



Resultados del Informe Nacional de Progreso de la Respuesta contra el VIH y el Sida

Honduras, 2015

MIEMBROS PROPIETARIOS Y SUPLENTE DE LA CONASIDA, 2014

1. **SECRETARIA DE SALUD:**

Doctora

YOLANY BATRES

Presidenta de la CONASIDA

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Doctora

SILVIA NAZAR Propietaria. Por delegación de la señora Secretaria de Estado en el Despacho de Salud.

Directora General de Normalización

Doctora

ELVIA ARDON

Secretaría Técnica de la CONASIDA

Doctor

MARCO ANTONIO URQUÍA

Dirección de Normalización (VIH/SIDA)

2. **SECRETARIA DE EDUCACIÓN:**

Licenciada

GLORIA MENJIVAR

Directora General de Servicios Educativos

Licenciada

KARINA MARADIAGA

Servicios Educativos

3. **SECRETARIA DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL:**

Licenciada

Elsa Ramírez

Directora General de Previsión Social

Secretaria de Trabajo y Seguridad Social

Doctora

RUDY ROSALES DE MOLINERO

Médico del Servicio de Medicina Ocupacional

Dirección General de Previsión Social

4. **SECRETARIA DE SEGURIDAD:**

Comisionado

ROGER BEDARDO MARADIAGA AMADOR

Sub Dirección Bienestar Social

5. **CONSEJO DE EDUCACIÓN SUPERIOR:**

Doctor
RAMÓN ULISIS SALGADO
Director y Secretario Nivel de Educación

Licenciada
ROSA ELIA SABILLÓN
Dirección Consejo de Educación Superior

6. **INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL:**

Doctor
HUGO ANTONIO RODRIGUEZ
Director Médico Nacional

Doctora
ADRIANA ARITA
Coordinadora del Programa VIH

7. **DIRECCIÓN DE SANIDAD MILITAR:**

Coronel de Administración
HIPOLITO ROBERTO REYES MATUTE
Sub Director Sanidad Militar

8. **CONSEJO NACIONAL DE LA SANGRE**

9. **ASOCIACIÓN DE MUNICIPIOS DE HONDURAS (AMHON)**

Abogado
GUADALUPE LÓPEZ
Director Ejecutivo AMHON

Licenciado
JUAN CARLOS AMAYA

10. **COLEGIO MEDICO DE HONDURAS:**

Doctor
JORGE A. HERNANDEZ

Doctor
FREDY ORDÓÑEZ

11. **CONSEJO HONDUREÑO DE LA EMPRESA PRIVADA (COHEP):**

Abogado

ARMANDO URTECHO LOPEZ

Director Ejecutivo COHEP

Licenciada

EYBY AGUIRRE

Directora de Comunicación, COHEP

12. **IGLESIA CATOLICA:**

Licenciada

SUYAPA ARTEAGA

Directora de las Caritas Arquidiocesana

De Tegucigalpa, Barrio Buena Vista

13. **ASOCIACIÓN DE IGLESIAS EVANGELICAS:**

Pastor

ALBERTO SOLORZANO

Presidente Confraternidad Evangélica de Honduras

Doctor

ALEJANDRO OVIEDO

CEH

14. **RED DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES DE LUCHA CONTRA EL SIDA:**

Doctora

XIOMARA BU

Coordinadora Foro Nacional de SIDA

15. **REPRESENTANTE DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA:**

Señora

NAHOMY OTERO

ASONAVPSIDAH SPS

Señor

DELSIN HERRERA

ASONAPVSI DAH Tegucigalpa

Señora

OLGA CASTRO

ASONAPVSI DAH Tegucigalpa

Consultores:

Roberto Flores Reyna

Santos Marleni Montes Romero

Equipo de apoyo técnico:

Secretaría de Salud de Honduras:

- Elvia Ardón
- Rudy Molinero
- Sandra Núñez
- Sandra Lorenzana
- Tomasa Sierra
- Norma Ramos
- Marco Urquía
- Rita Isabel Meza

ONUSIDA: Héctor Sucilla

CDC/CAR/DGHA: Nasim Farach

TEPHINET: Ethel Méndez.

Edición y revisión técnica:

ONUSIDA: Héctor Sucilla Pérez

CDC/CAR/DGHA: Nasim Farach

Agradecimientos:

La elaboración y el contenido de este documento en el 2015, fueron apoyados con asistencia técnica del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y Sida (ONUSIDA) y asistencia financiera de Fondo Mundial a través de Global Communities (CHF).

El diseño y la impresión de este documento en el 2015, han sido apoyados por el Plan Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y e 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 entre el CDC y ONUSIDA.

Se extiende un especial agradecimiento a la Dirección General de Normalización de los Servicios de Salud, de la Secretaría de Salud de Honduras, por el apoyo técnico y logístico otorgado por su personal; así como al Comité de Monitoreo y Evaluación de la CONASIDA y al equipo técnico del Mecanismo Coordinador de País del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, Tuberculosis y Malaria.

Se agradece al Foro Nacional de Sida por su contribución para coordinar la consulta realizada a Organizaciones de la sociedad civil en el marco de este informe: así como a las organizaciones participantes.

Índice

MIEMBROS PROPIETARIOS Y SUPLENTE DE LA CONASIDA, 2014.....	2
CONSULTORES:	5
ROBERTO FLORES REYNA.....	5
SANTOS MARLENI MONTES ROMERO	5
EQUIPO DE APOYO TÉCNICO:	5
ONUSIDA: HÉCTOR SUCILLA.....	5
EDICIÓN Y REVISIÓN TÉCNICA:	5
AGRADECIMIENTOS:	6
ACRÓNIMOS	9
SITUACIÓN ACTUAL DE LA EPIDEMIA DE VIH EN HONDURAS.....	11
METODOLOGÍA PARA LA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	12
RESULTADOS	12
ORIENTACIÓN Y PRUEBAS DE DETECCIÓN DE VIH	12
<i>Tratamiento ARV.....</i>	<i>12</i>
<i>Prevención de la transmisión materno-infantil.....</i>	<i>13</i>
<i>Infecciones de transmisión sexual.....</i>	<i>13</i>
<i>Grupos poblacionales clave.....</i>	<i>13</i>
<i>Circuncisión masculina.....</i>	<i>13</i>
<i>Vigilancia.....</i>	<i>13</i>
<i>Seguimiento y evaluación</i>	<i>13</i>
<i>Fármaco-resistencia al VIH.</i>	<i>13</i>
<i>Vigilancia de la toxicidad de antirretrovirales (ARV).</i>	<i>14</i>
<i>Planificación y revisión estratégicas.</i>	<i>14</i>
<i>Salud reproductiva e investigación</i>	<i>14</i>
<i>Esquemas de tratamiento en adultos y adolescentes seropositivos al VIH (≥10 años de edad) incluyendo a embarazadas.</i>	<i>14</i>
<i>Tratamiento en niños seropositivos al VIH (<10 años de edad).</i>	<i>14</i>
<i>Prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI).</i>	<i>14</i>
<i>Servicios de laboratorio.....</i>	<i>15</i>
<i>Desempeño del laboratorio.....</i>	<i>15</i>
<i>Indicadores GARPR y de Acceso Universal</i>	<i>15</i>
<i>Análisis:</i>	<i>19</i>
OBJETIVO NO. 2.....	19
OBJETIVO NO. 3.....	20
<i>Análisis:</i>	<i>21</i>
OBJETIVO NO. 4.....	22
ANÁLISIS:	23
OBJETIVO NO. 5.....	24

OBJETIVO NO. 6.....	25
<i>Análisis:</i>	25
OBJETIVO NO. 7.....	26
<i>Análisis:</i>	26
<i>Objetivo no. 8.</i>	27
<i>Análisis:</i>	27
OBJETIVO NO. 9.....	28
OBJETIVO NO. 10.....	28
<i>Análisis</i>	28
<i>Análisis</i>	28
DETERMINACIÓN DE LOGROS Y RETOS.....	29
ANÁLISIS INTEGRADO DE LA RESPUESTA ANTE LA EPIDEMIA DE VIH EN HONDURAS Y SUS	
RESULTADOS, REPORTE GARPR-2014.....	30
CONCLUSIONES.....	31
RECOMENDACIONES.....	32
BIBLIOGRAFÍA.....	33
ANEXO 1.....	34
<i>Informe técnico de la consulta realizada a Organizaciones de la Sociedad Civil en el marco del informe global de avances en la lucha contra el SIDA (GARPR) para el cierre de 2014.</i>	34

Acrónimos

CEDAW	Convención para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra las mujeres (siglas en inglés)
CEM-H	Centro de Estudio de la Mujer – Honduras
CONADEH	Comisionado Nacional de los Derechos Humanos
CONASIDA	Comisión Nacional de Sida
CPTRT	Centro de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de Víctimas de la Tortura
ECVC	Estudio Centroamericano de Vigilancia del Comportamiento (VIH)
ENDESA	Encuesta de Salud de Honduras
GARPR	Global Aids Response Progress Reporting
HSB	Hombre(s) que tiene(n) relaciones sexuales con otros hombres
ICPN	Instrumento de observación política de los Compromisos y Políticas Nacionales
IEC	Información, educación, comunicación
MEGAS	Medición del Gasto en sida
NHD	No hay datos
NHDN	No hay datos nuevos
MOT	Modelo modos de transmisión (siglas en inglés)
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización
PEMAR	Población(es) en más alto riesgo (para VIH)
PIEGH	Plan de Igualdad y Equidad de Género - Honduras
PTMI	Prevención de la transmisión materno-infantil
PVIH	Personas con VIH
SyE	Seguimiento y evaluación
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TAR	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculosis
MTS	Mujeres Trabajadoras sexuales
UDI	Usuario de drogas inyectables
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (siglas en inglés)

UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH Virus de inmunodeficiencia humana

Situación actual de la epidemia de VIH en Honduras¹

El primer caso de sida en Honduras, se reportó en 1985, en la ciudad de El Progreso, departamento de Yoro. A partir de 1985, inicia la vigilancia epidemiológica del VIH y Sida en Honduras, bajo la coordinación de la Dirección de Vigilancia Epidemiológica (en aquella época División de Epidemiología). El Sistema de Vigilancia de VIH y Sida actualmente es manejado por la Dirección General de Vigilancia de la Salud de la Secretaría de Salud. Históricamente ha existido colaboración entre el Programa, la Dirección General Vigilancia de la Salud, agencias multilaterales y organizaciones no gubernamentales. El sistema de vigilancia epidemiológica tiene participación de los servicios de la Secretaría de Salud y del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

Según estimaciones y proyecciones epidemiológicas elaboradas por la Secretaría de Salud y el ONUSIDA con el programa Spectrum 5.30 en el año 2015², la prevalencia de VIH en adultos (15-49 años de edad) para el cierre del año 2014 es de 0.42%, es decir 42 de cada diez mil personas en el país tenían el VIH. Para cierre del mismo año existían en Honduras alrededor de 23,020 personas con VIH (56% hombres y 44% mujeres), mientras que se habrían dado 663 nuevas infecciones 57% en hombres y 43% en mujeres. La mortalidad asociada al Sida se estimó en 1,160 defunciones (61% en hombres y 39% en mujeres) para el 2014

Desde 1985 a diciembre 2014 se tiene registrado en el sistema de vigilancia epidemiológica un acumulado histórico de 32,573 personas con VIH, muchas de las cuales ya han fallecido, aunque cabe precisar que hasta hoy día el Sistema de Vigilancia tiene retos ya que no es posible conocer el status vital actual de esas personas acumuladas registradas con VIH.

Según el informe estadístico de la epidemia de VIH en Honduras oficializado en mayo 2015, en el año 2014 se reportaron 663 nuevas infecciones, de este número de casos registrados de personas con VIH, 287 son infecciones avanzadas de VIH y 376 son VIH asintomáticos de los cuales 220 son hombres y 156 en mujeres, para una razón hombre-mujer de 1.4:1. Los departamentos que reportaron el mayor número de casos de VIH y/Sida, fueron: Cortés (168), Francisco Morazán (151), Atlántida (68), Choluteca (28) y Colón (22), Ver anexo # 2.

El país, tiene una epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans y mujeres trabajadoras sexuales, aunque existen otras poblaciones clave como la población garífuna en la que se encuentran tasas de prevalencia mayores a las de la población general. El patrón más común de transmisión de la epidemia de VIH es el de la vía sexual.

Para el cierre del 2014 se tenían 9,920 personas recibiendo terapia antirretroviral, es decir, el 43.1% del total de personas que se estimaba que vivían con VIH, estaban recibiendo dichos medicamentos, de estos 4826 son hombres y 5100 son mujeres, el desglose por grupo de edad, 700 < de 15 años y 9226 > de 15 años.

