



# América Latina y el Caribe

Programa Global de VIH/SIDA

BANCO MUNDIAL

## Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica *Honduras: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia*



Diciembre de 2006

**Reduciendo la Vulnerabilidad al  
VIH/SIDA en Centro América:**

***Honduras Situación del VIH/SIDA y  
Respuesta a la Epidemia***

Región de Latino América y el Caribe  
y Programa Global de VIH/SIDA

BANCO MUNDIAL

Diciembre 2006

## Documento de Discusión del Programa Global de VIH/SIDA del Banco Mundial

Esta serie es producida por el Programa Global de VIH/SIDA de la Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial, para publicar rápidamente, un trabajo nuevo e interesante sobre el VIH/SIDA, para hacerlo de amplia disponibilidad y promover su discusión y debate.

Las opiniones, interpretaciones y conclusiones expresadas en la presente publicación son las de los autores y no reflejan necesariamente la opinión de los miembros del Directorio Ejecutivo del Banco Mundial ni de los países representados por éste. La citación y el uso del material aquí presentado deberá tener en cuenta que puede ser provisional.

Estos documentos son publicados en \_\_\_\_\_ (ir a “publications”). Para una copia gratuita de los documentos presentados en esta serie por favor contactar al correspondiente autor cuyo nombre aparece al pie de esta página.

Preguntas sobre esta serie y presentaciones deberán hacerse directamente a Joy de Beyer (jdebeyer@worldbank). Las presentaciones deberán ser previamente revisadas y aprobadas por el departamento patrocinante, quien sufragará el costo de la publicación. El departamento patrocinante y los autores tienen exclusiva responsabilidad de la calidad de los contenidos técnicos y la presentación del material en la serie.

Este conjunto de series se realizó con el apoyo de la Región de Latino América y el Caribe. Para cualquier pregunta relacionada con esta serie contactar a:

Marcelo Bortman, LCSHD:  
World Bank, 1818 H Street, NW, Washington DC, 20433.  
Tel. (202) 458-9730 – fax: (202) 614-0202  
Correo Electrónico:

Foto de la cubierta: Honduras Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia  
Cortesía de la Biblioteca de Fotografías del Banco Mundial

© 2006 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial  
1818 H Street, NW  
Washington, DC 20433

Derechos reservados.

## **Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centro América: *Honduras Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia***

Marcelo Bortman;<sup>1</sup> Luis B. Sáenz;<sup>2</sup> Isabel Pimenta;<sup>3</sup> Claudia Isern;<sup>4</sup> Antonia Elizabeth Rodríguez;<sup>5</sup> Marianella Miranda, Leonardo Moreira, y Danilo Rayo.<sup>6</sup>

Este estudio fue realizado por LCSHD con apoyo financiero del BNPP. Los objetivos principales del estudio fueron establecer una línea de base para medir el progreso e identificar nuevos retos para el Proyecto Regional de VIH/SIDA en Centro América y para apoyar el diálogo de política sobre el liderazgo político y compromisos para preparar un plan de acción regional con políticas comunes y estrategias coordinadas.

**Palabras claves:** VIH, SIDA, Centro América, Honduras, Banco Mundial

Banco Mundial	
Vice Presidenta	Pamela Cox
Directora de País	: Jane Armitage
Directora Sectorial	: Evangeline Javier
Gerente de Sector	: Keith Hansen
Gerente de Proyecto	: Marcelo Bortman

<sup>1</sup> Especialista Senior en Salud Pública, LCSHH, World Bank.

<sup>2</sup> Director de Proyecto para este estudio, Sanigest, Costa Rica.

<sup>3</sup> Especialista en Salud Pública, WBIHD, World Bank.

<sup>4</sup> Asistente Administrativa para Apoyo de Clientes, LCSHD, World Bank.

<sup>5</sup> Coordinadora para el Proyecto Regional de VIH/SIDA en Centro América.

<sup>6</sup> Grupo de Consultores de Sanigest, Costa Rica.

## Acrónimos y abreviaciones

<b>ART</b>	Terapia Antiretroviral
<b>ARV</b>	Medicamentos Antiretrovirales
<b>BNPP</b>	Bank Netherlands Partnership Programme
<b>CAFTA-DR</b>	Tratado de Libre Comercio – República Dominicana
<b>CAI</b>	Clínicas de Atención Integral
<b>CEFAS</b>	Centro Femenino de Adaptación Social
<b>CESAMO</b>	Centro de Salud con Médico
<b>COGAYLESH</b>	Coalición de Organizaciones Gay de Honduras
<b>CONADEH</b>	Comisionado Nacional de Derechos Humanos
<b>CONASIDA</b>	Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA
<b>DDHH</b>	Derechos Humanos
<b>FEUH</b>	Federación de Estudiantes Universitarios de Honduras
<b>FONASIDA</b>	Fondo Nacional del Sida
<b>GAA</b>	Grupos de Auto Apoyo
<b>HCP</b>	Health Communication Partnership
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus
<b>HSH</b>	Hombres que tienen Sexo con otros Hombres
<b>IDU</b>	Usuarios que se inyectan drogas
<b>IEC</b>	Información, Educación y Comunicación
<b>IHSS</b>	Instituto Hondureño de Seguridad Social
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
<b>LCSHD</b>	Departamento de Desarrollo Humano para Latino América y el Caribe
<b>LCSHH</b>	Sector Salud
<b>ONG</b>	Organizaciones No Gubernamentales
<b>ONU</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>ONUSIDA</b>	Programa de las Naciones Unidas en VIH/SIDA
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PAHO</b>	Pan-American Health Organization
<b>PASCA</b>	Proyecto Acción SIDA para Centro América
<b>PASMO</b>	Asociación Panamericana de Mercadeo Social
<b>PENSIDA</b>	Plan Estratégico Nacional de Lucha Contra el VIH/SIDA
<b>PNUD</b>	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>PPTMH</b>	Programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo
<b>PVVS</b>	Persona Viviendo con VIH/SIDA
<b>SIDA</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>TAR</b>	Tratamiento Antiretroviral
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>USAID</b>	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
<b>USASER</b>	Unidad de Salud Sexual y Reproductiva
<b>UVEI</b>	Vigilancia Epidemiológica e Investigación
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana
<b>WHO</b>	World Health Organization

## Índice

Acrónimos y abreviaciones.....	iv
Reconocimientos.....	vi
Resumen Ejecutivo .....	vii
Resultados principales, las conclusiones y recomendaciones.....	viii
Honduras: Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia .....	1
Grupos vulnerables .....	4
Marco legal y regulador.....	8
Prevención y atención de grupos vulnerables.....	12
Programa Derechos Humanos y VIH/SIDA .....	12
Proyecto “Diversidad e integración para la prevención” .....	15
Prevención del VIH/SIDA en población adolescente de la etnia Garífuna .....	17
Programa de prevención del VIH/SIDA en jóvenes Garífunas de 15 y 24 años .....	20
Comunicación de mensajes de prevención del VIH/SIDA dirigidos a etnias .....	21
Programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (PPTMH) .....	22
Visitas Domiciliarias.....	24
Tratamiento.....	29
Referencias.....	31
Anexo 1. formulario para Evaluación de la Discriminación.....	33
Anexo 2. Formulario para la Determinación de Intervenciones EXITOSAS.....	34
Anexo 3. Resumen de los hallazgos y evidencia de los resultados de la discriminación arbitraria .....	36
Anexo 4. Resumen de experiencias exitosas en el VIH/SIDA en Honduras, 2006....	38

## Tablas

Tabla 1. Indicadores VIH/SIDA, Honduras 2003.....	2
Tabla 2. Descripción de artículos relacionados con la protección de derechos de las PVVS, Ley Especial sobre VIH/SIDA, Honduras.....	9
Tabla 3. Compromisos e indicadores de atención integral del PENSIDA II, Honduras. .	25
Tabla 4. Centros de Atención donde funcionan los grupos de auto apoyo ASONAPVISIDAH, Honduras.....	28

## Figuras

Figura 1. No. de casos de SIDA según departamento (x100, 000 habitantes) Honduras, 1998-2005 .....	4
Figura 2. Prevalencia de VIH en trabajadoras sexuales según zona. Honduras, 2001-2003 .....	5

## Gráficos

Gráfico 1. Evolución de la razón hombre mujer de acuerdo al año de casos de SIDA reportados, Honduras 1986-2005.....	2
Gráfico 2. Prevalencia de SIDA por año y grupo de edad, Honduras, 1999-2005.....	3

## Reconocimientos

Este estudio fue preparado por un equipo liderado por Marcelo Bortman e integrado por Luis Sáenz, Marianella Miranda, Leonardo Moreira y Danilo Rayo; Claudia Isern, Isabel Pimenta y Antonia Elizabeth Rodríguez.<sup>7</sup> Este informe es el resultado de un esfuerzo de equipo y como tal se ha beneficiado de numerosas contribuciones de diferentes personas a lo largo de Centro América, tanto en aspectos técnicos como por su compromiso para diseminar la situación y las experiencias del VIH/SIDA en la Región. A todos ellos les estamos muy agradecidos.

El equipo del estudio está especialmente agradecido al Real Gobierno de Holanda, por su apoyo a través de donación BNPP que permitió su financiamiento. El equipo también agradece a los revisores técnicos Joana Godinho (Especialista Senior en Salud del Banco Mundial), Jonathan C. Brown (Asesor de Operaciones del Programa Global de VIH/SIDA del Banco Mundial), Joy de Beyer (Especialista de Gestión del Conocimiento del Programa Global de VIH/SIDA del Banco Mundial), e Ian Walker (Especialista Principal de Protección Social del Banco Mundial).

Nuestro especial agradecimiento a

Lic. Juan Ramón Gradehly, Asesor, UNAIDS

Lic. María Tallarico, UNAIDS

Lic. Kenneth Rodríguez, UNFPA

Lic. Janeth Flores, CONADEH

Dr. Odalys García Trujillo, Programa para Prevención de la Transmisión de VIH/SIDA de madre a hijo (PPTMH – Ministerio de Salud)

Lic. Javier Medina - Director, Asociación Kukulkán

Dr. Ana Marelly García, Directora, ASONAPVISIDAH)

Dr. Marcos Urquía; Departamento STD/HIV/AIDS, Ministerio de Salud.

Dr. Henry Andino, Director, Departamento STD/HIV/AIDS, Ministerio de Salud.

OPS

Lic. Gabriela Roxana Linares ASONOC – Santa Rosa de Copán

---

<sup>7</sup> Marcelo Bortman es Especialista Senior en Salud Pública en el Banco Mundial; Luis B Sáenz es el Director para este estudio en SANIGEST; Claudia Isern es Asistente Administrativa para el Apoyo a Clientes del Banco Mundial; Isabel Pimenta es Especialista en Salud en el Banco Mundial; y Antonia Elizabeth Rodríguez es Coordinadora del Proyecto Regional de VIH/SIDA en Centro América.

## Resumen Ejecutivo <sup>8</sup>

Centro América es la sub-región más afectada, después del Caribe, por la epidemia de VIH/SIDA en la región de Latino América y el Caribe. Cuatro de los seis países de América Latina con mayores tasas de prevalencia de infección por VIH están en Centroamérica, y en dos de ellos las tasas de prevalencia son superiores al 1%. La epidemia amenaza avanzar sin control a menos que los esfuerzos de prevención en grupos altamente vulnerables, como los trabajadores comerciales del sexo (TCS), los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) y las personas privadas de libertad, se intensifiquen

La prevención de nuevas infecciones por VIH, el tratamiento de las personas con infección por el VIH/SIDA, y el cuidado de aquellos afectados directa o indirectamente por la epidemia representa un gran reto para los seis países de la región. El Banco Mundial está actualmente apoyando las iniciativas de los gobiernos centroamericanos para revertir la epidemia de VIH. En este contexto, este estudio se llevó a cabo con los siguientes objetivos específicos:

- 1) Examinar la epidemiología del VIH y el SIDA en Centroamérica;
- 2) Examinar los Programas Nacionales contra el SIDA, incluyendo los sistemas de vigilancia, la capacidad de laboratorio, la prevención, el tratamiento y la atención clínica;
- 3) Analizar el marco legal y normativo y la discriminación contra las personas con el VIH y SIDA, - en particular con las mujeres -, su repercusión sobre el tratamiento y la prevención; y
- 4) Revisar intervenciones exitosas y buenas prácticas relacionadas con el VIH/SIDA en Centro América, llevadas a cabo por ONGs y organizaciones públicas, incluyendo el desarrollo de los sistemas de monitoreo y evaluación.

Este estudio se realizó para apoyar el diálogo actual en la política para fortalecer la respuesta nacional del VIH/SIDA, en particular con relación a: (i) fortalecimiento del liderazgo político y compromiso para preparar un plan de acción regional con estrategias coordinadas y políticas comunes, (ii) fortalecimiento y armonización del marco legal e institucional para tratar la epidemia de VIH/SIDA, (iii) identificación y difusión de “mejores prácticas” para la prevención a través de esfuerzos integrados por el sector salud, otras agencias gubernamentales y la sociedad civil y promover monitoreo y evaluaciones de impacto, y (iv) promover el proceso de adquisición regional relacionado con medicinas, equipos y otros insumos relacionados al VIH.

