,993,403	123,599,572	6,327,083	17%
Total	321,160,961	16,440,285	75,220,241	3,850,537	291,260,004	14,909,650	687,641,206	35,200,471	92%

Fuente: MEGAS, 2012.

En relación al gasto en las poblaciones beneficiarias, en el año 2012 se observa que para las personas con VIH el gasto total para el año 2012 fue de 31% (USD 11.8 millones), el cual representa USD 914 por persona con VIH.

En las poblaciones clave (mujeres trabajadoras de sexo, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans y población garífuna y afrohondurena) el gasto para el 2012 fue de 8.4% (USD 3 millones). Es notable

el gasto relativamente bajo para la prevención en las poblaciones en las cuales está concentrada la epidemia por VIH. La Tabla 30 presenta los detalles de los gastos en poblaciones clave específicas.

Tabla 30: Gasto en poblaciones clave, 2010-2012

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

Fuente: MEGAS, 2012.

El gasto según los diferentes proveedores de servicios, se distribuye de la siguiente manera: sector público, USD 19.5 millones (51.2%); sector privado, USD 15.3 millones (40.1%); y proveedores internacionales, USD 3.3 millones (8.7%). También se observa que los factores de producción más relevantes son: salarios, con USD 11.6 millones (30.4%); antirretrovirales, USD 5.7 millones (15%); condones, USD 3.7 millones (9.7%); y reactivos y materiales, USD 3.1 millones (8.2%).

3.2 PRINCIPALES RETOS PARA UNA FUTURA RESPUESTA EFECTIVA

Los datos epidemiológicos más recientes muestran claramente que la epidemia del VIH sigue siendo un problema de salud pública importante, con altas tasas de VIH en poblaciones clave, sin que existan signos de una disminución. Aunque la respuesta nacional comprende las estrategias prioritarias en las áreas de prevención, atención y tratamiento, las tendencias preocupantes del VIH enfatizan la necesidad de reforzar los programas existentes y enfocar aún más en las estrategias de mayor impacto.

Los retos principales para una respuesta nacional al VIH y sida más eficaz incluyen tres aspectos principales:

- Reforzar la disponibilidad y el uso de la información estratégica.
- Aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios y programas clave.
- Invertir y garantizar mayor sostenibilidad de la respuesta nacional.

3.2.1 INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

Mientras que la vigilancia epidemiológica básica se implementa de manera rutinaria y se han hecho algunas investigaciones, hasta la fecha la disponibilidad de datos confiables sobre la naturaleza y la magnitud

verdadera de la epidemia del VIH es muy limitada. Para que el logro de los “Tres Ceros” en Honduras sea exitoso, se requiere una inversión completa, eficaz y eficiente en la respuesta nacional al VIH. Estas inversiones deben ser basadas en evidencias, es decir, hay que priorizar los grupos donde más se transmite el VIH y donde se necesita tener acceso a la terapia antirretroviral. Esto requiere información estratégica confiable, precisa y de alta calidad.

El sistema de vigilancia actual del sector salud se limita a la detección pasiva de los casos de VIH, mientras que la utilización de los servicios de prueba y consejería de VIH es muy baja, lo cual dificulta aún más una comprensión adecuada del número de personas infectadas por el VIH. Mientras que los estudios ECVC realizados hasta la fecha han proporcionado información importante sobre las poblaciones clave, se necesita más investigación cualitativa de profundidad para entender las dinámicas sociales y conductuales relacionadas con el riesgo de VIH de las poblaciones clave. Un ejemplo de lo anterior, es la necesidad de distinguir mejor entre diferentes tipos de trabajo sexual y el sexo transaccional, así como una mejor comprensión de los diferentes subgrupos que pueden distinguirse entre la población general de hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans, así como la población garífuna y afrohondureña. Todavía no existe una comprensión adecuada de los riesgos de VIH de subgrupos específicos de la población afrohondureña, por ende, la caracterización de “población clave” de toda la población afrohondureña puede llevar a su estigmatización y discriminación.

Mientras que comúnmente se asume que el uso de drogas inyectables no es un problema mayor en Honduras, los resultados de los estudios ECVC demuestran pequeños porcentajes de hombres que tienen sexo con hombres y de trabajadoras del sexo que se inyectan drogas. Esto requiere más investigación a profundidad para entender el alcance de esta conducta de riesgo.

Del mismo modo, se ha realizado muy poca investigación con respecto a los factores sociales, económicos y culturales específicos que podrían impulsar la epidemia del VIH en el futuro, tales como el impacto de la pobreza y la movilidad laboral en los comportamientos de riesgo del VIH o la modificación de las normas sexuales y prácticas entre los jóvenes. En este sentido, es difícil identificar a los grupos de adolescentes y jóvenes que son particularmente vulnerables al VIH y cuáles son los factores que determinan su riesgo al VIH.

En tanto que hay evidencia anecdótica sobre los riesgos del VIH entre grupos específicos, tales como los clientes de las trabajadoras del sexo, la población migrante, la población privada de la libertad y los/las niños/as que viven en la calle; no hay mucha evidencia sobre sus prácticas de riesgo, su exposición al VIH y la prevalencia del VIH en estos grupos vulnerables. Por lo tanto, investigaciones biológicas y conductuales más sistematizadas entre estas sub poblaciones son una prioridad para poder entender cómo el VIH podría transmitirse a la población general a través de estos grupos.

Además, los datos de monitoreo y evaluación (M&E) de los programas y servicios se limitan a obtener información básica sobre el número y la cobertura de los servicios prestados, pero en la ausencia de investigación operativa, es imposible evaluar la calidad de estos programas y el impacto que tienen sobre sus beneficiarios. Por lo tanto, la investigación operativa debe ser un componente integral de las intervenciones futuras, con el fin de identificar los servicios que tienen el mayor impacto y para mejorar su (costo) eficacia.

El área de atención integral, tratamiento y apoyo para las personas con VIH requiere atención especial, debido a las muchas brechas y desafíos que dificultan la prestación de servicios eficaces. Otra área prioritaria se refiere a la gestión de programas, los arreglos institucionales y el financiamiento de los programas e intervenciones; la investigación en estas áreas puede ayudar a la elaboración de modelos de prestación de servicios más sostenibles.

3.2.2 COBERTURA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS

Aunque una gama de servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH e ITS está disponible, la cobertura y la utilización de estos servicios se mantienen limitadas debido a varias razones. Los programas de prevención para las poblaciones clave están concentrados en un número limitado de principales ciudades y son proporcionados a través de ONGs que a menudo carecen de la capacidad organizativa para ampliar sus servicios a más clientes o a sitios adicionales. Agregado a esto es el hecho de que muchas ONGs dependen de voluntarios y carecen de financiamiento sostenido fuera de proyectos específicos. Además, éstas tienen una experiencia limitada en la prevención del VIH y en el trabajo con los diferentes tipos de mujeres trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres u otros grupos vulnerables; y muchas veces sus servicios están basados en su propia "oferta", en lugar de la "demanda" de los clientes.

La capacidad organizativa y la orientación al cliente limitada de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) también afectan a la calidad y la gama de servicios. La mayoría de las OSC ofrecen un conjunto limitado de servicios específicos relacionados al VIH que están financiados por los donantes, mientras que sus clientes (mujeres trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans, etc.) a menudo requieren otros servicios que no están disponibles ya que no son apoyados por los donantes. Esto dificulta atraer a clientes para servicios relacionados con el VIH. Además, el fuerte estigma y la discriminación asociada con el trabajo sexual y la diversidad sexual, aún más en relación con el VIH e ITS— lo hacen muy difícil llegar a estas poblaciones clave, especialmente a los subgrupos más ocultos, tales como los hombres que tienen sexo con hombres que están casados o las mujeres jóvenes que se dedican al sexo "transaccional" o las mujeres "prepagado", quienes son mucho más difíciles de identificar que las trabajadoras del sexo "tradicionales".

Asimismo, la cobertura de los programas de prevención del VIH e ITS para la población en general, así como para grupos vulnerables más específicos como los adolescentes y la juventud en mayor riesgo o las poblaciones móviles, se ve obstaculizada por el estigma y la discriminación generalizada relacionada con el VIH. La utilización de los servicios de prueba del VIH y consejería es muy baja debido al estigma generalizado, así como a problemas relacionados a la disponibilidad de pruebas y la alta rotación de personal, que afecta a la calidad de los servicios. Esto también afecta al número de personas con VIH que tienen acceso a la terapia antirretroviral, ya que la mayoría de las personas infectadas con VIH desconoce su estatus de VIH y es diagnosticada con infección avanzada por VIH.

La eficacia de la educación sobre el VIH para la población general, incluyendo la orientada a reducir el estigma y la discriminación es afectada por las sensibilidades culturales sobre sexualidad y las conductas de riesgo del VIH, especialmente en relación con los jóvenes. Como resultado, la mayoría de los programas de educación se limitan a información biomédica sobre el VIH y las formas de transmisión, sin abordar los factores sociales, psicológicos y conductuales asociados con la infección por VIH.

3.2.3 SOSTENIBILIDAD: LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH COMO UNA INVERSIÓN PARA EL FUTURO

Mientras que la información estratégica puede ayudar a elaborar e implementar programas que responden a las necesidades específicas de los diferentes grupos clave y/o más vulnerables y en tanto que se pueda mejorar la calidad y la cobertura de los servicios a través del fortalecimiento sistemático de las capacidades técnicas, organizativas e institucionales, la sostenibilidad de la respuesta nacional particularmente con respecto a los programas de prevención del VIH en las poblaciones clave y la terapia antirretroviral para las personas con VIH, enfrenta desafíos importantes con respecto a tres dimensiones principales: 1) financiamiento sostenido; 2) priorización continua del VIH e ITS como un problema nacional de salud y de desarrollo; y 3) capacidad institucional y organizativa limitada de los proveedores de servicios. Es importante destacar el persistente estigma y discriminación por la condición de vivir con VIH o suponer que la persona es positiva, limita las posibilidades de acceso a servicios de prevención, atención tratamiento, cuidado y apoyo.

3.2.3.1 Financiamiento sostenido

Hasta la fecha, la respuesta nacional al VIH y sida ha sido beneficiada significativamente del apoyo financiero de donantes externos, especialmente el Fondo Global y USAID. Es probable que la prevención del VIH en las poblaciones clave siga siendo dependiente del financiamiento de los donantes externos, debido a las sensibilidades culturales y al limitado apoyo político y social para los programas en estas poblaciones clave. Además, aunque el gobierno está apoyando al financiamiento de la terapia antirretroviral de las personas con VIH actualmente, un incremento considerable del número de personas con

VIH identificadas en el futuro conllevaría también un incremento del costo. En el contexto de recursos nacionales limitados y la competencia con otras prioridades, es posible que ya no se pueda sostener el apoyo existente a la terapia antirretroviral.

El problema fundamental con respecto al pensamiento acerca del financiamiento de los programas del VIH es que se les considera como un gasto. Por lo tanto, el cambio fundamental que debe tener lugar en el pensamiento acerca del financiamiento de los programas del VIH e ITS es considerarlo como una buena inversión para el futuro del país. Invertir en la respuesta al VIH producirá beneficios futuros en materia de salud, bienestar, así como ahorros financieros, que compensarán la inversión realizada ahora (Schwartländer et al, 2011; UNAIDS, 2011).

Los retos actuales con respecto a la situación económica nacional e internacional, así como la fatiga de donantes con respecto a la respuesta al VIH e ITS, presentan un desafío importante para el financiamiento sostenido del VIH e ITS en un futuro próximo. En este contexto, será esencial diversificar el financiamiento para la prevención y la atención integral, especialmente a través de: 1) aumento del financiamiento sostenido del gobierno, basado en un entendimiento de buenas inversiones en VIH; 2) fortalecimiento del apoyo del sector privado a través de la colaboración pública-privada y de la implementación de la política nacional sobre el VIH y el Sida en el ámbito laboral; 3) introducción de planes de recuperación de costos y servicios pagados por las organizaciones de la sociedad civil (por ejemplo, para ciertos servicios para poblaciones clave); y 4) pilotaje de modelos innovadores del financiamiento del gobierno a través de la subcontratación de servicios específicos a las organizaciones de la sociedad civil, en particular para poblaciones clave.

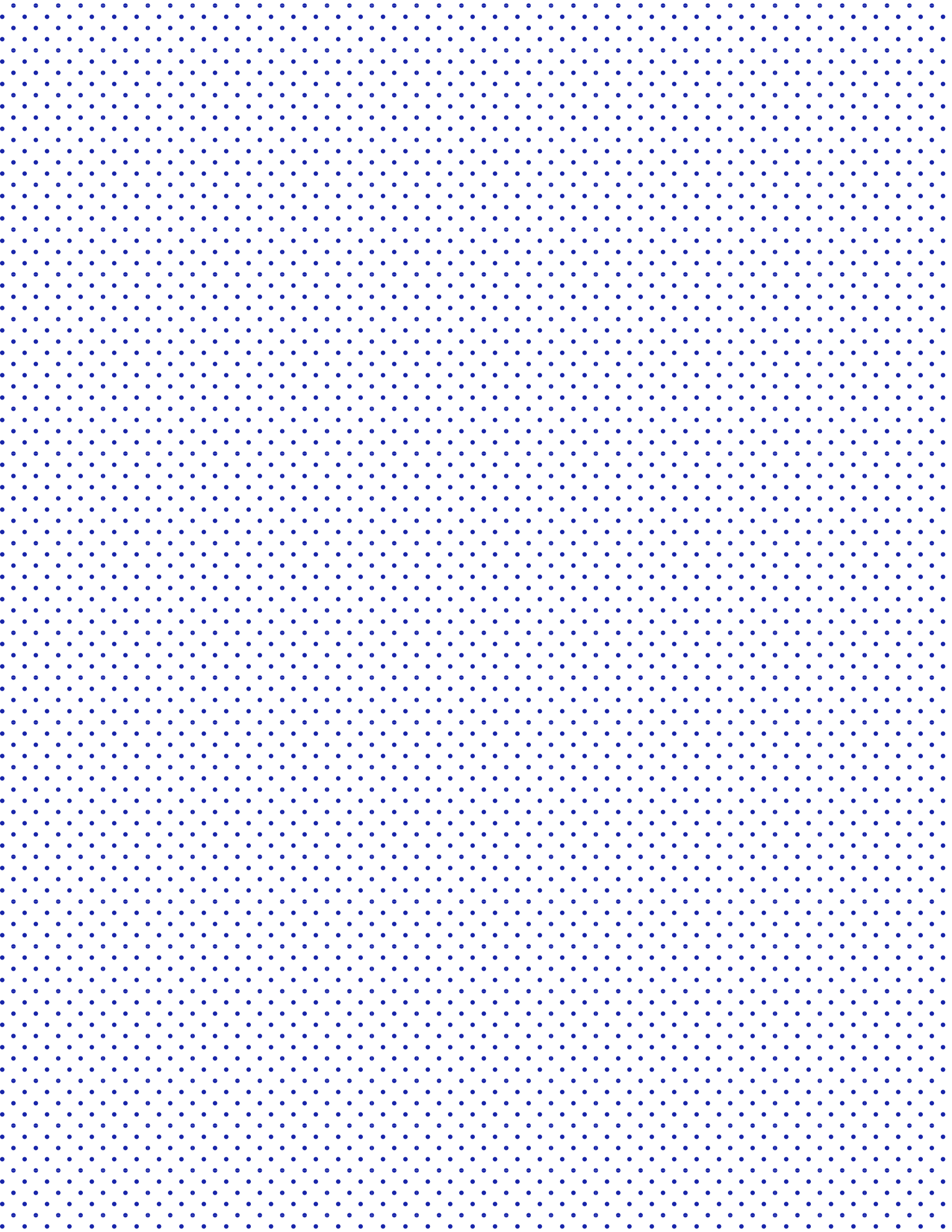
3.2.3.2 Priorización continua del VIH

En las últimas dos décadas, la epidemia del VIH ha sido reconocida como uno de los principales problemas del mundo, que podía contar con la atención prioritaria de los responsables políticos y donantes nacionales e internacionales. Sin embargo, entre muchas otras prioridades que compiten, es posible que en el futuro próximo ya no se considere al VIH como una prioridad nacional, lo cual representaría una amenaza para la atención política y la asignación continua de recursos, especialmente con respecto a las poblaciones clave.

A nivel nacional, las continuas tasas altas del VIH especialmente entre las poblaciones clave, demuestran la importancia de reconocer el VIH y las ITS como prioridad nacional de salud. Por lo tanto, con el fin de garantizar la sostenibilidad futura de la respuesta nacional, la CONASIDA y sus socios gubernamentales y no-gubernamentales tendrán que proporcionar evidencia convincente sobre la epidemia y la eficacia de la respuesta. Esto requerirá proporcionar evidencias de que la respuesta al VIH e ITS, es una inversión costo-efectiva, más que un costo, de acuerdo con los conceptos clave del “Marco de Inversión” (UNAIDS, 2011).

3.2.3.3 Capacidad institucional y organizativa limitada de los proveedores de servicios

La sostenibilidad de los servicios de VIH e ITS es amenazada por la capacidad técnica e institucional limitada de las organizaciones no-gubernamentales para prestar servicios de manera efectiva y continua. Esto incluye la rotación frecuente de personal capacitado, mecanismos de coordinación y referencia inadecuados entre los diferentes sectores, departamentos y proveedores de servicios, y sistemas de información y logística débiles. Por ende, el reforzamiento de las capacidades organizacionales e institucionales y de los mecanismos de colaboración entre las instituciones gubernamentales y no-gubernamentales es clave para sostener y expandir los programas y servicios de VIH e ITS existentes.





**ASPECTOS PRIORITARIOS
QUE SURGEN DE LA EVA-
LUACIÓN DE LA RESPUES-
TA NACIONAL, ANÁLISIS
EPIDEMIOLÓGICO Y DEL
CONTEXTO SOCIOECONÓ-
MICO Y CULTURAL**

4. ASPECTOS PRIORITARIOS QUE SURGEN DE LA EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL, ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y DEL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL

Utilizando la información obtenida a partir de los datos epidemiológicos y conductuales sobre las poblaciones clave y vulnerables, de la información sobre los factores económicos y socio-culturales que subyacen a la epidemia e información de las lecciones aprendidas con respecto a las lecciones exitosas, brechas y desafíos a partir de la evaluación del PENSIDA III, se han identificado las áreas y aspectos estratégicos a ser abordadas del 2015 al 2019 para una exitosa respuesta nacional.

- 1.** Fortalecimiento de la gobernabilidad y gobernanza para la coordinación de la respuesta nacional al VIH.
- 2.** Fortalecimiento de la prevención del VIH con énfasis en las poblaciones clave y vulnerables.
- 3.** Ampliación de la cobertura, utilización y calidad de los servicios de tratamiento, atención y apoyo para las personas con VIH, con especial atención para el mejoramiento de la detección de casos de VIH para la retención de pacientes con VIH en atención integral, incluyendo la terapia antirretroviral.
- 4.** Conocimiento de la epidemia: información estratégica que guíe una respuesta nacional basada en evidencia.

4.1 FORTALECIMIENTO DE LA GOVERNABILIDAD Y GOBERNANZA PARA LA COORDINACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH

Esta área comprende: a) fortalecer las capacidades técnicas, organizativas e institucionales de los sectores gubernamentales y de la sociedad civil; b) incrementar los recursos nacionales para la respuesta al VIH, con atención especial para la sostenibilidad financiera a largo plazo; c) reforzar el involucramiento multisectorial; y d) fortalecer la creación de ambientes de apoyo.