La Segunda Encuesta de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual y Virus de la Inmunodeficiencia Humana en poblaciones clave de Honduras, realizada en año 2012 (ECVC), reporta una prevalencia de VIH en trabajadoras sexuales de 3.3% (1.4-5.8) en Tegucigalpa, 6.7% (4.1-9.5), en San Pedro Sula y 15.3% (8.0-23.8) en La Ceiba; y para hombres que tienen sexo con otros hombres de 6.9% (3.5-10.5) en Tegucigalpa, 10.7% (6.0-18.0) en San Pedro Sula y 11.7% (5.9-19.3) en La Ceiba. En Garífunas, zona urbana, en hombres la prevalencia de VIH es de 4.4% (0.6-25.0) y en mujeres es de 4.6% (2.6-7.9); mientras que para la zona rural, en hombres es de 1.6% (0.3-9.3) y en mujeres es de 4.9% (0.8-24.5).

¹ Secretaría de Salud de Honduras, Departamento de ITS/VIH/Sida, datos programáticos 2013

² Secretaría de Salud de Honduras, Departamento de ITS/VIH/Sida, estimación y proyección de casos VIH fundamentadas en el modelo Spectrum, versión 31 de marzo de 2014 (PJNI)

Objetivo del reporte

Proporcionar información esencial sobre los indicadores básicos, que miden la eficacia de la respuesta nacional ante el VIH, y el cumplimiento de los compromisos asumidos por el país mediante la adopción de la Declaración Política sobre VIH y Sida del 2011 en el marco de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS, por sus siglas en inglés). Lo anterior, con la finalidad de orientar la toma de decisiones basada en evidencia y de esta forma fortalecer la implementación de las políticas pertinentes para cerrar las brechas en la respuesta.

Metodología para la recolección y análisis de datos

Para los datos cuantitativos, la estrategia de recolección consistió en cuatro etapas que fueron coordinadas por el equipo técnico de la SESAL y por el comité de monitoreo y evaluación de la CONASIDA y contó con asesoría técnica del ONUSIDA Y CDC de: a) búsqueda y recepción de datos, de fuentes nacionales como sistemas de información de la SESAL, estudios y encuestas, estadísticas del INE, información proveniente de la Subvención del Fondo Mundial, entre otros b) Análisis y comentarios preliminares a los datos recibidos, c) Reuniones de consenso con el grupo técnico de trabajo y Comité de Monitoreo y Evaluación de la CONASIDA d) Resolución de dudas y solicitud de completamiento de los datos, cuando fuese necesarios; y e) Introducción de datos a la herramienta en línea y redacción del presente informe narrativo. Por otra parte para el capítulo sobre la opinión de la Sociedad Civil Organizada sobre avances y retos en la Respuesta Nacional se realizó una consulta con el apoyo de ONUSIDA y autorizada por el Comité de Monitoreo y Evaluación de la CONASIDA, que fue realizada a través de la plataforma del Foro Nacional de Sida. Las etapas para esta consulta fueron a) Diseño y envío de cuestionario a organizaciones de la sociedad civil b) Recepción de cuestionarios completados y consolidados por las organizaciones c) Tres reuniones presenciales para discusión y validación (Cortés 14 organizaciones, Atlántida 10 organizaciones y Francisco Morazán 12 organizaciones) y consolidación del reporte

Resultados

Seguimiento a Compromisos y Políticas Nacionales
Políticas en materia de atención integral

Orientación y pruebas de detección de VIH. Las políticas nacionales abordan actualmente la realización de pruebas de VIH en adolescentes, grupos poblacionales clave y en embarazadas, así como el uso de la modalidad PITC (Provider Initiated Counseling and Testing). Sin embargo, no abordan la realización de estas pruebas en niños y niñas, excepto en casos especiales en los que se requiere el consentimiento informado de los padres o responsables; y tampoco avalan su realización por servicios comunitarios.

Tratamiento ARV.

Para el cierre del 2014 se tenían 9,920 personas recibiendo terapia antirretroviral, es decir, el 43.1% del total de personas que se estimaba que vivían con VIH, estaban recibiendo dichos medicamentos, de estos 4826 son hombres y 5100 son mujeres, el desglose por grupo de edad, 700 < de 15 años y 9226 > de 15 años. La última revisión sobre el límite del nivel de CD4 para iniciar TAR en adultos (> 15 años) que son asintomáticos, fue realizada en el año 2013 y recomienda iniciarla cuando el nivel es menor o igual de 500 células/mm³, al igual que en adolescentes (10-19 años) que son asintomáticos. Para la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil (PTMI), esta revisión recomendó iniciar TARV independientemente del nivel de CD4. Las directrices recomiendan el uso de TAR en todos los pacientes VIH que presenten TB activa y en parejas sero-discordantes. La combinación TDF + 3TC (o FTC) + EFV es la recomendada como tratamiento de primera línea en adolescentes y adultos; mientras que la combinación AZT + 3TC (o FTC) + ATV/r (o LPV/r) es la recomendada como esquema de segunda línea. El inhibidor nucleósido de transcriptasa inversa (INTI) de elección en menores de 3 años de edad es zidovudina (AZT);

mientras que el inhibidor no nucleósido de transcriptasa inversa (INNTI) de elección en niños de 3 años de edad o más es efavirenz (EFV). El esquema INTI recomendado en niños de 3 a 10 años de edad y en adolescentes que pesan más de 35 kilogramos y tienen al menos 10 años de edad es AZT + 3TC (o FTC). Todas las unidades de salud dispensan tratamiento anti-TB; 49 Centros de Atención Integral (CAI) dispensan TARV; y 16 establecimientos de salud dispensan ambos (ARV + anti-TB). Las siguientes políticas sobre co-infección TB/VIH están vigentes: profilaxis con isoniazida en personas VIH, búsqueda intensificada de TB en personas con VIH y profilaxis con cotrimoxazol, tanto en adultos como en niños.

Prevención de la transmisión materno-infantil.

Según el Plan de Acción Nacional del Programa para la Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo(a) y Sífilis Congénita 2009-2012, la meta para el año 2015 es la reducción de la tasa a menos del 5,0%. En el año 2014, la tasa fue de 2.6%.

A partir de enero de 2014 se está utilizando la opción B+ para ofrecer terapia profiláctica a las mujeres embarazadas para evitar la transmisión vertical del VIH.

Para mujeres con VIH que están embarazadas o amamantando el esquema TAR recomendado en el 2014 es para primera línea es AZT/3TC (300/150 mg) + Lopinavir/ritonavir (200/50 mg). El esquema de PTMI que se recomienda en la actualidad para lactantes expuestos al VIH, con una duración de 4 semanas, es:

Sin factores de alto riesgo para infección VIH:

AZT 4 mg/kg/dosis VO cada 12 horas, por 4 semanas; nevirapina 2 mg/kg/dosis VO dosis única.

Con factores de alto riesgo:

AZT 4 mg/kg/dosis VO cada 12 horas por 4 semanas; 3TC 2 mg/kg/dosis VO cada 12 horas por 4 semanas y nevirapina 4 mg/kg/dosis VO en tres dosis así: 1era dosis, en las primeras 48 horas de nacido; 2da dosis, 48 horas después de la primera dosis y 3ra dosis, 48 horas después de la segunda dosis.

Actualmente se recomienda a nivel nacional, el uso de alimentación de sustitución en lactantes expuestos al VIH.

Infecciones de transmisión sexual.

La última actualización realizada por el país a las directrices sobre el tratamiento de ITS se hizo en el año 2011.

Grupos poblacionales clave.

Los grupos poblacionales clave incluidos en los planes o políticas nacionales contra la infección por el VIH son: HSH, personas trans, personas trabajadoras sexuales, privadas de libertad y adolescentes. Sin embargo, falta incluir usuarios de drogas inyectables.

Circuncisión masculina.

Actualmente no existe una política nacional sobre el uso de la circuncisión masculina.

Vigilancia.

Actualmente, existe vigilancia centinela en personas trabajadoras sexuales, HSH y personas transgénero.

Seguimiento y evaluación.

El país tiene pendiente la elaboración del Plan Nacional de M&E en VIH e ITS.

Fármaco-resistencia al VIH.

Existe una estrategia nacional sobre fármaco-resistencia del VIH, que está acompañada de la vigilancia de los indicadores de alerta temprana relativos a este tema.

Vigilancia de la toxicidad de antirretrovirales (ARV).

Las actividades de vigilancia de la toxicidad de ARV se encuentran en una etapa piloto. Los datos de vigilancia de la toxicidad están integrados en la presentación de información sobre M&E del programa de ARV de la Secretaría de Salud.

Planificación y revisión estratégicas.

Existe una estrategia contra la infección VIH vigente desde el año 2011, la cual incluye los siguientes elementos: logro del acceso universal a TAR, colaboración entre los servicios de atención del VIH y otros servicios, incluyendo los de salud reproductiva; fortalecimiento de los sistema de salud y reducción de desigualdades.

Salud reproductiva e investigación

Existen sitios de prestación de servicios que brindan atención psicológica y médica apropiada, al igual que apoyo, a hombres y mujeres que han sufrido violación o incesto.

Esquemas de tratamiento en adultos y adolescentes seropositivos al VIH (≥ 10 años de edad) incluyendo a embarazadas.

A finales del año 2014, el país utilizaba 13 esquemas de TAR de primera línea en adultos y adolescentes ≥ 10 años de edad, seropositivos para el VIH; y de éstos, el 99.43 % (8205/8252) estaban contemplados en siete esquemas de tratamiento, de tal forma que el resto de esquemas correspondían a pacientes que poseían contraindicación médica o presentaban resistencia a algún ARV.

Con respecto a segunda línea, para el mismo período de tiempo (2014), el país utilizaba 13 esquemas de ARV, y de éstos, el 96.87% (929/959) corresponden a siete esquemas de tratamiento, mientras que el resto de esquemas corresponden a pacientes con contraindicación médica o que presentaban resistencia a algún ARV. Con respecto a tercera línea, para el mismo período de tiempo (2014), el país utilizaba 6 esquemas, y de éstos, el 73% correspondía a dos esquemas: FTC + TDF + DRV + RTV + RTG; DRV + RTV + RTG + ABC + 3TC + TDF, el resto de esquemas corresponden a pacientes que poseen contraindicación médica o presentan resistencia a algún ARV.

Tratamiento en niños seropositivos al VIH (<10 años de edad).

A finales del año 2014, el país utilizaba seis esquemas de TAR de primera línea en lactantes y niños <10 años de edad³ seropositivos para el VIH; y de éstos, el 91,7% (519/566) correspondía al esquema AZT + 3TC + EFV. El resto de esquemas correspondían a pacientes que poseían contraindicación médica o presentaban resistencia a algún ARV.

Con respecto a segunda línea, a finales del año 2014, se utilizaban 6 esquemas de ARV; y de éstos, el 97% (127/131) correspondían a 4 esquemas 3TC + TDF + LPV + RTV; 3TC + ABC + LPV + RTV; FTC + TDF + LPV + RTV. El resto de esquemas correspondían a pacientes que poseían contraindicación médica o presentaban resistencia a algún ARV.

Con respecto a tercera línea, para finales del año 2014, 3 lactante o niño <10 años de edad fue manejado utilizando dicha modalidad los esquemas utilizados fueron: DRV + RTV + AT; RTG + RTV + DRV + DDI.

Prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI).

Dentro de la opción B+, el esquema utilizado en embarazadas seropositivas para VIH fue AZT/3TC + Lopinavir/ritonavir, el cual fue administrado a 126/198 (63.6%) embarazadas durante el año 2014. Los ARV

³ Esta categorización incluye a niños de 10 años de edad, ya que el sistema de información utiliza el rango de 5-10 años para este grupo de población.

utilizados para profilaxis en neonatos nacidos de madres con VIH, en el año 2013, fueron AZT + 3TC + NVP (63 neonatos) y AZT + NVP (118 neonatos).

Servicios de laboratorio.

Durante el año 2014, el resultado de calidad del desempeño en el programa internacional de gestión de calidad para pruebas serológicas de anticuerpos para el VIH (incluida la prueba rápida), diagnóstico temprano en lactantes y carga viral fue 100%; mientras que para CD4, el desempeño alcanzado fue del 80%.

Desempeño del laboratorio.

En el año 2014 se tomaron 12,137 pruebas de CD4, de 9 926 personas con VIH (niños, adolescentes y adultos), que recibían un esquema ARV (primera, segunda o tercera línea) la proporción de personas por prueba fue de 1.2. En relación a las pruebas de carga viral, el 81.3% (7 733/9 926) de las personas en TARV se le realizó una prueba.

Indicadores GARPR y de Acceso Universal

Objetivo no. 1.