Finalmente, este estudio estableció una línea de base para medir el progreso e identificar nuevos desafíos para el Proyecto Regional de VIH/SIDA del Banco Mundial. El objetivo de desarrollo del Proyecto Regional de VIH/SIDA es proporcionar conocimiento y

---

<sup>8</sup> El estudio incluye Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, y Panamá. Se han publicado informes separados para cada país y para la región en general. Este resumen ejecutivo ha sido tomado del informe regional.

herramientas para los responsables de formular políticas y decisiones en todos los países de la región, para manejar y controlar el VIH/SIDA, y las infecciones oportunistas. El componente 1, Laboratorio Regional, apoya el establecimiento de un laboratorio regional al implemento de funciones sumamente especializadas, como una única institución regional. El componente 2, la Vigilancia Epidemiológica, apoya la puesta en práctica de un sistema regional de vigilancia epidemiológica de segunda generación, para permitir mejor caracterización de la epidemia de VIH en Centroamérica. El componente 3, Fortaleciendo la Capacidad Regional de Respuesta, aumentará la armonización de los marcos legales e institucionales necesarios a las intervenciones estratégicas de incremento, en respuesta a la epidemia del VIH. También fortalecerá el liderazgo y compromiso político que conduzca preparación de un Plan de Acción Regional para tratar la epidemia de una manera coordinada. Por último, el componente 4, Prevención en las Poblaciones Móviles, se centra en grupos que son particularmente vulnerables al VIH. Las poblaciones móviles, son consideradas un factor clave en la propagación de la epidemia. Los programas de prevención que se concentran en estas poblaciones son todavía pocos y la escala de las intervenciones es aún pequeña.

La información presentada en este informe se recopiló en las entrevistas con personas claves en Centroamérica y de la revisión de los documentos proporcionados por las organizaciones nacionales, las ONG y las organizaciones de desarrollo bilaterales e internacionales. Además, se celebraron siete talleres para presentar y tratar la información recopilada por el estudio con los diversos interesados directos y personas claves.

El estudio se publica en una serie de siete informes: Uno resume la situación del VIH en Centroamérica; los otros seis describen la situación en cada uno de los países de Centro América. La información de diferentes países no siempre es comparable. Esto refleja en parte las diferencias del nivel de organización de los diferentes programas respondiendo a la epidemia, así como las variaciones en el acceso del estudio a la información sostenida por diferentes instituciones y organizaciones.

### **Resultados principales, las conclusiones y recomendaciones**

Honduras y Guatemala son dos de los seis países con la prevalencia de infección por VIH más alta en América Latina. La prevalencia de infección por VIH en los adultos es ya superior a 1% en Honduras (1,6%) y Guatemala (1%). Panamá (0,9%), Costa Rica (0,6%), El Salvador (0,6%) y Nicaragua (0,2%) todavía tienen tasas de prevalencia de infección por VIH debajo de un 1%. Se ha estimado que para el año 2010, la epidemia puede alcanzar una tasa de prevalencia en la población adulta en Centroamérica del 2%, cifra que en algunos casos podría sobrepasarse.

Se calcula que más de 200.000 personas actualmente viven con el VIH en Centroamérica.<sup>9</sup> La transmisión de VIH en Centroamérica, está principalmente asociada al sexo heterosexual, similar a la del Caribe. La excepción es Costa Rica, donde los HSH representan una proporción mucho mayor de las personas infectadas que en otros países

---

<sup>9</sup> CDC. Global AIDS Program for Central America. Program Profile, 2004.

en la región. Aunque hay más hombres que mujeres con el VIH en Centroamérica, la brecha de género se está cerrando rápidamente. La epidemia está aún concentrada en grupos de alta vulnerabilidad como los trabajadores comerciales del sexo y sus clientes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los privados de libertad y la población garífuna (un grupo de población afro-caribeño de la costa Atlántica de Honduras). El aumento de las defunciones en adultos por el SIDA ha conducido a un número ascendente de huérfanos y jóvenes vulnerables que quedan sin hogares, alimentos, cuidados de salud y educación. La epidemia tiene repercusiones económicas tanto para los hogares como para los sistemas de salud del país, así también como para la economía.

Además de las variaciones en la tasas de prevalencia y en los grupos afectados en los seis países, hay también importantes variaciones hacia el interior de cada país. La epidemia está concentrada en ciertas áreas geográficas, particularmente en zonas urbanas, las rutas comerciales y los puertos. Los grupos asociados con poblaciones móviles, los TCS y HSH tienen tasas de prevalencia de VIH más altas, y son la población puente para transmisión de la epidemia a la población en general. Principalmente aquellos que se exponen a comportamientos de riesgo y que tienen un alto nivel de interacciones entre estos grupos y la población general. Sin embargo, los mecanismos de transmisión de VIH deben conocerse aún mejor para que las intervenciones de salud pública puedan estar mejor diseñadas y ejecutadas, y que sean más eficaces. Identificar la naturaleza y el grado del problema en ciertos grupos, como las personas que viven con discapacidades, los niños en riesgo del abuso sexual, las personas privadas de libertad, las minorías étnicas, los empresarios y los uniformados (militar/policial) continúa siendo un desafío.

Hay diferencias importantes de las condiciones sociales y económicas entre los países centroamericanos que pueden explicar en parte las diferencias de las tasas de prevalencia de infección por VIH. Otros factores contribuyen a la epidemia, como la inmigración, el turismo y la proximidad al Caribe donde la prevalencia es aún mayor. La inmigración tiene dos componentes: 1) los trabajadores temporarios que se mueven dentro de los países de esta sub-región; y 2) los inmigrantes que intentan moverse permanentemente a los Estados Unidos, de quienes se estima sólo cerca del 10% tiene éxito, mientras el 90% transita la sub-región de regreso a sus países. Durante este transitar, los inmigrantes pueden estar expuestos a comportamientos sexuales de alto riesgo, aumentando su vulnerabilidad a contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Las tasas de prevalencia mayores de VIH están en San Pedro Sula (puerto del Caribe en Honduras) y en la población garífuna (indígenas con raíces en el Caribe) sugiere que el tránsito entre el Caribe y Centroamérica ha tenido repercusión sobre la epidemia centroamericana.

Algunas de las diferencias en la prevalencia de infección por VIH entre estos países podrían ser explicados por deficiencias en los sistemas de vigilancia y notificaciones insuficientes. Por ejemplo, aunque el rol de los usuarios de drogas intravenosas (UDIs) no parece ser un factor importante en la epidemia en Centroamérica, esto puede ser el resultado de una sub-notificación. Una mayor prevalencia de la infección por VIH notificada en HSH en Costa Rica puede reflejar una cultura más liberal y menor

discriminación, en lugar de diferencias reales con los restantes de los países centroamericanos.

Una vez que una epidemia de VIH se generaliza, los grupos más afectados son personas en edades de máxima producción laboral. Como se ha visto en África, esto tiene consecuencias negativas para el tamaño de fuerza laboral y la productividad, con importantes repercusiones a largo plazo tanto para la economía como para el sistema de salud. Países como Brasil, Tailandia y Uganda han mostrado sin embargo que, si hay un fuerte liderazgo, y las intervenciones se seleccionan sobre la base de evidencia de su efectividad y de su costo-beneficio y son adecuadamente dirigidas a los grupos más vulnerables como los TCS y HSH, es posible mantener la epidemia bajo control.

### **Respuestas nacionales**

Todos los países centroamericanos han establecido respuestas nacionales coordinadas para tratar la epidemia de VIH. No obstante, importantes desafíos quedan para hacer estos sistemas efectivos. En lo que se refiere a la prevención, el reto principal sigue siendo alcanzar eficazmente los grupos más vulnerables con intervenciones basadas en evidencia y costo-efectivas, incluyendo las estrategias de prevención apropiadas para promover prácticas sexuales y conductas reproductivas más sanas y seguras. Por el lado del tratamiento, las respuestas necesitan proporcionar no sólo los medicamentos antirretrovíricos sino también todo el apoyo y el seguimiento clínico necesario. A nivel regional, los esfuerzos apoyados por el proyecto financiado por el Banco Mundial y organizaciones de otro tipo seguirán centrándose en los "corredores de transmisión" y las zonas fronterizas entre países.

Es esencial que cada país defina las prioridades estratégicas nacionales y asigne los recursos que reflejen las realidades de su propia epidemia. Los sistemas de vigilancia son todavía muy débiles y la mayoría aún con énfasis en la notificación de los casos de SIDA. Sin embargo, alguna de la información necesaria acerca de la epidemia está disponible y está incluida en este estudio. Los países centroamericanos necesitan mejorar el nivel de análisis de los datos disponibles para permitir una planificación y ejecución apropiada de las políticas y programas nacionales contra el VIH/SIDA.

Los grupos vulnerables y la población en general todavía tienen una comprensión muy limitada del VIH y el SIDA. Se requieren intervenciones rápidas que desalienten las prácticas sexuales peligrosas, especialmente entre grupos altamente vulnerables, y a identificar mejor los casos de VIH y proporcionarles tratamiento ARV. Un desafío especial es la coordinación de las acciones de las ONG y los servicios de salud pública, especialmente para proporcionar respuestas eficaces en los tres niveles de atención de salud.

Los talleres en los países que trataron los resultados del estudio y el análisis de costo efectividad de las estrategias de intervención llegaron a la conclusión que con el nivel de recursos actuales, solo podría prevenirse un 25% de infecciones. Esto refleja la dificultad de llegar a los grupos de más alta vulnerabilidad. Las estrategias más costo efectivas

identificadas por los participantes en el taller incluyeron: i) liberar la distribución de los condones entre grupos altamente vulnerables y vulnerables, ii) promover el mercadeo social de los condones, iii) dirigir la información, educación y comunicación a los grupos altamente vulnerables y vulnerables; y iv) proporcionando consejería y acceso a las pruebas de diagnóstico rápidas.

El financiamiento actual para prevenir y controlar la epidemia está lejos de ser adecuado y debe ser dirigido a la prevención en los grupos altamente vulnerables y vulnerables. El Banco Mundial desarrolló un modelo de efectividad en función de los costos para ayudar a los gobiernos a que determinen la asignación de los recursos de forma tal que permita prevenir el máximo número de nuevas infecciones. Según este modelo, un programa nacional bien diseñado puede tener una repercusión sustancial sobre la epidemia aún con recursos limitados, siempre y cuando estos se canalicen a las intervenciones más costo-efectivas. Un análisis en Guatemala, Honduras y Panamá indicó que el gasto de salud tendría que aumentar en \$1 millón por año para impedir que el número de pacientes aumente de un 10% a 20% en el mismo período. En el 2000, los tres países gastaron aproximadamente \$9,6 millones en los programas contra infección por el VIH/SIDA.<sup>10</sup>

**Sistemas de Vigilancia.** La vigilancia del VIH y el SIDA en Centroamérica se basa en la notificación obligatoria de los casos y en algunos estudios de prevalencia. La identificación y seguimiento en los casos del VIH y el SIDA, a nivel de país, que hacen los sistemas de vigilancia no responde a las necesidades de información planteadas por el seguimiento de la dinámica de la epidemia. Estos sistemas necesitan transformarse en vigilancia de segunda generación, aumentando su capacidad para recoger y analizar información relacionada a los factores de riesgo y a los comportamientos. Esta transformación requiere implementar nuevas estrategias de vigilancia, (unidades de centinelas y sitios). A nivel regional, es necesario acordar normas comunes que permita el intercambio de la información entre los países, incluyendo definiciones de caso, protocolos de las unidades y sitios centinelas, informes de casos y los indicadores. Para alcanzar esta meta, es importante considerar el desarrollo de una plataforma de información electrónica regional integrada.

**Marco legal y normativo.** Aunque todos los países han elaborado un marco legal para la provisión de atención de salud para las personas que viven con el VIH y el SIDA, muchos casos de discriminación se han notificado en la región y las personas infectadas por el VIH/SIDA han tenido que recurrir a instancias judiciales para defender sus derechos. En algunos países, existen aún contradicciones entre las leyes que deben resolverse. Además, mejorar el conocimiento acerca de los derechos de las PVVS en el marco de las leyes vigentes sigue siendo un reto, así como la implementación de sanciones a quienes cometen actos de discriminación. Las intervenciones con éxito en el campo de los derechos humanos, en particular en Guatemala y Panamá, han visto varios casos resueltos a favor de los pacientes que presentaron demandas. El estudio pudo identificar las áreas donde son necesarios cambios en la legislación o las leyes generales de VIH/SIDA. Los problemas de la reciprocidad entre los países de la región para el

---

<sup>10</sup> The World Bank. HIV/AIDS in Central America: The Epidemic and Priorities for its Prevention. LAC Region: Washington DC: 2003

tratamiento y la atención de las PVVS deben resolverse. Los órganos regionales como el Sistema de Integración Centroamericana (SICA) pueden proporcionar el paraguas necesario para integrar los marcos legales a nivel regional.

**La prevención.** Todos los países han adoptado un enfoque amplio para la prevención y el control de la epidemia de VIH. La lista de grupos potencialmente destinatarios de las intervenciones ha aumentado para incluir a toda la población. Esta estrategia debe examinarse para asegurar que los limitados recursos disponibles sean asignados a grupos que son clave para prevenir la transmisión (TCS, HSH, privados de libertad y las poblaciones móviles).