4.1.1 FORTALECER LAS CAPACIDADES TÉCNICAS, ORGANIZATIVAS E INSTITUCIONALES DE LOS SECTORES GUBERNAMENTALES Y DE LA SOCIEDAD CIVIL

El fortalecimiento y fomento de la capacidad institucional requiere de asistencia técnica para la implementación de los programas y prestación de servicios, y de capacidad institucional y organizativa de las instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil en las áreas de gestión de recursos humanos y financieros, sistemas de compra y abastecimiento, movilización de recursos, y monitoreo y evaluación (M&E). Esto requiere una revisión y mejor definición de los mandatos y de las responsabilidades de cada una de las instituciones involucradas, de los mecanismos de coordinación y de las alianzas, así

como de las líneas de información y comunicación. Esto también implica clarificar y reforzar el papel y mandato de la CONASIDA y su Secretariado Técnico en la Secretaría de Salud, así como las funciones y responsabilidades de las demás Secretarías y sectores.

4.1.2 INCREMENTAR LOS RECURSOS NACIONALES PARA LA RESPUESTA AL VIH CON ATENCIÓN ESPECIAL A LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA A LARGO PLAZO

La sostenibilidad financiera requiere de una mayor inversión nacional, lo que implica un mayor compromiso político, financiero estructural y el reconocimiento del VIH y las ITS como prioridad nacional. En este sentido, la respuesta al VIH es una inversión en el futuro del país, no (sólo) un gasto financiero. La optimización de los recursos bajo criterios de transparencia, requiere de mecanismos de auditoría social para la rendición de cuentas y transparencia de los fondos nacionales y de la cooperación.

4.1.3 REFORZAR EL INVOLUCRAMIENTO MULTISECTORIAL

El sector salud ha jugado el papel principal en la respuesta nacional al VIH y sida. Sin embargo, una respuesta multisectorial integral también requiere del papel activo de las demás secretarías y sectores gubernamentales. Una respuesta multisectorial requiere la integración del VIH e ITS en cada sector, que sea complementaria y sostenible a largo plazo. Debe orientar la definición e implementación de políticas públicas y asignaciones presupuestarias a nivel central, regional y local para asegurar una respuesta integral.

La participación multisectorial y descentralizada requiere políticas y programas que tengan en cuenta las características específicas, los riesgos relacionados con el VIH y la ITS y factores multiculturales de cada región, así mismo requiere la implementación y operativización de las políticas públicas existentes entre ellas: Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud, Plan Nacional de Salud 2021, Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/SIDA, la Política de Igualdad y Equidad de Género II, la Política de Protección Social, Política de Descentralización del Estado para el Desarrollo, la Política Pública en Derechos Humanos y Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos 2013-2022, Política Nacional de VIH y sida en el Mundo del Trabajo, la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación", así como el cumplimiento de acuerdos, compromisos y convenios internacionales suscritos y ratificados relacionados con la respuesta nacional e incluidos en el ordenamiento jurídico a través de la Ley Especial del VIH y sus reglamentos.

Para garantizar la participación multisectorial es fundamental que los distintos sectores tengan como guía orientadora y de cumplimiento el PENSIDA IV.

4.1.4 FORTALECER LA CREACIÓN DE AMBIENTES DE APOYO

La participación activa del sector privado y de las organizaciones sindicales es crucial para reforzar los abordajes en el lugar de trabajo. Por ello la Política Nacional sobre VIH en el Lugar de Trabajo es una oportunidad para facilitar dicho involucramiento y aporte. La sociedad civil desempeña un papel clave en la creación de ambientes de apoyo. Los líderes religiosos y comunitarios juegan un papel muy importante en la respuesta al VIH, influyendo en la orientación a la población en acciones de prevención y la atención relacionadas con el VIH.

4.2 FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL VIH CON ÉNFASIS EN LAS POBLACIONES CLAVE Y VULNERABLES

Mediante esta área se pretende reforzar y priorizar la prevención del VIH e ITS en poblaciones clave, la prevención de la transmisión vertical y prevención del VIH e ITS, en la población general, con énfasis en los grupos más vulnerables.

4.2.1 REFORZAR Y PRIORIZAR LA PREVENCIÓN DEL VIH E ITS EN POBLACIONES CLAVE

Los resultados del ECVC del 2012 demuestran claramente la importancia de priorizar la prevención del VIH en las poblaciones clave, especialmente en HSH, mujeres trans y MTS. La priorización de la prevención incluye reforzar la cobertura de los servicios, mejorar el acceso y la calidad de los mismos, considerando las necesidades, características específicas y expectativas de cada una de ellas.

Los servicios de prevención del VIH e ITS para las poblaciones clave siguen dependiendo de financiamiento de los donantes externos y la prestación de los mismos en su mayoría son implementados por ONGS, varias de las cuales cuentan con una limitada capacidad técnica y de gestión que no les permite alcanzar con calidad y cobertura a estas poblaciones.

La baja cobertura actual de las poblaciones clave tiene varias razones que a menudo son difíciles de identificar, ya que existen diferentes subpoblaciones con características específicas, tales como los hombres que tienen sexo con hombres casados y con familias, que no se auto-identifican como tales y por ende son difíciles de alcanzar con servicios. Asimismo existen mujeres trabajadoras del sexo difíciles de identificar, tales como las "prepago" o las niñas víctimas de la explotación sexual, que no puede alcanzarse con servicios regulares para las mujeres trabajadoras del sexo.

Además, la gama de servicios depende de las prioridades en el área de VIH e ITS de los donantes, por lo tanto, los servicios no siempre responden a las necesidades o expectativas de las poblaciones clave

fuera de este ámbito. En este contexto la inversión eficaz para la cobertura de los servicios de prevención del VIH e ITS para poblaciones clave requiere de los siguientes aspectos:

1. Crear y reforzar un entorno favorable bajo un enfoque de derechos para facilitar la prestación de servicios de prevención del VIH e ITS en las poblaciones clave, con énfasis en la reducción del estigma y la discriminación como factor de exclusión social y limitante para el acceso a los servicios. Los programas de prevención del VIH deberán ser diseñados bajo un enfoque de derechos para evitar reproducir estereotipos y reforzar la discriminación. Un aspecto importante es el respaldo político a los programas y estrategias para asegurar el acceso universal a un paquete básico de servicios de protección social.

2. Reforzar la capacidad técnica e institucional de las instancias prestadoras de servicios a poblaciones clave como ser las ONGs, CAI, clínicas VICITS, etc. Esto implica mejorar la colaboración entre los diferentes prestadores de servicios, gubernamentales y no gubernamentales y reforzar las redes de referencia y respuesta entre ellos, para garantizar el acceso a servicios integrales de prevención, atención y soporte continuos.

3. Mejorar la calidad y diversificar el conjunto de servicios, requiere la definición de programas de educación y cambio de comportamiento en base a la evidencia y enfoque en derechos, con participación activa de las poblaciones clave en el diseño y la implementación de dichos programas y estrategias de VIH especialmente a través de educadores de pares. Estos programas deben considerar una mayor cobertura en los servicios de prueba del VIH y consejería a través de programas de extensión comunitaria promoción y distribución de condones y lubricantes, tomando en cuenta las necesidades específicas de las diferentes poblaciones clave, servicios de salud sexual y reproductiva, tratamiento de ITS, servicios de apoyo legal, así como servicios que respondan a necesidades específicas de dichas poblaciones.

4. Garantizar el financiamiento sostenible a largo plazo de las ONGs y otras organizaciones y reducir su dependencia de las políticas de corto plazo de los donantes.

El Estado debe asegurar la disponibilidad de recursos propios para las ONGs que brindan servicios de prevención del VIH a las poblaciones clave mediante la modalidad de subrogación de servicios. El fortalecimiento de capacidades administrativas y técnicas de las ONGs y de otras instituciones prestadoras de servicios de salud para acceder de forma eficaz y sostenible en los procesos de subrogación de servicios de prevención de VIH e ITS en poblaciones claves y vulnerables. También es importante adoptar una cultura de auditoría social para generar y motivar la rendición de cuentas y promover el ejercicio de la transparencia en el manejo de los recursos.

4.2.2 PREVENCIÓN DEL VIH E ITS EN LA POBLACIÓN GENERAL CON ÉNFASIS EN LOS GRUPOS VULNERABLES A LA EPIDEMIA

La priorización de la prevención del VIH e ITS en la población general con énfasis en los grupos más vulnerables ante la epidemia incluye:

1. La educación sobre el VIH enfocada en la reducción del estigma y la discriminación de las personas con VIH y de las poblaciones clave. Estos programas deben enfocarse en los lugares de trabajo, en los establecimientos de salud, de educación formal y no formal y en el sector de seguridad y justicia.
2. La prueba del VIH con consejería como punto de entrada a la atención integral.
3. La prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo/a.

Otro aspecto importante en cuanto a la educación sobre VIH e ITS es el enfoque de género a fin de analizar y comprender cómo los riesgos de la transmisión del VIH e ITS están estrechamente relacionados con las dimensiones de género. Por ende se requiere de enfoques educativos que tomen en cuenta los riesgos y vulnerabilidades diferenciales de las mujeres y niñas en comparación con los hombres y niños. Esto implica dar atención especial para temáticas tales como el machismo y los roles de género tradicionales, la violencia sexual y de género, la orientación sexual e identidad de género, el impacto de las relaciones de poder en la toma de decisiones en materia de prevención del VIH e ITS (por ejemplo sobre el uso del condón en el contexto de las mujeres trabajadoras del sexo y sus clientes masculinos) y el acceso a los servicios de prevención relacionados con el VIH e ITS.

Además, es importante el involucramiento activo de las personas con VIH en la educación sexual integral sobre el VIH e ITS, el llamado enfoque de “prevención positiva” y la reinfección entre personas con VIH para reforzar la prevención del VIH e ITS en las parejas serodiscordantes, la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo/a y para reforzar la adherencia a la terapia antirretroviral.

El incremento del acceso y la utilización de los servicios de prueba del VIH con consejería e ITS con consejería es crucial para identificar los casos de VIH e ITS ocultos. El conocimiento de su estatus de VIH es fundamental para tener acceso a los servicios de atención integral, incluyendo la terapia antirretroviral, así como para prevenir la transmisión de VIH e ITS (tratamiento como prevención). En este contexto, los servicios de prueba y consejería iniciadas por los proveedores de servicios (PCIP) es un enfoque clave para alcanzar grupos más vulnerables, tales como los pacientes con ITS, tuberculosis y otros grupos.

A la fecha, existen problemas con la disponibilidad de las pruebas del VIH ya que se priorizan las pruebas del VIH en el contexto de la prevención de la transmisión de madre a hijo (ver abajo). Por lo tanto, también hay que priorizar el acceso garantizado a la prueba de VIH con conseje-

ría en otros contextos de los servicios de salud, en ONGs, en los lugares de trabajo, etc. También es importante reforzar la confidencialidad de los servicios de prueba y consejería, y promoverlos en la población general así como poblaciones clave.

La prevención de la transmisión vertical del VIH de madre a hijo/a es uno de los servicios de prevención más costo-efectivos. Actualmente los servicios de la prevención de la transmisión vertical de madre a hijo/a ya están integrados en los servicios de salud materna infantil. Sin embargo es importante mejorar su implementación, con énfasis especial en mujeres de poblaciones clave de mayor riesgo y grupos vulnerables, que pueden tener menos acceso a los servicios de salud.

En el 2013, se estima que sólo un 51.5% de las mujeres embarazadas seropositivas recibió medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión del VIH a su hijo/a, pues casi la mitad de estas mujeres no tenía acceso a la prevención de la transmisión vertical de madre a hijo/a. En consecuencia, se estima que el 17.8% de los hijos de madres seropositivas fueron infectados por VIH (SESAL, 2014). Otro aspecto importante es el fortalecimiento del seguimiento de mujeres con VIH y la referencia activa a servicios de atención integral y terapia antirretroviral.

4.3 AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA, UTILIZACIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO A LAS PERSONAS CON VIH

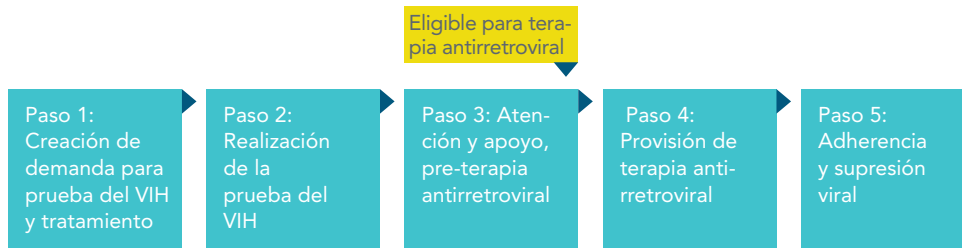
Las personas con VIH constituyen un grupo priorizado debido a factores que condicionan su situación de vulnerabilidad, como ser el impacto del VIH e ITS en su salud y bienestar físico, psicológico y social; el estigma y la discriminación social en varios contextos (en los servicios de salud, educación, lugar de trabajo, en la comunidad y la familia); la violación de sus derechos humanos; y el acceso inadecuado a los servicios de prevención, prueba con consejería, atención y tratamiento.

El acceso a los servicios de atención integral, incluyendo la terapia antirretroviral y los servicios de soporte para las personas con VIH, es un elemento fundamental de la respuesta nacional al VIH. La terapia antirretroviral no sólo contribuye a la salud y el bienestar de las personas con VIH, sino que también es un componente clave en la prevención del VIH e ITS (tratamiento como prevención).

El último informe GARPR revela unas brechas y debilidades importantes con respecto al continuo de servicios de atención integral para las personas con VIH, que incluye: la prueba del VIH; la entrada en los servicios de atención de VIH e ITS; y la iniciación y retención en la terapia antirretroviral y la atención crónica. Tales brechas deberían de abordarse con urgencia para asegurar un acceso adecuado a la atención integral y la terapia antirretroviral (SESAL, 2014b). Es de notar como en cada paso del continuo de atención "prueba-tratamiento-retención" para las personas con VIH, el sistema de salud pública logra captar una

cierta proporción de las personas con VIH, mientras pierde, o no logra retener a otros (Gráfico 7).

Gráfico 7: La Cascada “Prueba-Tratamiento-Retención” de VIH y sida



Los resultados del Informe GARPR del 2014 revelan que la brecha más grande a lo largo de la cascada de “prueba-tratamiento-retención” se trata de las personas con VIH que desconocen su estatus serológico por no hacerse la prueba de VIH (paso 2). En el 2013, sólo el 12.6% de personas de 15 a 49 años, o sea el 11.1% de los hombres y el 13% de las mujeres de 15-49 años de edad se realizó la prueba de VIH en los últimos meses y conoció los resultados.

Uno de los problemas principales es que no se tiene acceso para realizar la prueba del VIH a la población en general por falta de presupuesto y/o por problemas de desabastecimientos. Otra consecuencia de la insuficiencia de los servicios de prueba de VIH es que el 50% de las mujeres y el 63% de los hombres son diagnosticados con infección avanzada (ONUSIDA, 2013b).

El acceso a los servicios de prueba del VIH y consejería es un punto de entrada clave para el acceso a la atención integral y a la terapia antirretroviral. Sin embargo, el porcentaje estimado de adultos y niños con VIH que actualmente recibe la terapia antirretroviral (paso 4) sólo es de 42%: menos de la mitad de todas las personas con VIH (SESAL, 2014b).

4.3.1 DESAFÍOS CON RESPECTO A LA ADHERENCIA Y LA RETENCIÓN EN LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

En cuanto a la adherencia y retención en la terapia antirretroviral (paso 5), el 84% de las personas con VIH sigue la terapia antirretroviral 12 meses después de haberla iniciado, pero no se cuenta con datos sobre el porcentaje que continúa la terapia antirretroviral después de 24 ó 60 meses (estas tasas serán más bajas que el 84%) (SESAL, 2014b). Existen varios factores que pueden tener un impacto negativo en la adherencia y la retención de pacientes con VIH en terapia antirretroviral (paso 5). Cabe resaltar que el desabastecimiento de los medicamentos antirretrovirales no es un problema grave en el país.

Además, se reporta que la resistencia está variando entre 7% a 12% anualmente pero no se tiene certeza debido a la ausencia de estudios de genotipaje; esta ausencia también dificulta las opciones terapéuticas más efectivas a los usuarios/as con resistencia. Los adultos y niños

con terapia de rescate la han obtenido a través de gestiones personales y de terceros. Ante el reto progresivo de la resistencia, se requiere la ampliación del cuadro de antirretrovirales.

Asimismo, los CAI experimentan dificultades para realizar el examen de CD4 debido a déficits eventuales de insumos y por personal de laboratorio muy limitado. En algunos lugares no se realizan y en otros la cantidad de pruebas no responde a la demanda y éstas se hacen cada nueve o doce meses. La carga viral es la única prueba centralizada, pero el reporte de resultados sufre serios retrasos debido a escases de personal para el reporte. Algunos laboratorios programan las pruebas de CD4 y carga viral en fechas diferentes, ocasionando que algunos pacientes no lleguen a la cita médica (ONUSIDA, 2013b).

Otro problema que afecta la atención integral de los pacientes con VIH es la disponibilidad muy limitada de medicamentos para las enfermedades oportunistas y comunes en todos los CAI, lo cual se constituye en una gran brecha durante la atención. La isoniacida que está normalizada para la tuberculosis latente en personas con VIH no se administra en ningún CAI, por no estar disponible (ONUSIDA, 2013b).

Además de estos problemas relacionados con los servicios de los CAI, existen factores relacionados con el paciente que pueden contribuir a disminuir la retención en la terapia antirretroviral. La pobreza afecta la capacidad de los pacientes para cubrir los gastos de transporte, ausentismo al trabajo y los gastos adicionales para los exámenes de sangre, radiografías, medicamentos y otros. Las personas que abandonaban la terapia antirretroviral no se restituyen rápidamente, pues se observan abandonos de un año, dos años, o de mucho más tiempo (ONUSIDA, 2013b).

4.3.2 ASUNTOS ESTRATÉGICOS PRIORITARIOS RESPECTO DE LA ATENCIÓN Y LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Tomando en cuenta las brechas en la cascada de “prueba-tratamiento-retención” mencionadas anteriormente, es necesario abordar los siguientes asuntos prioritarios para poder ampliar la cobertura, la utilización y calidad de los servicios de tratamiento, atención y apoyo para las personas con VIH:

- 1.** Fortalecer la disponibilidad, el acceso y la demanda y utilización de los servicios de prueba y consejería de VIH, con el fin de aumentar el número de personas que conoce su estatus de VIH y que tengan acceso a la atención integral.
- 2.** Fortalecer la capacidad del personal de salud, a través de capacitación y tutoría clínica en servicios de atención integral para las personas con VIH. Otro aspecto importante es la actualización de la política de recursos humanos de la Secretaría de Salud y estrategias para disminuir la sobrecarga y el desgaste del personal y la rotación de personal capacitado en los CAI y las clínicas VICITS.

3. Fortalecer la calidad y el acceso a los servicios de atención integral, incluyendo la terapia antirretroviral. Esto incluye la adquisición de esquemas de terapias de rescate para el tratamiento de los pacientes con resistencia a los esquemas nacionales (ONUSIDA, 2013b).
4. Fortalecer la adherencia y la retención de los pacientes con VIH en atención integral.
5. Fortalecer la red de laboratorios en apoyo al monitoreo de la terapia antirretroviral y otros tratamientos relacionados con el VIH. Esto incluye garantizar el presupuesto para realizar pruebas de CD4 y carga viral y el acceso a pruebas diagnósticas para la vigilancia de la resistencia a antirretrovirales (genotipificación) (ONUSIDA, 2013b).