Reducir la transmisión sexual del VIH en un 50% para 2015

No.	Indicador	2011	2012	2013	2014
Población general					
1.1	1.1 Jóvenes: conocimientos sobre la prevención del VIH Respuestas correctas a las 5 preguntas del indicador:				
	- Ambos sexos (15-24 años)	29.8	29.8	33.4	NHDN ⁴
	- Hombres (15-24 años)	No datos	No datos	34.7	NHDN
	- Hombres (15-19 años)	No datos	No datos	32.6	NDHN
	- Hombres (20-24 años)	No datos	No datos	37.3	NDHN
	- Mujeres (15-24 años)	29.8	29.8	33.1	NDHN
	- Mujeres (15-19 años)	28.3	28.3	29.2	NDHN
	- Mujeres (20-24 años)	31.5	31.5	37.9	NDHN
1.2	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años:				
	- Ambos sexos (15-24 años)	12.6	14.1	14.1	NHDN
	- Hombres (15-24 años)	19.0	24.7	24.7	NHDN
	- Hombres (15-19 años)	17.3	23.6	23.6	NHDN
	- Hombres (20-24 años)	21.2	26.0	25.9	NHDN
	- Mujeres (15-24 años)	10.9	11.2	11.2	NHDN
	- Mujeres (15-19 años)	9.9	12.1	12.1	NHDN
	- Mujeres (20-24 años)	12.2	10.1	10.1	NHDN
1.3	Porcentaje de mujeres y hombres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses:				
	- Ambos sexos (15-49 años)	4.1	4.4	4.4	NHDN
	- Hombres (15-49 años)	18.8	16.5	16.5	NHDN
	- Hombres (15-19 años)	31.7	15.5	15.5	NHDN
	- Hombres (20-24 años)	28.7	24.9	24.9	NHDN
	- Hombres (25-49 años)	14.4	14.3	14.3	NHDN
	- Mujeres (15-49 años)	0.6	1.2	1.2	NHDN
	- Mujeres (15-19 años)	0.9	1.5	1.5	NHDN
	- Mujeres (20-24 años)	0.7	2.1	2.1	NHDN

⁴ NHDN No hay datos Nuevos

-	Mujeres (25-49 años)	0.5	0.8	0.8	NHDN
1.4	Porcentaje de mujeres y hombres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que ha tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber utilizado un condón durante su última relación sexual:				
-	Ambos sexos (15-49 años)	36.6	36.6	41.4	NHDN
-	Hombres (15-49 años)	38.0	38.0	43.6	NHDN
-	Hombres (15-19 años)	61.6	61.6	72.5	NHDN
-	Hombres (20-24 años)	42.6	42.6	48.9	NHDN
-	Hombres (25-49 años)	27.5	27.5	29.6	NHDN
-	Mujeres (15-49 años)	26.2	26.2	33.1	NHDN
-	Mujeres (15-19 años)	34.9	34.9	39.0	NHDN
-	Mujeres (20-24 años)	18.5	18.5	36.8	NHDN
-	Mujeres (25-49 años)	23.1	23.1	25.3	NHDN
No.	Indicador	2011	2012	2013	2014
1.5	Porcentaje de mujeres y hombres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que se realizó la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce sus resultados:				
-	Ambos sexos (15-49 años)	22.7	Necesita verificación	12.6	NHDN
-	Hombres (15-49 años)	20.6		11.1	NHDN
-	Hombres (15-19 años)	3.6		2.8	NHDN
-	Hombres (20-24 años)	19.5		12.8	NHDN
-	Hombres (25-49 años)	26.6		13.5	NHDN
-	Mujeres (15-49 años)	23.3		13.0	NHDN
-	Mujeres (15-19 años)	9.6		9.6	NHDN
-	Mujeres (20-24 años)	27.0		17.1	NHDN
-	Mujeres (25-49 años)	27.3		13.1	NHDN
1.6	Porcentaje de jóvenes de entre 15 y 24 años de edad que vive con el VIH	No Accesible	0.2	0.2	0.1
Poblaciones clave					
1.7	Profesionales del sexo: programas de prevención. Porcentaje de profesionales del sexo que respondió "sí" a ambas preguntas: ¿Sabe a dónde puede dirigirse si desea realizarse una prueba del VIH? y ¿ha recibido condones en los últimos 12 meses? ⁵ :				
-	Todo	33.0	33.0	NHDN	71.3
-	Hombres	NHD	NHD	NHDN	86.2
-	Mujeres	33.0	33.0	NHDN	69.4
-	Transgénero	NHD	NHD	NHDN	92
-	Menor de 25 años	2.3	28.3	NHDN	NHDN
-	25 años a mas	36.2	36.2	NHDN	NHDN

⁵ En el año 2013 se reportaron datos de ECV 2012, pero eran preliminares, en el año 2014 se culminó el análisis definitivo, por lo que se reportaron los datos definitivos en el 2014, quedando sin valor y efecto los datos del año 2013.

1.8	Profesionales del sexo: uso del preservativo. Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber utilizado un condón con su último cliente:				
	- Todo	79.4	79.4	NHDN	93.0
	- Hombres	NHD	NHD	NHDN	97.7
	- Mujeres	79.4	79.4	NHDN	92.3
	- Transgénero	NHD	NHD	NHDN	97.3
	- Menor de 25 años	78.4	78.4	NHDN	88.8
	- 25 años a mas	80.0	80.0	NHDN	91.6
1.9	Pruebas de VIH en las profesionales del Sexo Porcentaje de profesionales del sexo que se realizó una prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce su resultado:				
	- Todo	NHD	NHD	NHD	63.8
	- Hombres (HSH)	NHD	NHD	NHD	70
	- Mujeres (TS)	NHD	NHD	NHD	62.6
	- Transgénero	NHD	NHD	NHD	76
	- Menor de 25 años	NHD	NHD	NHD	60.1
	- 25 años y mas	NHD	NHD	NHD	65.7
1.10	Prevalencia de VIH entre las profesionales del sexo. Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH:				
	- Todo	2.8	2.8	NHD	4.4
	- Hombres (HSH)	12.0	12.0	NHD	17.7
	- Mujeres (TS)	2.3	2.3	NHD	4.4
	- Transgénero	NHD	NHD	NHD	25.4
	- Menor de 25 años	1.4	1.4	NHD	NHND
	- 25 años a más.	3.8	3.8	NHD	NHND
No.	Indicador	2011	2012	2013	2014
1.11	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: programas de prevención. Porcentaje de HSH que respondió "sí" a ambas preguntas: ¿Sabe a dónde puede dirigirse si desea realizarse una prueba del VIH? y ¿ha recibido condones en los últimos 12 meses?:				
	- Todo	30.7	30.7	NHD	72.7
	- Menor de 25 años	25.5	25.5	NHD	69.2
	- 25 años a mas	40.8	40.8	NHD	75.7
1.12	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso del preservativo. Porcentaje de hombres que declara haber utilizado un condón durante su último coito anal con una pareja masculina:				
	- Todo	71.3	71.3	NHD	72.4
	- Menor de 25 años	68.1	68.1	NHD	73.1
	- 25 años a mas	76.6	76.6	NHD	71.9
1.13	Pruebas de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se realizó una prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados:				

	- Todo	29.2	29.2	NHD	55
	- Menor de 25 años	24.7	24.7	NHD	50.3
	- 25 años a mas	37.8	37.8	NHD	59.1
	-				
1.14	Prevalencia de VIH entre los hombres que tienen relaciones con otros hombres. Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH:				
	- Todo	6.8	6.8	NHD	14.4
	- Menor de 25 años	4.1	4.1	NHD	NHDN
	- 25 años a mas	12.0	12.0	NHD	NHDN
Pruebas y orientación					
1.16	Pruebas de detección del VIH y orientación en hombres y mujeres Número de personas a las que se les realizó la prueba de detección del VIH, que recibieron orientación en los últimos 12 meses y que conocen el resultado:				
	- Ambos sexos (15 a más años)	NHD	NHD	134 278	184827
	- Hombres (15 a más años)	NHD	NHD	18 799	21673
	- Mujeres (15 a más años)	NHD	NHD	115 479	163154
	- Embarazadas (15 a más años)	NHD	NHD	115 139	181620
1.16.1	Desabastecimiento de estuches de pruebas rápidas. Número de establecimientos de salud que ofrecen estuches de pruebas rápidas de detección de VIH y que sufrieron desabastecimiento en los últimos 12 meses.	NHD	NHD	557 (100%)	10.5% (612)
Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)					
1.17.1	Porcentaje de mujeres que acudieron a servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de sífilis en cualquier consulta prenatal	NHD	NHD	62.7	56.6%
1.17.2	Porcentaje de mujeres atendidas en servicios de atención prenatal que tuvieron un resultado positivo para sífilis	NHD	0.1	0.1	0.1%
1.17.3	Porcentaje de mujeres atendidas en servicios de atención prenatal seropositivas para sífilis que recibieron tratamiento	NHD	100.0	NHD	100%
1.17.4	Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa	NHD	2.0	2.6	2.3%
1.17.5	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que tienen sífilis activa	NHD	5.6	9.3	4.5%
1.17.6	Número notificado de adultos con sífilis (primaria, secundaria, latente o desconocida) en los últimos 12 meses	NHD	NHD	577	493
No.	Indicador	2011	2012	2013	2014
1.17.7	Número notificado de casos de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses	NHD	NHD	26	57
1.17.8	Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses	NHD	NHD	282	729
1.17.9	Número notificado de hombres con exudado uretral en los últimos 12 meses	NHD	NHD	1 650	1192

1.17.10	Número notificado de adultos con úlceras genitales durante el período de notificación	NHD	NHD	545	496
---------	---	-----	-----	-----	-----

Análisis:

En población general. El nivel de conocimientos sobre VIH es aún limitado. La proporción de mujeres y hombres jóvenes, con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años se ha incrementado, con excepción de las mujeres cuya edad está comprendida entre 20 y 24 años, según resultados 2011 – 2014. En general, el porcentaje de mujeres y hombres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses ha presentado un leve incremento para el período 2011 - 2014, a predominio del sexo femenino; mientras que el sexo masculino refleja un comportamiento descendente;⁶ y en este grupo de población, el uso de condón es limitado, al igual que la realización de la prueba de VIH.

En poblaciones clave.

Para el reporte 2015, el porcentaje de profesionales del sexo que respondió que si a ambas preguntas: ¿sabe a dónde puede dirigirse si desea realizarse una prueba del VIH? y ¿ha recibido condones en los últimos 12 meses) fue del 71.3%; el porcentaje de profesionales de sexo que declara haber utilizado condón con su ultimo cliente y fue del 93% ; el porcentaje de profesionales del sexo que se realizó una prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce su resultado es de 63.8%; la prevalencia de VIH entre las profesionales del sexo es de 4.4%.

El porcentaje de HSH que respondió "sí" a ambas preguntas: ¿sabe a dónde puede dirigirse si desea realizarse una prueba del VIH? y ¿ha recibido condones en los últimos 12 meses, es 72.7%;, el porcentaje de HSH que declara haber utilizado condón con su ultimo cliente fue el 72.4% ; el porcentaje de HSH que se realizó una prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce su resultado es de 55%; la prevalencia de VIH entre los HSH 14.4%.

Pruebas y orientación. Los datos 2014 reflejan un uso muy limitado de pruebas VIH en población del sexo masculino (11.7% del total de pruebas realizadas en ambos sexos); y además, un enfoque hacia embarazadas, ya que del total de pruebas de VIH realizadas en población del sexo femenino, el 88,27% (163154/181620) correspondió a este grupo. Además, el 10.5% (612) de establecimientos de salud que ofrecen estuches de pruebas rápidas para detección de VIH sufrieron desabastecimiento en los últimos 12 meses.

Infecciones de Transmisión Sexual. El porcentaje de mujeres que acudieron a servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de sífilis, en cualquier consulta prenatal, es sólo del 56.6%. El porcentaje de trabajadoras sexuales captadas en la estrategia VICITS, que presentaron sífilis activa fue 2,3%; pero en HSH fue 4.5%. Para el indicador 1, 17,6, los datos corresponden a adultos con sífilis primaria, ya que no se reporta sífilis secundaria.

Objetivo no. 2.

Reducir en 50% la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas para el año 2015. Honduras carece de datos para esta población (usuarios de drogas inyectables), datos no disponibles.

⁶ Estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que la fuente para estos datos es ENDESA (2005-2006, 2011-2012), cuya metodología para completar esta variable puede sub-detectar la realidad.

Objetivo no. 3.