En Centroamérica, además de los servicios públicos, hay muchas ONG que apoyan las respuestas nacionales contra el VIH y el SIDA. Estas ONG abarcan una amplia gama de intervenciones, ofreciendo la protección de los derechos humanos, y prevención, tratamiento y servicios de atención. La evaluación de los indicadores de coberturas, parecería señalar que muchos de estos proyectos han tenido éxito en alcanzar sus metas. Sin embargo, muchas intervenciones sólo siguen indicadores de procesos, y no se ha hecho una evaluación de impacto por lo que se desconocen sus resultados.

Algunos proyectos pueden informar sobre los resultados: por ejemplo, el aumento del uso de los condones por la población destinataria que se observó en Guatemala después de un esfuerzo de mercadeo social por PASMO. De manera análoga, el proyecto de Canasta Familiar Básica del Ministerio de Salud en El Salvador ha mostrado una reducción de la transmisión materno-infantil del VIH. Los proyectos dirigidos hacia la población garífuna en Honduras tienen gran potencialidad. Lo mismo puede decirse de los programas que se dirigen a la población de Xochiquetzal en Nicaragua y de un esfuerzo por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Ministerio de Juventud para señalar a la atención de la epidemia en Costa Rica. Dos intervenciones con éxito incluyen la traducción en idioma autóctono de los mensajes de prevención para los Garífuna. Sin embargo, los temas que incluyen a la población indígena y los grupos afro-descendiente de la región son muy complejos y requieren mayor atención. Algunos proyectos tuvieron éxito al transferir el conocimiento a grupos vulnerables. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones no han seleccionado indicadores para medir el impacto de este cambio de conocimientos sobre el cambio de hábitos y sobre la prevalencia de infección por VIH en los grupos vulnerables. La falta de mecanismos apropiados de medición no significa que estas intervenciones no han tenido una repercusión, o no lo tendrán en el futuro. Más bien, señala la necesidad de mejores sistemas de monitoreo y evaluación, incluyendo mejores indicadores.

**Tratamiento y cuidado a la salud.** Todos los países centroamericanos están proporcionando tratamiento y atención de salud a las PVVS, incluyendo el acceso a las terapias antirretrovíricas. El tratamiento se realiza mediante una mezcla de entidades públicas y privadas. La coordinación de las actividades de seguimiento de los servicios públicos de salud y de las ONGs que proporcionan terapia antirretrovírica es un importante reto para los programas de país. De hecho se requiere mejorar el manejo de los efectos adversos del tratamiento, incrementar el acceso a las pruebas de laboratorio y

desarrollar mecanismos que incrementen la adherencia al tratamiento. Tratar con pacientes analfabetos o pertenecientes a algunos grupos étnicos, muchos de ellos sin cobertura de los servicios de atención de salud, agregan aún más desafíos.

Todos los países también enfrentan retos con respecto a la disponibilidad de los ARV. Se han logrado acuerdos para establecer precios preferenciales para drogas de marca. Además, en la mayoría de los países, los medicamentos genéricos están ahora disponibles mediante procesos de licitación institucional o a través de los organismos de adquisiciones y las fundaciones internacionales. Queda aún por avanzar en la planificación de compras conjuntas de ministerios de salud y las instituciones de seguridad social, en la definición de protocolos de tratamiento uniformes, y estableciendo una infraestructura para el seguimiento de pacientes y para el monitoreo de la resistencia a los medicamentos.

A nivel nacional, los países necesitan establecer los mecanismos para facilitar la compra de medicamentos genéricos de alta calidad, ya sea usando mecanismos como el del Fondo Rotatorio de la OPS o a través de convenios bilaterales. A nivel regional, debe considerarse la posibilidad de establecer una alianza de los países centroamericanos para la compra en escala de grandes cantidades de los medicamentos, procurando reducir sus costos. Esta alianza daría a los países mayor poder de negociación, facilitando el acceso a los medicamentos y otros suministros relacionados a precios inferiores.

***Capacidad de laboratorio.*** La capacidad de los laboratorios a nivel nacional necesita no solo aumentar los servicios de diagnóstico, sino también dar apoyo al seguimiento de la terapia antirretrovírica. Esto no solo requerirá mayor inversión en recursos humanos calificados, equipos y reactivos, si no también de procesos de referencia de los servicios de salud. A nivel regional, el Banco Mundial está apoyando el establecimiento y la ejecución de un laboratorio regional en la Ciudad de Panamá. Este establecimiento tendrá las siguientes funciones para apoyar los laboratorios nacionales: (i) diagnóstico y seguimiento de muestras para casos complejos, (ii) acceso a, y transferencia de nuevas tecnologías de laboratorio, (iii) control de calidad, (iv) adiestramiento en nuevas técnicas, (v) investigación y (vi) desarrollo de un sistema integrado de información con los laboratorios del país.



## Honduras: Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia

Este documento presenta información sobre la situación del VIH/SIDA en Honduras. Se inicia el mismo con una discusión sobre la epidemiología del VIH/SIDA en el país y continúa con una mención sobre la percepción de la situación de la epidemia por parte de la población. Finalmente, la sección presenta información sobre la respuesta nacional contra el VIH/SIDA en el país.

### Situación del VIH/SIDA

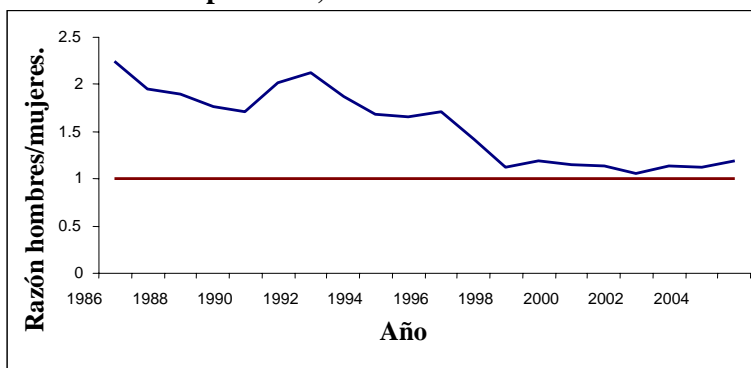
Honduras es uno de los países de Centro América donde la epidemia del VIH/SIDA ha impactado con mayor intensidad ya que es aquí donde se encuentra la mitad de todos los casos de SIDA de la región. Aunque las tasas más elevadas de infección se observan en las zonas urbanas, en todas partes del país se pueden encontrar personas que sufren de VIH/SIDA.

El sistema de vigilancia epidemiológica tiene como insumos instrumentos de recolección de datos tales como la ficha de vigilancia epidemiológica –en la que se recoge información que incluye datos generales, patrón de transmisión, resultados serológicos, entre otros- los cuales se digitalizan en un sistema computarizado. El sistema de vigilancia enfrenta con algunos desafíos –observados en otros países de América Central- tales como las dificultades generadas por el subregistro y un inadecuado apoyo de la red de laboratorios. Además se requiere el mejoramiento del Manual de normas de vigilancia y la consecución de un sistema de información integral de ITS/VIH/SIDA que cuente con un enfoque de salud sexual y reproductiva.

El análisis de la información que, en relación a la epidemia, manejan oficialmente las autoridades del país muestra que entre 1985 y marzo de 2005, se registró un total acumulado de 21.617 casos VIH positivos, un 22% de los cuales correspondía a portadores asintomáticos (Secretaría de Salud, Departamento de ITS-VIH/SIDA, 2005). Con respecto a los casos de SIDA, durante el periodo mencionado anteriormente se registraron 16.672 casos. Cabe señalar, según lo manifiestan organizaciones como ASONAPVISIDAH, que hay un subregistro de casos provenientes de diagnósticos en laboratorios privados.

En los primeros años, el mayor número de casos de SIDA registrados se concentraba en varones, como lo muestra el gráfico 1. La razón hombres/mujeres comenzó a decrecer alrededor de 1993 lo cual puede ser atribuido a una mejora de los registros, particularmente en los casos que afectaban mujeres. Esta razón muestra una tendencia a crecer nuevamente desde 2002.

**Gráfico 1. Evolución de la razón hombre mujer de acuerdo al año de casos de SIDA reportados, Honduras 1986-2005**



Fuente: Honduras. Secretaría de Salud de Honduras.

En Honduras la tasa de prevalencia de VIH en adultos reportada en el año 2003, era la más alta de América Central (1.6%), seguida en importancia por Guatemala y Panamá (1.1 y 0.9 en 2003/2004,<sup>11</sup> respectivamente).

**Tabla 1. Indicadores VIH/SIDA, Honduras 2003**

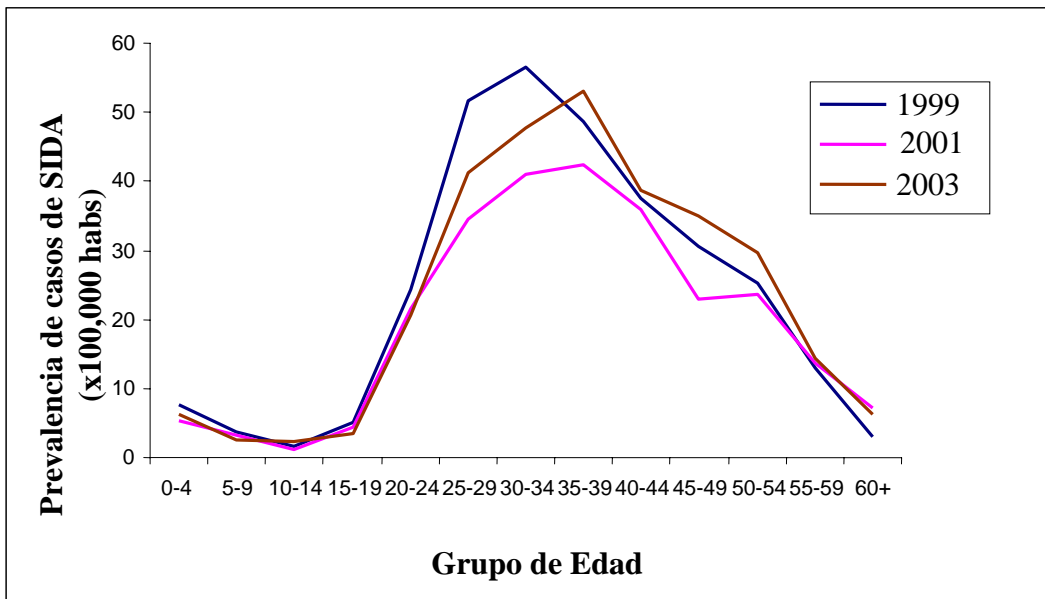
Tasa de Prevalencia de VIH en Adultos (15-49)	1.6%(rango: 1.0%-3.2%)
Adultos (15-49) viviendo con VIH.	59 000(rango: 33 000-100 000)
Adultos y Niños (0-49) viviendo con VIH	63 000(rango: 35 000-110 000)
Mujeres (15-49) viviendo con VIH.	33 000(rango: 19 000-59 000)
Muertes por SIDA (adultos y niños – 2003).	4100(rango: 2300-7200)

Fuente: [http://www.unaids.org/en/Regions\\_Countries/Countries/honduras.asp](http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/honduras.asp)

El gráfico 2 muestra las tasas de SIDA por 100.000 habitantes específicas por edad. En él se puede ver que existe una clara concentración en los grupos de edad entre los 20 y 39 años. En el año 1999, la prevalencia de SIDA en el grupo de edad entre los 30 y 34 años superaba lo 50 casos por cada 100.000 habitantes, una estimación cercana a la observada en 2003, cuando la incidencia de SIDA era de aproximadamente 47 casos por cada 100.000 habitantes.

<sup>11</sup> Información obtenida del Population Reference Bureau ([www.prb.org](http://www.prb.org)) en consulta realizada en febrero 2006.