4.4 CONOCE TU EPIDEMIA: INFORMACIÓN ESTRATÉGICA QUE GUÍA UNA RESPUESTA BASADA EN EVIDENCIA

Fortalecer la disponibilidad y confiabilidad de la información estratégica es una condición clave para una respuesta eficaz. “Conocer su epidemia” es crucial para asegurar que se realicen inversiones eficaces y eficientes en programas y servicios y que estas intervenciones lleguen a las poblaciones que más necesiten los servicios de prevención, atención, tratamiento y apoyo en el área del VIH e ITS.

El conocer y comprender la epidemia del VIH en el país requiere diferentes tipos de datos:

1. Datos biológicos sobre el VIH y las principales ITS, que permitan identificar y monitorear las tendencias de las tasas del VIH y de las principales ITS en las poblaciones clave y en grupos determinados más vulnerables de la población general. Hasta la fecha, se han realizado varios estudios ECVC que han contribuido significativamente a una mejor comprensión del VIH e ITS en las poblaciones clave, específicamente las mujeres trabajadoras del sexo, los hombres que tienen sexo con hombres y las mujeres trans; y la población garífuna y afrohondureña. Sin embargo, no existe una comprensión adecuada del VIH en otros grupos de la población general con un perfil de riesgo elevado, tales como los clientes de las mujeres trabajadoras del sexo, los niños que viven en la calle, la población privada de la libertad, los subgrupos específicos de la población garífuna o las personas que utilizan drogas inyectables.
2. Datos conductuales que permitan identificar y monitorear los riesgos y las vulnerabilidades subyacentes que contribuyen a la transmisión del VIH e ITS en grupos específicos. Los datos conductuales existentes se limitan a los resultados de los estudios ECVC en las poblaciones clave, pero falta información específica sobre otras poblaciones. Asimismo, la falta de estimaciones fiables sobre los tamaños de las poblaciones claves y otros grupos de la población general limita la comprensión de los riesgos del VIH en estos grupos. La criminalización, estigmatización social y la discri-

minación de estas poblaciones también limitan el acceso a ellos para la vigilancia de segunda generación y otras investigaciones, así como para proporcionarles acceso a los servicios de pruebas y asesoramiento, prevención, atención y tratamiento. Además, se han hecho muy pocos estudios (cualitativos) sobre las dinámicas conductuales y las redes sexuales que contribuyen a aumentar el perfil de riesgo de poblaciones determinadas.

3. Investigación social, especialmente sobre datos cualitativos y sobre los factores económicos y socioculturales que puedan impulsar la epidemia del VIH e ITS, incluyendo asuntos relacionados con la pobreza, desigualdad social y de género. A la fecha, se ha realizado muy poca investigación cualitativa sobre factores como el impacto de la pobreza, la migración laboral en la población afrohondureña o factores socioculturales de poblaciones clave en mayor riesgo. Además, poco se sabe sobre la dinámica de transmisión del VIH en otros grupos específicos. Mientras que los estudios ECVC y otros proporcionan algunos datos sobre los comportamientos de riesgo en poblaciones clave, no permiten una comprensión de los factores sociales y económicos que causan una mayor vulnerabilidad de estas poblaciones.

4. Datos de monitoreo y evaluación programática que permitan identificar cuáles son las mejores inversiones, los programas y servicios costo-efectivos y las lecciones aprendidas, así como las intervenciones con mayor impacto. Hasta la fecha, el Fondo Global y USAID han financiado la gran mayoría de los programas y los servicios en el área de VIH e ITS, así como las actividades de M&E programático. Estas se han enfocado principalmente en la recolección de datos cuantitativos para satisfacer los requerimientos de reportar a estos donantes. Como resultado, ha habido atención limitada para evaluar la calidad de los servicios incluyendo la satisfacción del cliente, o para evaluar los datos cualitativos sobre los desafíos de la prestación de servicios en contextos específicos. Sin embargo, servicios de alta calidad son esenciales para garantizar que las inversiones realizadas por el gobierno y los donantes internacionales lleven a los resultados esperados. Por lo tanto, se necesita más atención para la investigación operativa, así como para el desarrollo de herramientas de M&E que satisfagan las necesidades de los proveedores de servicios y sus clientes, más allá de los meros requisitos de información de M&E de donantes.

5. Además de garantizar la disponibilidad y el acceso a estos diferentes tipos de información estratégica clave, es importante establecer un sistema de información que permita la gestión eficaz de todos los datos relacionados con el VIH e ITS de una manera coordinada. Tal sistema debería estar integrado y contribuir al sistema de gestión de información existente del sector salud, permitiendo también la incorporación de datos relacionados con el VIH por otros sectores.



**MARCO
ESTRATÉGICO
DEL PENSIDA IV**

5. MARCO ESTRATÉGICO DEL PENSIDA IV

El PENSIDA IV 2015-2019 pretende brindar orientación y continuidad a la inversión y respuesta hondureña al VIH y sida en Honduras al responder a los aspectos estratégicos identificados en el capítulo anterior. Estos aspectos estratégicos surgieron de un análisis de la situación epidemiológica, los factores y conductas de riesgo asociado con el VIH y las ITS, así como las brechas y las prioridades de la respuesta nacional a la fecha.

Esta sección ofrece una visión general de las estrategias clave del PENSIDA IV propuestas. En este marco, se presentarán:

1. Lineamientos clave y los conceptos generales de política que guían y sustentan el PENSIDA IV.
2. Las metas, objetivos y áreas prioritarias estratégicas del PENSIDA IV; y
3. Las principales estrategias del PENSIDA IV.

Detalles operativos adicionales sobre las estrategias y las actividades se presentarán en los planes operativos de tres años (2015-2017) con su presupuesto detallado.

5.1 ASPECTOS CLAVE Y EL CONTEXTO POLÍTICO MÁS AMPLIO

El PENSIDA IV pretende abordar los aspectos estratégicos prioritarios identificados en el capítulo anterior. Los enfoques y estrategias empleadas en el contexto del PENSIDA IV se basan en una serie de principios rectores, que proveen la dirección general y reflejan la filosofía de base de la respuesta nacional al VIH y sida; y además, el PENSIDA IV contribuye a un contexto más amplio de iniciativas y políticas de desarrollo nacional y mundial.

5.1.1 LINEAMIENTOS RECTORES DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH Y SIDA

Las acciones y estrategias del PENSIDA IV están basadas en una serie de lineamientos rectores que guiarán la respuesta nacional al VIH, como ser:

1. La visión de los **Tres Ceros**: cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida. Reconociendo el estado de conocimiento y experiencia actual de la respuesta al VIH y sida no es aceptable tener nuevas infecciones por el VIH y las ITS ya que son prevenibles; muertes por el sida cuando la terapia antirretroviral para salvar vidas está disponible; y discriminación que viola los derechos humanos fundamentales relacionados a la salud, dignidad y respeto de las personas con VIH y afectadas por la epidemia.

2. La respuesta nacional al VIH es una inversión, no un gasto.

Invertir completamente, con eficacia y eficiencia en la respuesta nacional al VIH es la única manera de hacer esta inversión rendir en términos de infecciones prevenidas, vidas salvadas y en última instancia también en costos financieros salvados. Invertir ahora en la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo reducirá los costos financieros en el futuro, en términos de números reducidos de personas que necesitan terapia antirretroviral costoso. El reconocimiento que la respuesta al VIH y sida es un caso de inversión implica mayor compromiso político para asegurar la financiación y sostenibilidad a largo plazo de la respuesta.

3. Enfoques en base a evidencia: “Conocer tu epidemia y tu respuesta”. Invertir efectiva y eficientemente significa utilizar las evidencias para guiar las políticas y la programación. Por lo tanto, las prioridades programáticas del PENSIDA IV son consideradas a partir de esas evidencias disponibles de varias fuentes, incluyendo los resultados de los estudios ECVC, la vigilancia epidemiológica y los datos de los casos de sida reportados, los informes programáticos y estudios especiales entre las poblaciones clave.

Un enfoque basado en evidencias implica priorizar a aquellos grupos de la población que tienen un perfil de riesgo y/o vulnerabilidad mayor, o que son más afectadas por el VIH. Del mismo modo, la priorización de programas y servicios debe basarse en su (costo) eficacia probada en Honduras o en otros países de la región centroamericana. Asimismo, la asignación de recursos financieros a grupos y servicios específicos debe ser proporcional al impacto del VIH en esos grupos. La rentabilidad es cada vez más importante en el contexto de la crisis económica mundial y la disminución de apoyo externo. La sostenibilidad a largo plazo de la respuesta nacional al VIH depende de la utilización eficaz de los limitados recursos y de contribuciones del gobierno que deben ser cada vez mayores.

4. Sostenibilidad y un enfoque en resultados. La sostenibilidad financiera es indispensable para garantizar la continuidad y la apropiación nacional de la respuesta nacional. Esa sostenibilidad financiera puede reforzarse mediante la adopción de los principios del marco de inversión, que incluyen un enfoque en resultados, abordaje basados en pruebas de efectividad, el uso enfocado y estratégico de los escasos recursos (eficiencia) y la filosofía de que la respuesta al VIH es una inversión, con costos compensados por el ahorro en el área de la atención integral, tratamiento y otros gastos. Además, la sostenibilidad tiene otras dimensiones tales como la aceptación social y cultural de los programas, el apoyo político de diferentes sectores gubernamentales, así como el sector privado y la sociedad civil. En este sentido, la incorporación del VIH en las políticas, programas y servicios del gobierno central, gobiernos locales, de la sociedad civil y del sector privado es un mecanismo importante para asegurar la sostenibilidad a largo plazo de la respuesta nacional. Éstos requieren la integración de los servicios del VIH como parte

de los servicios de salud básicos, así como en políticas y servicios de otras secretarías. La sostenibilidad debe ser reforzada a través de la apropiación de la respuesta por parte del gobierno y la participación activa de los diferentes sectores y comunidades, incluyendo las personas con VIH. Finalmente, el desarrollo de la capacidad del personal y de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales es un componente importante del PENSIDA IV que garantizará respuestas más sostenibles.

5. Rendición de cuentas. El enfoque del PENSIDA IV en estrategias costo-efectivas que están basadas en evidencias implica que los tomadores de decisiones políticas y los implementadores de los programas deben de rendir cuentas respecto de las decisiones que ellos hacen con respecto a la priorización de los grupos clave y de los servicios específicos. Rendición de cuentas no sólo se refiere a la transparencia de las decisiones financieras, sino también a procesos transparentes para priorizar ciertas estrategias específicas.

6. Un enfoque de género reconoce que los hombres y mujeres en sus diferentes identidades sexuales y de género (jóvenes) tienen un riesgo al VIH e ITS diferente; y que el VIH y los problemas de salud sexual y reproductiva los afectan en diferentes medidas y maneras. La investigación social demuestra que las mujeres a menudo resultan más afectadas como consecuencia de vulnerabilidades de las que tienen muy poco o ningún control. Las mujeres pueden infectarse a través de sus parejas, mientras que la pobreza puede obligar a algunas mujeres jóvenes y niñas a participar en sexo transaccional o trabajo sexual.

La violencia sexual, una de las formas de violencia más tradicionales como parte del ejercicio de la sexualidad masculina contribuye a una mayor vulnerabilidad de las mujeres a contraer infecciones y reinfecciones por VIH e ITS porque limita las capacidades de las mujeres a decidir cuándo o no tener relaciones sexuales, o cuando utilizar el condón para protegerse.

Por otra parte, el estigma, la discriminación y la violencia en todos sus contextos y manifestaciones contra las personas lesbianas, gay y trans son determinantes sociales que les coloca en mayor situación de vulnerabilidad. Por lo anterior se concluye que las inequidades de género y violencia sexual, contribuyen a la diseminación del VIH en las mujeres, personas gay y trans, y obliga al Estado a incluir y transversalizar en sus abordajes y estrategias un aprendizaje sobre las nuevas masculinidades ya que las relaciones de género tradicionales contribuyen a la reproducción de la violencia contra las mujeres, grupos de la diversidad sexual y a profundizar las inequidades.

Por lo tanto tal como lo recomienda el Diagnóstico de Género en la Respuesta al VIH en Honduras del 2013, el enfoque transformador de género debe incorporarse en los ciclos de planificación nacional en los programas y servicios para la prevención, tratamiento

y apoyo relacionados al VIH y las ITS con abordajes diferenciados para hombres y mujeres adaptados/as a las necesidades de acuerdo a la orientación sexual e identidad de género.

7. Promoción de los derechos humanos. La respuesta nacional al VIH se basa en los derechos humanos fundamentales de todas las personas: el derecho a la salud, el derecho al trabajo, el derecho a la educación, el derecho a la participación y el derecho a la información y a no ser discriminado.

La protección de estos derechos humanos es particularmente importante en el contexto del VIH, ya que la epidemia afecta desproporcionadamente a los grupos de la población clave en situación de mayor vulnerabilidad, tales como las personas con VIH, las mujeres trabajadoras del sexo, los hombres que tienen sexo con hombres, o la población privada de la libertad, que a menudo enfrentan el estigma, la discriminación, la exclusión social y la negación de sus derechos humanos. En este contexto, un enfoque basado en los derechos humanos hace hincapié en las obligaciones legales del Estado en garantizar los derechos de sus ciudadanos, incluyendo el derecho a la salud, así como la importancia del empoderamiento y la participación activa de las comunidades y las personas con VIH y afectados.

8. Mayor involucramiento de las personas con VIH (MIPV). La proporción de las personas con VIH que conocen su estado serológico es muy baja en Honduras; la mayoría no es consciente de su condición, no tienen acceso a servicios y no tienen una voz en decisiones sobre políticas y programas que afectan sus vidas. En este contexto, el principio de MIPV (o GIPA por sus siglas en inglés: Greater Involvement of People living with Aids) fue adoptado formalmente en la Cumbre de París sobre el sida en 1994, donde 42 países declararon que la mayor participación de las personas con VIH es importante para las respuestas nacionales a la epidemia éticas y eficaces. Ésta es fundamental para contribuir al logro de los objetivos de cero nuevas infecciones, cero muertes relacionadas con el sida y cero discriminación. A nivel programático, las personas con VIH deberían participar activamente en la toma de decisiones e implementación de los servicios que afectan sus vidas, incluyendo la atención integral y la terapia con antirretrovirales, la prevención de la reinfección y la autoayuda a las personas con VIH.

9. Apropiación nacional de la respuesta y liderazgo nacional en alianzas multisectoriales. La responsabilidad del Estado hondureño para proteger y promover la salud y los derechos humanos de sus ciudadanos requiere que los diferentes sectores del gobierno asuman el liderazgo en la respuesta nacional al VIH. Liderazgo del gobierno significa trabajar en estrecha coordinación y colaboración con otros socios de la sociedad civil, el sector privado y socios internacionales. El liderazgo nacional también es crucial para asegurar la sostenibilidad a largo plazo de los programas y servicios, garantizando que los temas relacionados al VIH y sida estén integrado en los presupuestos, los programas y las políticas generales del gobierno.

En este contexto, el PENSIDA IV se basa en los principios de los Tres Unos, que consiste en un solo marco de acción nacional concertada, una sola autoridad de coordinación y un solo sistema nacional de monitoreo y evaluación.

10. Sensibilidad a los valores, culturas y creencias locales. Las creencias culturales y religiosas hondureñas están profundamente arraigadas en los valores, las normas tradicionales y las dinámicas sociales del país. La eficacia de los programas de VIH especialmente en el caso de las poblaciones clave, depende del apoyo y participación activa de las comunidades, líderes comunitarios/as y religiosos locales. Por lo tanto, el PENSIDA IV es sensible a estas normas y valores por lo que quienes diseñen e implementen estrategias y servicios deberán tomar en consideración tales características culturales. Por otro lado, también abordará las normas, actitudes y prácticas sociales o culturales contraproducentes que refuerzan el estigma y la discriminación de las personas con VIH o de las poblaciones clave y que obstaculizan una respuesta eficaz al VIH.

5.1.2 LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH Y SIDA Y UN MARCO POLÍTICO MÁS AMPLIO

Los principios antes mencionados no son exclusivos para la respuesta nacional al VIH y sida, pues brinda al gobierno orientación y guía en una amplia gama de áreas. Así, el PENSIDA IV es parte de un contexto más amplio de la política nacional e internacional con respecto a la salud, derechos sociales y el desarrollo. A nivel nacional, el PENSIDA IV abarca los principios de la reforma del sector salud, además concuerda con la Estrategia de Abordaje Integral de las ITS y del VIH/sida de la Secretaría de Salud (SESAL, 2011).

En el plano internacional, la implementación del PENSIDA IV contribuirá al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que también fueron aprobados por el gobierno de Honduras, en particular el ODM 6, “**Combatir el VIH y sida, la malaria y otras enfermedades**” y el ODM 3, “**Promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres**”. En el marco del ODM 6 se incluye la meta 1, “haber detenido antes de 2015 y revertida la propagación del VIH y sida”; y la meta 2 “lograr, antes del 2010, el acceso universal al tratamiento para el VIH y sida para todos aquellos que lo necesitan”.

Además, el PENSIDA IV se enmarca en otros compromisos internacionales asumidos por el gobierno de Honduras, incluyendo la Declaración de Compromiso UNGASS en el 2001; las metas de Acceso Universal a la Prevención, Atención y Tratamiento del VIH y sida, la Política nacional de VIH y Sida en el ámbito laboral (OIT), la Declaración Política sobre el sida del 2011 y la Declaración Ministerial Prevenir con Educación.

5.2 FIN, METAS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PENSIDA IV

5.2.1 FIN DEL PENSIDA IV

Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/Sida (Visión de País, 2022).

5.2.2 METAS DEL PENSIDA IV

Metas de impacto

1. Disminuir en por lo menos un 50% el número de casos nuevos de infección por VIH.
2. Reducir en un 25% la prevalencia de sífilis activa en las poblaciones clave, en relación a la línea de base.
3. Reducir en un 25% la prevalencia de gonorrea en las poblaciones clave, en relación a la línea de base.
4. Reducir la tasa de la transmisión del VIH de madre hijo/a a 0.3 casos o menos por cada 1,000 nacidos vivos.
5. Mantener la tasa de transmisión de sífilis congénita por debajo de 0.14 por 1,000 nacidos vivos.
6. Reducir por lo menos en un 50% las defunciones por tuberculosis entre las personas diagnosticadas con VIH.
7. Reducir la coinfección de tuberculosis entre las personas diagnosticadas con VIH por lo menos a un 10%.
8. Disminuir en un 30% el número de defunciones por sida a nivel nacional, en relación a línea de base.

Metas de resultados

1. CONASIDA reestructurada con alto nivel político y funcional.
2. Gasto nacional en VIH y Sida aumentado en al menos un 20% anual.
3. 100% de las organizaciones de la sociedad civil que son miembros de la CONASIDA y del MCP cuentan con planes operativos para ejecutar los componentes claves del PENSIDA IV.
4. 100% de las instituciones que conforman la CONASIDA que presentan planes operativos institucionales están alineados al PENSIDA IV.
5. 100% de instancias públicas que conforman la CONASIDA de alto nivel tienen políticas sectoriales relevantes a la respuesta al VIH e ITS.
6. Reducir por lo menos en un 50% la cantidad de personas con VIH y poblaciones clave que reportan que han sufrido violaciones a sus derechos, en relación a la línea de base.