Erradicar los nuevos casos de infección por el VIH entre los niños para el año 2015 y reducir significativamente las muertes maternas

No.	Indicador (%)	2011	2012	2013	2014
3.1	Porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que recibió antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil (*)	45.5	NHD	51.5	41.3
3.1a	Porcentaje de mujeres seropositivas que recibe profilaxis antirretrovíricos para su salud o la de sus bebés durante el periodo de lactancia	NHD	NHD	3.0	1.4
3.2	Porcentaje de hijos de madres seropositivas que recibieron una prueba virológica del VIH en sus dos primeros meses de vida (*)	70.8	39.2	43.6	38
3.3	Porcentaje estimado de infecciones por el VIH en hijos de madres seropositivas que dieron a luz en los últimos 12 meses (**)	22.0	NHD	17.8	33.7
3.3a	Porcentaje estimado de infecciones por el VIH en hijos de madres seropositivas que dieron a luz en los últimos 12 meses	NHD	NHD	NHD	2.6
3.4	Porcentaje de embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección del VIH y que recibieron el resultado, ya sea durante el embarazo, el parto o el periodo posparto (≤ 72 horas), incluidas aquellas cuyo estado serológico se conocía previamente	NHD	50.8	45.8	85.6
3.5	Porcentaje de embarazadas atendidas en servicios de atención prenatal a cuyo compañero se le realizó la prueba de detección del VIH en los últimos 12 meses	NHD	NHD	NHD	NHND
3.6	Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que se evaluaron para determinar si reunían los criterios para TAR mediante estadificación clínica o prueba de CD4	NHD	NHD	41.5	46.61
3.7	Porcentaje de lactantes nacidos de madres seropositivas para el VIH (lactantes expuestos al VIH) que recibieron profilaxis antirretroviral para reducir el riesgo de TMI temprana, en las 6 primeras semanas (es decir, transmisión posparto temprana alrededor de las 6 semanas de edad) (*)	NHD	NHD	37.6 (41.2)	37
3.9	Porcentaje de lactantes nacidos de madres seropositivas para el VIH que comenzaron la profilaxis con cotrimoxazol dentro de los dos meses de vida	NHD	NHD	NHHD	0 ⁷
3.10	Distribución de resultados para lactantes expuestos al VIH				
3.10.1	Número de niños nacidos de madres seropositivas para el VIH	NHD ⁸	NHD	NHD	185
3.10.2	Número de niños nacidos en el 2014 de madres seropositivas, para el VIH, clasificados como estado serológico indeterminado	NHD	NHD	NHD	0
3.10.3	Número de niños nacidos en el 2014 de madres seropositivas para el VIH que recibieron un diagnóstico positivo del VIH	NHD	NHD	NHD	4
3.10.4	Número de niños nacidos en el 2014 de madres seropositivas para el VIH que recibieron un diagnóstico negativo del VIH	NHD	NHD	NHD	151
3.11	Número de embarazadas que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación	NHD	262 502	174 252	224418

Fuente: Secretaría de Salud de Honduras, Departamento de ITS/VIH/Sida, registros programáticos 2011, 2012 y 2013

(*) Denominador basado en estimaciones (Spectrum 5.30 versión PJNZ)

(**) Numerador y denominador basados en estimaciones (Spectrum 5.03 versión PJNZ)

⁷ No se está dando profilaxis con cotrimoxazol a los recién nacidos.

⁸ NHD no hay datos

Análisis:

El **indicador 3.1**, los resultados 2011 y 2014 no son comparables, ya que están basados en diferentes versiones de Spectrum para la estimación de sus respectivos denominadores. Sin embargo, los resultados de 2014 reflejan que el porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas (41.3%) que recibió antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil del VIH.

El **indicador 3.1a**, la política nacional no recomienda la lactancia materna para mujeres con VIH, sino más bien el uso de alimentación con sucedáneos de la leche materna para los recién nacidos (Norma Nacional de VIH, 2014 - y el Manual de Atención Integral a la Embarazada para la Prevención del VIH de Madre a Hijo/a, 2013). Por esta razón, los resultados de este indicador son bajos.

El **indicador 3.2**, en el año 2014, utilizando para el denominador las estimaciones de Spectrum 5.30 se estimaron 487 mujeres seropositivas, y se les hizo la prueba de VIH a 185 niños que corresponde a un 38%, es decir menos del 50% de lo estimado.

El **indicador 3.3** Para el 2014, la transmisión materno infantil modelada, según las estimaciones de Spectrum 5.30 el 33.7 de hijos de madres seropositivas fueron positivos al VIH, lo cual es considerablemente alto (transmisión materno-infantil modelada), comparado al 2013 que fue de 17.8.

El **indicador 3.3a** en el año 2014 el porcentaje estimado de infecciones por el VIH en hijos de madres seropositivas que dieron a luz en los últimos 12 fue de 2.6%.

El **indicador 3.4**, en el año 2014, 85.6% de las embarazadas se realizaron una prueba de VIH y recibieron los resultados. Superando el porcentaje del año 2013 (45,8%).

El **indicador 3.6**, se consideraron todas las embarazadas atendidas durante el año 2014, para que las embarazadas seropositivas iniciaran TAR se consideró como único criterio el ser "embarazada con diagnóstico de VIH (+)". Honduras captó en el año 2014 a 227 embarazadas con VIH, de las cuales se evaluó al 46,6% para iniciar su terapia ARV, tomando en consideración la recomendación de agosto de 2013, donde el único criterio para iniciar TAR en la embarazada es que sea VIH positiva. En el año 2013 solamente el 41.5% de la embarazadas positivas reunían el criterio.

El **indicador 3.7**, en el año 2014, el porcentaje de lactantes nacidos de madres seropositivas para el VIH que recibieron profilaxis antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil temprana fue sólo del 37%, (utilizando como denominador 487, basado en Spectrum 5.30) y en el año 2013 fue de 37.6%.

El **indicador 3.9**, en el año 2014, a ninguno de los lactantes nacidos de madres seropositivas para el VIH se registró que recibieron profilaxis con cotrimoxazol dentro de los dos meses de vida, este criterio es una de las directrices de la normativa del país.

El **indicador 3.11**, en el año 2014 el número de embarazadas que acudieron a los servicios de atención prenatal, al menos una vez durante el período de notificación, fue de 224418 (este dato fue dado por la Unidad de Gestión de la Información de la Secretaría de salud) y en el año 2013 fue de 174 252 observándose que hubo una captación de 20% respecto a este año.

Objetivo no. 4.

Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretrovíricos vital para 2015

No.	Indicador (%)	2011	2012	2013	2014
4.1	Porcentaje de adultos y niños que recibe actualmente tratamiento antirretrovíricos, de entre todos los adultos y niños que viven con el VIH(*):				
	- Total	40.9	57.8	42.0	43.1
	- Hombres	37.1	NHD	42.0	37.8
	- Mujeres	52.6	NHD	43.0	49.8
	- Menor 15 años	31.7	48.0	42.0	37.2
	- 15 a más años	42.2	58.9	43.0	43.6
4.2a	Porcentaje de adultos y niños seropositivos que se sabe que siguen el tratamiento antirretrovíricos 12 meses después de iniciarlo:				
	- Total	84.5	88.9	83.7	82.8
	- Hombres	81.6	88.0	80.9	81.8
	- Mujeres	87.4	89.7	87.0	83.8
	- Menor 15 años	85.0	96.4	82.6	94.4
	- 15 a más años	84.4	88.6	83.8	82.4
4.2b	Porcentaje de adultos y niños seropositivos que se sabe que siguen el tratamiento antirretrovíricos 24 meses después de iniciarlo:				
	- Total	NHD	NHD	NHD	73.4
	- Hombres	NHD	NHD	NHD	41.7
	- Mujeres	NHD	NHD	NHD	42.6
	- Menor 15 años	NHD	NHD	NHD	43.5
	- 15 a más años	NHD	NHD	NHD	73.3
4.2c	Porcentaje de adultos y niños seropositivos que se sabe que siguen el tratamiento antirretrovíricos 60 meses después de iniciarlo	NHD	NHD	NHD	NHD
4.3a	Número total de establecimientos de salud que ofrecen TAR	NHD	44	49	49
4.3b	Número de establecimientos que ofrecen TAR pediátrico	NHD	20	21	22
4.4	Porcentaje de establecimientos de salud que dispensan ARV que experimentaron desabastecimiento de por lo menos un ARV necesario en los últimos 12 meses	NHD	0	0	49
4.5	Porcentaje de personas seropositivas para el VIH con un primer recuento de células CD4 de < 200 células/ μ L en el 2014 (**):	NHD	NHD	58.4	36
4.6	Número total de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH a fines del período de notificación (**):				
	- Total	NHD	NHD	10 169	9926
	- Hombres	NHD	NHD	4 869	4826
	- Mujeres	NHD	NHD	5 300	5100
	- Menores de 15 años	NHD	NHD	NHD	700
	- Mayores de 15 años	NHD	NHD	NHD	9226
4.7^a	Porcentaje de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el período de notificación y que registraron supresión viral.				
	- Total	NHD	NHD	52.2	74.6
	- Hombres	NHD	NHD	52.1	50.6

- Mujeres	NHD	NHD	52.2	70.6
- Menor de 15 años	NHD	NHD	15.8	NHD
- Mayor de 15 años	NHD	NHD	54.5	NHD
4.7b Porcentaje de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral y que registraron \leq 1.000 copias tras 12 meses de tratamiento:				
- Total	NHD	NHD	52.2	56.3
- Hombres	NHD	NHD	52.1	57.3
- Mujeres	NHD	NHD	52.2	54.9
- Menor de 15 años	NHD	NHD	15.8	NHD
- 15 a más años	NHD	NHD	54.5	NHD

Fuente: Secretaría de Salud de Honduras, Departamento de ITS/VIH/Sida de Honduras, registros programáticos 2011, 2012, 2013 Y 2014
 (*) Denominador basado en estimaciones (Spectrum 5.30)

Análisis:

El **indicador 4.1**, utilizando la herramienta Spectrum 5.3 para la determinación de denominadores, el número estimado de adultos y niños que viven con VIH en el año: 2012 era 15 520; en el 2013 era 22 538 y en el año 2014 son 23020; lo cual incide directamente en el resultado del indicador. Estos resultados provienen de diferentes versiones de Spectrum, por lo que no son comparables. Para el año 2014, la proporción de personas que viven con VIH y que reciben ARV no supera el 50% (9920 es el 43% de personas con TAR).

El **indicador 4.2a**, En el año 2013, más del 80% de adultos y niños seropositivos para VIH sigue en tratamiento antirretrovíricos 12 meses después de haberlo iniciado; en el año 2014 el 82.8% de las personas que iniciaron TARV durante los últimos 12 meses ha logrado la retención en los servicios de salud.

El **indicador 4.2b**, En el año 2014, el 73% de adultos y niños seropositivos al VIH sigue en tratamiento antirretrovíricos 24 meses después de haberlo iniciado; vale la pena mencionar que este indicador es primera vez que el país lo mide.

Para los **indicadores 4.3a y 4.3b**, el número total de establecimientos de salud que ofrecen TAR se ha incrementado a partir del año 2013, habiendo 49 establecimientos de salud que ofrecen TAR para población adulta; de estos 22 establecimientos de salud ofrecen TAR pediátrico.

El **indicador 4.4** el desabastecimiento de ARV en los últimos 12 meses es de 49%,

Las posibles causas de ruptura del stock son las siguientes.

- Según notificación de la OPS/OMS el proveedor manifestó que la materia prima para la fabricación del medicamento Lopinavir/Ritonavir, fue rechazada por no cumplir con los estándares de calidad de la OMS.
- No se contaba con un agente aduanero
- Falta de presupuesto para el desaduanaje de los medicamentos.
- Los pacientes experimentaron interrupción del medicamento Lopinavir/Ritonavir en un promedio de 20 días y para el resto de los medicamentos 2 días.

El país está previniendo la ruptura del stock de medicamentos a través del fortalecimiento de la cadena logística de suministros, para lo que la secretaria de Salud creó una unidad técnica (ULMIIE) quien es la responsable de garantizar y velar para la adecuada: selección, estimación, compra, almacenamiento y distribución de los medicamentos. Además se cuenta con una agencia aduanera y el presupuesto por parte de la Secretaria de Salud para el Desaduanaje.

El **indicador 4.5**. La proporción de personas seropositivas para el VIH con un primer recuento de células CD4 < 200 células/ μ L, en el año 2014, fue de 36%

El **indicador 4.6** en el reporte del año 2015, la información corresponde al 73% de los establecimientos de salud que brindan atención para casos VIH. 9926 personas están en TAR, El desglose por grupos de edad (<15 y >= 15 años), para el total de niños y adultos atendidos por VIH en los Centros de Atención Integral (CAI), los menores de 15 años fueron 700 y los mayores de 15 años 9226. Utilizando la herramienta de Spectrum 3.0, se estimó que las personas elegibles para TARV eran 17399 para la población mayor de 15 años y para los menores de 15 años es de 1614, el reto para el país es bastante grande porque la brecha es de casi el 50%.

El **indicador 4.7a**, actualmente sólo se logró realizar carga viral al 74% de las personas seropositivas para el VIH, esta prueba se ha priorizado en las personas que lo ameritan.

El **indicador 4.7b**, la información corresponde al 71,5% (34/49) de Centros de Atención Integral (CAI) que brindan este servicio a nivel nacional, el 56% más de las personas en TAR se les realizó la prueba de la carga viral y registraron ≤ 1.000 copias tras 12 meses de tratamiento.

El **indicador 4.7c**, el 72.6% de las personas que están en TAR se les realizó la prueba de la carga viral y se registró una Carga Viral indetectable después de 12 meses de tratamiento.

Objetivo no. 5.