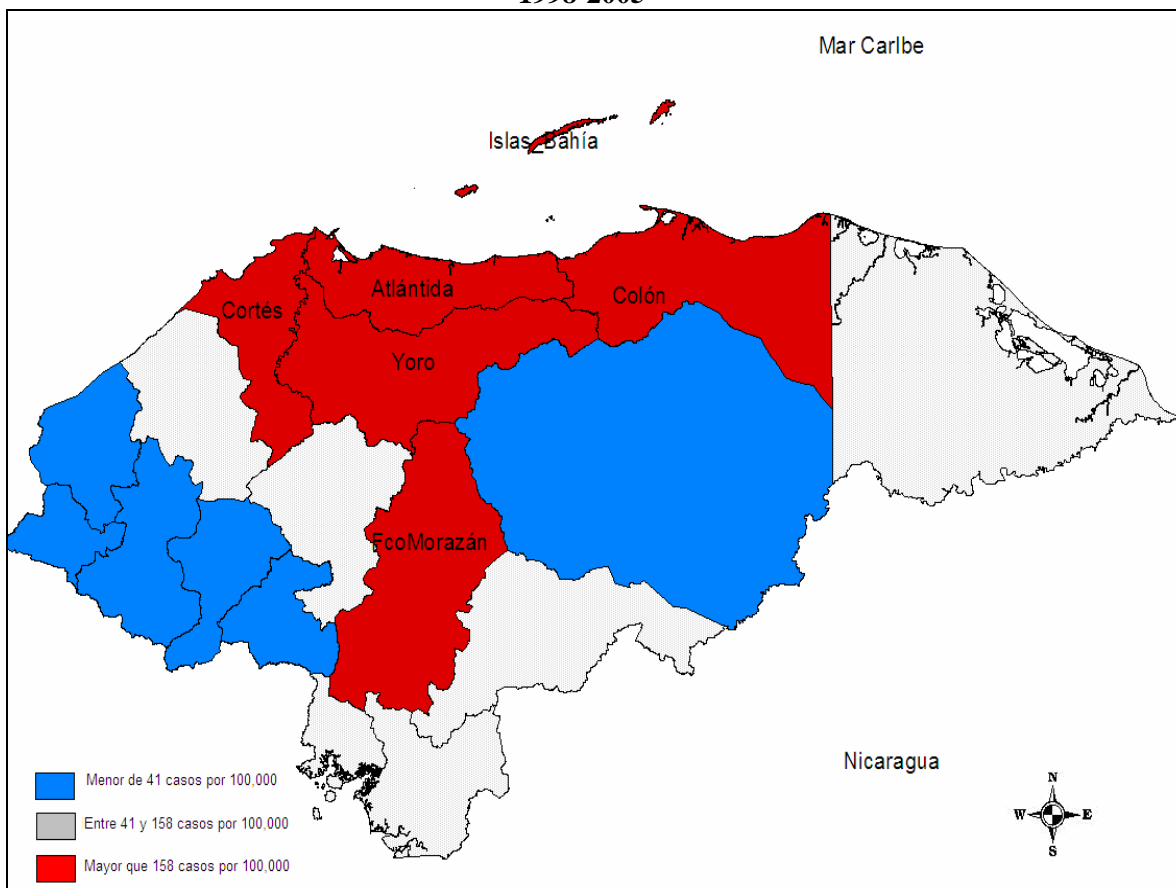
**Gráfico 2. Prevalencia de SIDA por año y grupo de edad, Honduras, 1999-2005.**



Fuente: Honduras. Secretaría de Salud de Honduras.

La figura 1 presenta la distribución geográfica de los casos de SIDA en Honduras. La costa norte de Honduras presentó las mayores tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes del período analizado. Por ejemplo, durante ese período, en el departamento de Cortés, se reportaron 416 casos por cada 100.000 habitantes, una cifra mayor –por casi 110 casos por cada 100.000 habitantes – que la reportada en el departamento de Atlántida. Por otro lado, los departamentos localizados cerca del Pacífico, presentan un número de casos muy inferior que lo observado en la costa norte hondureña. Un caso particular que hay que mencionar es el del departamento de Gracias a Dios, que por sus características de relieve e hidrografía, es poco accesible, lo cual dificulta la notificación correcta y oportuna de casos. Representantes de la Secretaría de Salud han confirmado que la calidad de la información en ésta área es todavía deficitaria.

**Figura 1. No. de casos de SIDA según departamento (x100, 000 habitantes) Honduras, 1998-2005**



Fuente: Datos del Departamento de ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud y del Centro de Población para Centro América.

### Grupos vulnerables

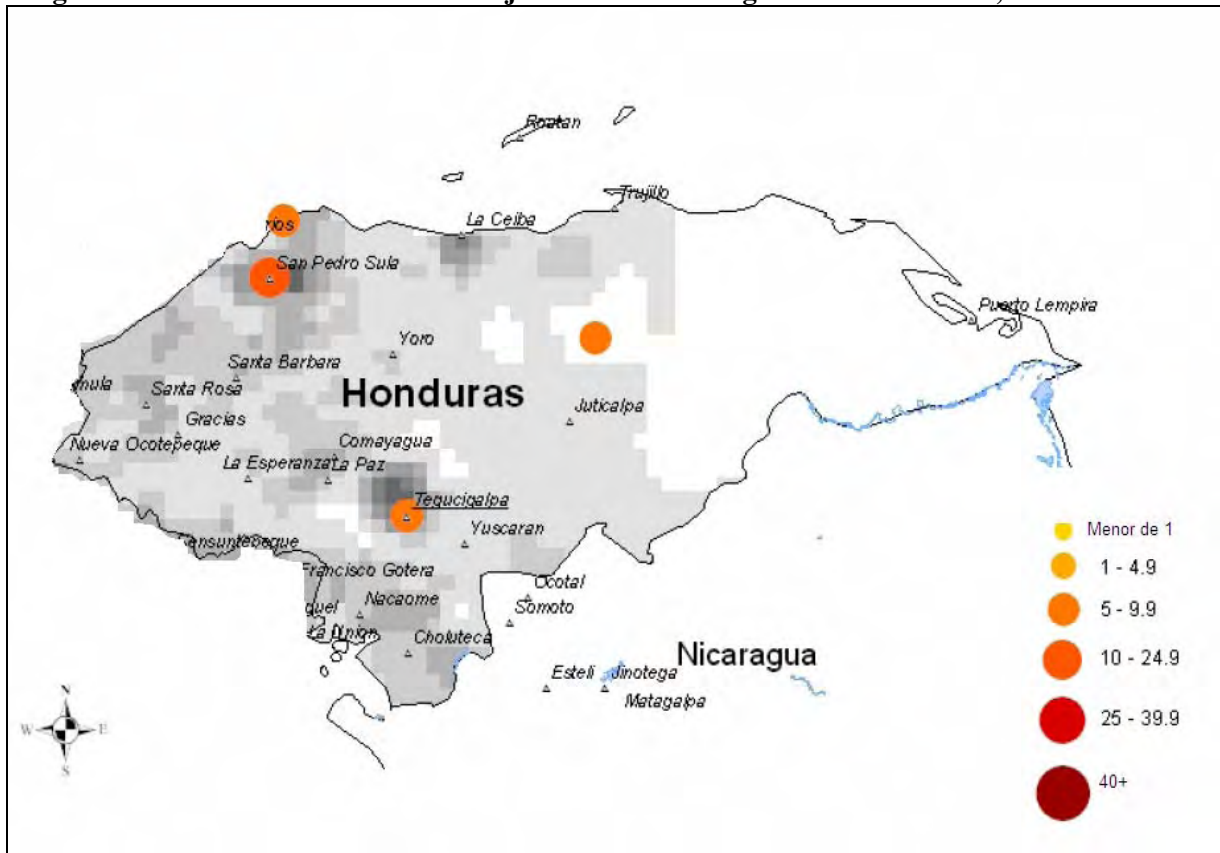
En esta sección, se presenta información sobre la situación de la epidemia en los distintos grupos vulnerables en Honduras.

**Trabajadoras/es Sexuales.** Los primeros esfuerzos investigativos sobre el VIH en TS se llevaron a cabo en 1989. Durante ese año, 518 TS de Tegucigalpa y San Pedro Sula fueron incluidas en la investigación. La prevalencia estimada fue aproximadamente de 5.5% en el caso de Tegucigalpa y aproximadamente 20% (Una prevalencia muy elevada para el período estudiado), en San Pedro Sula. Entre 1991 y 1996, varios estudios de seroprevalencia fueron conducidos en un establecimiento de salud (CESAMO Miguel Paz Barahona) ubicado en San Pedro Sula para obtener mayor evidencia de la elevada prevalencia en este grupo de riesgo. Los hallazgos de este estudio sugirieron que la prevalencia era entre 15% y 20%.<sup>12</sup> Los resultados de un estudio conducido entre febrero

<sup>12</sup> PASCA. Antecedentes VIH/SIDA. Honduras 2003

y junio de 1998, en las ciudades de Comayagua, La Ceiba, San Pedro Sula, Tegucigalpa y Puerto Cortés que indicaron una prevalencia de aproximadamente 10%.<sup>13</sup> Otro estudio conducido por ONUSIDA, el Proyecto de Prevención del VIH/SIDA en Centroamérica (PASCA), CDC, OPS y la Universidad de Washington estimó una prevalencia de 9% en TS. En el siguiente mapa (figura 2), adaptado de la Hoja de Datos País de ONUSIDA, se muestra información de prevalencia en TS, en las distintas zonas del país.<sup>14</sup>

**Figura 2. Prevalencia de VIH en trabajadoras sexuales según zona. Honduras, 2001-2003**



Fuente: Adaptado de ONUSIDA. Hoja de datos de país.

**Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).** El VIH/SIDA ha tenido un efecto considerable en el grupo de HSH en Honduras. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, entre 1985 y 2001, el 8% de los casos de SIDA reportados se vinculan a relaciones homosexuales. Además, un estudio multicéntrico realizado en el año 2001, estimó una prevalencia de aproximadamente el 13%. En San Pedro Sula, uno de los departamentos más afectados por la epidemia, era de aproximadamente 16% -8 puntos porcentuales más alta que la observada en Tegucigalpa.

<sup>13</sup> Secretaría de Salud. Departamento de Control y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA y Tuberculosis. Estudio Sero-epidemiológico de Sífilis, Hepatitis B y VIH en Trabajadoras Comerciales del Sexo Ambulantes de Las Ciudades de Comayagua, La Ceiba, San Pedro Sula, Tegucigalpa y Puerto Cortés

<sup>14</sup> ONUSIDA, PASCA, CDC, OPS y la Universidad de Washington, 2001

**Personas Privadas de Libertad.** Debido a la naturaleza de sus condiciones de vida, los privados de libertad están en elevada condición de vulnerabilidad en Honduras. Entre 1997 y 1998, un estudio llevado a cabo por Sierra (1988) confirmó la severidad de la epidemia en este grupo demográfico, al estimar en 6,8% la prevalencia.

**Mujeres.** La epidemia del VIH/SIDA en Honduras ha sufrido una evidente feminización. Si bien en el año 1986 la razón hombre/mujer en el número de casos de SIDA reportados era de aproximadamente 2:1, para el año 2005, esta brecha prácticamente se había cerrado. Según la información de ONUSIDA, se estimaba que en el año 2003 en Honduras vivían con VIH 33.000 mujeres entre los 15 y 49 años. Existen muchos factores que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres frente a la epidemia, incluyendo rasgos culturales relacionados a la dinámica de las relaciones de pareja, falta de autonomía y empoderamiento de las mujeres, así como problemas de índole socio-económica como el trabajo en maquilas y las migraciones.

**Jóvenes vulnerables.** La población menor de 20 años de edad constituye un grupo particularmente vulnerable. En 2004, el 12% del total de casos de SIDA registrados, correspondían a menores de 20 años. (Departamento de ITS/VIH/SIDA – Secretaría de Salud, 2005).

**Huérfanos.** No se ha podido ubicar información suficiente sobre la situación de los menores de 15 años que perdieron a sus padres por el VIH/SIDA. Uno de los pocos estudios, realizado por UNICEF en el 2002, establece que aproximadamente 14.000 niños hondureños se han convertido en huérfanos por causa de la epidemia.<sup>15</sup>

**Uniformados.** De acuerdo con datos de ONUSIDA, en 1997 la prevalencia de VIH/SIDA en reclutas militares era de aproximadamente el 6,8%. El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) ha firmado un acuerdo con las fuerzas armadas de Honduras para mejorar la atención de las PVVS dentro del ejército.

**Grupos migratorios/Poblaciones móviles en regiones afectadas.** En 1998, la Secretaría de Salud condujo un estudio de seroprevalencia dirigido a conductores de camiones internacionales. La prevalencia estimada en este grupo correspondió al 1.3%.

**Grupos indígenas y afrodescendientes afectados.** En un estudio sobre población Garífuna realizado por Sierra en 1999, en las comunidades de El Triunfo de la Cruz, Bajamar, Sambo Creek y Corozal, usando muestreo estratificado (176 mujeres y 134 hombres), se encontró una prevalencia de VIH de aproximadamente 8.4% (la prevalencia estimada en mujeres fue 8.5%).<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> UNICEF. Niñez huérfana afectada o conviviendo con VIH/SIDA en Honduras, 2002.

<sup>16</sup> Secretaría de Salud. Departamento de Control y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA y Tuberculosis. Estudio Sero-epidemiológico de Sífilis, Hepatitis B y VIH En Población Garífuna de El Triunfo de la Cruz, Bajamar, Sambo Creek y Corozal, 1999.

En años recientes, los garífunas han migrado, no sólo a nivel interno hacia las ciudades como La Ceiba y San Pedro Sula, sino también a nivel internacional, hacia las ciudades como Nueva York, Los Ángeles y Londres –ciudades donde la situación de VIH/SIDA es considerable y preocupante-. Algunas de las causas que favorecen la migración en las comunidades garífunas, se deben a la presión generada por la disminución de oportunidades y la escasez de tierra, así como por la cantidad de jóvenes que buscan en el exterior un mejor futuro tanto para ellos como para sus familias. Cuando los migrantes garífunas retornan a sus lugares de origen, se convierten en un vehículo probable de la epidemia.

Los miembros de la Organización Gemelos de Honduras –parte del Centro de Promoción en Salud y Asistencia Familiar (CEPROSAF)- han manifestado que se requiere enfatizar en la protección de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA en las zonas Garífunas. Entre otras cosas, ellos necesitan conocer los mecanismos para presentar sus denuncias en los servicios locales que presta el Comisionado de Derechos Humanos de Honduras.

**Discapitados.** Como en otros países de la región, no se encontraron datos sobre la situación de VIH/SIDA en personas discapacitadas. Aparentemente, este grupo poblacional no ha sido incluido en investigaciones, lo cual señala una deficiencia en los análisis situacionales.