- 7.** Reducir por lo menos en un 50% el porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que reportan actitudes discriminatorias hacia las personas con VIH, en relación a la línea de base.
- 8.** Incrementar a 50% la cantidad de personas que tienen conocimientos adecuados relacionados con la transmisión y prevención del VIH en la población de 15 a 24 años, en relación a la línea de base.
- 9.** Mantener el porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 24 años que tuvieron la primera relación sexual antes de los 15 años, en 11% entre mujeres y 25% entre hombres.
- 10.** Aumentar en un 10% el uso de condón en la última relación sexual en MTS, en relación a la línea de base.
- 11.** Aumentar en un 10% el uso de condón en la última relación sexual en HSH, en relación a la línea de base.
- 12.** Aumentar en un 10% el uso de condón en la última relación sexual en mujeres trans, en relación a la línea de base.
- 13.** Aumentar en un 10% el uso de condón con pareja ocasional en la población garífuna, en relación a la línea de base.
- 14.** Aumentar a 90% el porcentaje de trabajadoras del sexo al que le han llegado programas de prevención de VIH, en relación a la línea de base.
- 15.** Aumentar a 95% la cantidad de HSH a los que han llegado programas de prevención de VIH.
- 16.** Incrementar en un 50% el número de docentes certificados en los centros educativos que imparten educación integral en sexualidad.
- 17.** Aumentar en al menos el 5% el uso del condón en la última relación sexual en la población general de 15 a 49 años.
- 18.** Incrementar en un 50% el número de personas 15 a 49 años que se hacen la prueba del VIH, con consejería, en los últimos 12 meses, que conocen el resultado y son referidas a servicios de atención integral.
- 19.** Aumentar al 80% el porcentaje de embarazadas que conocen su estado serológico con respecto al VIH (se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto o el puerperio [<72 horas], incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado con respecto al VIH).
- 20.** Aumentar en al menos 85% las embarazadas que se realizan la prueba de RPR para detección de sífilis.
- 21.** Incrementar a 50% la cantidad de personas que tienen conocimientos adecuados relacionados con la transmisión y prevención del VIH en la población de 15 a 24 años, en relación a la línea de base.
- 22.** Aumentar en un 10% las poblaciones clave que se hacen la prueba de VIH, con consejería, en los últimos 12 meses, que conocen los resultados y que son referidos a un establecimiento de salud, en relación a la línea de base.

- 23.** Captar al menos el 80% de las personas estimadas con VIH.
- 24.** Al menos el 80% de las personas estimadas con VIH se realizan la prueba, conocen su estado serológico y están vivas.
- 25.** Al menos el 90% de las personas con VIH que conocen su estado serológico reciben atención en los establecimientos de salud.
- 26.** El 90% de las personas con VIH que acuden a los servicios de atención integral reciben TARV (activos) de acuerdo a los lineamientos del país.
- 27.** Incrementar en al menos un 3% anual la retención en el tratamiento de personas en TARV, en relación a la línea de base.
- 28.** El 90% de las personas con VIH que reciben TARV tienen una carga viral suprimida a 50 copias o menos, por mililitro (no detectable).
- 29.** 100% de las personas con diagnóstico nuevo por VIH son evaluadas para detección de tuberculosis latente y/o activa.
- 30.** Implementar la vigilancia de casos de Hepatitis B y C en las personas con VIH en los diferentes niveles de atención.
- 31.** El 80% de las instituciones que trabajan en la respuesta al VIH se adhieren a un sistema de monitoreo único.

5.2.3 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PENSIDA IV

El PENSIDA IV tiene dos objetivos generales, enfocados en prevenir las nuevas infecciones por VIH y mitigar su impacto en las personas con VIH, afectadas por la epidemia y la sociedad hondureña:

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

Los objetivos generales a su vez contribuirán a alcanzar la visión de los Tres Ceros; cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida. Éstos son operacionalizados en cuatro áreas prioritarias con sus objetivos estratégicos específicos, que se describen a continuación.

5.2.4 ÁREAS ESTRATÉGICAS PRIORITARIAS Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Considerando los aspectos estratégicos prioritarios que deben abordarse en el PENSIDA IV con el fin de garantizar una respuesta nacional efectiva al VIH e ITS, se han identificado las siguientes cuatro áreas estratégicas prioritarias, que proveen el contexto general para las principales estrategias que orientan el PENSIDA IV.

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

5.3 ÁREAS DE INTERVENCIÓN CLAVE DEL PENSIDA IV: PRINCIPALES ÁREAS DE RESULTADOS CLAVE

La implementación exitosa de las estrategias clave en las áreas prioritarias del PENSIDA IV implica el logro de una serie de resultados clave en cada área prioritaria. Esta sección presentará un resumen de los resultados esperados clave para cada una de las 4 áreas prioritarias y sus objetivos específicos. También describe las principales estrategias para producir estos resultados esperados (productos). Las actividades que conllevarán al logro de los resultados esperados serán abordadas en los planes operativos del PENSIDA IV.

5.3.1 ÁREA ESTRATÉGICA 1: POLÍTICA PÚBLICA Y GESTIÓN SOCIAL CON ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS Y EQUIDAD DE GÉNERO

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

El área estratégica 1 tiene tres objetivos específicos, para cada objetivo se presentarán los resultados esperados y una breve descripción de las principales áreas de resultados directo (productos).

Objetivo específico 1.1: Asegurar la implementación y el cumplimiento de la normativa nacional y lineamientos internacionales bajo el enfoque de derechos humanos y equidad de género para la respuesta nacional al VIH e ITS para el período 2015-2019.

Principales estrategias

Un aspecto clave para que una respuesta nacional al VIH y sida sea efectiva, es contar con un marco legislativo, político e institucional

adecuado, que apoye los diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales en el desempeño de su papel, y en la prestación de servicios relacionados con el VIH y las ITS.

La implementación exitosa de la Ley Especial del VIH, del PENSIDA IV y su Plan Operativo requiere instituciones gubernamentales con la capacidad para orientar, gestionar y coordinar los aportes de los diferentes sectores de manera efectiva. Asimismo, las instituciones gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil involucradas en la implementación de la respuesta nacional al VIH necesitan la capacidad técnica, organizativa e institucional que les permita brindar servicios de alta calidad, alcanzando a la mayoría de las poblaciones que los necesitan.

Resultados clave esperados

En este contexto, los resultados clave esperados en el marco del objetivo específico 1 incluyen:

1.1.a. Asegurada la gobernabilidad, la gobernanza y la coordinación de la respuesta nacional e integral al VIH de la CONASIDA como ente rector multisectorial.

1.1.b. Las instancias políticas y técnicas de coordinación cuentan con la capacidad organizativa e institucional para operativizar el PENSIDA IV.

El objetivo específico 1.1 comprende 6 áreas de resultados directos.

Área de resultado directo (Productos)

1.1.1. Instancias políticas y técnicas multisectoriales y transdisciplinarias con capacidades de coordinación eficaz en la respuesta al VIH .

1.1.2. Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales prestadoras de servicios en VIH e ITS con capacidades técnicas, organizativas e institucionales eficaces en el marco de la reforma del sector salud.

1.1.3. Organizaciones gubernamentales que lideran los sectores de educación, trabajo, justicia, seguridad y otros actores involucrados en la respuesta nacional al VIH con capacidades técnicas, organizativas e institucionales eficaces.

1.1.4. CONASIDA y otros sectores gubernamentales y no gubernamentales involucrados en la respuesta al VIH con sostenibilidad financiera, transparencia y rendición de cuentas.

1.1.5. Mecanismos de armonización y alineación de la cooperación al PENSIDA IV establecidos por el gobierno, mejorados y fortalecidos.

1.1.6. Componente de políticas públicas del plan nacional de M&E implementándose.

Objetivo específico 1.2: garantizar el involucramiento de otros sectores diferentes al sector salud en la respuesta nacional multisectorial al VIH, incluyendo organizaciones de la sociedad civil.

Principales estrategias

Hasta la fecha, el sector salud ha tomado el liderazgo en la respuesta nacional al VIH, pero una respuesta multisectorial integral requiere un papel activo de otros sectores gubernamentales y secretarías de Esta-

do. Por ejemplo, la prevención del VIH entre las poblaciones clave o los privados de libertad en las cárceles requiere el apoyo activo de la Secretaría de Seguridad y la Policía Nacional, la Secretaría de Derechos Humanos, Justicia y del Instituto Nacional Penitenciario.

Los programas del VIH en el lugar de trabajo necesitan el apoyo de las Secretarías de Trabajo y Seguridad Social, de Finanzas y otros sectores tales como el COHEP, las Cámaras de Comercio, Asociación de Maquiladores y centrales obreras. Programas para adolescentes, jóvenes y estudiantes requieren aportes activos de las Secretarías de Educación Pública y de la Secretaría de Cultura, Artes y Deportes. La educación sexual integral para las Fuerzas Armadas y la Policía demanda la participación de las Secretarías de Defensa Nacional y Seguridad. De la misma manera, otras secretarías e instituciones gubernamentales necesitan involucrarse en los programas del VIH e ITS en sus respectivas áreas de influencia y competencia.

Hasta la fecha, muchas secretarías de Estado e instituciones gubernamentales participan activamente en la respuesta nacional al VIH, aunque en diferentes niveles de respuesta. Algunas Secretarías han tomado sus propias medidas proactivas para elaborar e implementar programas de VIH e ITS, para su propio personal o poblaciones meta, tales como la Secretaría de Salud o la Secretaría de Educación Pública (ej. componentes de VIH en la currícula de las escuelas). La Secretaría de Trabajo promueve la Política Nacional de VIH y sida en el mundo del trabajo, mientras que otras Secretarías han tenido poca o ninguna participación en el tema.

El nivel de participación activa de los sectores de diferentes secretarías ha variado en gran medida, por lo que enfoques más sistemáticos con respecto a los programas y las políticas relacionadas con el VIH e ITS son necesarios para garantizar que las ventajas comparativas de cada sector y para complementar una respuesta integral.

Resultados clave esperados

El resultado clave esperado en el marco del objetivo específico 1.2: Integrado el abordaje del VIH y otras ITS efectivamente en las políticas, lineamientos, programas y servicios (planes y presupuestos) del sector público, la sociedad civil y el sector privado que integran la CONASIDA y participan en la respuesta al VIH.

El objetivo específico 1.2 comprende 1 área de resultado directo.

Área de resultado directo (Productos)

1.2.1 Regulaciones que aseguren que las instancias gubernamentales y no gubernamentales diferentes a sector salud se involucren en la respuesta nacional, con abordaje integral a las ITS y VIH en el marco de la reforma del sector salud.

Objetivo específico 1.3: asegurar el respeto de los derechos humanos y el cumplimiento de las leyes que los protegen, en el marco de la respuesta integral al VIH.

Principales estrategias

El respeto de los derechos humanos de las personas con VIH y afectadas por la epidemia, las poblaciones clave y otros grupos afectados por el VIH es un eje transversal del PENSIDA IV. Los derechos humanos son fundamentales para una respuesta efectiva al VIH ya que muchos de los factores que vulnerabilizan a los grupos afectados están directamente relacionados con la falta de respeto a sus derechos básicos, incluido, el derecho a la salud; el derecho al trabajo; el derecho a la educación; el derecho a la participación; el derecho a la información y el derecho a no ser discriminados.

La protección de estos derechos humanos es particularmente importante en el contexto del VIH, que afecta desproporcionadamente a las poblaciones clave en mayor riesgo y vulnerables, incluyendo las personas que viven con VIH y afectadas, las trabajadoras del sexo, las mujeres trans, los hombres que tienen sexo con hombres y las niñas/os víctimas de la explotación sexual. A menudo, estos grupos enfrentan el estigma, la discriminación, la exclusión social y la negación de sus derechos humanos. Asimismo, algunas actitudes por parte de la comunidad, de la sociedad en general, el personal de salud, la policía, afectan su acceso a servicios de salud, de prevención y atención del VIH y servicios sociales. La violencia física también afecta los derechos de las mujeres trans y las niñas víctimas de la explotación sexual.

En este contexto, un enfoque basado en los derechos humanos hace hincapié en las obligaciones legales del Estado hondureño en garantizar los derechos de sus ciudadanos, incluyendo el derecho a la salud, así como la importancia del empoderamiento y la participación activa de las comunidades y las poblaciones afectadas por el VIH.

Los resultados clave esperados en el marco del objetivo específico 1.3 incluyen:

Resultados clave esperado

1.3.a. Creado un entorno favorable para la respuesta al VIH y las ITS apoyado activamente por los tomadores de decisiones sobre políticas de alto nivel.

1.3.b. Cumplimiento de los derechos humanos en la respuesta nacional con inclusión de acciones afirmativas.

El objetivo específico 1.3 comprende 2 áreas de resultado directo.

Área de resultado directo (Productos)

1.3.1. Mecanismos e instancias de promoción, protección y defensa de los derechos humanos fortalecidos, en el marco de la respuesta integral y multisectorial del VIH.

1.3.2. Mecanismos de aplicación de justicia para la protección y restitución de los derechos violentados fortalecidos, en el marco de la respuesta nacional al VIH.

5.3.2 ÁREA ESTRATÉGICA 2: PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH

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

El área estratégica tiene 2 objetivos específicos, para cada objetivo se presentan los resultados esperados y las principales áreas de resultado directos.

Objetivo 2.1: aumentar la cobertura, acceso y utilización del conjunto integral de servicios de prevención del VIH y las ITS en poblaciones clave.

Principales estrategias

Las principales estrategias son:

1) Incremento de los conocimientos y promover cambios de comportamientos que protegen contra la infección por VIH e ITS en estas poblaciones meta; 2) aumento de la cobertura y utilización de los servicios de prevención del VIH por las poblaciones clave; 3) prevención del VIH y las ITS efectiva en la población general con un enfoque en educación sexual integral; 4) reducción del estigma y la discriminación; 5) aumento de la cobertura y utilización de los servicios de prueba y consejería de VIH, con especial atención a grupos vulnerables de la población en general; y 6) aumento significativo de la cobertura y utilización de los servicios de prevención de transmisión de madre a hijo/a.

Aunque la epidemia del VIH en Honduras se concentra todavía entre un número limitado de grupos de población clave en mayor riesgo, específicamente las mujeres trans, los hombres que tienen sexo con hombres y las trabajadoras del sexo, las prácticas sexuales no seguras entre estos grupos todavía es evidente tal como documentadas por los estudios ECVC de 2006, 2012 y otros estudios especiales.

La baja cobertura y absorción de los servicios clave de prevención del VIH y las ITS presentan un claro riesgo para la propagación del VIH a la población general. Como se discutió en los capítulos anteriores, los clientes de trabajadoras del sexo y los hombres bisexuales constituyen poblaciones puente entre las poblaciones clave y la población en general. Por lo tanto, la expansión rápida de la cobertura de estas poblaciones clave con el conjunto integral de servicios de prevención del VIH y las ITS de alta calidad es un elemento central de una inversión nacional eficaz del VIH y las ITS.

La mayor disponibilidad de información estratégica sobre estas poblaciones clave que se espera como resultado de las actividades en el área prioritaria 4 del PENSIDA IV permitirá entregar servicios de prevención del VIH y las ITS, que satisfagan las necesidades de estos grupos y ampliando su cobertura más allá de los niveles actuales.

Una recomendación importante del último estudio ECVC del 2012 es la necesidad de identificar subgrupos “ocultos” de las poblaciones clave y sus necesidades específicas, para alcanzar estos grupos con servicios de prevención del VIH. Ejemplos incluyen los hombres bisexuales que a menudo no se autoidentifican como hombres que tienen sexo con hombres y (por ende) no buscan los servicios para hombres que tienen sexo con hombres. Otro ejemplo son las niñas (y niños) víctimas de la explotación sexual que son forzadas a trabajar como trabajadoras del sexo en la calle y que son mayormente vulnerables al VIH y las ITS, con serias consecuencias psicológicas y sociales.

El fortalecimiento de la inversión en la prevención del VIH y las ITS en estas poblaciones clave es crucial para prevenir efectivamente la propagación del VIH entre la población de Honduras. En este contexto, es necesario abordar una serie de desafíos clave:

- 1.** La prevención del VIH y las ITS entre las poblaciones clave debe convertirse en una prioridad nacional. Hasta la fecha, los programas para las poblaciones clave han dependido casi en su total del financiamiento por donantes externos, como el Fondo Global, USAID y las agencias de la ONU. Sin embargo, la sostenibilidad de estos programas requiere el apoyo político, técnico y financiero activo por las secretarías e instituciones del Estado.
- 2.** Hay capacidad técnica limitada para alcanzar adecuadamente a las poblaciones clave. A pesar de la experiencia nacional en el trabajo con estos grupos, actitudes negativas, estigma y discriminación y la falta de conocimientos técnicos, todavía obstaculizan la prestación de los servicios de VIH.
- 3.** La expansión rápida de la cobertura de los servicios de prevención del VIH y las ITS, es esencial. Hasta la fecha, muchos programas se han enfocado en alcanzar los objetivos y las metas identificados por los donantes externos. Sin embargo, los resultados del estudio ECVC 2012 revelan que los servicios han estado llegando a bajos porcentajes de hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras del sexo. Una expansión de la cobertura requiere mejorar la calidad de servicios que tienen que responder mejor a las necesidades y expectativas de los clientes; y mejor dirigidos a subgrupos de las poblaciones clave que hasta ahora no han sido alcanzados con servicios de prevención del VIH e ITS.
- 4.** Además de hacer un mejor uso de la información estratégica, el monitoreo y la evaluación, incluyendo la investigación operativa, son esenciales para asegurar que se brinden los programas y servicios para las poblaciones clave según planificación; que estén efectivamente cubriendo las poblaciones meta; y que tengan un

impacto verdadero en los factores de riesgo y en los comportamientos.

En este sentido, los resultados clave que se esperan en el contexto de la prevención del VIH y las ITS en poblaciones clave en mayor riesgo pretenden contribuir específicamente al logro del objetivo de cero nuevas infecciones por VIH, e incluyen:

Resultados clave esperados

2.1.a. Aumentado el conocimiento integral sobre el VIH y las ITS en poblaciones clave más vulnerables.

2.1.b. Aumentados los comportamientos sexuales más seguros en poblaciones clave más vulnerables.

2.1.c. Aumentada la cobertura y utilización de servicios de prevención del VIH e ITS (conjunto de servicios mínimo definido) en las poblaciones clave.

2.1.d. Aumentada la cobertura de servicios de pruebas de VIH y consejería en las poblaciones clave.

En este contexto, y construyendo sobre los servicios y programas existentes, las acciones en el marco de los objetivos específicos se implementarán en las siguientes 4 áreas de resultado directos para reforzar la disponibilidad, acceso y utilización de programas y servicios de prevención del VIH y las ITS para hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras del sexo y sus clientes (incluyendo niños/as víctimas de la explotación sexual, violencia basada en género) y población garífuna y afro hondureña.

Área de resultado directo (Productos)

2.1.1. Establecimientos prestadores de servicios sociales, de salud y para la prevención del VIH e ITS en las poblaciones clave, cuentan con entornos respetuosos, libres de estigma y discriminación, eficaces, con calidad y calidez, y siendo apoyados activamente por los tomadores de decisiones.

2.1.2. ONGs, personal de salud y otros sectores trabajando con las poblaciones clave y educadores de pares con capacidades técnicas para fomentar la prevención primaria, autocuidado y utilización de servicios de salud, basadas en las mejores prácticas en el campo del VIH y las ITS.