Reducir las muertes por TB entre las personas que viven con el VIH en un 50% para el año 2015

No.	Indicador (%)	2011	2012	2013	2014
5.1	Porcentaje de casos incidentes de tuberculosis estimados en personas seropositivas que recibieron tratamiento para tuberculosis y VIH				
	- Total	36.7	50.5	215 (***)	210 ⁹
	- Hombres	NHD	NHD	141	131
	- Mujeres	NHD	NHD	74	73
	- Menores de 15 años	NHD	NHD	4	2
	- Mayores de 15 años	NHD	NHD	211	208
5.2	Porcentaje de personas seropositivas para el VIH que se han incorporado por primera vez en la atención a las que se les detectó tuberculosis activa:				
	- Total	NHD	NHD	15.2 (*)	15.8
	- Hombres	NHD	NHD	19.8 (*)	18.4
	- Mujeres	NHD	NHD	10.4 (*)	12.1
	- Menor de 15 años	NHD	NHD	3.5 (*)	0
	- 15 o más años	NHD	NHD	15.7 (*)	16
5.3	Porcentaje de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH que inician profilaxis con isoniazida	NHD	31% (286/925)	18.0 (**)	23.1
5.4	Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la TB se determinó y consignó en la consulta más reciente	NHD	No datos	88.9 (*)	46.2

⁹ Solo se cuenta con el numerador, los datos estarán disponibles hasta el mes de Julio 2015.

Fuente: Secretaría de Salud de Honduras, Departamento de ITS/VIH/Sida, Unidad de Atención Integral,

(*) Indicadores de co-infección TB/VIH 2013 (*)

La información corresponde al 82% del total de establecimientos que atienden casos TB/VIH

(**) La información corresponde al 92% del total de establecimientos que atienden casos TB/VIH

(***) La información corresponde al 98% del total de establecimientos que atienden casos TB/VIH

Análisis:

El **indicador 5.1**, en el año 2014, 210 personas que se encuentran recibiendo terapia ARV iniciaron tratamiento para Tuberculosis, (aún no se tienen los denominadores).

El **indicador 5.2**. En el año 2014 el 15.8% es la carga de TB en los pacientes VIH que se han incorporado por primera vez en la atención, el predominio en hombres es de 18.4%, en mujeres 12.1%, en la población menor de 15 años es de 0% y en la población mayor de 15 años 16%.

El **indicador 5.3** El 23.1% (249/1077) personas que están recibiendo TARV se les dio isoniazida con fines de profilaxis.

El **indicador 5.4** el porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la TB se determinó y consignó en la consulta más reciente es de 46.2%.

Objetivo no. 6.

Eliminar el déficit mundial de recursos destinados al sida para 2015 y llegar a una inversión mundial anual de \$22 000-24 000 millones

No.	Indicador (costo en lempiras)	2011	2012	2013	2014
	Total del presupuesto anual (L)	L 683 703 600	L 748 190 062	L 748 190 062	NHND
	Proporción destinada a prevención (%)	51.5	45.4	45.4	NHND
	Proporción del rubro de prevención enfocada a HSH (%)	1.7	4.7	4.7	NHND
	Proporción destinada a atención y tratamiento (%)	36.3	30.0	30.0	NHND
	Proporción destinada a huérfanos y niños vulnerables (%)	0.8	6.5	6.5	NHND
	Proporción destinada a fortalecimiento de sistemas (%)	8.0	16.5	16.5	NHND
	Proporción destinada a incentivos (%)	1.4	0.2	0.2	NHND
	Proporción destinada a protección social (%)	0.4	0.0	0.0	NHND
	Proporción destinada a entorno favorable (%)	0.8	1.4	1.4	NHND
	Proporción destinada a investigación (%)	0.8	0.0	0.0	NHND

Fuente: Secretaría de Salud de Honduras, Departamento de ITS/VIH/Sida, Medición del Gasto en Sida (MEGAS), registros 2011, 2012 y 2013

Análisis:

El presupuesto general se incrementó en un 9% entre 2011 y 2012, para mantenerse constante en el año 2013, tanto en su monto total, como en su distribución por rubros. Sin embargo, la distribución porcentual dedicada a prevención decreció entre 2011 y 2012-2013 (51.5% a 45.4%); pero, el monto específico de prevención enfocado a HSH se incrementó (1.7 a 4.7), lo cual es importante ya que este grupo es uno de los principales en la epidemia de VIH en Honduras.

La proporción destinada a atención y tratamiento decreció entre 2011 y el período 2012-2013 (36.3% a 30.0%). Sin embargo, la proporción destinada a huérfanos y niños vulnerables se incrementó durante el mismo período de tiempo (0.8% a 6.5%); al igual que la proporción destinada a fortalecimiento de sistemas (8.0% a 16.5%).

La proporción destinada a incentivos, protección social e investigación, durante el período 2011 y 2012-2013 disminuyó de manera importante (1.4% a 0.2%; 0.4% a 0.0% y 0.8% a 0.0%, respectivamente). Sin embargo, la proporción destinada a entorno favorable se incrementó en el mismo período (0.8% a 1.4%).

Objetivo no. 7.

Eliminar las desigualdades de género

No.	Indicador	2011	2012	2013	2014
7.1	Proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que han estado casadas o tenido pareja en alguna ocasión y que han sufrido violencia física o sexual por parte de una pareja masculina en los últimos 12 meses	14.9	14.9	10.9	NHND
	Proporción de mujeres de entre 15 y 19 años de edad que han estado casadas o tenido pareja en alguna ocasión y que han sufrido violencia física o sexual por parte de una pareja masculina en los últimos 12 meses	10.5	10.5	16.5	NHND
	Proporción de mujeres de entre 20 y 24 años de edad que han estado casadas o tenido pareja en alguna ocasión y que han sufrido violencia física o sexual por parte de una pareja masculina en los últimos 12 meses	15.2	15.2	13.2	NHND
	Proporción de mujeres de entre 25 y 49 años de edad que han estado casadas o tenido pareja en alguna ocasión y que han sufrido violencia física o sexual por parte de una pareja masculina en los últimos 12 meses	16.1	16.1	9.8	NHND

Fuente: Ministerio de Salud de Honduras, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) 2005-2006, 2011-2012

Análisis:

La proporción de mujeres, entre 15 y 49 años de edad, que han estado casadas o tenido pareja en alguna ocasión y que han sufrido violencia física o sexual por parte de una pareja masculina en los últimos 12 meses presenta una tendencia descendente entre 2011-2012 y el año 2013 (14.9% a 10.9%). Sin embargo, esta tendencia es ascendente para el grupo de edad 15-19 años (10.5% a 16.5%), por lo que es necesario implementar estrategias dirigidas a este grupo de edad para prevenir la violencia física o sexual por parte de la pareja masculina.

Objetivo no. 8.

Erradicar el estigma y la discriminación

Respuestas "No" o "Depende" a la pregunta número 1: "¿Compraría verduras frescas a un vendedor si supiera que esta persona tiene VIH?"

No.	Indicador (%)	2011	2012	2013(*)	2014
8.1	Todo (hombres y mujeres)	No datos	No datos	48.7	NHND
	Hombres (todas las edades)	No datos	No datos	48.8	NHND
	Hombres (15-19 años)	No datos	No datos	54.7	NHND
	Hombres (20-24 años)	No datos	No datos	45.5	NHND
	Hombres (25-49 años)	No datos	No datos	47.8	NHND
	Mujeres (todas las edades)	No datos	No datos	48.7	NHND
	Mujeres (15-19 años)	No datos	No datos	54.4	NHND
	Mujeres (20-24 años)	No datos	No datos	46.5	NHND
	Mujeres (25-49 años)	No datos	No datos	47.3	NHND

Fuente: Ministerio de Salud de Honduras, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) 2011-2012

Análisis:

En general, la proporción de personas que "no compraría, o probablemente no compraría" verduras frescas a un vendedor si supiera que esta persona tiene VIH es alta (aproximadamente la mitad de los-as encuestados-as). Esta proporción es aún más alta en los estratos más jóvenes, de ambos sexos (54.7% y 54.4% para hombres y mujeres de 15-19 años de edad, respectivamente). Esto refleja que el nivel de conocimientos sobre la transmisión del VIH es aún limitado.

Estrategias de información, educación y comunicación deben implementarse para reforzar en la población el mecanismo de transmisión del VIH. Estas estrategias deben adaptarse para alcanzar a la población más joven (15-19 años de edad).

Objetivo no. 9.

Eliminar las restricciones a los viajes. Honduras no presenta restricciones de viajes para las personas que viven con VIH.

Objetivo no. 10.

Fortalecer la integración del VIH

No.	Indicador (%)	2011	2012	2013	2014
10.1	Porcentaje de niños de entre 10 y 14 años de edad que han perdido a ambos padres y que asisten a la escuela primaria o secundaria:				
	- Todo	24.7	24.7	24.7	NHND
	- Hombres	NHD	NHD	15.6	NHND
	- Mujeres	NHD	NHD	40.2	NHND
	Índice actual de asistencia escolar de niños de entre 10 y 14 años de edad, a escuela primaria y secundaria, con ambos padres vivos y que conviven con al menos uno de los padres:				
	- Todo	84.4	8.4	84.4	NHND
	- Hombres	NHD	NHD	82.6	NHND
	- Mujeres	NHD	NHD	86.3	NHND

Fuente: Cuadragésima Primera Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples, del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), mayo 2011.

Análisis

La comparación en la serie de tiempo 2011-2014 no fue posible, ya que los valores son los mismos y corresponden al año 2011. Sin embargo, la proporción de niños de entre 10 y 14 años de edad, que han perdido a ambos padres y que asisten a la escuela primaria o secundaria es sumamente baja (24.7%), y es aún más baja en el caso de los niños (15.6%) con respecto a las niñas (40.2%). La asistencia escolar es mejor para niños de entre 10 y 14 años de edad, con ambos padres vivos y que conviven con al menos uno de los padres (84.4%), con valores similares para niños (82.6%) y niñas (86.3%).

No.	Indicador (%)	2011	2012	2013	2014
10.2	Proporción de los hogares más pobres que recibieron ayuda económica externa durante los últimos 3 meses	41.8	NHD	8.7	37

Fuente: Secretaría de desarrollo e inclusión social. Honduras Marzo 2015.

Análisis

Se puede observar que en el año 2014 el 37% de los hogares más pobres han recibido ayuda económica en los últimos 3 meses, comparando el año 2013 ha habido un incremento de 8.7%.

Determinación de logros y retos

Logros	Retos
1. En la reunión de la Comisión Nacional de Sida (CONASIDA), realizada en fecha 28 de marzo de 2014, se acordó dirigir los esfuerzos hacia la elaboración de un nuevo plan (PENSIDA IV), luego de evaluar los resultados de PENSIDA III, a la luz de los resultados del Informe GARPR-2014 y del ejercicio de Estimación y Proyección de casos VIH de Honduras (Spectrum-2014)	Implementar, hacer seguimiento y evaluar los resultados (impacto). Armonizar la respuesta nacional
2. Elaboración, validación de la Norma Nacional de VIH y Sida	Implementación de la norma a nivel Nacional
3. Se ha incrementado el presupuesto para la inversión en la respuesta nacional al VIH de un 36.2% en el año 2010 a 3.3% en el año 2012; así como para la contratación de personal permanente en los servicios de atención integral y para la compra del 98% de ARV	Garantizar la sostenibilidad de estos logros a lo largo del tiempo, independientemente de los cambios políticos que ocurran a nivel nacional
4. Desarrollo e implementación de un Plan de M&E único de la respuesta nacional al VIH	Implementación del Plan de M&E de la respuesta nacional al VIH en todas las instituciones y organizaciones que conforman la CONASIDA
5. Se cuenta con un sistema de información institucional a nivel local, regional y central a nivel de Secretaria de Salud.	Optimizar dicho sistema para que responda a las necesidades reales de información (M&E)
6. Se han presentado avances en cuanto a la participación de la sociedad civil en la temática de VIH	Fortalecer ésta participación para lograr mayor incidencia en la toma de decisiones
7. En 2013 se elaboró y aprobó la “Política Laboral de VIH en el Mundo de Trabajo”, que prohíbe la realización de la prueba con fines de empleo	Garantizar su cumplimiento a nivel nacional
8. La Secretaría de Derechos Humanos, Justicia, Gobernación y Descentralización se ha ocupado del tema de VIH y la protección de grupos vulnerables, y dejó definida una política pública en derechos humanos, así como un plan nacional que incorpora el tema de VIH y grupos vulnerables	Implementar, hacer seguimiento y evaluar los resultados del plan a nivel nacional, en el contexto de la implementación de la política pública en derechos humanos definida
9. La última revisión sobre el límite del nivel de CD4 para iniciar TAR en adultos (> 15 años) que son asintomáticos, fue realizada en el año 2013 y recomienda iniciarla cuando el nivel es menor o igual de 500 células/mm ³ . Para la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil (PTMI), esta revisión recomendó iniciar ARV independientemente del nivel de CD4	Contar con la logística necesaria para garantizar el abastecimiento de ARV en forma oportuna y acorde a los estándares de calidad mínimos requeridos

Hasta el año 2014, existen una serie de logros importantes a nivel nacional, en lo relativo a la respuesta ante el VIH. Dichos logros representan al mismo tiempo retos para su implementación, seguimiento, evaluación, y sobre todo, para su sostenibilidad.