### **Información de la población general acerca del VIH/SIDA.**

En 2003 PASCA y el Proyecto Acción SIDA de Centroamérica realizó, a través de la firma de Consultoría (CID-Gallup), una encuesta de opinión. Esta encuesta se llevó a cabo en todos los países de la región entre la población adulta. Para el caso de Honduras, algunos de los hallazgos más relevantes fueron:

- Aproximadamente el 75% de los entrevistados afirmaba haber oído mucho sobre el VIH/SIDA.
- El 99% afirmaba estaba de acuerdo (incluye categorías de acuerdo y muy de acuerdo) en afirmar que el VIH/SIDA era un problema serio en el país.
- Casi el 100% estaba de acuerdo en que se diera información sobre VIH/SIDA en los colegios.
- El 86% estaba de acuerdo en que el dueño de una empresa solicitara una prueba de VIH como requisito de empleo.
- 90% estaba en desacuerdo en que las mujeres con VIH quedaran embarazadas.

## Respuesta Nacional al VIH/SIDA.

Honduras fue uno de los primeros países de Latinoamérica que diseñó una respuesta nacional a la epidemia organizando un Sistema de Vigilancia Epidemiológica y una red de laboratorios para pruebas gratuitas para VIH a toda la población. A continuación se presentan algunos hitos importantes:

- (1) Inicialmente se creó la Comisión Nacional de SIDA cuya función básica era la de documentar y seguir los casos detectados así como la de proponer recomendaciones a las autoridades de la Secretaría de Salud.
- (2) Se creó el Programa Nacional de VIH/SIDA, y en 1994 se fusionó con el programa de ITS. En la actualidad, el departamento cuenta, además de la Unidad Coordinadora, con las Unidades de Educación (UE), Reducción de Impacto (UARI) y Vigilancia Epidemiológica e Investigación (UVEI).
- (3) Se preparó un Plan Estratégico Nacional para el período 1998 – 2001 el que es validado por un amplio número de organizaciones e instituciones
- (4) Actualmente, se cuenta con un Mecanismo Coordinador de País que integra a diversas entidades.

### MARCO LEGAL Y REGULADOR

En un estudio realizado por el Comisionado Nacional de Derechos Humanos. (CONADEH) se identificaron como violaciones más comunes a los derechos de PVVS:<sup>17</sup>

- Pruebas de VIH realizadas sin el consentimiento de la persona.
- Violación de la confidencialidad de los resultados de pruebas.
- Negación de entrada de PVVS a un centro médico.
- Negación de tratamiento médico (el estudio incluye varios testimonios en los que se manifiestan deficiencias en la provisión del tratamiento entre el 2001 y 2002 en el Hospital Escuela de Tegucigalpa y en el Hospital San Felipe).
- Negación del tratamiento antirretroviral.
- Aislamiento dentro de las instalaciones hospitalarias.

Honduras ha avanzado ya un número de pasos para la elaborar, aprobar y poner en práctica legislaciones especiales de combate contra la epidemia. Las Políticas Nacionales sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA fueron preparadas a finales de 1997 e implementadas oficialmente por el Ministerio de Salud en 1999. Ese mismo año, ese Ministerio aprobó los Lineamientos Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva para cumplir con los compromisos adquiridos en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994. Estos lineamientos propusieron objetivos claros para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva, especialmente en

---

<sup>17</sup> (CONADEH. Estimación de la calidad de atención integral en salud en las personas viviendo con VIH/SIDA desde una perspectiva de los Derechos Humanos. Tegucigalpa, Honduras, 2004).

la población femenina. (Secretaría de Salud, 1999). En septiembre de 1999, el gobierno hondureño aprobó la *Ley Especial de VIH/SDA – Decreto No. 147-99*. Los principales objetivos de esta ley incluían:

- (1) La creación de los mecanismos de una coordinación institucional para la prevención, tratamiento e investigación relacionada al VIH/SIDA,
- (2) La asignación de responsabilidades civiles y gubernamentales relacionadas a la respuesta contra el VIH/SIDA, y
- (3) La definición de los derechos y deberes de las PVVS.

Además, esta ley estableció el marco regulador de la Comisión Nacional de VIH/SIDA (CONASIDA), encargada de la organización institucional y elaboración de políticas relacionadas con la epidemia. La ley también establecía que cualquier marco legal que pretendiera promover el combate contra la epidemia debería ser claro en cuanto a la prevención de la discriminación de las PVVS. Esta aseveración está contenida de manera reiterada y explícita en la ley a través del contenido de los siguientes artículos.

**Tabla 2. Descripción de artículos relacionados con la protección de derechos de las PVVS, Ley Especial sobre VIH/SIDA, Honduras.**

<p><b>Artículo 2:</b> En este artículo, la lucha contra el VIH/SIDA se declara de interés nacional. Además, se demanda la puesta en práctica del respeto a las PVVS.</p> <p><b>Artículo 47:</b> Este artículo establece y reconoce el derecho la obtención de servicios de salud –sin distinción entre servicios públicos y privados- de las PVVS.</p> <p><b>Artículo 48:</b> La negación de un servicio oportuno y apropiado para PVVS se reconoce como una violación que amerita castigo.</p> <p><b>Artículo 49:</b> Este artículo establece que ningún profesional de la salud puede negar tratamiento a una PVVS.</p> <p><b>Artículo 51:</b> Los centros de educación no pueden restringir el ingreso de las PVVS a sus diferentes programas. Si este lineamiento se incumple se impone una multa equivalente a un salario mínimo cuando es el primer caso y tres salarios mínimos si la violación del lineamiento se repite.</p> <p><b>Artículo 52:</b> Este artículo propone que ninguna persona puede ser despedida de su trabajo basado en la condición de si es o no una persona viviendo con VIH/SIDA.</p> <p><b>Artículo 63:</b> Las personas privadas de libertad deben ser tratadas como cualquier otra persona con respecto a la realización de pruebas y la prevención del VIH/SIDA. Consecuentemente, ninguna de estas personas debe ser forzada a practicarse una prueba diagnóstica de VIH.</p> <p><b>Artículo 64:</b> Las personas privadas de libertad que viven con VIH/SIDA tienen derecho a recibir el tratamiento apropiado en condiciones adecuadas.</p> <p><b>Artículo 65:</b> Las PVVS tienen el derecho a recibir información y educación relacionada a su condición.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Ley Especial Sobre VIH/SIDA. Decreto No. 147-99 del 9 de septiembre de 1999. República de Honduras

El artículo 37 de la Ley Especial de VIH/SIDA establece que el Ministerio de Salud, a través de la Comisión Nacional de VIH/SIDA está encargado de preparar una lista de medicamentos y otros insumos médicos que hayan demostrado efectividad en la lucha contra el VIH/SIDA. Cabe mencionar que la ley únicamente se refiere a tratamiento médico general, sin hacer especial referencia a ARV.

En mayo de 2003, se aprobaron lineamientos complementarios para la Ley Especial sobre VIH/SIDA para enfatizar la promoción, prevención, investigaciones y derechos de las PVVS.

Estos documentos e iniciativas establecen el marco regulador en relación al VIH/SIDA en Honduras, marco que mayormente coincide con el descrito en el protocolo contra la discriminación de UNAIDS de las PVVS. Sin embargo, la existencia de la ley especial no implica necesariamente su adecuada implementación.

Un estudio conducido conjuntamente por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y CONADEH en el año 2003, indicó que la Ley no estipula el derecho de una persona de oponerse a un examen médico antes de ingresar a una institución educativa. Esta situación podría conducir a restricciones al derecho de ingresar a recibir educación.<sup>18</sup>

Las mujeres privadas de libertad del Centro Femenino de Adaptación Social (CEFAS), no conocían la existencia de la Ley Especial de VIH/SIDA. El estudio encontró también que en ese centro de detención, había casos no reportados de discriminación para las mujeres detenidas que vivían con el VIH/SIDA, no sólo por parte de sus pares, sino también por parte de sus custodios.<sup>19</sup>

A los efectos de este estudio, la CONADEH aplicó en Honduras las preguntas del anexo 5 del protocolo de ONUSIDA sobre discriminación arbitraria. A continuación se presentan los principales hallazgos.

*Cuidados de Salud.* De los 7 aspectos explorados en el área de cuidados de la salud cuatro han ocurrido en la práctica. Específicamente, estos aspectos corresponden al tratamiento diferente a pacientes portadores del VIH, la realización de pruebas del VIH sin conocimiento, la cuarentena y la segregación en hospitales, dispensarios, residencias, etc. En cuanto al tratamiento diferente, se comprobó que éste sucede cuando el paciente presenta enfermedades oportunistas, como tuberculosis o afecciones en la piel. Únicamente uno de los siete aspectos explorados está regulado en los procedimientos internos. Este aspecto corresponde a la notificación obligatoria del estado sexológico respecto al VIH/SIDA a las parejas sexuales y/o familiares.

*Empleo.* Todos los aspectos explorados sobre la discriminación a PVVS en el ambiente laboral ocurren en la práctica. Por ejemplo: pruebas obligatorias de VIH/SIDA antes de la contratación en el sector privado, especialmente en las maquilas o preguntas relacionadas con el estado serológico en formularios de reclutamiento. CONADEH indica que hay preguntas en dichos formulario que aunque no incluyen directamente el concepto del VIH/SIDA podrían servir al empleador para inferir el estado de la persona. También se

---

<sup>18</sup> PNUD/CONADEH. Cumplimiento de la Ley Especial de VIH/SIDA en Honduras y comparación con legislación sobre VIH/SIDA de Centro América y Panamá. Tegucigalpa, 2003

<sup>19</sup> CIPE/CONADEH. Diagnóstico de Línea Base para identificar las violaciones a los derechos humanos de las personas viviendo con VIH/SIDA, 2004

informó de casos de despidos por condición del estado sexológico, aún cuando el artículo 53 de la Ley Especial de VIH/SIDA específicamente menciona que, “el empleador no podrá despedir, sancionar, degradar ó disminuir en su salario a sus empleados infectados por el VIH.”. El artículo 54 por su parte establece que “las personas trabajadoras o empleadas seropositivas, no están obligadas a informar sobre su condición serológica, siempre y cuando ello no implique riesgo de contagiar para otras personas”. Esto implica que toda prueba de VIH obligatoria es contra la ley.

*Justicia/Procesos Jurídicos.* De los cuatro aspectos explorados en esta área temática, los datos sugieren que únicamente dos ocurren en la práctica. Estos dos aspectos corresponden a la creación de delitos criminales específicos en caso de la transmisión deliberada del VIH/SIDA y a las diferencias en cuanto a sentencias y penas por razón del VIH/SIDA. Respecto del primero, en su artículo 80, estipula que la propagación del VIH en forma dolosa o culposa estará sujeta a las sanciones y penas previstas en los artículos 180, 184 y 191 del Código de Penal. Por otro lado, no se cuenta con datos relacionados con la tipificación de la prostitución y de las relaciones sexuales entre varones como delitos, conductas que se consideran propagadoras de la epidemia.

*Administración Pública.* El Decreto N° 208-2003 - Ley de Migración y Extranjería de Honduras (2004), en su artículo 81 estipula que se negará la entrada al país a extranjeros que padezcan de enfermedades cuyo ingreso lo prohíbe la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud”.<sup>20</sup>

*Bienestar Social, vivienda, educación y familia y salud reproductiva.* Al parecer existen casos de negación o restricción de acceso a prestaciones de la seguridad social, sin embargo, no se cuenta con evidencia clara de esto y se requiere explorar más detenidamente este aspecto. También hay casos en que se requiere de pruebas de VIH obligatorias para acceder a viviendas o derecho de permanencia, especialmente por parte de los bancos y financieras. Según la información proporcionada por CONADEH, existen casos de discriminación de parte de maestros y familiares que al romper la confidencialidad relacionada al estado serológico del alumno(a) crean las condiciones para que se niegue el acceso a la educación. De los cuatro aspectos estudiados en el área de *Vida Familiar y reproductiva*, dos fueron identificados: determinación de pruebas prematrimoniales obligatorias y a pruebas prenatales obligatorias. El artículo 32 de la ley especial de VIH/SIDA estipula que “La autoridad correspondiente exigirá la prueba del VIH/SIDA a las parejas que están por formarse como requisito previo para contraer matrimonio.”<sup>21</sup>

El anexo 5 del protocolo contra discriminación arbitraria de ONUSIDA pone énfasis en la existencia de instancias o entidades que luchen contra dicha discriminación en el país. En Honduras la situación es la siguiente:

---

<sup>20</sup> Decreto N° 208-2003 - Ley de Migración y Extranjería de Honduras (2004). Es importante mencionar que no se menciona específicamente al VIH/SIDA, pero dicho artículo podría implicar la denegación de entrada al país para personas que lo padecen.

<sup>21</sup> Ley Especial de VIH/SIDA Honduras.