2.1.3. Cobertura ampliada y uso del conjunto integral de servicios de prevención del VIH e ITS aumentado entre las poblaciones clave en las principales ciudades del país, utilizando estándares de calidad, a través del trabajo conjunto entre la Secretaría de Salud, ONGs y la comunidad.

2.1.4. Componente de prevención en las poblaciones clave del Plan de Nacional de M&E implementándose.

Objetivo específico 2.2: aumentar la cobertura, acceso a la utilización y la calidad de los programas y servicios de prevención del VIH e ITS para aquellos segmentos más vulnerables de la población general, según la prevalencia regional y bajo un enfoque de derechos con equidad de género.

Principales estrategias

Este objetivo pretende fortalecer la prevención en la población general con mayor énfasis en las poblaciones más vulnerables. Algunas áreas clave incluyen: a) educación de la población general para crear ambientes libres del estigma y de discriminación relacionados con el VIH; b) fomentar comportamientos que protegen ante la infección del VIH; c) promoción y mayor cobertura y utilización de la prueba del VIH con consejería como punto de entrada a la atención integral y al “tratamiento como prevención”; así como d) mayor cobertura e impacto de los servicios de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo/a.

Resultados clave esperados

Los resultados clave esperados del objetivo específico 2.2 pretenden contribuir al logro de los objetivos globales de: 1) cero nuevas infecciones por VIH y 2) cero discriminación; e incluyen los siguientes:

2.2.a. Incrementado el conocimiento integral del VIH y las ITS en los grupos más vulnerables de la población en general.

2.2.b. Incrementados los comportamientos sexuales más seguros en los grupos más vulnerables de la población en general.

2.2.c. Incrementado el número de personas que se realizan la prueba del VIH con consejería y que conocen los resultados.

2.2.d. Incrementada la cobertura y utilización de servicios integrales de prevención de la transmisión de madre a hijo/a.

El objetivo específico 2.2 comprende cuatro áreas de resultados directos.

Área de resultado directo (Productos)

2.2.1. Programas de prevención del VIH e ITS para segmentos más vulnerables de la población, desarrollados e implementados en las regiones de salud con alta prevalencia.

2.2.2. Cobertura, acceso y utilización de los servicios de prueba de VIH con consejería, a segmentos más vulnerables de la población general, estableciendo una vinculación eficaz con servicios de atención integral.

2.2.3. Cobertura, acceso y utilización del paquete de prevención de la transmisión vertical del VIH en el marco de la atención materno infantil, de acuerdo a la normativa nacional.

2.2.4. Componente de prevención en segmentos más vulnerables de población general del Plan de Nacional de M&E, implementándose.

5.3.3 ÁREA ESTRATÉGICA 3: ATENCIÓN INTEGRAL

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

El área estratégica 3 tiene dos objetivos específicos. Para cada objetivo se presentarán los resultados esperados y una descripción de las principales áreas de resultado directo.

Objetivo específico 3.1: aumentar la cobertura nacional y la utilización de los servicios de atención integral con calidad y calidez para personas con VIH y personas afectadas por la epidemia, en el marco de la reforma del sector salud.

Principales estrategias

El acceso adecuado a la atención integral, terapia antirretroviral y servicios de apoyo para las personas con VIH y afectadas por la epidemia es un elemento clave de la respuesta nacional al VIH y las ITS, ya que contribuye directamente a mejorar la calidad de vida, física, mental y social de las personas con VIH y afectadas. Además, la terapia antirretroviral contribuye directamente a la prevención del VIH por reducir la probabilidad de transmisión del virus.

Además de los servicios de tratamiento, atención y apoyo de alta calidad provistos por el sistema de salud pública y no pública, el empoderamiento de las personas con VIH y afectadas por la epidemia y su involucramiento activo en los programas y servicios es crucial para combatir el estigma y la discriminación, fortalecer su posición en la sociedad y en sus propias comunidades. Esto aplica también a la defensa y abogacía en apoyo a sus derechos humanos, incluyendo el derecho a servicios de salud, educación, servicios sociales y empleo.

En este contexto, las prioridades clave del PENSIDA 2015-2019 en cuanto al tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH incluyen: 1) fortalecer el papel y el involucramiento de las personas con VIH y afectadas por la epidemia en la respuesta nacional al VIH; 2) fortalecer el acceso, la provisión y la retención en atención integral y terapia antirretroviral, incluyendo el monitoreo de la adherencia y la resistencia a los antirretrovirales.

Resultados clave esperado

3.1.a. Mejorar el acceso continuo a los servicios de diagnóstico y atención integral relacionados al VIH según normas nacionales y lineamientos internacionales.

Las intervenciones en el marco del objetivo específico 3.1 se implementarán en 8 áreas de resultado directo.

Área de resultado directo (Productos)

3.1.1. Servicios eficaces y robustos que respondan de manera oportuna y adecuada a las necesidades; y demandas de las personas con VIH atendidas por los proveedores de servicios de salud públicos y no públicos.

3.1.2. Normas, protocolos y lineamientos, elaborados, revisados, actualizados y distribuidos para la atención integral de las personas con VIH, familiares y dependientes en todo el curso de su vida, según niveles de atención.

3.1.3. Personal de salud clave fortalecido a través de capacitación y tutoría clínica en servicios de atención integral para las personas con VIH, conforme a las normas, lineamientos y protocolos vigentes según niveles de atención.

3.1.4. Servicios de atención integral que incluyen terapia antirretroviral

y tratamiento de infecciones oportunistas a personas con VIH, conforme a los protocolos y lineamientos nacionales según niveles de atención.

3.1.5. Estrategia implementada para asegurar la adherencia y retención de las personas con VIH en atención integral con TAR.

3.1.6. Red de laboratorios fortalecida para el apoyo al monitoreo de terapia antirretroviral y otros tratamientos relacionados con el VIH.

3.1.7. Asociaciones de personas con VIH, grupos de auto apoyo y organizaciones comunitarias con capacidades fortalecidas para contribuir a la prestación de servicios integrales.

3.1.8. Componente de atención integral del plan nacional de M&E implementándose.

Objetivo específico 3.2: Ampliar la cobertura del manejo de casos de personas con coinfección VIH-TB y otras infecciones oportunistas.

Principales estrategias

La débil integración y atención integral a las personas con coinfección del VIH, así como las infecciones oportunistas y la tuberculosis requiere el reforzamiento de la vigilancia y la atención efectiva de los casos de coinfección TB-VIH. El resultado clave esperado en el contexto del objetivo específico 3.2 pretende contribuir a mejorar la cobertura y calidad de los servicios de vigilancia y atención de los casos de coinfección por TB-VIH e infecciones oportunistas.

Resultados clave esperados

3.2.a. Reducida la morbi-mortalidad por tuberculosis en personas con VIH y por VIH en las personas con tuberculosis.

En este contexto las intervenciones en el marco del objetivo específico 3.2 se implementarán en la siguiente área de resultado directo:

Área de resultado directo (Productos)

3.2.1. Integrados los servicios de atención de la coinfección TB y VIH en los diferentes niveles de atención.

3.2.2. Protocolo para el manejo de la coinfección TB y VIH implementado oportunamente con calidad y calidez en los diferentes niveles de atención.

3.2.3. Personal clave con capacidades técnicas fortalecidas para la atención de personas con coinfección de TB y VIH.

3.2.4. Protocolo para el manejo de las infecciones oportunistas más frecuentes implementado oportunamente con calidad y calidez en los diferentes niveles de atención.

5.3.4 ÁREA ESTRATÉGICA 4: INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

La información estratégica se enfocará en el fortalecimiento de la disponibilidad, socialización y utilización de la información estratégica sobre el VIH y las ITS, con el fin de guiar la elaboración e implementación de programas y políticas basados en evidencia. Los resultados

esperados generales en esta área incluyen: 1) el fortalecimiento del sistema nacional de Vigilancia, Monitoreo y Evaluación (M&E) de VIH y las ITS que garantice la disponibilidad y acceso a información estratégica sobre el VIH y las ITS para la toma de decisiones a nivel político y programático; y el abordaje sistemático de las prioridades nacionales de investigación a través de estudios especiales.

El área estratégica 4 tiene un objetivo específico, para este objetivo se presentará los resultados esperados así como una breve descripción de las principales actividades e intervenciones para cada área de resultado directo.

Objetivo específico 4.1: garantizar la disponibilidad de información estratégica que permita la toma de decisiones informadas con respecto a políticas, programas y presupuestos sobre VIH y las ITS.

Principales estrategias

Conocer y comprender la escala, la naturaleza y la distribución (según el tipo de área, género, edad, grupos de población) de la situación del VIH en Honduras es crucial para una respuesta nacional basada en evidencia, que responda a las necesidades de prevención, atención y tratamiento del VIH de grupos clave o afectados por el VIH y las ITS.

Actualmente, hay información de diferentes fuentes, incluyendo: a) los sistemas de notificación de casos basados en los servicios de salud; datos de los centros de prueba y consejería del VIH; los Centros de Atención Integral; e informes de ONGs que trabajan con grupos de población clave; b) datos conductuales y actitudinales de estudios entre varios grupos, incluyendo sobre mujeres de edad reproductiva, prestadores de servicios de salud, trabajadoras del sexo; c) estudios ECVC en mujeres trabajadoras del sexo, mujeres trans y hombres que tienen sexo con hombres; d) informes trimestrales de prestadores de servicios en el contexto de las intervenciones apoyados por el Fondo Global para las poblaciones clave; así como de otras fuentes, incluyendo informes regionales y nacionales. Sin embargo, la calidad y fiabilidad de los datos disponibles son a menudo insuficientes para informar adecuadamente en los procesos de decisiones políticas, programáticas y de asignación de recursos para el VIH y las ITS. Hay lagunas importantes de información con respecto a las causas subyacentes de la epidemia del VIH y la dinámica de conductas de riesgo en las poblaciones clave.

El monitoreo y la evaluación programática se centra en la recolección de información cuantitativa básica, en tanto que no hay una investigación operativa sistemática o monitoreo de la calidad y eficacia de los programas y servicios. Además, no existe un sistema unificado para la recolección, comunicación y utilización de datos. Por otra parte, los sistemas de datos relacionados con el VIH carecen de integración en los sistemas generales, particularmente en el sector salud y los datos del Fondo Global.

Por lo tanto, las prioridades claves para mejorar la situación con respecto a la información estratégica incluyen: 1) el abordaje de las bre-

chas de información existentes; 2) fortalecimiento de la calidad de los datos de vigilancia epidemiológica, la investigación, y de monitoreo y evaluación; y 3) coordinación eficaz de los flujos de información relacionada con el VIH y las ITS en un sistema nacional, que se integra en el sistema de información del sector salud.

El principal resultado que se esperan en el contexto del objetivo específico 4.1 se detalla a seguir.

Resultado clave esperado

4.1.a. Fortalecida la capacidad organizativa para la gestión de información estratégica que facilite la toma de decisiones.

En este contexto, el objetivo 4.1 contiene dos áreas de resultado directo construidas sobre los programas y servicios, para reforzar la disponibilidad y el uso de información estratégica.

Área de resultado directo (Productos)

4.1.1. Sistema Nacional de Vigilancia, Monitoreo y Evaluación del VIH e ITS efectivo en el sector salud y otros sectores involucrados en la respuesta nacional que garantice la disponibilidad y acceso a datos de VIH y las ITS, para la toma de decisiones a nivel político y programático (según sexo, edad y pertenencia étnica).

4.1.2. Prioridades nacionales de investigación abordadas de manera sistemática a través de estudios especiales.

5.4 MATRIZ DE METAS E INDICADORES DEL PENSIDA IV SEGÚN ÁREAS ESTRATÉGICAS

Fin: Haber detenido y comenzado a reducir, la propagación del VIH/SIDA (Visión de País, 2022)

OBJETIVOS GENERALES	META 2019	INDICADOR
1. Prevenir la infección del VIH en la población general y poblaciones clave y vulnerables.	1. Disminuir en por lo menos un 50% el número de casos nuevos de infección por VIH.	Porcentaje de casos de VIH en población general de 15 a 49 años (GARPR).
	2. Reducir la tasa de transmisión del VIH de madre hijo/a a 0.3 casos o menos por cada 1,000 nacidos vivos.	Porcentaje de casos de VIH en la población de 15 a 49 años (GARPR).
	3. Reducir en un 25% la prevalencia de sífilis activa en las poblaciones clave, en relación a la línea de base.	Prevalencia de sífilis activa en las poblaciones clave.
	4. Reducir en un 25% la prevalencia de gonorrea en las poblaciones clave, en relación a la línea de base.	Prevalencia de gonorrea en las poblaciones clave.
	5. Mantener la tasa de transmisión de sífilis congénita por debajo de 0.14 por cada 1,000 nacidos vivos.	Tasa de incidencia anual de sífilis congénita por cada 1,000 nacidos (vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses (GARPR).
2. Mejorar la calidad de vida de las personas con VIH al proveer acceso universal a atención integral, cuidados y apoyo.	6. Disminuir en un 30% el número de defunciones por sida a nivel nacional, en relación a la línea de base.	Tasa de mortalidad anual por sida por cada 100,000 habitantes.
	7. Reducir por lo menos en un 50% las defunciones por tuberculosis entre las personas diagnosticadas con VIH.	
	8. Reducir la coinfección de tuberculosis entre las personas diagnosticadas con VIH por lo menos a un 10%.	Porcentaje de personas seropositivas por VIH que se han incorporado por primera vez en la atención a quienes se les detectó tuberculosis activa (GARPR).

Área Estratégica: Política pública y gestión social con enfoque de derechos humanos y equidad de género.

RESULTADO (CLAVE)	META 2019	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN
O1.1. Asegurar la implementación y el cumplimiento de la normativa nacional e internacional bajo el enfoque de derechos humanos y equidad de género para la respuesta nacional al VIH e ITS para el período 2015-2019.			
R 1.1.a. Asegurada la gobernabilidad, la gobernanza y la coordinación de la respuesta nacional e integral al VIH de la CONASIDA como ente rector multisectorial.	CONASIDA reestructurada con alto nivel político y funcional.	- Decreto actualizado de la Ley Orgánica de la CONASIDA y su reglamento. - Reforma del Reglamento de la Ley Especial de VIH.	- Estudio sobre capacidades estructurales y organizacionales de la CONASIDA. - Documentos oficiales con el decreto actualizado de la CONASIDA y su reglamento.
R1.1.b Las instancias políticas y técnicas de coordinación cuentan con la capacidad organizativa e institucional para operativizar el PENSIDA IV.	Aumentar al menos en un 20% anual el gasto nacional en VIH y sida.	Gasto nacional relativo al sida por categorías y fuentes de financiación (GARPR 6.1).	Medición del Gasto en Sida.
R1.1.c Las organizaciones de sociedad civil cuentan con capacidad organizativa e institucional para operativizar los componentes claves del PENSIDA IV.	100% de las organizaciones de la sociedad civil que son miembros de la CONASIDA y del MCP cuentan con planes operativos para ejecutar los componentes claves del PENSIDA IV	Porcentaje de organizaciones de la sociedad civil miembros de la CONASIDA y del MCP que cuentan con planes operativos.	Documentos de los planes operativos de las organizaciones de la sociedad civil que forman parte de la CONASIDA y del MCP.
O 1.2: Garantizar el involucramiento de otros sectores diferentes al Sector Salud en la respuesta nacional multisectorial al VIH.			
R 1.2.a. Integrado el abordaje del VIH y otras ITS efectivamente en las políticas, lineamientos, programas y servicios (planes y presupuestos) del sector público, la sociedad civil y del sector privado que integran la CONASIDA y participan en la respuesta nacional al VIH.	100% de instituciones que conforman la CONASIDA que presentan planes operativos institucionales alineados al PENSIDA IV.	Porcentaje de instituciones que conforman la CONASIDA que presentan planes operativos institucionales alineados al PENSIDA IV.	POAs, informes de ejecución y presupuestos institucionales de los miembros de la CONASIDA.
O 1.3 Asegurar el cumplimiento de los derechos humanos en el marco de la respuesta integral al VIH.			
R 1.3.a. Creado un entorno favorable para la respuesta al VIH e ITS apoyado activamente por los tomadores de decisiones sobre políticas de alto nivel.	100% de instancias públicas que conforman la CONASIDA de alto nivel tienen políticas sectoriales relevantes a la respuesta del VIH e ITS.	Porcentaje de instancias que conforman la CONASIDA de alto nivel que han integrado en sus políticas sectoriales la respuesta del VIH e ITS conforme criterios establecidos.	Documentos de políticas sectoriales de las instancias públicas que conforman la CONASIDA de alto nivel.
R 1.3.b. Cumplimiento de los derechos humanos en la respuesta nacional con inclusión de acciones afirmativas.	Reducir por lo menos en un 50% el porcentaje de las personas con VIH y poblaciones clave que reportan que han sufrido violaciones a sus derechos, en relación a la línea base. Reducir en un 50% el porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que reportan actitudes discriminatorias hacia las personas con VIH, en relación a la línea base.	Porcentaje de personas con VIH que reportan que han sufrido violaciones a sus derechos humanos. Porcentaje de mujeres y hombres de 15-49 años que reportan actitudes discriminatorias hacia las personas con VIH.	Índice de estigma en personas que viven con VIH. Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

Área Estratégica: Promoción de la salud para la prevención del VIH

OBJETIVOS	META 2019	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN
O2.1 Aumentar el acceso y la utilización del conjunto integral de servicios de prevención del VIH e ITS en las poblaciones clave.			
R2.1.a. Aumentado el conocimiento integral sobre el VIH e ITS en las poblaciones clave.	Aumentar en al menos un 50% los conocimientos correctos sobre medidas de prevención y transmisión del VIH en las poblaciones clave, en relación a la línea base.	Porcentaje personas de poblaciones clave (HSH, trans y MTS) que tiene conocimientos correctos sobre medidas de prevención y transmisión del VIH.	Encuestas de comportamiento sexual.
R2.1.b. Aumentados los comportamientos sexuales más seguros en las poblaciones clave.	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar en un 10% el uso de condón en la última relación sexual en MTS, en relación a la línea base. - Aumentar en un 10% el uso de condón en la última relación sexual en HSH, en relación a la línea base. - Aumentar en un 10% el uso de condón en la última relación sexual en mujeres trans, en relación a la línea base. - Aumentar en un 10% el uso de condón con pareja ocasional en población garífuna, en relación a la línea base. 	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un condón con su último cliente. - Porcentaje de HSH que declara haber usado un condón durante su último coito anal con una pareja masculina. - Porcentaje de mujeres trans que declara haber usado condón en la última relación sexual. - Porcentaje de la población garífuna que declara haber usado un condón durante su última relación sexual con pareja ocasional. 	Encuestas de comportamiento sexual.
R2.1.c. Aumentada la cobertura y utilización de servicios de prevención del VIH e ITS (conjunto de servicios mínimo definido) por parte de las poblaciones clave.	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a 90% el porcentaje de trabajadoras del sexo a las que les han llegado programas de prevención del VIH. - Aumentar a 95% de HSH a los que les han llegado programas de prevención del VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de MTS al que le han llegado programas de prevención del VIH. - Porcentaje de HSH al que le han llegado programas de prevención del VIH. 	Encuestas de vigilancia.
R2.1.4 Aumentada la cobertura de servicios de pruebas de VIH y consejería en las poblaciones clave.	Aumentar en un 10% las poblaciones clave que se hacen la prueba del VIH con consejería en los últimos 12 meses, que conoce los resultados y son referidos a un establecimiento de salud, en relación a la línea base.	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de MTS que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados. - Porcentaje de HSH que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados. 	Encuestas de vigilancia.
O 2.2: Aumentar el acceso, la utilización y la calidad de los programas y servicios de prevención de VIH e ITS para la población general según la prevalencia regional, con énfasis en los grupos más vulnerables bajo un enfoque de derechos humanos con equidad de género.			
R 2.2.a. Incrementado el conocimiento integral del VIH y las ITS en los grupos vulnerables de la población en general.	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar a 50% la cantidad de personas que tienen conocimientos adecuados relacionados con la transmisión y la prevención del VIH en la población de 15 a 24 años, en relación a la línea base. - Mantener el porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 24 años que tuvieron la primera relación sexual antes de los 15 años, en 11% entre mujeres y 25% entre hombres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH. - Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años. 	Encuesta Nacional de Demografía y Salud.
	Incrementar en un 50% el número de docentes certificados en los centros educativos que imparten educación integral en sexualidad, en relación a la línea base.	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de docentes a nivel nacional certificados en el curso virtual "Cuidando mi salud y mi vida". - Porcentaje de centros educativos implementando los contenidos de las Guías Metodológicas "Cuidando mi salud y mi vida" y del curso virtual, en los centros educativos desde el nivel prebásico, I, II y III Ciclo de la educación básica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plataforma de capacitación virtual de la Secretaría de Educación y las Guías Metodológicas "Cuidando mi salud y mi vida" - Planes de aula elaborados e implementados. - Informe de seguimiento y monitoreo.