Análisis integrado de la respuesta ante la epidemia de VIH en Honduras y sus resultados, reporte GARPR-2014

En Honduras, acorde a los resultados de los indicadores GARPR-2015 (datos corresponden al cierre del 2014), existen una serie de avances y factores que continúan incidiendo en la epidemia de VIH:

– Avances

Las personas trabajadoras sexuales saben a dónde dirigirse si desean hacerse una prueba de VIH 71.3%, utilizaron condón con su último cliente 93%, se realizaron una prueba de VIH y conocen los resultados 63.8%. De igual forma, los HSH saben a dónde dirigirse si desean hacerse una prueba de VIH y han recibido condones 72.7%, además se han realizado la prueba y conocen los resultados 55.0%. El porcentaje de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral y registraron supresión viral es de 74.6%. De igual forma, el porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH, cuyo estado con respecto a la TB fue determinado y consignado 46.2%.

- **Factores que continúan determinando la epidemia de VIH:** en población general, el conocimiento sobre VIH es de 33.4% el cual es aún limitado, el inicio de actividad sexual ocurre antes de los 15 años en un grupo importante de la población 14.1%, entre las personas de 15-49 años el 4,4% respondió haber tenido múltiples parejas sexuales en el último año, y el 41.4% declara haber usado condón con dichas parejas; así mismo la prueba de VIH realizada en la población general es de 12,6%. Por otro lado, el 10.5% de los establecimientos de salud presentaron desabastecimiento de pruebas rápidas para diagnóstico de VIH.

En HSH, el uso de condón fue de 72.4%, lo cual es muy importante para el sostenimiento y/o aumento de la epidemia, ya que éste es uno de los grupos principales desde el punto de vista epidemiológico, en lo que respecta a la generación de nuevos casos VIH (modelo MOT – Modes of Transmission – 2013).

Las personas trabajadoras sexuales, el 71.3% saben dónde hacerse la prueba, pero solo el 63.8% se ha realizado la prueba en los últimos 12 meses y conoce su resultado, la prevalencia de VIH en esta población es de 4.4%

Por otro lado, el porcentaje de embarazadas que acudieron al establecimiento de salud y conoce su estado serológico es el 60% y de las que se realizaron la prueba y conoce su resultado el 85.6%; el 41.3% de las embarazadas seropositivas recibió TAR; el porcentaje estimado de infecciones por el VIH en hijos de madres seropositivas fue de 33.7% y el porcentaje de lactantes expuestos al VIH que recibieron profilaxis ARV 37% (181/487)

Se les dio profilaxis con Isoniazida al 23.1% de personas incluidas en TAR, lo que es un porcentaje bastante bajo y el 15.8% de personas con VIH se les detectó coinfección TB/VIH.

La violencia física o sexual a las mujeres de 15-49 años es de 16.5% lo que aumenta la vulnerabilidad de este grupo de población.

En este contexto, es importante implementar o fortalecer políticas nacionales que ayuden a conservar de manera sostenible los avances alcanzados en la respuesta nacional del VIH.

Conclusiones

- Se ha incrementado el presupuesto para la inversión en la respuesta nacional al VIH, así como para la contratación de personal permanente en los servicios de atención integral y para la compra de ARV de primera línea.
- Se han presentado avances significativos en cuanto al compromiso de los(as) líderes de la sociedad civil en la temática de VIH; pero, aún no se ha logrado el nivel de incidencia deseado sobre los tomadores de decisiones, al más alto nivel. Se refiere que la participación de sociedad civil es limitada en los procesos de planificación y elaboración de presupuestos. El porcentaje del presupuesto nacional relativo al VIH que se dedicó a actividades realizadas por la sociedad civil en el año 2013 fue muy limitado (MEGAS 2012).
- Existen leyes e instituciones que abogan por los derechos humanos de las personas con VIH, pero los alcances son aún limitados. Las demandas no son efectivas ya que falta presupuesto para completar la investigación de las mismas; y por otro lado, los procesos de demanda son lentos. Además, existen regulaciones y/o normativas que limitan el abordaje del VIH; y aún no se ha logrado la inserción del enfoque de derechos humanos con equidad de género.
- Existen estrategias de prevención enfocada a población en más alto riesgo, embarazada y adolescente, pero con limitaciones de acceso a las pruebas de VIH debido a desabastecimiento de las mismas.
- Existe ampliación de los servicios de atención integral para las personas que viven con VIH, a través de la apertura de nuevos Centros de Atención Integral (CAI) y centros dispensadores de anti-retrovirales (ARV). Además, se ha actualizado el protocolo de atención, en el que se ampliaron los criterios de atención para terapia con ARV en adultos (de <350 a <500 CD4/mm³); y el país cuenta con recursos nacionales para cubrir la mayor parte del costo de compra de los ARV.
- Únicamente existe un plan de M&E de la respuesta institucional (ministerial) al VIH. Aún no existe un plan de Monitoreo y evaluación intersectorial. El país carece de datos sobre usuarios de drogas intravenosas y su contribución epidemiológica a la epidemia de VIH. De igual forma, no existe una política nacional sobre el uso de la circuncisión masculina.
- En población general, es limitado el conocimiento sobre VIH, una proporción importante inicia su actividad sexual antes de los 15 años de edad, al igual que desarrolla actividad sexual con múltiples parejas sin la debida protección (uso de condón) y hace uso limitado de la prueba de VIH.
- El porcentaje de profesionales del sexo (HSH, TS y transgénero) que declara haber utilizado un condón con su último cliente es alto; sin embargo, en HSH el uso de condón es limitado. Este hallazgo es importante ya que este grupo conduce la epidemia de VIH en Honduras, junto con la población transgénero.
- El porcentaje de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el periodo de notificación y que registraron supresión viral es alto, lo que significa que el esquema TAR correspondiente fue efectivo.
- El porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la TB se determinó y consignó en la consulta más reciente es alto. Sin embargo, el uso de Isoniazida profiláctica en casos VIH para evitar el apareamiento de TB es aún limitado.
- Existe violencia física o sexual contra mujeres jóvenes, así como estigmatización de las personas que viven con VIH.

Recomendaciones

- Fortalecer la participación de la sociedad civil en la temática de VIH para lograr el nivel de incidencia deseado sobre los tomadores de decisiones, al más alto nivel. De igual forma, fortalecer su participación en los procesos de planificación y elaboración de presupuestos; así como incrementar el monto presupuestario asignado para el desarrollo de sus actividades.
- Garantizar el abastecimiento oportuno de pruebas diagnósticas de VIH en los establecimientos de salud correspondientes.
- Garantizar el abastecimiento de ARV estableciendo mecanismos que eviten la ruptura del stock de los antiretrovirales.
- Desarrollar e implementar un plan de seguimiento y evaluación de la respuesta intersectorial ante el VIH.
- Evaluar la implementación de una política nacional sobre la circuncisión masculina.
- En población general, es necesario implementar estrategias de IEC para fortalecer el conocimiento sobre VIH, retrasar el inicio de la actividad sexual en población adolescente, evitar el sexo con múltiples parejas, fomentar el sexo seguro (uso de condón) y fomentar la realización de la prueba de VIH.
- Implementar programas de prevención dirigidos a las poblaciones de HSH y mujeres transgénero, en los cuales es importante fortalecer el uso de condón, al igual con el abordaje de estas poblaciones para garantizar la sostenibilidad de estos resultados
- Para disminuir la tasa de transmisión materno-infantil, es muy importante fortalecer la detección de embarazadas con VIH a nivel nacional, así como su manejo apropiado con ARV acorde a los lineamientos correspondientes.
- Fortalecer el uso de isoniazida profiláctica en casos VIH que se encuentren libres de TB activa. Esto es particularmente importante en vista de que el país ya hace uso de este medicamento para el manejo de sus casos TB, y solo resta fortalecer su uso adecuado en casos VIH, luego de ser evaluados para descartar TB activa.
- Es necesario implementar estrategias para evitar la violencia física o sexual contra las mujeres jóvenes y la estigmatización de las personas que viven con VIH.

Bibliografía

1. Gobierno de Honduras, registros del Programa Bono 10 000/Vida Mejor, Marzo 2015
2. Honduras. Plan Nacional de desarrollo humano sostenible 2021.
3. Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Cuadragésima Primera Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples, mayo 2011
4. Índice de estigma en personas que viven con VIH. Honduras. 2014
5. Secretaría de Salud. Plan nacional de Salud. Honduras. 2010.
6. Secretaría de Salud de Honduras, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) 2011-2012
7. Ministerio de Salud de Honduras, Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento enfocada a trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con otros hombres, población trans y población Garífuna, 2012.
8. Secretaría de Salud de Honduras, Departamento de ITS/VIH/Sida de Honduras, Modelo MOT (Modes of Transmission) 2013
Secretaría de Salud de Honduras. Modelo Nacional de Salud. 2013.
9. Secretaría de Salud de Honduras, Departamento de ITS/VIH/Sida de Honduras, Medición del Gasto en Sida (MEGAS), registros 2011, 2012 y 2013
10. Secretaría de Salud de Honduras, Departamento de ITS/VIH/Sida de Honduras, registros programáticos 2014
11. Secretaría de Salud de Honduras, Laboratorio Central de Referencia, registros 2014
12. Secretaría de Salud de Honduras, Departamento de ITS/VIH/Sida, Unidad de Atención Integral, indicadores de co-infección TB/VIH, indicadores de acceso universal, SISAI, ITS-2, 2014.
13. Secretaría de Salud de Honduras, Departamento de ITS/VIH/Sida, Informe Mensual al PTMI (Programa de Prevención de la Transmisión Madre-Hijo/hija). 2014
14. Secretaría de Salud de Honduras. Boletín estadístico de VIH. 2015.
15. Secretaría de Salud de Honduras, Dirección General de Normalización, Modelo Spectrum 5.3 2015
16. Secretaría de Salud de Honduras. Indicadores priorizados para el VIH. Honduras. 2015

ANEXO 1

Informe técnico de la consulta realizada a Organizaciones de la Sociedad Civil en el marco del informe global de avances en la lucha contra el SIDA (GARPR) para el cierre de 2014.

INTRODUCCION

El presente informe da cuenta de la opinión consensuada a través de las consultas realizadas en las tres regiones: Departamento de Cortes con sede en San Pedro Sula, Departamento de Atlántida sede en La Ceiba, Departamento de Francisco Morazán, sede Tegucigalpa para el llenado del instrumento de observación política de los compromisos y las Políticas nacionales NCPI 2014.

Dicha consulta tuvo a la base el siguiente objetivo general:

Visibilizar la opinión y percepción de la sociedad civil, personas con VIH, poblaciones clave y personas afectadas por la epidemia en el informe de País de respuesta al VIH elaborado en el 2015 para reportar el cierre de 2014.

A continuación se describe el consolidado de las opiniones y percepciones vertidas a lo largo de la consulta, para su mejor comprensión este se ha estructurado conforme a las secciones del instrumento de base que guió las consultas realizadas.

DESARROLLO

Una vez concluidas las consultas se procedió a contrastar las opiniones y percepciones vertidas por las organizaciones participantes de la Consulta. El procedimiento tuvo como base referencial el instrumento aplicado en el 2013, en tanto que los aspectos a considerar en la revisión del 2014 seguían siendo objeto de interés y preocupación en la actuación de la sociedad civil.

En sentido general antes de iniciar la exposición de los hallazgos pudimos, apreciar el radio de acción de las organizaciones de la sociedad civil en el ámbito local y en cierta medida su distanciamiento del ámbito central, en este caso referimos a la ciudad capital, donde se discuten los grandes temas para llegar a plantear políticas públicas de Estado o de carácter sectorial, así como la definición de lineamientos que subyacen a los planes estratégicos que se diseñen. En sí el terreno fértil donde se toman las decisiones que rigen la vida pública y el abordaje de la problemática social. Sin embargo a medida que se da el distanciamiento geográfico no se logra establecer los puentes necesarios para que la información que se genera llegue a las organizaciones que realizan sus actividades en las regiones abordadas, siendo así que la mayoría de las acciones que realizan las organizaciones de la sociedad civil, se limitan al cumplimiento de indicadores establecidos. La ausencia de información en materia de políticas públicas vinculantes a la problemática que nos ocupa, así como el dar cuenta de que la epidemia del VIH va más allá del enfoque clínico y trasciende a un enfoque de derechos humanos sigue siendo una brecha sensible y ello quedó evidenciado a lo largo del diálogo e intercambio reflexivo que se dio en el proceso, en esta mirada retrospectiva al año 2014. No podemos negar que existen algunas mejorías en comparación al año 2013 y que de una u otra manera se ha apostado a mayor representatividad de la sociedad civil, pero esta representación aun presenta falencias. En la inclusión y representación de la sociedad civil aún persisten las debilidades expuestas en el informe del 2013, destacándose la fragmentación en el accionar, la falta de apoyo técnico y financiero hacia la sociedad civil que aunque llevan una carga ponderable en sus acciones de prevención, estas aun no tienen una evaluación ni un monitoreo que muestre cuales han sido a lo largo de la respuesta nacional las buenas prácticas o bien que permita de alguna manera reorientar las acciones y actividades en este campo. El liderazgo sigue siendo débil y el nivel de incidencia política no llega a los niveles deseados para el fiel cumplimiento de los compromisos que los/as tomadores/as de decisión han venido acordando y suscribiendo en nombre de la Nación. A continuación presentaremos un informe descriptivo ponderando las calificaciones en aquellas interrogantes que ameritaban una puntuación relacionada a los logros alcanzados en los diferentes ámbitos que involucran la participación de la sociedad civil.