- En el año 2001 se establece el Foro Nacional de SIDA. Dicho foro tiene doce capítulos regionales en las regiones central y sur del país, así como en San Pedro Sula, Gracias a Dios y las Islas de la Bahía. La labor del Foro Nacional de SIDA incluye la defensa y promoción de los derechos humanos de las PVVS, la creación de capital social para combatir la epidemia y el fortalecimiento de las respuestas comunitarias ante el VIH/SIDA. Además, el Foro contribuye a la coordinación institucional relacionada con los esfuerzos de prevención y tratamiento.
- Existe una entidad llamada Comisionado Nacional de Derechos Humanos, cuya actividad principal es la defensa de los derechos humanos en general., que cuenta con un programa dedicado únicamente a la protección de los Derechos Humanos de las PVVS.
- La CONADEH es la entidad responsable del seguimiento de las denuncias de discriminación y violación de derechos de las PVVS. Las denuncias son analizadas por CONADEH y según sea la situación, se presenta el caso ante las autoridades judiciales competentes.
- Las PVVS crearon la Asociación de Personas que Viven con el VIH/SIDA (ASONAPVSI DAH) cuyo objetivo primordial es la defensa de los Derechos Humanos de las PVVS, La asociación fue creada en San Pedro Sula en el año 2000 y actualmente cuenta con 28 grupos de apoyo alrededor del país. En los últimos años, ASONAPVSI DAH se ha convertido en punto de referencia relacionado al apoyo a las PVVS en Honduras.

## **PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES**

En esta sección, se presenta una descripción de experiencias/proyectos para la lucha contra el VIH/SIDA y de las organizaciones que los ejecutan. Para ser seleccionados estos proyectos debían estar en ejecución durante al menos dos años; dirigido a grupos vulnerables de acuerdo a la clasificación utilizada en el estudio; tener una medición de efectividad.; tener objetivos de prevención efectiva hacia HSH y diseminación de información para el control de la epidemia, disminución de la estigmatización y la discriminación de grupos vulnerables, acceso y cobertura, y o cambio de comportamientos.

### **Programa Derechos Humanos y VIH/SIDA**

#### *Comisionado Nacional de los derechos humanos*

Los principales objetivos del programa incluyen: Promover y defender los derechos humanos de las personas que viven y conviven con el VIH/SIDA contribuyendo a la calidad de vida, y a propiciar una cultura de denuncia y disminuir el estigma y la discriminación, así como mejorar los derechos humanos de las PVVS. La población beneficiada por este proyecto incluye a TS, HSH, población afrodescendiente, grupos migratorios en regiones afectadas y damnificados directos por causa de la epidemia del VIH/SIDA, así como la población en general.

Este programa responde a lo establecido en el Plan Estratégico Nacional para la lucha contra el VIH/SIDA promoviendo la defensa de los derechos humanos basados en la libertad y la igualdad. Cuando el programa comenzó, en el año 2002, recibió financiamiento de parte del Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Desde el año 2003, cuenta con financiamiento del Proyecto Fondo Mundial.

El objetivo primordial del CONADEH es garantizar el respeto a los derechos humanos de todas las personas que habitan en el territorio nacional, velando por que los actos y resoluciones de las autoridades públicas tengan concordancia con los preceptos de la Constitución de la República, las leyes, los tratados y los convenios internacionales suscritos por Honduras. El Comisionado funcionó entre 1992-1995, como un Despacho del Poder Ejecutivo, y en 1995 se le otorgó rango constitucional. Esta entidad es producto de un reclamo social organizado como movimiento por los derechos humanos, bajo circunstancias del más alto riesgo en abril 1981 por parte de la Federación de Estudiantes Universitarios de Honduras (FEUH). Esta última presentó ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos la primera denuncia por la desaparición forzada de unas veinte personas en un solo día. En ese año, se fundó el Comité para la Defensa de los Derechos Humanos(CODEH) y diez años después, las gestiones de este comité en Ginebra contribuyeron a que la ONU ofreciera asesoría en derechos humanos a la administración del Lic. Rafael Leonardo Callejas (período 1990- 1994), creando el CONADEH como Despacho del Poder Ejecutivo.

La constante violación de los derechos humanos de las PVVS es consecuencia de la falta de información y educación, que persiste pese a los esfuerzos del gobierno y las organizaciones de la sociedad civil. El problema es más notorio en los sectores socialmente más postergados, principalmente en las áreas rurales. La ausencia de una cultura de presentación de quejas o demandas combinado con una falta general de empoderamiento y de conocimiento de los procesos específicos para ejercer los derechos de queja, contribuye a esta discriminación. La lentitud del sistema judicial ha generado una falta de confianza en que la agencia del defensor del estado pueda restituir los derechos violados.

El CONADEH, en una alianza con la Asociación Nacional de PVVS (ASONAPVSI DAH), el Foro Nacional de SIDA, y con organizaciones del sector civil y de gobierno buscan fortalecer la protección de los derechos de las PVVS:

1. fortaleciendo los promotores y defensores de los derechos de las PVVS
2. desarrollando un sistema itinerante para la recolección de quejas o demandas sobre violaciones a los derechos humanos
3. reestableciendo derechos que han sido violados

El CONADEH cuenta con 15 delegaciones distribuidas en diferentes regiones del país: 6 delegaciones regionales, delegaciones departamentales y 132 empleados a nivel nacional. Para realizar sus actividades, el programa cuenta con un coordinador, un asistente técnico y un asistente administrativo, para coordinación y gestión en el nivel nacional:

Los planes futuros y prioridades del CONADEH incluyen:

- (1) Disminuir el estigma y la discriminación hacia las personas viviendo con VIH/SIDA.
- (2) Cambio de actitud hacia la aceptación de las PVVS.
- (3) Capacitar a la población sobre VIH/SIDA y derechos humanos y la labor del CONADEH.
- (4) Optimizar la calidad de respuesta de la red de defensores y promotores ante cualquier violación de los derechos humanos de las PVVS.
- (5) Coordinación y mejoramiento del apoyo que reciben las instituciones que trabajan en el tema de VIH/SIDA y derechos humanos, de parte de los demás sectores e instituciones de la sociedad.

*Resultados.* Este es un proceso innovador y permanente que promueve la autodefensa de los derechos humanos para reducir el estigma y la discriminación. El programa se consideró un éxito debido a que se obtuvieron los siguientes resultados:

- (1) El programa fortaleció organizaciones de defensa de derechos humanos en diferentes grupos tales como privados de libertad, HSH y TS.
- (2) Se atendieron 53 quejas y se restituyeron oportunamente los derechos conculcados a los peticionarios(as). Cerca del 80% de las quejas (llegadas por teléfono, visitas o correos electrónicos) fueron investigadas.
- (3) El programa incluye 39 municipios del país donde está concentrada la epidemia del VIH/SIDA.
- (4) El programa implementó y fortaleció 20 redes de defensores de derechos humanos y VIH/SIDA en diversos municipios a nivel nacional.
- (5) Se realizaron 16 visitas e inspecciones a centros de detención, centros penales, centros de internamiento de menores, centros que prestan servicios públicos (centros educativos, hospitales, centros de trabajo, centros de tolerancia, etc.), en coordinación con la ASONAPVSI DAH y el Foro Nacional de SIDA.
- (6) Se realizaron 76 talleres de capacitación sobre derechos humanos y VIH-SIDA, estigma y discriminación, y sobre acceso al sistema de quejas del CONADEH, dirigidos a miembros de las redes, a ASONAPVSI DAH, a las alcaldías municipales, etc. Un total de 2.622 personas recibieron capacitación.
- (7) Se diseñó una campaña de información, educación y comunicación. Se elaboraron cuñas radiales, trípticos, carteles, cartillas informativas y un programa diferenciado para el proceso de movilización itinerante.
- (8) Se implementaron 44 unidades móviles para llegar a municipalidades y comunidades que de otra forma no hubieran accedido a los servicios. Las unidades proveyeron información, educación, recibieron de quejas y las analizaron. También se inspeccionaron diferentes centros a través de la red de defensores de los derechos humanos. Esta unidades se ubicaron en los siguientes

- municipios: Erandique, Langue, Valle, Marcovia, Monjaras, Cedeño, Pespire, Roatan, Islas de la Bahía, Utila, Jutiapa, Tela Atlántica, Progreso Y Villanueva, Lepaterique, Valle de Angeles, Maralely Maraita, Municipio de Jocón y Santa Rita de Yoro, Orica, Reitoca, Alubaren, San Miguelito, La Libertad, FM, La Entrada, Copan, San Manuel, Lempira, Vallecillo, Reitoca, Alubaren, San Miguelito, La Libertad, y centro Penitenciario de Tamara, Dulce Nombre de Culmi y Campamento, El Paraíso y Yuscaran, Valle de Angeles, San Marcos de Santa Bárbara, Municipios de La Lima , Cortes, Choloma, Santa Cruz de Yojoa.
- (9) Se diseñó del régimen para la garantía efectiva de los derechos de las personas, obligó a revisar y fortalecer el sistema de quejas del CONADEH, aspecto reflejado en el incremento de las quejas recibidas y su mejor atención.
  - (10) Se fortalecieron las alianzas estratégicas establecidas entre el gobierno y la sociedad civil.
  - (11) Se coordinó estrechamente con el Foro Nacional de Sida (FONASIDA) y la Asociación Nacional de personas viviendo con el VIH/SIDA (ASONAPVSIDAH).
  - (12) El desarrollo de actividades para el diseño y validación de un currículo educativo en materia de DDHH y VIH/SIDA, instrumento que fortalece el trabajo educativo hacia la población.
  - (13) Incorporación de la campaña de educación y comunicación diferenciada en el proceso de movilización itinerante comunitaria, mediante la distribución del material elaborado (impresos y cuñas radiales).
  - (14) El desarrollo y acompañamiento de los procesos de vigilancia y auditoría social, lo cual se ha brindado a las PVVS en coordinación con el Foro Nacional de Sida y otras organizaciones, para el abastecimiento de medicamentos y la vigilancia realizada por las PVVS en los centros de atención integral para su oportuna y adecuada atención.

### **Proyecto “Diversidad e integración para la prevención”**

*Programa Nacional de Prevención y Atención En ITS y VIH/SIDA para Hombres Gay, Bisexuales, Travestis y Hombres que Tienen sexo con otros Hombres – Asociación Kukulkán.*

Según el estudio Multicéntrico del año 2001, la prevalencia del VIH/SIDA en los HSH era de 13%, lo que sí demuestra un fuerte impacto de la epidemia sobre la comunidad gay en Honduras y, en consecuencia, en estrecha vinculación con la economía, la producción y otros efectos sociales y familiares. El objetivo principal del proyecto es contribuir a la reducción en un 20% de la tasa de incidencia de VIH, a través de la implementación de estrategias de promoción y protección de la salud, promoción y defensa de los derechos humanos y del fortalecimiento, integración y desarrollo institucional de los grupos de Hombres Gay, Bisexuales, HSH y Travestís, entre las edades de 18 a 39 años en los municipios seleccionados. El proyecto estima alcanzar a 21.000 HSH para el 2008.

Este proyecto forma parte de las acciones contempladas en el Plan Estratégico Nacional de Lucha Contra el VIH/SIDA (PENSIDA II), en lo que respecta a la prevención en grupos vulnerables (HSH, en este caso particular). El Proyecto es financiado por PNUD y el Fondo Mundial y se espera que otras fuentes internacionales como el Gobierno y ONUSIDA aporten financiamiento para poder continuar más allá del 2008.

*La Asociación Kukulkán*, es una organización no gubernamental fundada en 2002, como una iniciativa de un grupo de hombres, interesados en crear un espacio para desarrollar acciones e intervenciones de calidad, que contribuyan a la solución de problemas y necesidades que se presentan en la población gay, bisexual, transgénero y lésbica, en el campo de los derechos humanos, la salud integral y la participación ciudadana. Tiene un particular interés en llevar al público el trabajo en la temática de la sexualidad masculina y la equidad social hacia grupos socialmente excluidos por la cultura y sociedad hondureña. El nombre de la organización, *Kukulkán*, está vinculado a la denominación que el pueblo maya le daba a su máximo Dios, que lleva este nombre y que es conocido también como “*QUETZALCOATL*” –la serpiente emplumada– en el idioma Náhuatl. Este Dios simbolizaba y se relacionaba principalmente con el inicio de nuevas etapas o eras en la vida de los mayas.

Kukulkán está integrada por un grupo de personas interesadas en aportar lo mejor de sí mismas para su desarrollo y proyección. Estas personas se han agrupado bajo las siguientes estructuras, en línea descendente de poder y toma de decisiones: Asamblea de fundadores; Comité Directivo; Dirección Organizativa; Coordinación Técnica de Proyectos, de la cual dependen; Oficialía de Promoción y Educación; Oficialía de Comunicaciones y Relaciones Públicas; Asistencia Técnica; Monitoreo y Evaluación; Administración y contabilidad; Colaboradores, Voluntarios que apoyan a las diferentes unidades; Comité Asesor, compuesto por personas con experiencia en los ejes de trabajo organizativo y que apoyan a través de la asistencia técnica, la garantía de calidad de los programas.