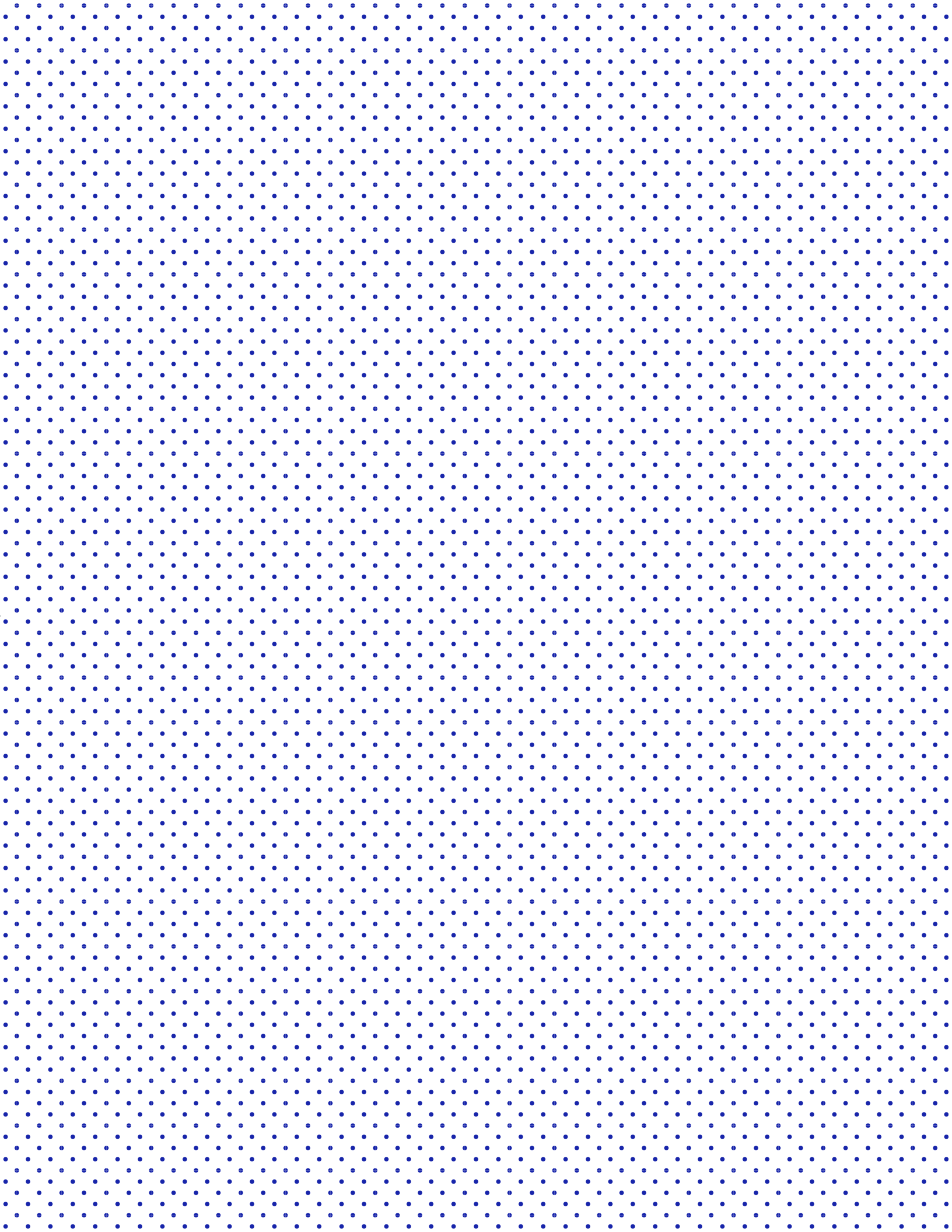
OBJETIVOS	META 2019	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN
R.2.2.b Incrementados los comportamientos sexuales más seguros en los grupos de la población en general.	Aumentar en al menos el 5% el uso del condón en la última relación sexual en la población general de 15 a 49 años.	Porcentaje de adultos de 15 a 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un condón durante la última relación sexual.	Encuesta Nacional de Demografía y Salud.
R.2.2.c Incrementado el número de personas que se realizan la prueba del VIH con consejería y que conocen los resultados.	Incrementar en un 50% el número de personas de 15 a 49 años que se hacen la prueba del VIH con consejería en los últimos 12 meses, que conocen el resultado y que son referidas a servicios de atención integral.	Número notificado de casos de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses.	Encuesta Nacional de Demografía y Salud.
R.2.2.d Incrementada la cobertura y utilización de servicios integrales de prevención de la transmisión de VIH de madre a hijo/a.	Aumentar en al menos 85% las embarazadas que se realizan la prueba de RPR para detección de sífilis.	Porcentaje de embarazadas que se realizan la prueba de RPR para detección de sífilis.	Registros Nacionales.
	Aumentar la captación en al menos 80% de nacidos vivos y mortinatos con sífilis congénita en los últimos 12 meses.	Porcentaje de notificación de casos de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses.	Registros hospitalarios de notificación de casos y registros nacionales.

Área Estratégica: Atención Integral

RESULTADO (CLAVE)	META 2019	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN
O3.1 Aumentar la cobertura nacional y la utilización de los servicios de atención integral con calidad y calidez para personas con VIH y personas afectadas por la epidemia, en el marco de la reforma del sector salud.			
R 3.1.1 Mejorar el acceso continuo a los servicios de diagnóstico y atención integral en materia de VIH según normas nacionales y lineamientos internacionales.	Captar al menos el 80% de las personas estimadas con VIH.	Número de personas vivas y con infección por el VIH (PVV): población total y poblaciones clave (HSH, MTS y mujeres trans), valor estimado (Spectrum).	Marco de monitoreo del continuo de atención (primer pilar de la cascada).
	Al menos el 80% de las personas estimadas con VIH se realizan la prueba, conocen su estado serológico y están vivas.	Número de personas vivas y con infección por VIH que han sido diagnosticadas con la infección del VIH y conocen su estado serológico respecto a la infección del VIH y porcentaje respecto del total de PVH; total y desagregado por poblaciones claves.	Marco de monitoreo del continuo de atención (segundo pilar de la cascada).
	Al menos el 90% de las personas con VIH que conocen su estado serológico reciben atención en los establecimientos de salud.	Número de personas con diagnóstico de infección por el VIH incorporadas a servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PVH.	Marco de monitoreo del continuo de atención (tercer pilar de la cascada).
		Número y porcentaje de nuevos diagnósticos de infección por el VIH que fueron incorporados a servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH	
	El 90% de las personas con VIH que acuden a los servicios de atención integral reciben TARV (activos) de acuerdo a los lineamientos del país.	Número de PVH que se mantienen en servicios de atención y tratamiento de la infección por el VIH y porcentaje respecto del total de PVH.	Marco de monitoreo del continuo de atención (cuarto pilar).
	Incrementar en al menos un 3% anual la retención en el tratamiento de personas en TARV, en relación a la línea base.	Porcentaje de adultos y niños seropositivos que se sabe que siguen el tratamiento antiretroviral 12, 24 y 36 meses después de iniciado.	Informe GARPR
El 90% de las personas con VIH que reciben TARV tienen una carga viral suprimida a 50 copias o menos por mililitro (no detectable).	Número de adultos y niños que se encuentran en tratamiento antiretroviral y porcentaje respecto del total de PVH.	Marco de monitoreo del continuo de atención (quinto pilar).	
O3.2: Fortalecer el manejo y la vigilancia de casos de personas con coinfección VIH-TB e infecciones oportunistas.			
R 3.2.a. Reducida la morbilidad por tuberculosis en personas con VIH y por VIH en las personas con tuberculosis.	- Implementar la vigilancia de casos de Hepatitis B y C en las personas con VIH en los diferentes niveles de atención.	- Número de adultos y niños en atención de la infección por el VIH a los que se les realizó la prueba de hepatitis B. - Número de adultos y niños en atención de la infección por el VIH a los que se les realizó la prueba de hepatitis C.	- Informe de prueba de laboratorio. - Cohorte de personas con VIH atendidas en los servicios de atención integral.

Área Estratégica: Información estratégica

RESULTADO (CLAVE)	META 2019	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN
O4.1 Garantizar la disponibilidad de información estratégica que permita la toma de decisiones informada con respecto a políticas, programas y presupuestos sobre VIH e ITS.			
R 4.1.a. Garantizar la disponibilidad de información estratégica que permita la toma de decisiones informada con respecto a políticas, programas y presupuestos sobre VIH e ITS.	El 80% de las instituciones que trabajan en la respuesta al VIH se adhieren a un sistema único de monitoreo.	Porcentaje de las instituciones que trabajan en la respuesta al VIH se adhieren a un sistema de monitoreo único.	Reportes del sistema de información.





IMPLEMENTACIÓN DEL PENSIDA IV

6. IMPLEMENTACIÓN DEL PENSIDA IV, 2015-2019

6.1 MARCO INSTITUCIONAL Y MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN DEL PENSIDA IV

La implementación exitosa del PENSIDA IV para el periodo 2015-2019 depende de la coordinación y colaboración eficaz entre los sectores clave del gobierno, además del sector salud, así como con las organizaciones de la sociedad civil locales e internacionales, el sector privado, las agencias de la ONU y donantes bilaterales y multilaterales, incluyendo el Fondo Global y USAID.

El funcionamiento eficaz de la CONASIDA es fundamental para asegurar la coordinación multisectorial en la implementación del PENSIDA IV, así como de un equipo técnico fortalecido para implementar un sistema unificado de monitoreo y evaluación.

El marco institucional para la implementación del PENSIDA IV identifica cuatro tipos de instituciones según las funciones clave que a continuación se describen:

1. Recursos financieros y financiamiento
2. Coordinación, supervisión y orientación de políticas general
3. Asistencia y orientación técnica, e
4. Implementación de programas y prestación de servicios.

6.1.1 RECURSOS FINANCIEROS Y FINANCIAMIENTO

Un requisito para la implementación eficaz de las estrategias y actividades del PENSIDA IV, que se detallan en el plan operativo de 3 años (ver anexos) es la disponibilidad de financiamiento sostenido para todas las actividades, de acuerdo con el presupuesto.

Las principales fuentes de financiamiento incluyen:

1. **Presupuesto del gobierno**, ya que la mayoría de los recursos del gobierno para los programas y servicios específicos del VIH y sida son canalizados a través de la Secretaría de Salud, especialmente en el área de la atención integral. Sin embargo, además del sector de salud, estrategias importantes tienen que ser implementadas a través de otras secretarías e instituciones gubernamentales, tales como de los sectores de educación, trabajo, protección e inclusión social, justicia y seguridad. La participación de las alcaldías municipales de las principales ciudades es fundamental para fortalecer la respuesta local.
2. **Instituto Hondureño de Seguridad Social**, que presta servicios de promoción y prevención únicamente a sus afiliados, a través de su red de servicios, cuenta con dos CAI para atender personas con VIH, uno en Tegucigalpa y otro en San Pedro Sula.

3. Financiamiento externo de donantes y agencias internacionales, como es el caso del Fondo Global, como una fuente clave para las acciones en VIH. Otros donantes importantes incluyen las agencias del Sistema de las Naciones Unidas, donantes internacionales bilaterales, multilaterales y agencias donantes privadas.

4. Organizaciones locales de la sociedad civil sin fines de lucro, las iglesias y ONGs en el área de salud, asistencia social, derechos humanos y desarrollo, que pueden apoyar programas específicos para las personas con VIH y afectadas por la epidemia, la juventud u otras poblaciones vulnerables.

5. El sector privado, incluye empresas locales y otros donantes. Hasta la fecha, el rol del sector privado en el financiamiento de las acciones en VIH ha sido muy limitado, por ello la reciente Política de VIH y sida en el Lugar del Trabajo es una oportunidad para la movilización de acciones y recursos en este sector. El sector privado juega un papel importante en la implementación de programas de prevención del VIH en los lugares de trabajo y para financiar proyectos de responsabilidad social empresarial relacionados al VIH.

Uno de los aspectos clave del PENSIDA IV es la responsabilidad y el liderazgo nacional de la respuesta al VIH. Esto implica el fortalecimiento de la sostenibilidad financiera a través de una mayor inversión por parte de los diferentes sectores del gobierno hondureño. Esto además requiere de la priorización de la temática del VIH y la asignación de recursos financieros y humanos adecuados para las estrategias claves de la respuesta nacional.

En este marco, el PENSIDA IV está alineado con la “Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/SIDA en el Marco de la Reforma del Sector Salud” (SESAL, 2011), que especifica las modalidades de financiamiento de la respuesta al VIH en el sector salud, la que propone garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diferentes fuentes, para asegurar el acceso equitativo de la población a servicios de salud.

Estrategias clave en este contexto incluyen: 1) la identificación de las fuentes financieras y la distribución presupuestaria; 2) la definición de los criterios de asignación a los diferentes proveedores de servicios en base al principio de presupuesto por resultados; 3) la estimación de los costos y la evaluación económica de las actividades de la promoción, prevención, manejo y apoyo de las ITS, VIH y sida; y 4) la definición de los lineamientos y mecanismos administrativos para la contratación y pago por producto.

Asimismo, en el marco del fortalecimiento de la sostenibilidad financiera, el PENSIDA IV pretende fortalecer a las organizaciones de la sociedad civil con respecto a sus capacidades institucionales y organizacionales, incluyendo el área de la movilización de recursos y la recuperación de costos.

6.1.2 COORDINACIÓN, SUPERVISIÓN Y ORIENTACIÓN DE POLÍTICAS

La coordinación, supervisión y orientación de políticas es la responsabilidad conjunta de la CONASIDA y los diferentes sectores involucrados en la respuesta nacional al VIH y las ITS. En este contexto, las Secretarías de Salud, Trabajo, Seguridad Social, Educación Pública, Desarrollo e Inclusión Social, así como otras secretarías juegan un papel importante en sus respectivas áreas. Las agencias de la ONU apoyarán a las diferentes secretarías y sectores de acuerdo con sus mandatos específicos.

Las Direcciones de Epidemiología, Regulación y Normalización de la Secretaría de Salud, la Dirección General de Previsión Social de la Secretaría de Trabajo, la Dirección General de Servicios Estudiantiles de la Secretaría de Educación y especialistas técnicos de otras secretarías apoyarán a la CONASIDA en el cumplimiento de sus funciones de coordinación general, políticas y supervisión, a través de asesoría técnica efectiva y oportuna, en base a la evidencia de vigilancia, investigación, monitoreo y evaluación. Será importante conformar un secretariado técnico de la CONASIDA que comprenda expertos técnicos en las principales áreas de la respuesta nacional.

Además de apoyar a la CONASIDA en el desempeño de sus responsabilidades, funciones de gestión con respecto a la implementación del PENSIDA IV incluyen también una serie de funciones de apoyo para las instituciones implementadoras, tales como:

- 1. Orientación y apoyo técnico práctico con respecto a políticas y programas en el área del VIH y sida.** Esto también involucra la coordinación de las actividades de capacitación al personal implementador de servicios de VIH. En el sector salud, se brindará orientación técnica a las diferentes instituciones involucradas en la prestación de servicios de VIH e ITS a nivel nacional, departamental y local. En los otros sectores fuera del área de salud, se brindará orientación y apoyo técnico a las principales secretarías, así como a instituciones con respecto a sus políticas institucionales, incluyendo a las Cámaras de Comercio, Asociación de Maquiladores, sindicatos, empresas privadas, universidades, escuelas, Instituto Hondureño de Seguridad Social, sector religioso (como son la Iglesia Católica y las iglesias evangélicas, etc.) y otras instituciones clave.
- 2. Supervisión de los programas y servicios de VIH,** que incluye visitas de campo regulares a programas y servicios a nivel regional y local. En el sector salud, esto incluye visitas de supervisión a los CAI, las clínicas VICITS, las ONGs trabajando con grupos clave y hospitales. En los otros sectores fuera del área de salud incluye visitas a centros educativos, empresas, cámaras de comercio y maquiladores.
- 3. Monitoreo y evaluación** de los programas y servicios en el contexto del PENSIDA IV. Esto incluye la gestión de datos de M&E programáticos recopilados por parte de las instituciones implementadoras, incluyendo su agregación y análisis. El plan operativo

2015-2017 tiene un componente para reforzar el área de M&E a través de la actualización del Plan Nacional de M&E y Vigilancia a fin de consolidar un subsistema de información que garantice una gestión eficiente, eficaz y con fluidez en la información para los diferentes niveles de atención.

4. La vigilancia epidemiológica implica responsabilidades para el monitoreo de las tendencias de la epidemia VIH, así como las tendencias conductuales en las poblaciones clave en mayor riesgo. En este sentido, el PENSIDA IV incluye un componente para la continuación del sistema de vigilancia de segunda generación a través de las Encuestas Centroamericanas de Vigilancia del Comportamiento (ECVC). La Dirección de Vigilancia de la Salud de la Secretaría de Salud tendrá la responsabilidad principal para la vigilancia epidemiológica.

5. La movilización de recursos para garantizar el financiamiento adecuado de todas actividades planificadas del PENSIDA IV será la responsabilidad primordial de la CONASIDA. Esto implica el uso de la evidencia disponible para abogar por: 1) la asignación de fondos del gobierno a las respectivas secretarías e instituciones gubernamentales; y 2) la movilización de recursos de los donantes internacionales, incluyendo el Fondo Global y otros donantes.

Además del Secretariado Técnico de la CONASIDA y la Dirección General de Vigilancia de la Salud, Epidemiología, Regulación y Normalización de la Secretaría de Salud, las agencias del sistema de las Naciones Unidas tienen un papel importante para brindar asistencia y orientación técnica a sectores específicos. Además del apoyo coordinado de ONUSIDA, la OMS/OPS brindará asistencia técnica a la Secretaría de Salud; UNFPA y UNICEF apoyarán las Secretarías de Salud, Desarrollo e Inclusión Social, municipalidades clave y otras en áreas relacionadas con la niñez y la juventud; UNESCO apoyará a la Secretaría de Educación; y la OIT apoyará a la Secretaría de Trabajo, al COHEP, a las cámaras de comercio, empresas y organizaciones sindicales. Por su parte USAID brindará asistencia técnica a la Secretaría de Salud.