B1.- Participación de la Sociedad Civil Honduras 2014

Después de revisar los consolidados realizados en torno a este inciso relacionados a la participación de la Sociedad Civil en el 2014, el promedio que ha sido ponderado consolidado fue evaluado en cuatro (4), lo que refleja el hecho que bien se han presentado avances significativos, las expectativas de la sociedad civil han quedado sin la respuesta deseada, independiente de las acciones de respaldo o abogacía librados en cuanto al compromiso y participación en diferentes procesos de los/as líderes en la temática. Los compromisos asumidos por el Gobierno en la reunión a la cual asistió el ex presidente de la República Porfirio Lobo Sosa no se han cumplido y en adición, no existe el adecuado sistema de monitoreo y evaluación en materia de políticas públicas.

Las acciones de incidencia política que desde la sociedad civil se realizan no han logrado la respuesta deseada por la falta de compromiso y voluntad política de la mayoría de las personas tomadoras de decisión; situación que viene y continúa presentándose desde el 2013. Lo anterior conduce a la reflexión de que aún falta mayor grado de incidencia al más alto nivel, para contribuir al fortalecimiento y cumplimiento de las diferentes políticas y estrategias nacionales.

En relación a la participación de la sociedad civil en el proceso de planificación y presupuesto para el Plan Estratégico Nacional sobre VIH, a diferencia de los procesos anteriores, este no ha tenido la participación de la sociedad civil como hubiese sido deseado, no significa que no hubo representación, La misma fue limitada por razones presupuestarias. La sociedad civil encontró alternativas para socializar los avances, a través del Foro Nacional de Sida se llevó la información a sectores no convocados. La ponderación arrojó la calificación de tres (3).

La participación de la sociedad civil en los procesos de planificación presupuestaria para el Plan Estratégico Nacional ha sido escasa puesto que se ha participado en los lineamientos generales y no se tiene acceso a dichos fondos, pues al no manejar fondos descentralizados del Estado operan con los fondos propios de los proyectos que implementan, los cuales están sujetos a los indicadores establecidos. Muchas veces la participación de la sociedad civil se limita a la validación de instrumentos o documentos pero no se logra el equilibrio en la participación propositiva.

En relación a los servicios provistos por la sociedad civil estos se han mantenido en la misma escala que en el informe del año anterior. El accionar de la sociedad civil tanto en la región norte (Cortés y Atlántida) como en la capital a través de las interlocuciones ha diseminado informes o mediante la realización de auditorías sociales y ha puesto en evidencia situaciones que obstaculizan la respuesta.

Mucha labor se ha conducido a través de foros de sensibilización y estudios, ante las personas tomadoras de decisión, Es un hecho importante que en el 2014, la Fundación Llaves ha venido realizando investigaciones sobre estigma y discriminación y el Foro Nacional de Sida sobre el impacto de la cuota de recuperación y el estado de los CAI en el Hospital Escuela y el Instituto Nacional Cardiopulmonar (más conocido como Hospital del Tórax). Las acciones de veeduría sobre el almacén central vinculada a la distribución de los medicamentos continuó en el 2014 por parte de organizaciones de la sociedad civil de Tegucigalpa.

Considerando que se requiere más apertura al diálogo y acompañamiento por parte del gobierno para la respuesta del VIH, diálogo que debería ir más allá de la dotación de la terapia antirretroviral. De igual manera se debe abrir más espacios de participación ciudadana en aquellas actividades que tienen que ver con la planificación y la elaboración de presupuesto en el marco de la respuesta nacional, pues acorde a la ponderación esta actividad es muy reducida y limitada a aquellas organizaciones que cuentan con fondos del Fondo Global.

La sociedad civil a través de sus organizaciones sigue participando en la respuesta ofreciendo servicios en materia de prevención e incidencia política, pero aún ésta es muy limitada por la escasas de recursos financieros, o bien

limitado a informes que devienen de la gestión de sus propios proyectos, en si es limitado su aporte en los informes nacionales.

De igual manera en los procesos de evaluación y seguimiento existe mucha debilidad y poco uso o casi nulo de tener información estratégica para conducir su actuación. Por consiguiente la ponderación dada llega a ubicarse en la escala de evaluación de dos (2).

En materia de representación la ponderación es cuatro (4), ya que en el 2014, la representación de la sociedad civil ha sido más inclusiva, sin embargo se considera que la representatividad todavía debe ser revisada, no es homogénea, muchas veces es muy débil o ausente en los debates y planteamientos o se limita a ocupar un espacio sin seguir a ello la devolución de información a los sectores que se representan, sea en el mecanismo de coordinación de País o ante la CONASIDA.

En los procesos de incidencia política concernientes al año 2014 se han priorizado la reducción del estigma y discriminación, la exoneración de la cuota de recuperación, el cumplimiento de derechos de las poblaciones clave en contexto de vulnerabilidad por la epidemia y se siguió abogando por las reformas de la Ley Especial y su aprobación en el Congreso de la República, en este proceso se contó siempre con la cooperación técnica y financiera de ONUSIDA, así como el respaldo de la CONASIDA en donde Foro Nacional de Sida, la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social y el IHSS asumieron la tarea de socializar las reformas con la nueva membrecía de la CONASIDA teniendo el apoyo de la SESAL a través de la dirección de Normalización.

La sociedad civil continua contribuyendo a través de los proyectos que auto gestiona en las áreas de prevención y promoción de la salud así como de la salud sexual y reproductiva, aborda a la vez los factores concomitantes a la epidemia como ser la violencia, pobreza y toda expresión manifiesta de homofobia, lesbofobia y transfobia. A través de su accionar ha encauzado grandes esfuerzos en las áreas de prevención y promoción, no así en materia de tratamiento; pues dicha responsabilidad es asumida por la Secretaria de Salud.

La participación y responsabilidades de la Sociedad Civil están incluidas en las líneas estratégicas del PENSIDA. La Sociedad civil tiene el 95% (aproximadamente) de responsabilidad en prevención y promoción y un 85% en acciones de incidencia política; el Gobierno no asume contribuir más propositivamente a esa responsabilidad que ha asumido la sociedad civil y no ha elaborado un plan nacional de prevención que se requiere para armonizar las intervenciones que se realizan desde la Sociedad Civil.

En los informes nacionales se apertura la participación a la Sociedad Civil, desgraciadamente en la mayoría de los casos no se toma en cuenta su verdadera opinión y no se da el debido reconocimiento. En el acceso a la información la Sociedad Civil enfrenta otra problemática que deriva de la poca divulgación de la misma, por ejemplo en materia del sistema de seguimiento y evaluación que permitiese armonizar acciones. Por otro lado en las reuniones de consolidación de datos hay poca o casi nula participación de la sociedad civil, aunque ésta a través de las consultas que realiza la secretaria de salud, les proporciona información entorno al avance del cumplimiento de sus indicadores, los cuales se han diseñado para el seguimiento de sus propios proyectos, en el entendido que estos contribuyen a la respuesta nacional. Lo anterior no permite que la sociedad civil disponga del uso de la información de mejor manera y en caso de utilizar la que está disponible es de forma muy limitada. Lo que lleva a afirmar el poco uso que se hace de los datos para la toma de decisiones.

En cuanto a la inclusión de las diferentes organizaciones que participan con sus esfuerzos en la respuesta, aún existen organizaciones o grupos que no están incluidos como ser los patronatos, juntas de agua, grupos de jóvenes en riesgo social (como migrantes, maras y pandillas), adolescentes que viven con VIH, las privadas de libertad, entre otros. Surge la dificultad en muchas ocasiones por la inasistencia de los miembros en esas reuniones, en sí, la representatividad y los vínculos con las bases continua débil,

En relación al acceso a recursos la Sociedad Civil este es muy limitado y en si no adecuado. Los Fondos del Estado destinados a reducir el impacto de la epidemia están centralizados y no hay procesos concretos de descentralización y desconcentración de fondos en marcha. El presupuesto nacional asignado a las respectivas secretarías si se conoce, pero el presupuesto específico para el tema de VIH en la mayoría de las organizaciones se desconoce.

Las organizaciones de la sociedad civil continuaron en el 2014 a la búsqueda de fondos de la cooperación externa, fondos que para la temática se han venido reduciendo y surgiendo otras prioridades donde las ONG han tenido que ingeniárselas para transversalizar la temática de VIH. Sin embargo el acceso a los recursos de la Cooperación Internacional es bastante complejo. Por otro lado la falta de financiamiento por parte del Gobierno no permite la sostenibilidad de los proyectos y sus logros así como la falta de relevos generacionales y la apropiación de los temas de incidencia política para que esta sea más efectiva. En este reglón la ponderación dio tres (3).

Independiente de las limitaciones existentes, la sociedad civil ha logrado mantener en agenda el tema de VIH (de manera local), ha encauzado el proceso de reforma de la Ley Especial de VIH (aún pendiente de su entrada en vigencia), la inclusión de las mujeres garífunas, la realización de eventos públicos para la reducción del estigma y discriminación, el empoderamiento de la red de mujeres trabajadoras de sexo para la participación en espacios e instancias nacionales e internacionales, apertura a la iniciativa de escuela de formadores de líderes afro descendientes, la apertura, por parte de Sociedad Civil a espacios de participación (ejemplo; la creación de un comité comunitario con jóvenes líderes empoderados sobre la prevención de embarazos e ITS con adolescentes - COPEITSA La Ceiba-), asimismo la instalación del observatorio de acceso a la justicia para la diversidad sexual y otras poblaciones vulnerables, la representación de la comunidad Trans en la red Trans nacional, la identificación de las poblaciones de la diversidad sexual (por ejemplo; la segmentación de la población en cuanto a la identificación de género y en la población Trans y la visibilización de sus demandas, la estructuración y elaboración de un plan de la Red Trans, la elaboración de un protocolo de atención integral ha mejorado ya que minimiza el impacto de los efectos secundarios de la terapia en la persona, la socialización de la política de VIH en el mundo del trabajo con la OIT, aunque aún en esta socialización hay debilidades, sumado a ello los logros de los proyectos financiados por el Fondo Global y de manera específica la de los proyectos financiados por el Sistema de las Naciones Unidas con enfoque de derechos y el Foro Nacional de Sida con el Fondo Holandés para Derechos Humanos-ICCO para la conformación de la red de promotores y defensores de derechos de la comunidad LGBTI para velar por el cumplimiento de sus derechos.

Descritos los logros anteriores la Sociedad Civil sigue enfrentando en lo concerniente a la epidemia el impacto y consecuencias del estigma y la discriminación, la falta de procesos para evidenciar la existencia de las diferentes formas en que se manifiesta el estigma y la discriminación y de cómo transgredir la problemática. En materia de discriminación no existe una ley como tal, aunque en la Constitución de la República en el artículo 60 declara que: "todos los hombres nacen libres e iguales en derechos". Formalmente todos los hondureños son iguales ante la ley. Se declara punible toda discriminación por motivo de sexo, raza, clase y cualquier otra lesiva a la dignidad humana. La ley establecerá los delitos y las sanciones para el infractor de este precepto. Para tal efecto, el código penal fue reformado en su artículo 321, mediante decreto 23-2013, de fecha 6 de abril de 2013.y eso es un avance muy importante en el ordenamiento jurídico nacional.

En relación al porcentaje de programas o servicios que ofrece la sociedad civil muchos de ellos se mantienen en menos de 25 por ciento (25%), reducción en algunos casos, como ser en programas para niñez huérfana y vulnerable. Hay incremento de porcentaje en el abordaje a hombres que tiene sexo con hombres donde el promedio se ubicó en la casilla 25%-50%, asimismo en profesionales del sexo, en personas transgénero, en reducción al estigma y discriminación. Donde los esfuerzos de la sociedad civil fueron calificados en cinco (5) dentro de la escala de 0 a 10.

B2.- Liderazgo y apoyo político Honduras 2014

Si se ha logrado paulatinamente el involucramiento de la sociedad civil, en forma particular de las poblaciones clave pero más en la Secretaría de Salud y no en otros sectores gubernamentales aun. Existe limitado acceso a programas sociales. Hay debilidad aun en los liderazgos. La crisis global y la inseguridad humana a nivel nacional han impactado en el voluntariado disminuyendo su presencia en las comunidades donde su rol en educación de pares fue significativo en años anteriores.