El proyecto “*Diversidad e integración para la prevención*” nace como una necesidad detectada en el año 2002 por la comunidad de hombres gay en Honduras, concebida particularmente por las organizaciones y grupos que conforman la Coalición de Organizaciones Gay de Honduras (COGAYLESH). Estas organizaciones incluyen:

- (1) Asociación Kukulkán
- (2) Asociación Colectivo Violeta
- (3) Comunidad Gay Sampedrana para la Salud Integral
- (4) Organización Pro Unión Gay Ceibeña
- (5) Asociación Arco iris
- (6) Centro Integral Imágenes Positivas
- (7) Colectivo Travestí de San Pedro Sula
- (8) Red de Hombres Gay Positivos
- (9) Centro de Prevención en Salud, Sexualidad y SIDA

*Resultados.* Algunas de las razones por las cuales se considera que el proyecto es exitoso incluyen:

- (1) Respuesta de base desde la construcción de la misma comunidad afectada por el VIH/SIDA.
- (2) Respuesta mancomunada con un mismo norte y con el concurso de todas las asociaciones de base en la lucha contra el VIH/SIDA y otras epidemias (homofobia) rompiendo con los esfuerzos aislados.
- (3) Intervención con respuestas acordes a grupos excluidos por la cultura machista de la sociedad.
- (4) Abordaje mediante diferentes estrategias metodológicas a más de 7.000 HSH, información de prevención individualizada (estrategia de pares).
- (5) Potenciación de los valores de la amistad, liderazgo nato (como facilitadores captados) de pequeños grupos naturales para que estos líderes formados se constituyan en referentes normativos para el cambio de conductas saludables y evitar las ITS y el VIH/SIDA en dichos grupos.
- (6) Implementación de acciones generadoras de alianzas institucionales con las organizaciones de base, creando acceso a atención en centros de salud a la población HSH en cuatro ciudades de Honduras. (La Ceiba, Tegucigalpa, San Pedro Sula y Comayagua).

### **Prevención del VIH/SIDA en población adolescente de la etnia Garífuna**

*Centro de Promoción en Salud y Asistencia Familiar (CEPROSAF). La Ceiba, Atlántida, Honduras.*

En el año 2005, el Centro de Promoción en Salud y Asistencia Familiar (CEPROSAF) inicia el proceso gerencial de administración de 20 Proyectos integrados a las Mancomunidades del Atlántico y Garífunas, conformadas por 12 organizaciones en las mancomunidades del Atlántico y 8 en las comunidades Garífunas. Los proyectos tenían como objetivo central contribuir a la disminución de la incidencia del VIH/SIDA e ITS, enfocándose en poblaciones preescolares, adolescentes y jóvenes cristianos y/o en condiciones de riesgo (ej. integrantes de maras), y estudiantes de enseñanza primaria y secundaria (pertenecientes a grupos indígenas afrodescendientes dependientes y grupos vulnerables). Las intervenciones se caracterizan por el desarrollo de diferentes modalidades de capacitación incluyendo talleres, jornadas reflexivas, charlas o sesiones educativas, entre otras.

Esta organización cuenta con dos objetivos claramente definidos: Promocionar la salud integral de la familia, fortaleciendo procesos orientados a mejorar la calidad de vida y apoyar las intervenciones de abordaje al riesgo para preservar y conservar la familia en un ambiente saludable. La organización trabaja con poblaciones jóvenes y adultas en cuanto a prevención de ITS/VIH/SIDA, defensa de los derechos humanos, estigma y discriminación, familias microempresarias, líderes que educan a otras familias, desarrollo

organizacional, salud sexual y reproductiva y organización de microempresas con personas con VIH/SIDA.

El Proyecto de las Mancomunidades esta íntimamente relacionado con la implementación del PENSIDA en el cumplimiento de los objetivos dirigidos a:

- (1) Fortalecer la organización y participación comunitaria para dar respuesta eficaz y oportuna a los grupos vulnerables.
- (2) Contribuir a la reducción de la violencia de género.
- (3) Promover cambios de conductas y adopción de prácticas saludables para reducir la transmisión del VIH/SIDA.

El Fondo Mundial aportó L.6, 536,305.55 para intervenciones en diferentes grupos demográficos, destinándose un 48% del monto a poblaciones adolescentes.

CEPROSAF es una organización no gubernamental sin fines de lucro, creada para desarrollar proyectos de salud que promuevan y asistan a familias. Su sede principal está en La Ceiba, Atlántida, y su Junta Directiva está integrada por una Directora Ejecutiva, una Sub-Directora, una tesorera, un fiscal, un vocal y una secretaria. Las integrantes de la organización tienen entrenamiento profesionales en campos de la investigación, docencia, epidemiología, salud escolar y del adolescente, monitoreo y evaluación, gestión de ONG y procesos de calidad, lo cual permite un enfoque más efectivo y eficiente en la ejecución de proyectos. La organización desarrolla proyectos tanto en el área urbana como rural. CEPROSAF tiene amplia experiencia en la ejecución de Proyectos con organizaciones de carácter nacional como el Programa de ITS/VIH/SIDA e internacionales, como con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Capitulo Nacional FORO SIDA, la Agencia para Desarrollo Educativo (AED), PNUD/FONDO MUNDIAL, Banco Mundial y GO Joven.

CEPROSAF brinda asistencia técnico-administrativa sobre la base de seguimiento periódico y sistemático basándose en un sistema de monitoreo y evaluación que incluye un manual de procedimientos administrativos. La modalidad de proyectos mancomunados se establece en consenso con las diferentes organizaciones que la conforman, al considerar la necesidad de optimizar esfuerzos, recursos y capacidades para facilitar el desarrollo humano, a través del intercambio de experiencias y metodologías de trabajo. De esta forma, se evita la duplicidad de esfuerzos para una misma población, ampliando así las coberturas y mejorando los recursos y tecnologías de adquisición de conocimientos.

#### *Perspectivas para el futuro*

- (1) Ampliar la cobertura de población adolescente a intervenir.
- (2) Dar seguimiento y apoyo sostenido a las acciones implementadas en comunidades y barrios organizados, con el propósito de empoderarlos para la resolución de sus problemas, tales como alcohol, drogas, violencia, embarazo y VIH/SIDA en adolescentes.

- (3) Mantener/ y fortalecer la coordinación con alianzas para el abordaje sostenido de la lucha contra el VIH/SIDA en escolares, adolescentes y jóvenes.
- (4) Continuar gestionando recursos financieros y de logística con agencias nacionales e internacionales para fortalecer y facilitar el acceso a esta población.
- (5) Sistematizar experiencias desarrolladas, con miras a aprender de los logros y dificultades.

*Resultados.* Los representantes de CEPROSAF evaluaron que más de 90% de las metas propuestas fueron alcanzadas por las organizaciones participantes. Estas organizaciones fueron monitoreadas y evaluadas mensualmente por los equipos de trabajo, generando reflexión, revisión de estrategias, ajustes a las actividades implementadas y sobre el proceso de aprendizaje significativo. Los principales resultados son:

- (1) Las coberturas en la labor de información, educación y comunicación en adolescentes y jóvenes, durante un período de 6 meses, que nunca se habían tenido a nivel de Atlántida.
  - a. El 70% a población joven (11- 25 años) fue cubierta por los proyectos, 35% de los cuales corresponden a la mancomunidad garífuna (7 proyectos).
  - b. En el 100% de los proyectos ejecutados con jóvenes se formaron redes de facilitadores en los diferentes grupos de población intervenida, sobre la temática de salud sexual y reproductiva, con énfasis en el conocimiento de las ITS/VIH/SIDA, valores, autoestima y uso adecuado y sistemático del condón. Para ello se aplicaron diferentes metodologías que propiciaron el empoderamiento en relación al conocimiento, en los diferentes grupos de intervención. Entre estos grupos se incluyeron: 2602 adolescentes -44% de los cuales son Garífunas-, 224 padres y madres de familia, 74 PVVIHS, 63 mujeres trabajadoras sexuales, 160 maestros y maestras, 270 mujeres y 63 dueños de negocios nocturnos.
- (2) El protagonismo de los líderes juveniles en capacitaciones de pares, movilizaciones, participación en foros de radio y televisión, todo lo cual fue resultado de previas capacitaciones de las diferentes organizaciones que conforman las mancomunidades.
- (3) La mayoría de organizaciones participantes tienen sus sedes en las localidades donde se encuentra su respectiva población meta lo que facilita un fácil acceso al proyecto.
- (4) CEPROSAF ha logrado desarrollar una nueva experiencia de trabajo en la administración de 20 organizaciones en los municipios de La Ceiba, Tela, Masica, Trujillo, Iruya, San Pedro Sula y Tegucigalpa, 6% del total de los municipios de Honduras.
- (5) Se estableció una línea base para iniciar la medición de impacto en 4 o 5 después de la intervención. El proyecto contempla una constante investigación que arroja datos sobre el desarrollo de las actividades y los logros obtenidos. Por ejemplo, en 2005 se realizó una investigación orientada a analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los grupos Garífunas y mestizos, así como de los jóvenes ante las

- ITS y el VIH/SIDA. Estos estudios sirven de punto de partida para la identificación de estrategias de trabajo, ya que permiten la evaluación del contexto cultural de los diferentes grupos.
- (6) Los equipos recibieron asistencia técnica y administrativa, así como se han compartido metodologías de trabajo participativo para el potencial desarrollo de las relaciones de crecimiento conjunto, comunicación efectiva, trabajo con pares, visitas a hogares, testimonios, movilizaciones masivas, desfiles, ferias educativas, foros entre organizaciones y eventos sociales específicos de los centros educativos.
  - (7) Se implementa metodología de monitoreo de los proyectos que facilita la gestión y análisis del avance, así como la medición del logros y reeducaciones.

### **Programa de prevención del VIH/SIDA en jóvenes Garífunas de 15 y 24 años**

#### *Health Communication Partnership (HCP)*

La población garífuna hondureña es uno de los grupos vulnerables donde se concentra la epidemia. En 2003, HCP concentra su trabajo en 26 comunidades Garífunas de Honduras. Todas las actividades de prevención del VIH/SIDA se han realizado en coordinación con la Secretaría de Salud y el Comité IEC Garífuna. El objetivo del proyecto es contribuir a la reducción de la incidencia del VIH/SIDA en jóvenes garífunas entre 15 y 24 años, mediante estrategias de comunicación basadas en el entretenimiento educativo. El proyecto es financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y se prevé que el programa finalizará en el año 2007. El proyecto está ligado directamente al PENSIDA II:: fortaleciendo el desarrollo del proceso de IEC en Salud Sexual y Reproductiva que integre el enfoque de vulnerabilidad de la epidemia de ITS/VIH/SIDA, con elementos de sexualidad, género, masculinidad, reproducción humana y derechos sexuales y reproductivos, dirigido al cambio de comportamiento y a la promoción de conductas saludables’.

El elemento más importante e innovador del programa corresponde a la producción y transmisión de la Primera Radionovela Garífuna “Los ancestros no mueren”, producida en español y lenguaje garífuna, con actores y actrices garífunas (que participaban anteriormente en grupos de teatro popular, capacitados también por HCP/Secretaría de Salud/Comité IEC Garífuna). Esta radionovela relata una historia basada en la cosmovisión y cultura de la vida garífuna, resaltando su cotidianidad. El tema de prevención del VIH/SIDA se enfoca a través del entretenimiento educativo, y se ubica en un plano de alta importancia dentro de la historia. La radionovela comprende 90 capítulos de 15 minutos cada uno, dos canciones, cortos para promoción y materiales impresos. El costo de producción fue Lps.5,118,410.83 (cerca de US\$256.00). En paralelo, HCP puso en marcha un plan de movilización comunitaria en las 26 comunidades.

Se está produciendo una nueva radionovela garífuna que estará en el aire a partir del 1 de mayo. Se espera que la misma alcance un total de 36 comunidades garífunas ubicadas en

la costa norte de Honduras. Además, se ampliarán las actividades de movilización comunitaria para la evaluación de impacto de la radionovela.

HCP es una organización no gubernamental cuya meta es promover una sociedad saludable a través de los avances en el campo de la comunicación para la salud. Sus actividades se han orientado a jóvenes de ambos sexos, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadoras comerciales del sexo y personas viviendo con el VIH/SIDA. De igual manera, la organización desarrolla actividades de comunicación en las áreas de salud materno-infantil. Los objetivos específicos de esta organización incluyen:

- (1) Usar eficazmente la comunicación para mejorar la salud, estabilizar la población y avanzar hacia una sociedad con un nivel competente en salud.
- (2) Fortalecer la capacidad en los países para una comunicación estratégica en salud .
- (3) Implementar intervenciones eficaces de comunicación en salud, a mayor escala.
- (4) Comunicación integrada en una variedad de programas que mejoran la salud.
- (5) Investigación que sirve como guía para avanzar en la comunicación en salud .

HCP fue creada en el año 2002, como una Alianza entre Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, Academy for Educational Development (AED), Alliance, Save the Children, Tulane University's, University of North Carolina's y Carolina Population Center at Chapel

*Resultados.* La innovación en cuanto a la capacidad de comunicar ideas a través de la radionovela 'Los ancestros no mueren' constituye el mayor éxito del proyecto. Algunos de los resultados del Sondeo Rápido realizado (agosto 2005) en una muestra de 7 comunidades con jóvenes de 15 a 24 años, a los dos meses de haber iniciado la primera transmisión fueron:

- (1) El 61% recuerda haber escuchado la radionovela.
- (2) El 68% mencionó el VIH-SIDA como tema principal de la radio novela.
- (3) El 71% recordó la canción, el 42% pudo cantar la primera canción y el 22% pudo cantar la segunda canción.
- (4) El 76% platicó con alguien sobre la radionovela.
- (5) El 97% tiene la intención de seguir escuchando.
- (6) El 54% comentó que personas adultas entre 25 y 59 años también escuchan la radionovela.