6.1.3 ASISTENCIA Y ORIENTACIÓN TÉCNICA

Una tercera función clave consiste en la asistencia y asesoría técnica. Hasta la fecha, el Departamento de ITS/VIH/Sida de la Secretaría de Salud, como el Secretariado técnico de la CONASIDA, tuvo el mandato principal para el suministro de apoyo técnico a la CONASIDA. Sin embargo, los cambios recientes en el marco de la reforma del sector salud han llevado a una reorganización de los diferentes departamentos y programas.

En el futuro, los especialistas de ITS y VIH de la Dirección de Regulación, Normalización y Vigilancia de la Salud de la Secretaría de Salud tendrán el rol principal de proveer asistencia técnica a la CONASIDA y a los demás actores del sector salud. Sin embargo, con la ampliación de la respuesta nacional a otros sectores, se necesita el apoyo técnico

en áreas de cada uno de los diferentes sectores. Este papel puede ser desempeñado por asesores técnicos externos y expertos en áreas técnicas determinadas de sectores gubernamentales.

6.1.4 IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

El cumplimiento adecuado de las tres principales funciones proporcionará un entorno que facilita la implementación efectiva del PENSIDA IV. La presencia de: 1) recursos financieros adecuados; 2) mecanismos de coordinación eficiente; y 3) asistencia, asesoría técnica y capacitación. Las instituciones implementadoras del gobierno, de la sociedad civil y del sector privado pueden ofrecer los servicios y programas tal como están planificados en el plan operativo del PENSIDA IV.

La implementación de las acciones planificadas en las 4 áreas estratégicas prioritarias requiere de los aportes de diferentes sectores públicos, privados y de la sociedad civil, conforme a las siguientes áreas prioritarias:

Las acciones en el Área Estratégica 1 Política Pública y Gestión Social con Enfoque de Derechos Humanos y Equidad de Género, requieren el liderazgo de la CONASIDA como ente coordinador central de la respuesta nacional. La implementación de acciones en los objetivos específicos 1.1 a 1.3 requieren el compromiso político e involucramiento práctico de todos los sectores relevantes del gobierno: salud, educación, juventud, asistencia social, justicia y derechos humanos, seguridad, defensa, trabajo y otros.

La implementación de las estrategias para el fortalecimiento de ambientes de apoyo requieren los aportes de diferentes sectores gubernamentales, incluyendo la Secretaría de Trabajo (discriminación en el trabajo y los derechos laborales de las personas con VIH); Justicia, Derechos Humanos (aplicación de la ley, apoyo a poblaciones clave, niños en situación de calle y otros grupos vulnerables); Salud (atención integral de las personas con VIH; el estigma y la discriminación en el sector de la salud); Desarrollo e Inclusión Social (apoyo económico y social para las personas con VIH, violencia de género; protección de la niñez víctimas de la explotación sexual); así como todas las demás instituciones de gobierno involucradas en los componentes específicos del PENSIDA 2015-2019 para asegurar la incorporación efectiva del VIH y sida en sus políticas, programas y servicios.

La Fiscalía de los Derechos Humanos y el CONADEH tienen un papel importante para garantizar la implementación de actividades en cuanto a la protección de los derechos humanos de personas con VIH, grupos clave y la juventud.

Las organizaciones de la sociedad civil tienen un papel de liderazgo en el reforzamiento de su capacidad institucional y organizacional, el cual es uno de las prioridades clave del área estratégica 1. La CONA-

SIDA con el apoyo de la cooperación pueden facilitar las acciones en esta área. El sector privado puede desempeñar un papel al introducir modelos de gestión institucional para el manejo de programas de las ONGs.

La implementación de programas de prevención del VIH en las poblaciones clave (área estratégica 2, será una responsabilidad conjunta entre las instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Las instituciones gubernamentales claves incluyen los servicios de salud, especialmente los CAI y las clínicas VICITS, así como la policía nacional (violencia contra las trabajadoras del sexo, las mujeres trans y los hombres que tienen sexo con hombres, niñas/os víctimas de la explotación sexual) y los centros penales (población privada de libertad).

Las organizaciones de la sociedad civil y ONGs desempeñan el papel principal en la movilización comunitaria, el trabajo de extensión, la educación de pares para la prestación de servicios de la prevención del VIH en las diferentes poblaciones clave cuyo involucramiento es fundamental. Las agencias de la ONU de acuerdo a su división interna de roles y responsabilidades y con el apoyo del Secretariado de ONUSIDA, deben asumir su papel en las áreas técnicas que les corresponde.

Asimismo, la implementación de las estrategias del PENSIDA IV en el área de la prevención de VIH en la población general, con énfasis en las poblaciones más vulnerables (área estratégica 2), requiere un rol activo de diferentes sectores: el sector salud tiene un papel importante para asegurar el acceso a la prueba de VIH y la consejería como punto de entrada a la atención integral y su rol en la prevención a través del tratamiento; el sector salud también tiene un papel clave en el área de la prevención de la transmisión vertical de madre a hijo/a.

Otros elementos del sector salud son la prevención y el tratamiento de las ITS; el manejo de la coinfección por TB-VIH; manejo de la profilaxis post-exposición y el control de las infecciones por VIH en hospitales.

El sector laboral debe de asumir un papel en el área de la prevención del VIH en el lugar de trabajo: especialmente los hombres no pueden alcanzarse tan fácilmente a través de los servicios de salud y el lugar de trabajo presenta una oportunidad única para alcanzar hombres en general, así como hombres de ciertos grupos clave, tales como los hombres garífunas y afrohondureños y hombres que tienen sexo con hombres "ocultos", que no se puede alcanzar a través de los programas existentes.

El rol de la ONU es clave para brindar asistencia técnica y fondos adicionales para movilizar los sectores mencionados en cuanto a su papel en la respuesta al VIH y sida: la OIT (sector laboral), ONU Mujeres (género), UNICEF (niños vulnerables), UNFPA (juventud vulnerable) y ONUSIDA (coordinación).

Varias secretarías e instituciones gubernamentales tienen un valor agregado para alcanzar niños y jóvenes especialmente vulnerables, ta-

les como niños en situación de calle, niñas víctimas de la explotación sexual, jóvenes que usan drogas o que están involucrados en maras, que están más vulnerables al riesgo de infección por VIH e ITS. Asimismo, el sector educación tiene un papel reconocido en la educación sexual integral para la prevención del VIH y las ITS, así como los estilos de vida saludables, incluyendo la prevención del uso de drogas.

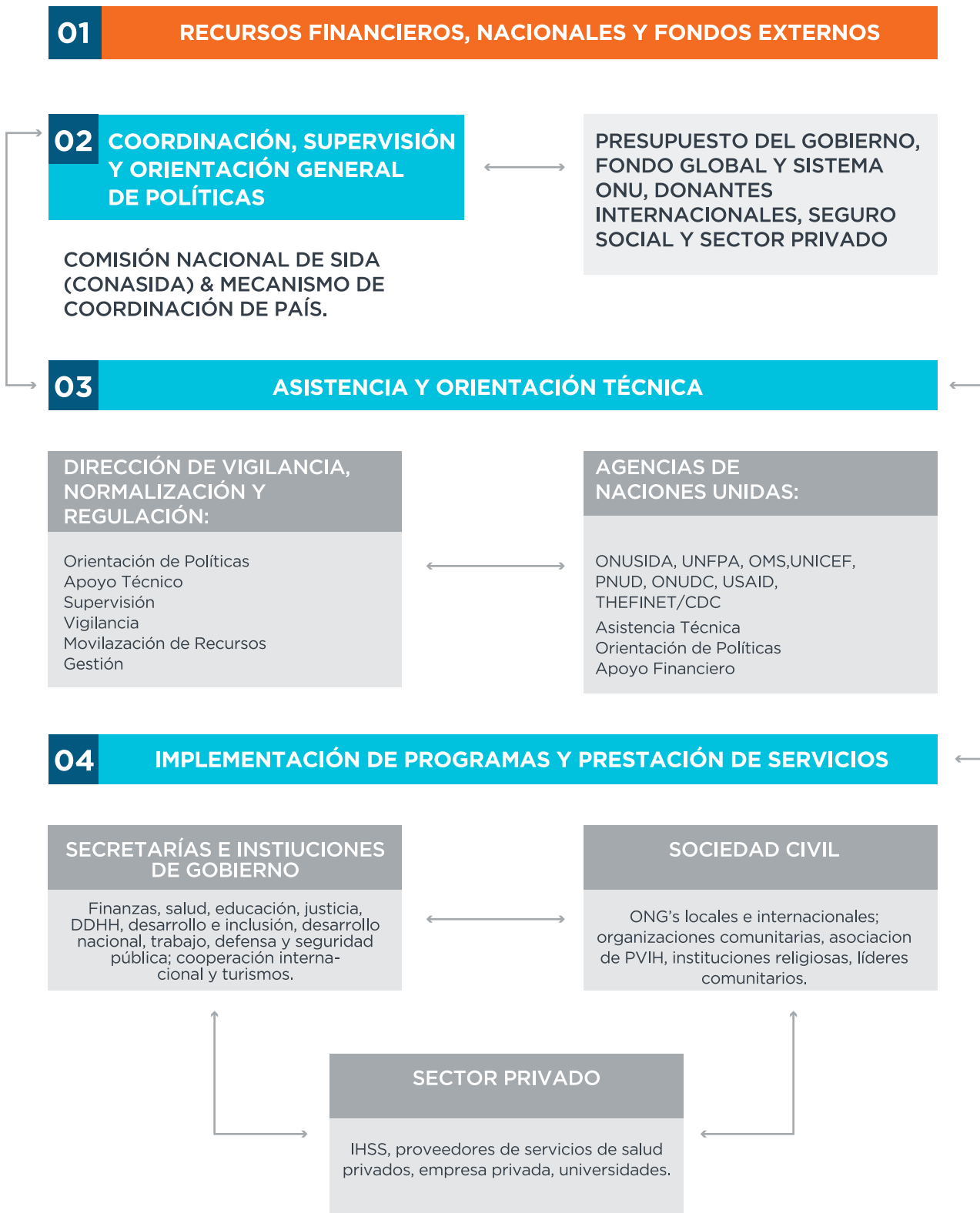
La Secretaría de Salud y sus instituciones (CAI, Clínicas VICITS) están asumiendo su papel en la prestación de servicios para las personas con VIH en cuanto a la atención integral y la terapia antirretroviral (Área Estratégica 3). La ASONAPVSI DAH y otras asociaciones de personas con VIH están activamente involucradas en el apoyo a las personas con VIH. La OMS/OPS provee asesoría técnica a la Secretaría de Salud.

En cuanto al estigma y la discriminación de las personas con VIH, la Fiscalía de los Derechos Humanos y el CONADEH tienen un papel clave. Asimismo, los sectores de salud, trabajo, educación y desarrollo e inclusión social deben de tomar un papel proactivo para asegurar y proteger los derechos de las personas con VIH en estos ámbitos, asimismo, las agencias de la ONU como la OIT, UNESCO, OMS tienen un papel en esta área.

Actores clave para la implementación de estrategias del Área Estratégica 4 sobre la gestión de información estratégica incluyen la CONASIDA, la Dirección General de Vigilancia de la Salud, de la Secretaría de Salud en cuanto a la elaboración e implementación general del Plan Nacional de Vigilancia y M&E; así como la implementación de estudios de vigilancia biológica-conductuales (ECVC) en poblaciones clave y vulnerables.

La investigación y los estudios especiales serán realizados con los aportes de universidades e instituciones de investigación nacional, regional e internacional, así como contrapartes técnicos de donantes (ej. USAID, Tephinet) y las agencias de la ONU (OMS/OPS, UNFPA).

Gráfico 8: Recursos nacionales y fondos externos



Fuente: PENSIDA IV, 2015.

6.2 RECURSOS FINANCIEROS REQUERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PENSIDA IV

Para la implementación del PENSIDA, los recursos requeridos serán costeados a través de los planes operativos.

6.3 MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PENSIDA IV

El monitoreo y la evaluación son elementos claves e integrados del PENSIDA IV en todos los niveles: impacto, resultados indirectos y directos y actividades (insumos, proceso). Para cada nivel, se han establecido metas anuales, cuya implementación será monitoreada utilizando indicadores objetivamente verificables (IOVs), que están de acuerdo con las normas y estándares internacionales y prioridades locales de M&E.

6.3.1 M&E DEL IMPACTO Y DE LOS RESULTADOS INDIRECTOS Y DIRECTOS DEL PENSIDA IV

El plan operativo para los primeros tres años (2015-2017) del PENSIDA comprende el marco de monitoreo y evaluación del PENSIDA IV, especificando los indicadores y metas a cada nivel de acción. El marco de M&E integrado en el Plan Operativo 2015-2017 proporciona una visión general de los principales resultados esperados en términos del impacto de la implementación del PENSIDA IV en las tasas de infección por el VIH y la calidad de vida de las personas con VIH; así como los resultados esperados en términos de los resultados indirectos del PENSIDA con respecto a las cuatro áreas prioritarias del PENSIDA IV. Además, el marco de M&E del Plan Operativo 2015-2017 presenta una visión general de los Resultados Directos que se esperan de la implementación de las actividades programáticas principales del PENSIDA IV así como los indicadores de resultados directos propuestos para monitorear el logro de las metas anuales.

Los indicadores y metas del Marco de Monitoreo y Evaluación del Plan Operativo 2015-2017 constituirán la base para el monitoreo y la evaluación de la implementación y de los resultados PENSIDA IV.

6.3.2 CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE M&E

Un componente importante del PENSIDA IV es el fortalecimiento de la vigilancia nacional y del sistema único de monitoreo y evaluación. En este contexto se elaborará un plan nacional de M&E que comprenderá una descripción detallada de: 1) los tipos y la frecuencia de la recolección de datos de M&E, vigilancia e investigación; 2) los flujos y mecanismos de reportaje y compartición de datos e información estratégica de VIH y sida e ITS; así como: 3) las responsabilidades específicas de las instituciones involucradas clave con respecto a la recolección de datos, intercalación, el análisis, la difusión y el uso en la preparación de políticas y de programas de VIH y sida. Este sistema nacional de M&E estará directamente basado en el marco de monitoreo y evaluación del

Plan Operativo 2015-2017 del PENSIDA IV.

En este contexto, la elaboración e implementación del Plan Nacional de M&E con respecto al VIH/Sida/ITS es una prioridad clave para la consolidación del sistema único de monitoreo y evaluación.

6.3.3 ARMONIZACIÓN CON EL SISTEMA DE M&E DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Las estrategias del PENSIDA IV en el área de la vigilancia, monitoreo y evaluación incluyen:

- 1.** La consolidación del sistema único de monitoreo y evaluación.
- 2.** La implementación de un subsistema de información multisectorial para el abordaje de las ITS/VIH/sida.
- 3.** El fortalecimiento del Sistema de Vigilancia de las ITS/VIH/sida.

De acuerdo con estas tres líneas estratégicas se consolidará el sistema único de monitoreo y evaluación de la gestión para medir la respuesta nacional, la toma adecuada y oportuna de decisiones en el abordaje de las ITS, el VIH y sida.

Este sistema único requiere la identificación de un set de indicadores específicos de impacto, resultado, proceso y estructurales, en todos los niveles y con todos los proveedores vinculados a las metas nacionales establecidas y además responder a compromisos de país. La información se obtendrá a través de un subsistema de información multisectorial que formará el punto de partida para la toma de decisiones y acciones. Un subsistema de información se consolidará para que garantice una gestión eficiente, eficaz y con fluidez en la información para los diferentes niveles de atención.

El subsistema estará basado en la calidad de los datos obtenidos del abordaje de las ITS y el VIH; datos que serán procesados adecuadamente para contar con una información veraz, oportuna y pertinente. Esta información será remitida a un sistema único de Monitoreo y Evaluación para su análisis. La Estrategia de Abordaje Integral comprende el desarrollo y fortalecimiento del sistema de vigilancia de la salud y respuesta rápida a nivel nacional en ITS/VIH/sida. Las funciones para la gestión de este sistema serán la responsabilidad principal de la Dirección General de Vigilancia de la Salud.

6.3.4 M&E COMO UNA PRIORIDAD TRANSVERSAL DE TODAS LAS ACTIVIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, EJECUCIÓN DE PROGRAMAS Y CAPACITACIÓN

Además de tener un sistema nacional, el monitoreo y la evaluación será un componente integrado de todas las estrategias de prestación de servicios y de la capacitación de recursos humanos en el contexto del PENSIDA IV. El Plan Operativo incluye una serie de estrategias específicas para el desarrollo e implementación de sistemas y herramientas de M&E para monitorear y evaluar efectivamente: a) los programas

de prevención del VIH; b) los servicios de tratamiento y atención; así como: c) el impacto de las estrategias de capacitación. Estos sistemas y herramientas de M&E incluyen el desarrollo de: 1) herramientas de M&E a nivel programático, así como sistemas de gestión de información computarizados; 2) protocolos y metodologías para la investigación operativa sistemática como parte de la ejecución de programas, lo que permitirá identificar “lo que funciona” y qué estrategias tienen que ser ajustadas; y 3) armonización de las herramientas y enfoques de M&E con el sistema de vigilancia y M&E nacional.

6.3.5 ARMONIZACIÓN DE ENFOQUES DE M&E CON LOS REQUISITOS DE REPORTAJE DE CONVENIOS INTERNACIONALES

Para facilitar la comparación de los datos nacionales de la vigilancia epidemiológica, de monitoreo, evaluación con otros países y para permitir la presentación adecuada de informes sobre los progresos de Honduras hacia los compromisos asumidos en el marco de la Declaración Política del VIH y sida de las Naciones Unidas del 2011, los indicadores del PENSIDA IV para monitorear las tendencias de las infecciones por VIH, los comportamientos clave y la utilización de servicios clave (impacto y resultados indirectos) están basados en los lineamientos internacionales más recientes para el monitoreo de la Declaración Política de 2011 las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2013b).

Para armonizar aún más el marco de M&E del PENSIDA IV con las normas internacionales de vigilancia y M&E, los indicadores utilizados para el monitoreo de los resultados programáticos directos están diseñados en función de las directrices elaboradas por organismos internacionales clave, incluyendo ONUSIDA, las agencias de la ONU, el Banco Mundial y el Fondo Global. Esto también facilita la coordinación de la recolección de datos y presentación de informes en el contexto de los programas apoyados por el Fondo Global, las Metas de Desarrollo del Milenio, la Declaración Ministerial Prevenir con Educación, así como para el Informe GARPR.

6.3.6 RESPONSABILIDADES DE RECOPIACIÓN Y REPORTE DE DATOS

El monitoreo y la evaluación del PENSIDA IV es una responsabilidad compartida de todos los actores involucrados en la respuesta nacional al VIH y sida. Sin embargo, la responsabilidad final para el monitoreo y evaluación del PENSIDA IV recae en la Comisión Nacional de SIDA, ente multisectorial y responsable final de la coordinación intersectorial de la respuesta nacional al VIH y sida.

La Dirección General de Vigilancia de la Salud de la Secretaría de Salud tendrá la responsabilidad principal del manejo y del análisis meta de los datos de vigilancia, monitoreo y evaluación en el sector salud. Deben establecerse mecanismos con responsabilidades claras con respecto a la recopilación, el análisis, reporte y gestión de datos de VIH y

sida proveniente de los sectores fuera del sector salud. En este contexto, el Instituto Nacional de Estadísticas podría desempeñar un papel importante a futuro.