B3- Derechos Humanos Honduras 2014

En este ámbito el contexto social y la construcción de una cultura de derechos siguen presentando las mismas brechas narradas en el informe del 2013.

Independiente del ordenamiento jurídico nacional vigente que establece la garantía de derechos humanos en la práctica no hay correspondencia por lo que continua el incumplimiento de los derechos humanos y persisten en consecuencia las violaciones a los mismos.

En los estudios realizados en el 2014 por parte de la sociedad civil se evidencian las situaciones que viven las personas que pertenecen a la diversidad sexual, donde se manifiesta la persistencia del clima de rechazo, exclusión discriminación y estigmatización, agudizándose aún más cuando las personas además de pertenecer a dichos colectivos viven con VIH.

Existe una cultura muy fuerte de homofobia, la justicia es tardía, hay inseguridad ciudadana, continúan los crímenes de odio y persisten altos niveles de impunidad, continua la migración forzada a causa de la denuncia que se hace e inseguridad humana.-Independiente de los esfuerzos de la unidad creada en el Ministerio público y de la vigencia del artículo 321. El ámbito general del artículo 321, no permite conocer de manera específica algunos de los casos denunciados por lo que sectores de la sociedad civil demandan la ley antidiscriminación y la tipificación de los crímenes de odio en el ordenamiento jurídico nacional. Los casos denunciados aún están a la espera de investigación y sentencia

Es del parecer que en los casos de crímenes de odio, hay cierta respuesta pero falta efectividad. La aplicabilidad del artículo 321 del Código Penal no ha sido tan efectiva. Por otro lado, hay que investigar la problemática de la migración forzada y su relación con las denuncias, en cuanto a la estigma y discriminación, dirigidas por la población de la diversidad sexual (en muchos casos se obtienen medidas cautelares pero no garantizan protección).

Entre otros obstáculos la Sociedad Civil considera que las normativas restrictivas de la Secretaría de Salud deben revisarse ya que algunas de ellas limitan el accionar de las organizaciones de la sociedad civil, situación que sigue persistiendo y que fue abordada en el informe del 2013

Entre esas limitaciones se encuentra el no permitir el acceso a información de prevención y a la prueba de VIH a menores de 18 años, por tal razón grupos como los HSH, las MTS, mujeres y niñas, mujeres y hombres jóvenes y los/as usuarios de droga inyectable se ven afectados, población sobre la que existe mucha desinformación. A lo anterior se suma el impacto del pago de la cuota de recuperación por parte de PVVIH, la mayoría sin empleo y discriminados/as. La normativa que rige la cuota de recuperación limita y genera otros problemas que inciden en el abandono de la terapia por parte de PVVIH.-Aspectos que han sido objeto de debate y planteamientos ante la secretaria de salud y la CONASIDA. Es de destacar el rol de la Fundación LLAVES, del Comité de Acceso desde

San Pedro Sula y las actuaciones del Foro Nacional de SIDA a través de la realización de auditorías sociales con énfasis en el uso de la cuota de recuperación. Entre otras limitantes que se encontraron es la falta de la atención integral, el no acceso a condones, no acceso de condón femenino, deficiencia en la cantidad de las pruebas rápidas y las disponibles enfocadas solo en población clave, la población con VIH que asiste a los CAI no tiene conocimiento que en dichos centros no se atienden emergencias por lo que existe la percepción entre esta población que no son atendidos en los mismos en casos de emergencia reducción de personal en los centros de atención integral.

En cuanto al tema de la existencia de leyes o normativas jurídicas específicas para mujeres con VIH no existe una regulación específica dirigida a este grupo de mujeres. Es decir, si existen leyes generales para proteger a la mujer. En el ordenamiento Jurídico encontramos la Ley de Igualdad de Género, el Plan de Igualdad y Equidad Género (PEIG II), Ley de Igualdad de Oportunidades y la Ley contra la violencia doméstica (el problema es que estas leyes no se cumplen). En la Normativa internacional encontramos la CEDAW (aunque el Protocolo opcional no se ha ratificado por Honduras porque aborda temas sensibles -como ser el aborto y el uso de la píldora de emergencia; PAE), también se encuentra la Convención de Belem do Para, para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. La toma de conciencia de como el factor de la violencia debe ser abordado y comprendido ha sido objeto de discusión y a la vez de incorporación en la construcción del PENSIDA IV.

En relación a los mecanismos para hacer valer las leyes nacionales existen los de denuncia y queja en el CONADEH (Comisionado Nacional de los Derechos Humanos) y el Ministerio Público; la Secretaría de Salud ha cedido espacios a estos mecanismos para incrementar el acceso de la población, por ejemplo en los Hospitales Escuela y Mario Catarino Rivas, donde existe una oficina para interponer denuncias, atendida por el CONADEH. Existe participación de sociedad civil para conocer, acompañar y hacer seguimiento en casos de denuncia. Sin embargo persiste el problema de que siendo los procesos largos se afecta confidencialidad de las Personas con VIH, así mismo hay que tomar en cuenta que muchas veces los casos simplemente se documentan y se registran pero no hay sentencia. Por otra parte persiste la falta de una cultura de la denuncia por miedo y temor de la población afectada a verse en situaciones difíciles y no ser atendidos en sus demandas.

B4.- Prevención – Honduras 2014

En lo concerniente a la sección de Prevención, es de opinión general la gran aportación que se realiza desde las organizaciones de la sociedad civil en la respuesta nacional, se destaca la gratuidad de estas actividades al servicio de las poblaciones clave o generales y en el año 2014 se han priorizado e intensificado intervenciones dirigidas a poblaciones clave y mujeres embarazadas.

En el año 2014 se han realizado abordajes a instituciones de la seguridad, específicamente a policías y miembros del ministerio público bajo el enfoque de derechos con el fin de cambiar el clima de discriminación e indiferencia persistente. Sin embargo para el fiel cumplimiento de los derechos humanos, el mejor abordaje en materia de prevención y tratamiento bajo criterios de atención integral continúan las brechas. En materia de asistencia jurídica hay muchas carencias y debilidades estructurales, las expectativas que se tenían en materia de la aplicabilidad de la política de Estado en derechos Humanos y la ejecución del Plan de acción se estancó. De igual manera los proceso de reforma del sector salud y lanzamiento de nuevas estrategias ha sido un proceso desconocido en la mayoría de las organizaciones a excepción de los que manejan proyectos con el Fondo Global o USAID.

B5. TRATAMIENTO, ATENCION Y APOYO

En lo concerniente al acceso al tratamiento antirretroviral, la sociedad civil presentó preocupación por los casos de abandono, no obstante reconocen que en el 2014 se ha abordado la problemática y se han diseñado estrategias para superar esta situación.

Reapareció en la discusión el abordaje a la cuota de recuperación, la situación de pobreza y desempleo que agravan en muchas ocasiones la situación de las personas bajo terapia. Las organizaciones son conscientes de la necesidad de que las personas reciban la terapia y que aún falta mucho por el acceso universal a ella en nuestro país.

Otras Consideraciones producto de la Consulta a las organizaciones participantes ~~de la Consulta~~.

Como señalamos desde el inicio la Sociedad Civil a través de sus organizaciones durante el 2014 continuó con la abogacía por la inclusión de la declaración ministerial del 2008 suscrita por la Secretaria de Educación y Salud, iniciándose la cuarta evaluación para el año 2014. Apoyo las siguientes estrategias:

- La estrategia VICITS implementada en la población PEMAR,
- La estrategia de la prevención Madre Hijo,
- La estrategia de rescate para los abandonos a la terapia que se han venido presentando.
- Las organizaciones de sociedad civil se integrado en las actividades de las municipalidades para dar charlas de prevención a la población general y de manera particular se ha realizado abordaje a la población uniformada,
- Acompañado la socialización de la Política en el mundo del trabajo,
- Dio seguimiento a las diligencias que se realizan desde la fiscalía en relación a la investigación sobre crímenes de odio que afecta a la población LGBTI.
- Participo en las mesas de discusión de la ley de Protección Social.

Desafíos

Entre los desafíos esta la:

- Implementación y aplicabilidad de las leyes
- Eliminación de obstáculos en la legislación nacional
- La vigencia de las Reformas a la ley especial de VIH.
- La eliminación de la cuota de recuperación
- La eliminación de la obligatoriedad de la prueba en algunos sectores que aun la exigen
- La reducción del estigma y discriminación.
- El abordaje integral de los factores sociales que inciden en la epidemia.
- La superación de la fragmentación en las actuaciones de la sociedad civil.
- La asignación adecuada de presupuesto para el accionar de la sociedad civil
- El acompañamiento técnico adecuado para el éxito de intervenciones en materia de prevención de la sociedad civil.
- El acceso universal a la terapia y a la atención integral
- Mayor capacitación a las organizaciones de la sociedad civil.

- Promover la incorporación del enfoque de derechos humanos y equidad de género en los ciclos de planificación y programación de la respuesta nacional al VIH.
- Procurar mecanismos expeditos de monitoreo legal a los casos de violaciones a derechos humanos, con relación a VIH.
- Vigilar por la adecuada Implementación y aplicabilidad de las leyes; así como la implementación y disseminación de diferentes instrumentos de la normativa en materia de DDHH
- Incrementar los recursos dirigidos a población PEMAR en el tema de prevención,
- Avanzar en la implementación de los acuerdos y compromisos establecidos entre la Secretarías de Educación y Salud en el marco de la Declaración de México 2008, sobre la implementación de la educación integral en sexualidad,
- Fortalecer las capacidades y competencias de las organizaciones de la SC en cuanto a la captación y cobertura de población PEMAR oculta sin desmerecer la atención a la población general debidamente diferenciada en las estrategias de promoción de la salud, prevención y atención integral,
- Implementación de la Estrategia Nacional de uso de Condones,
- Evaluar la efectividad de programas, proyectos y estrategias de prevención.

Listado de organizaciones que participaron en la consulta realizada a Organizaciones de la Sociedad Civil en el marco del informe global de avances en la lucha contra el SIDA (GARPR) para el cierre de 2014.

Listado de participantes de la sociedad civil de Tegucigalpa. Honduras.2015

No.	NOMBRE COMPLETO	ORGANIZACION
1	Yovanni Javier Rodríguez	Alternativas y Oportunidades
2	Jackelin Cruz	Red de Trabajadoras Sexuales
3	Sagrario Canales	Red de Trabajadoras Sexuales
4	Sandra Lorena Ruiz	Solidaridad y Vida
5	Benita Ramírez	Solidaridad y Vida
6	Miguel García	ASONAPVSIDAH
7	Livia Martínez	ASONAPVSIDAH
8	Néstor Danilo Espinal	ASONAPVSIDAH
9	Fredy García	GAA Buen Samaritano
10	Azucena Rodríguez	Sociedad Civil
11	Javier Morales	Sociedad Civil
12	Arely Victoria Gómez Cruz	ICCO/Forsida
13	José Zambrano	APUVIMEH
14	Kevin Esau Palencia	Red DDHH Comunidad LGTBI
15	Gina Munguía	GAA Sol Naciente
16	Leónidas Granados	Forsida

17	Guillermo Flores	Forosida
----	------------------	----------

Listado de participantes de la sociedad civil de Atlántida. Honduras.2015

No.	NOMBRE COMPLETO	ORGANIZACION
1	Ángel Delgado	ASHONPLAFA
2	Elizabeth Martínez	PPYJ
3	María Durán Rivera	Yaaxche
4	Issac Manuel Sarmiento	HUMAC
5	Enrique Calix	Yaaxche
6	Damián Flores	Fundación Margie
7	Rabí Rodríguez	Fundación Margie
8	Martha Gonzales	R. Cadenas
9	Leslie Alfonso	COCSIDA
10	Melida Quevedo	Ecosalud
11	Edwin Álvarez	ODECO
12	Melvia Antúnez	Forosida

Listado de participantes de la sociedad civil de Cortes. Honduras.2015

No.	NOMBRE COMPLETO	ORGANIZACION
1	Karla Sánchez	Programa Puerta A
2	Rosibel Guzmán	Programa Puerta A
3	Nahomy Otero	ASONAPVSI DAH
4	Nataly Zelaya	Plataforma FLT
5	Claudia Rosa León	ASHONPLAFA
6	Ángel Hernández	Forosida Pto. Cortés
7	Nelly Rigoberto	Redtralsex
8	Josseline Fuentes	CUCR
9	Débora Carranza	CUCR
10	Ruth Estela Alvarado	MOMUCLAA
11	Waldina Bueso Martínez	Juntos por la Vida
12	Teresa Isabel Garay	Red Jóvenes +
13	Aracely Martínez	Red de Mujeres
14	Alexis Cruz	ASONAPVSI DAH
15	Jacobó Coto Ramírez	Cruz Roja

16	Marlon Aguilar	CONADEH
----	----------------	---------