La coordinación y gestión de los flujos de datos de diferentes actores, los prestadores de servicios, investigadores y donantes, en el sistema nacional de vigilancia y de M&E incluirá la agregación y consolidación de los datos de vigilancia epidemiológica y conductual, los datos de M&E programático y los datos de estudios especiales en una base de datos nacional de ITS, VIH y sida.

Responsabilidades específicas incluyen: a) el análisis meta de los datos; b) la difusión de información estratégica a todos los actores y otras instituciones interesadas; c) facilitar el uso de la información estratégica para la elaboración y la revisión de políticas, programas y del PENSIDA, así como para la movilización y asignación de recursos.

La responsabilidad principal para la recopilación y comunicación de datos es de los proveedores de servicios, las instituciones que implementan los programas o las que realizan proyectos de investigación. Esto incluye las diferentes secretarías e instituciones gubernamentales, así como las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado. En este contexto, el Plan Operativo del PENSIDA IV incluye un conjunto de actividades específicas para fortalecer la capacidad en el área de M&E y de gestión de información del personal y de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales.



BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Adimora, A.A., V.J. Schoenbach & D.M. Bonas (2002). "Concurrent Sexual Partnerships Among Women in the United States"; In: *Epidemiology* 13: pp. 320-327.

Alexander P. (1998). "Sex Work and Health: A Question of Safety in the Workplace"; In: *J Am Med Womens Assoc.* 1998; 53: 77-82.

American Psychological Association (2008). Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality. Washington, DC: Author. [Retrieved from www.apa.org/topics/orientation.pdf.]

Brown, D. (2009). Investigación Sobre Crímenes de Odio Contra las Personas LGTB en Honduras. Tegucigalpa: Asociación LGTB Arcoíris de Honduras; Centro de Investigación y Promoción de los Derechos Humanos CIPRODEH.

Buckley, C. (2005). HIV and AIDS in the Caucasus Region: A Socio-Cultural Approach. Paris, France: UNESCO.

Buszin, J., B. Nieto-Andrade, J. Rivas & K. Longfield (2009). "Multiple Partnerships and HIV among the Garífuna Minority Population in Belize"; Paper presented at the 2009 Annual Meeting of the Population Association of America, Detroit Session 158, 2 May 2009; Available at: <http://paa2009.princeton.edu/abstracts/90416>;

Buszin, J., B. Nieto-Andrade, J. Rivas & K. Longfield (2012). "Multiple Partnerships and Risk for HIV Among the Garífuna Minority Population in Belize"; In: *Health*; Vol.4, No.8, 474-482 (2012) doi:10.4236/health.2012.48076; ISSN Online: 1949-5005

Castor D, Jolly P, Furlonge C. (2002). "Determinants of Gonorrhea Infection Among STI Clinic Attenders in Trinidad – II: Sexual Behavioral Factors"; In: *International Journal of STD/AIDS*, 13: pp. 46-51.

CEPAL (1999). Boletín demográfico no.64. <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/5350/P5350.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl> .

Clements, K., W. Wilkinson, K. Kitano, et al. (1999). "HIV Prevention and Health Service Needs of the Transgender Community in San Francisco"; In: *Int J Transgenderism* [serial online]. 1999: 3 (1+2). Available at: http://www.symposion.com/ijt/hiv_risk/clements.htm.

Clements-Nolle, K., R. Marx, R. Guzman et al. (2001). "HIV Prevalence, Risk Behaviors, Health Care Use, and Mental Health Status of Transgender Persons: Implications for Public Health Intervention"; In: *Am J Public Health.* 2001; 91: 915-921.

Coan D.L., W. Schrager & T. Packer (2005). "The Role of Male Sexual Partners in HIV Infection Among Male-To-Female Transgendered Individuals"; In: *International Journal of Transgenderism*. 2005; 8: 21-30.

CONASIDA (2012). Honduras. Informe Mundial de Avances en la Lucha Contra el sida 2012. Tegucigalpa: CONASIDA.

Corte Suprema de Justicia República de Honduras (1999). Ley Especial sobre VIH/SIDA. Honduras, 1999 [art. 10]. Tegucigalpa: Corte Suprema de Justicia.

Cruise, K. & E. Haltrecht (2004). "Effects of Age of Self-Identification, Age of Disclosure of Sexual Orientation, and Perceived Social Support on Self-Esteem in Gay and Lesbian Youth"; In: *Journal of Young Investigators*, January 2004.

D'Augelli, A.R., A.H. Grossman & M.T. Starks (2006). "Childhood Gender Atypicality, Victimization, and PTSD Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth"; In: *Journal of Interpersonal Violence*, 21, no. 11, November 2006.

Drumright, L.N., P.M. Gorbach & K.K. Holmes (2004). "Do People Really Know Their Sex Partners? Concurrency, Knowledge of Partner Behaviour, and Sexually Transmitted Infections Within Partnerships"; In: *Sexually Transmitted Diseases*, 31, 437-442.

Duran Baron, D. (2010). Garífuna – A Holistic Approach to Fight HIV/AIDS in Honduras. Available at: <http://www.globalcommunities.org/node/34617>. Silver Spring, MD, USA: Global Communities.

Elifson, K.W., J. Boles, E. Posey et al. (1993). "Male Transvestite Prostitutes and HIV Risk"; In: *Am J Public Health*. 1993; 83: 260-262.

FAO (2007). Datos Honduras, Encuesta Permanente de Hogares 2007. Tegucigalpa: FAO.

García, J.M., N. Salavarría, D. Valentín, D. Ramírez, & M. Sierra (2000). Proyecto 'Educación Preventiva y Fortalecimiento de la Respuesta Local en las Comunidades Garífunas. Aspectos Sociodemográficos, Conocimientos, Creencias, Actitudes y Prácticas Relacionadas con la Transmisión de ITS/VIH en las Comunidades Garífunas. Tegucigalpa, Honduras: MDC: Asociación El Buen Pastor; Organización Panamericana de la Salud/ONUSIDA; Departamento de ITS/VIH/SIDA/ y TB, Secretaría de Salud.

Gattari, P., L. Spizzichino, C. Valenzi et al. (1992). "Behavioural Patterns and HIV Infection Among Drug Using Transvestites Practising Prostitution in Rome"; In: *AIDS Care*. 1992; 4: 83-87.

Ghys P., C. Jenkins & E. Pisani (2001). "HIV Surveillance Among Female Sex Workers"; In: *AIDS*. 2001; 15 (Suppl 3): S33-S40.

Gleich, U. von & E. Gálvez (1999). Pobreza Étnica en Honduras. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Global Communities Honduras (2013). Resultados del Proyecto VIH del Fondo Mundial. Año 1, 2, 3 y 4. Honduras 2013. Tegucigalpa: Global Communities Honduras: Partners for Good.

Gould, J.E. (2013). The Garífuna and Migration: A Blessing and a Curse. The Pulitzer Center; Available at <http://pulitzercenter.org/reporting/honduras-garifuna-people-migration-culture-health-developing-world-AIDS-HIV>.

Grieb, S.M.D. (2009). Gender, Transnational Migration, and HIV Risk Among the Garinagu of Honduras and New York City. Ann Arbor, USA: ProQuest, UMI Dissertations Publishing.

Harcourt C. & B. Donovan (2005). "The Many Faces of Sex Work"; In: Sex Transm Infect. 2005; 81:201-206.

INE (2001). Proyecciones Poblacionales 2001-2015. Tegucigalpa: Instituto Nacional de Estadística.

INE (2007). Encuesta Demográfica de Salud de Hombres, ENDESA 2007. Tegucigalpa: Instituto Nacional de Estadística.

INE (2013). www.ine.gob.hn. Tegucigalpa: Instituto Nacional de Estadística Honduras.

Jürgens, R., M. Nowak & M. Day (2011). "HIV and Incarceration: Prisons and Detention"; In: Journal of the International AIDS Society 2011, 14:26.

Kellogg, T.A., K. Clements-Nolle, J. Dilley et al. (2001). "Incidence of HIV among Male-to-Female Transgendered Persons in San Francisco"; In: J Acquir Immune Defic Syndr. 2001; 28: 380-384.

Kenagy, G.P. (2002) "HIV Among Transgendered People"; In: AIDS Care. 2002; 14:127-134.

Kerrigan D., L. Moreno, S. Rosario, B. Gómez, H. Jerez, C. Barrington, E. Weiss & M. Sweat (2006). "Environmental-structural Interventions to Reduce HIV/STI Risk Among Female Sex Workers in the Dominican Republic"; In: American Journal of Public Health. 2006 Jan; 96(1):120-5. Epub 2005 Nov 29.

Kinsler, J., C.D. Sneed, D.E. Morisky & A. Ang (2004). "Evaluation of a School-based Intervention for HIV/AIDS Prevention Among Belizean Adolescents"; In: Health Education Research, Theory & Practice; Vol.19, No.6 2004; pp. 730-738.

Koumans, E.H.F.T., J.J. Gibson & C. Langley (2001). "Characteristics

of Persons with Syphilis in Areas of Persisting Syphilis in The United States: Sustained Transmission Associated with Concurrent Partnerships"; In: Sexually Transmitted Diseases 28: pp. 497-503.

Lutes, J. (2008). What the Science Says – and Doesn't Say – About Homosexuality. Research-based Answers to Ten of the Most Commonly Asked Questions about Lesbian Women, Gay Men, and Their Families. Lynchburg, USA: Soulforce Inc.

Matthei L.M. & D.A. Smith (2008). "Flexible Ethnic Identity, Adaptation, Survival, Resistance: The Garífuna in the World System"; In: Social Identities, Journal for the Study of Race, Nation and Culture; Vol. 14, Issue (2): pp. 215-232.

Morris, M. (2008). The Relationship Between Concurrent Partnerships and HIV Transmission; Presentation to the PEPFAR General Population & Youth HIV Prevention Technical Working Group and AIDSTAR-One Project, October 29 and 30. Washington DC.

M&Ers, D.G. (2007). Excerpt from Psychology, 8th edition. New York: Worth Publishers, 2007, <http://www.davidM&Ers.org/Brix?pageID=62>.

Nemoto, T., D. Operario, J. Keatley, et al. (2004). "HIV Risk Behaviors Among Male-to-Female Transgender Persons of Color in San Francisco"; In: Am J Public Health. 2004; 94: 1193-1199.

Nemoto, T., L.A. Sausa, D. Operario, et al. (2006). "Need for HIV/AIDS Education and Intervention for MTF Transgenders: Responding to the Challenge"; In: J Homosex. 2006; 51:183-202.

ONUSIDA (2012). Kit trans: orientación sexual e identidad de género. Tegucigalpa: ONUSIDA Honduras.

ONUSIDA (2013a). El Caso de la Inversión en VIH/sida en Honduras. Borrador no publicado. Tegucigalpa: ONUSIDA Honduras.

ONUSIDA (2013b). Evaluación de Proceso y Resultados del PENSIDA III. Tegucigalpa: ONUSIDA Honduras.

ONUSIDA (2013c). Sistematización del Diagnóstico de Género en la Respuesta al VIH en Honduras. Tegucigalpa: ONUSIDA Honduras.

Operario, D. T. Soma & K. Underhill (2008). "Sex Work and HIV Status among Transgender Women: Systematic review and Meta-Analysis"; In: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes; 1 May 2008 – Volume 48, Issue 1, pp. 97-103.

OPS (2009). Perfil de los Sistemas de Salud Honduras. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma; Febrero, 2009. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

PAHO/WHO & UNAIDS (2001). HIV and AIDS in the Americas: An epidemic with many faces. http://www.paho.org/English/HCP/HCA/faces_final.pdf. Washington: Pan American Health Organization.

PASMO (2011). Los Garífunas en Honduras: Normas Comunitarias, Vida Social y Salud Sexual. Honduras 2011. Jóvenes Garífunas en Cuatro Comunidades de Honduras. Tegucigalpa: Panamerican Social Marketing Organization (PASMO).

Potterat J, Zimmerman-Rogers H, Muth S. (1999). "Chlamydia Transmission: Concurrency, Reproduction Number, and the Epidemic Trajectory"; In: American Journal of Epidemiology 150: pp. 1331-1339.

Programa Regional REDCA+ (2013??). Informe Honduras; Perfil de Riesgo de Personas con VIH de los Países Beneficiarios del Programa Regional REDCA+.

PSI (2009). Informe Sumario TRaC. Honduras (2009): Estudio TRaC de VIH/SIDA; Hombres que Tienen Sexo con Otros Hombres en Choluteca, Comayagua, Atlántida, Cortés y Francisco Morazán. 2ª Ronda Nacional. Washington DC, USA: Population Services International (PSI).

Reback, C.J., E.L. Lombardi (1999). "HIV Risk Behaviors of Male-to-Female Transgenders in a Community-Based Harm Reduction Program"; In: Int J Transgenderism [serial online]. 1999; 3 (1+2). Available at: http://www.symposion.com/ijt/hiv_risk/reback.htm.

Rosenberg, MD GJ, Gurvey JE, Adler N. (1999). "Concurrent Sex Partners and Risk for Sexually Transmitted Diseases among Adolescents"; In: Sexually Transmitted Diseases 26: pp. 208-212.

Sausa, L., J. Keatley, D. Operario (2007). "Social Networks among Transgender Women of Color Who Engage in Sex Work in San Francisco: Implications for HIV Interventions"; In: Arch Sex Behav. 2007; 36: 768-777.

Savin-Williams, R.C. (2001). Mom, Dad, I'm Gay: How Families Negotiate Coming Out, Washington, DC: American Psychological Association, 2001.

Schwartländer, B.; J. Stover; T. Hallett; R. Atun; C. Avila; E. Gouws; M. Bartos; P. D Ghys; M. Opuni; D. Barr; R. Alsallaq; L. Bollinger; M. de Freitas; G. Garnett, C. Holmes; K. Legins; Y. Pillay; A.E. Stanciole; C. McClure; G. Hirschall; M. Laga; N. Padian (2011). "Towards an Improved Investment Approach for an Effective Response to HIV/AIDS". In: The Lancet, Vol. 377, June 2011; pp. 2031-41. Available at: www.thelancet.com.

Secretaría de Estado en el Despacho Salud (2012). Acuerdo No. 207. Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/SIDA en el Marco de la Reforma del Sector Salud en Honduras [pág. 5]. Tegucigalpa: Secretaría de Estado de Honduras.

Secretaría de Salud (1999). Estudio Epidemiológico de Sífilis, Hepatitis B y VIH en la Población Garífuna en las Comunidades de El Triunfo de la Cruz, Bajamar, Sambo Creek y Corozal, 1999. Tegucigalpa: Secretaría de Salud; Departamento de Control y Prevención de ITS, VIH y Tuberculosis.

Secretaría de Salud (2008a). Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables. Hombres que Tienen Sexo con Hombres. ECVC Honduras, 2006. Tegucigalpa: Secretaría de Salud de Honduras.

Secretaría de Salud (2008b). Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables. Trabajadoras del sexo. ECVC Honduras, 2006. Tegucigalpa: Secretaría de Salud de Honduras.

Secretaría de Salud (2008c). Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables. Población Garífuna. ECVC Honduras, 2006. Tegucigalpa: Secretaría de Salud de Honduras.

Secretaría de Salud (2008d). Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables. Personas con VIH. ECVC Honduras, 2006. Tegucigalpa: Secretaría de Salud de Honduras.

Secretaría de Salud (2009). Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud, Marzo 2009. Tegucigalpa: Secretaría de Salud de Honduras.

Secretaría de Salud (2011). Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/SIDA en el Marco de la Reforma del Sector Salud de Honduras. Tegucigalpa: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (2012a). Informe Estadístico de la Epidemia de VIH en Honduras; Período 1985 – Diciembre 2012. Tegucigalpa: Secretaría de Salud de Honduras.

Secretaría de Salud (2013). Resultados Preliminares de la Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento en Honduras, 2012. Tegucigalpa: Secretaría de Salud de Honduras.

Secretaría de Salud (2014a). Plan Nacional de Salud 2014-2018. Una política de salud para una vida mejor. Junio 2014. Tegucigalpa: Secretaría de Salud de Honduras.

Secretaría de Salud (2014b). Presentación de resultados del Informe Nacional de Progreso de la Respuesta contra el sida 2014 (GARPR). Tegucigalpa: Secretaría de Salud de Honduras, Dirección General de Normalización de los Servicios de Salud, Departamento de ITS/VIH/SIDA.

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística (INE) y Macro International. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2005-2006. Tegucigalpa, Honduras: SS, INE y Macro International.

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística (INE) e ICF International (2013). Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2011-2012. Tegucigalpa, Honduras: SS, INE e ICF International.

Secretaría de Salud & ONUSIDA (2013). Medición de Gasto en Sida, MEGAS, Honduras 2012, Informe Final, Noviembre 2013. Tegucigalpa: Secretaría de Salud de Honduras.

Spizzichino L., M. Zaccarelli, G. Rezza et al. (2001). "HIV Infection among Foreign Transsexual Sex Workers in Rome: Prevalence, Behaviour Patterns, and Seroconversion Rates". *Sex Transm Dis.* 2001; 28: 405-411.

Stansbury, J.P. & M. Sierra (2004). "Risks, Stigma and Honduran Garífuna Conceptions of HIV/AIDS"; In: *Social Science & Medicine*; Volume 59; Issue 3; August 2004; pp. 457-471; ISSN 0277-9536. Philadelphia, USA: Elsevier Inc.

The World Bank (2006). Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: Honduras: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic. Washington: The World Bank, Latin America and Caribbean Region and Global HIV/AIDS Program.

UNDP (2013). Human Development Report 2013. The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World. New York: United Nations Development Programme.

USAID (2011). USAID/Honduras: HIV/AIDS Prevention Programs Evaluation. January 2011 Washington: USAID.

Vandepitte J., R. Lyerla, G. Dallabetta, et al. (2006). "Estimates of the Number of Female Sex Workers in Different Regions of the World"; In: *Sex Transm Infect.* 2006; 82 (Suppl 3): S18-S25.

Vanwesenbeeck I. (2001). "Another Decade of Social Scientific Work on Sex Work: A Review of Research 1990-2000"; In: *Annu Rev Sex Res.* 2001; 12: 242-289.

Varella D., L. Tuason, M.R. Proffitt et al. (1996). "HIV Infection Among Brazilian Transvestites in a Prison Population". In: *AIDS Patient Care STDS.* 1996; 10: 299-302.

The World Bank (2012). World Development Indicators. Available at: <http://data.worldbank.org/indicators>; Washington, DC: The World Bank.

UNAIDS (2010). Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS epidemic 2010. Publication UNAIDS/10.11E | JC1958E. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS (2011). A New Investment Framework for the Global HIV Response, UNAIDS Issues Brief. 2011. Geneva: UNAIDS.

UNFPA (2011). State of World Population 2011. People and Possibilities in a World of 7 Billion. p. 119. New York: UNFPA.

UNODC & ONUSIDA (2009). Análisis Comparado Regional de los Diagnósticos Sobre VIH y sida en los Sistemas Penitenciarios de 12 Países de Latinoamérica. Proyecto sobre estrategias nacionales y diagnósticos sobre VIH y sida en medios penitenciarios. UNODC.

World Economic Forum (2011). The Global Competitiveness Report 2011–2012. Geneva: World Economic Forum.

World Health Organization (2011). Level & Trends in Child Mortality. Report 2011. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNICEF, WHO, World Bank, UN DESA, UNPD). Geneva: WHO.