### **Comunicación de mensajes de prevención del VIH/SIDA dirigidos a etnias**

Con el objetivo de detener el avance de la epidemia entre los diferentes grupos étnicos residentes en la Mosquitia hondureña, desde el año 2003, los voluntarios de las Naciones Unidas han desempeñado trabajos informativos para que los habitantes de esta región puedan protegerse contra el VIH/SIDA. Dado que la señal de Televisión no alcanza la

Mosquitia, se reconoció que la radio constituía la mejor vía de comunicación para informar a la población sobre la epidemia. En este sentido, se elaboraron cuñas radiales en español y también en los dos principales idiomas indígenas, misquito y garífuna. La información se diseminó a través de estaciones de radio locales entre las cuales se pueden mencionar a Winanka Radio, en Puerto Lempira y Radio Católica, en Trujillo.

La diseminación de material educativo por parte de voluntarios locales, constituyó otro de los métodos informativos para llegar a la población. Se lograron distribuir 79.200 condones y material instructivo sobre el VIH/SIDA, 5.000 afiches, 1.800 guías rápidas para adolescentes y jóvenes y 3.000 camisetas con lemas en español, garífuna y misquito.<sup>22</sup>

### **Programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (PPTMH)**

#### *Secretaría de Salud de Honduras*

La meta del programa es reducir, al menos en un 50%, la tasa de transmisión del VIH de madre a hijo(a). La meta anual de embarazadas nuevas, esperadas en control prenatal en la red de servicios de salud es de 200.000. Con una prevalencia de VIH del 0.6%, se estima anualmente un promedio de 1.200 embarazadas VIH positivas. En los 39 municipios intervenidos por el Fondo Mundial se espera captar alrededor de 468 embarazadas.

El Plan Estratégico Nacional para luchar contra el VIH/SIDA (PENSIDA I) fue formulado para el período 1999- 2002, seguido por el PENSIDA II para los años 2003 a 2007. En el marco del PENSIDA II, se han fortalecido las estrategias para el abordaje de los diferentes grupos donde se ha concentrado la epidemia, dentro de los cuales el programa de prevención de la transmisión Madre-Hijo es una prioridad. Las mujeres embarazadas constituyen un grupo vulnerable en materia de VIH/SIDA en Honduras, principalmente en los casos de aquellas que residen en las zonas más afectadas por la epidemia.

En el año 2001 la Secretaría de Salud, a través del departamento de ITS/VIH/SIDA, con el apoyo de agencias de cooperación, inició la implementación de un Proyecto Piloto para la Prevención de la Transmisión del VIH de madre a hijo(a). En el año 2004, las autoridades de la Secretaría de Salud definieron como una prioridad el logro de este objetivo, por lo que se propuso la creación de un Programa Nacional de Prevención de la Transmisión del VIH de madre a hijo(a), el cual implicaba una ampliación en la cobertura de las intervenciones a nivel nacional. El programa es financiado por el: Fondo Mundial (\$300.000), UNICEF (\$60.000) y Fondos Nacionales (\$200.000).

La Secretaria de Salud es una institución gubernamental, responsable de la rectoría y regulación de la salud en el país. Por mandato constitucional, tiene como fin contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población mediante la formulación de políticas,

---

<sup>22</sup> Consulta realizada en marzo 2006 en el sitio [http://www.unv.org/infobase/unv\\_news/2005/98/05\\_04\\_30\\_HON.htm](http://www.unv.org/infobase/unv_news/2005/98/05_04_30_HON.htm)

planes y programas en función de las prioridades nacionales, contando con el apoyo de diferentes actores y sectores. Para lograr el fin antes señalado, la Secretaría está organizada en 18 regiones departamentales, 2 regiones metropolitanas y 41 Áreas de Salud, alrededor de las cuales se integran los servicios de atención caracterizados por hospitales de diferentes niveles de complejidad, servicios ambulatorios, clínicas de emergencia., clínicas de atención de partos, centros de atención primaria de salud y una red de voluntarios de salud que además de realizar las labores para lo cual se les ha capacitado, fortalecen la articulación entre el sistema institucional y la comunidad.

El Ministerio ha realizado alianzas estratégicas con los diferentes sectores incluyendo la sociedad civil, para ofrecer una respuesta planificada, organizada y de calidad. En este contexto, se han desarrollado una serie de experiencias combinando los aportes nacionales, gubernamentales y no gubernamentales y contando además con los recursos de la Cooperación Internacional, En 2004 – 2005, se elaboró, en el país, una estrategia de IEC para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo/a, con el apoyo técnico y financiero del Fondo Mundial, de UNICEF y de USAID. Esta estrategia está en proceso de implementación en los 39 municipios prioritarios del proyecto y se ha planteado la evaluación de la misma para el año 2008. En 2005, el programa se había implementado en 35 de los 39 municipios prioritarios del proyecto y en 215 unidades de salud de estos municipios. La meta para el año 2007 es extender la cobertura al 100% de los municipios y unidades de salud, así como la extensión de cobertura de la prueba rápida de VIH para la captación de las embarazadas y fortalecer el sistema de información nacional.

Los objetivos específicos del programa incluyen:

- (1) Asegurar que el 100% del personal de salud bajo el programa reciba información sobre temas de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo(a).
- (2) Fortalecer los equipos locales para la aplicación del Protocolo de Atención para la Prevención de la Transmisión del VIH de madre a hijo(a).
- (3) Aumentar a 80% la captación de embarazadas nuevas en control prenatal que reciben consejería pre-prueba (línea basal, año 2002, 40%).
- (4) Lograr que el 90% de embarazadas que reciben consejería pre-prueba se realicen la prueba voluntariamente (línea basal, año 2002, 80%).
- (5) Tratar de acuerdo al protocolo al 90% de mujeres VIH positivas detectadas, una vez que estas decidan participar en el programa (línea basal, año 2002, 50%).
- (6) Dar seguimiento al 100% de los hijos/as de madres seropositivas del Programa.
- (7) Brindar consejería sobre opciones de alimentación infantil y VIH al 100% de mujeres embarazadas positivas captadas.
- (8) Implementar una estrategia de IEC que promueva los servicios de salud de control prenatal y mejorar el acceso de las embarazadas al programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo(a).

Las intervenciones básicas y efectivas de este proceso se dirigen a mejorar el acceso a los servicios de consejería, diagnóstico, tratamiento y seguimiento para todas las

embarazadas que acuden a control prenatal y sus hijos/as, tanto en el área urbana como rural. Como parte de los insumos utilizados por el programa, se cuenta con un Protocolo de Atención Integral para la Embarazada Infectada con VIH, el cual se implementa a través de equipos multidisciplinarios de la red de servicios de la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño del Seguro Social (IHSS), los cuales pasan por un proceso de capacitación en talleres de una semana de duración. El programa cuenta con una constante supervisión, monitoreo y evaluación en los diferentes niveles a través de visitas, reuniones y talleres de seguimiento, para garantizar la adecuada implementación del mismo, fortaleciéndose además la red de laboratorios a través de la dotación oportuna de reactivos e insumos.

El Gobierno espera extender la cobertura del programa a nivel nacional. Hasta el momento, el programa cubre 132 municipios y 312 unidades de salud. También se propone aumentar la captación de embarazadas en control prenatal y el porcentaje de éstas que acepten consejería y prueba voluntaria de VIH. Otro desafío importante es dar seguimiento y brindar todos los servicios del programa al 100% de las embarazadas VIH positivas detectadas y a sus hijos/as durante el primer año de vida. El área estratégica No. 2 del PENSIDA II propone promover medicación de ARV a las PVVS de acuerdo a criterios médicos, epidemiológicos y sociales; indicador: el indicador propuesto para esta actividad es el porcentaje de embarazadas seropositivas en las clínicas de atención prenatal seleccionadas en el último año, que hayan recibido ARV para prevenir la transmisión de madre a hijo/a, de acuerdo a las normas nacionales

*Resultados.* Los principales resultados del programa incluyen:

- (1) Se ha logrado la reducción de la infección por VIH en niños y niñas.
- (2) El programa cubre 17 regiones departamentales de las 20 existentes. Dentro de éstas, se han priorizado los municipios con más altas tasas de prevalencia.
- (3) Se le ofrece servicio de consejería y prueba de VIH gratuita al 100% de las embarazadas que acuden a control prenatal. A las embarazadas VIH positivas se les garantiza, además del apoyo nutricional, la profilaxis de ellas y sus hijos/as.
- (4) La experiencia brinda servicios diferenciados y de calidad a las mujeres que participan en el programa durante su cuidado prenatal, parto, puerperio, con un seguimiento y control tanto de la madre como del niño(a). Se ofrece la asistencia alimentaria para los recién nacidos mediante el suministro de formulas lácteas y cuidados.

### **Visitas Domiciliarias**

*Asociación Nacional de Personas que Viven con VIH/SIDA en Honduras (ASONAPVSI DAH).*

De los 45 grupos de auto apoyo conformados en todo el territorio nacional, 35 forman parte de la ASONAPVSI DAH, lo que representa a aproximadamente 1.500 PVVS organizados/as a nivel del país. La misión de la asociación consiste en coordinar, acompañar y fortalecer los procesos que realizan los grupos de auto-apoyo nivel nacional,

e incidir en las políticas públicas relacionadas con la problemática del VIH-SIDA. Esto se logra a través del establecimiento de alianzas, del diálogo político y de la participación ciudadana, unificando esfuerzos y fortaleciendo la organización, para mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH-SIDA en Honduras. Por otro lado, la asociación asume como visión institucional que todas las personas viviendo con VIH/SIDA estén organizadas y se integren a la sociedad de manera productiva y recibiendo una atención integral en salud.

Este proyecto constituye una de las primeras experiencias a nivel latinoamericano en la cual se trabaja coordinadamente con el personal de salud. Además, el proyecto es de base comunitaria y funciona tanto en el área urbana como rural. En los grupos de auto apoyo están involucradas directamente personas que viven con VIH y/o tienen familiares afectados. ASONAPVSI DAH tiene como principio valorar al ser humano íntegramente, por lo que también se ha convertido en un espacio de oportunidades laborales para los PVVIHS, a través de los diferentes grupos de auto-apoyo e instancias u organismos que trabajan en el tema del VIH/SIDA.

Existe una estrecha relación entre el proyecto de visitas domiciliarias y el Plan Estratégico de VIH/SIDA del país. Dicho plan, tiene un componente de Atención Integral que comprende los compromisos e indicadores descritos en la tabla 3. :

**Tabla 3. Compromisos e indicadores de atención integral del PENSIDA II, Honduras.**

<b>COMPROMISO</b>	<b>INDICADOR</b>
Disminuir en 50% la mortalidad en PVVIHS que reciben Terapia ARV cuyas muertes estén asociadas al VIH/SIDA	No. de muertes asociadas al VIH/SIDA en PVVIHS con Terapia ARV
Acceso a TAR para las PVVIHS que lo requieran	No. PVVIHS en estado avanzado de infección <u>recibiendo Terapia ARV</u>
Disminuir en 50% el número de hospitalizaciones asociadas al VIH/SIDA	No. de hospitalizaciones por VIH/SIDA en PVVIHS con Terapia ARV

Es un proyecto a nivel nacional que se desarrolla con financiamiento del Fondo Mundial y en coordinación con la Secretaría de Salud, incluyendo como actores principales, a miembros de los diferentes grupos de auto-apoyo y PVVIHS de las comunidades donde funcionen Centros de Atención Integral. Los objetivos primarios del proyecto incluyen: mejorar los niveles de adherencia en las PVVIHS que están recibiendo TAR y asegurar el mantenimiento y el mejoramiento de la calidad de vida y la productividad de las PVVIHS. La población beneficiaria del programa son los grupos muy vulnerables y vulnerables.

ASONAPVIH/SIDA nace en la ciudad de San Pedro Sula, en el marco del I Encuentro Nacional de personas viviendo con VIH-SIDA, realizado el año 2000. Surge a partir de la necesidad de crear una estructura organizativa desde las bases de grupos de auto-apoyo existentes en todo el país. Desde su creación, ASONAPVIH/SIDA ha sido un organismo que ha desarrollado la capacidad de coordinación intersectorial e interinstitucional con entidades públicas, privadas y la cooperación internacional, con quienes desarrolla

actividades que facilitan los diferentes procesos relacionados a las personas viviendo con el VIH. Esta legalmente constituida como ONG desde 2002, por resolución de la Secretaría de Estado en los despachos de Gobernación y Justicia.

La estructura de la asociación está compuesta por una asamblea general, la cual elige una Junta Directiva cada dos años. Ésta está integrada por una coordinadora, una sub-coordinadora, una tesorera, una fiscal, un secretario, un prosecretario y cinco vocales. Para volver más operativos los procesos y la toma de decisiones, la asamblea general delega actividades, tales como, el manejo de las políticas, representatividad y acciones de interés para la ASONAPVSI DAH y sus agremiados, a la junta directiva y a la coordinación nacional. La ONG cuenta con 40 facilitadores y un coordinador de proyecto. La oficina principal está en San Pedro Sula y otra en Tegucigalpa

La primera fase se inició en enero de 2004, e incluyó las siguientes actividades:

- (1) Convocatoria y selección de facilitadores
- (2) Elaboración de un plan de capacitación
- (3) Capacitación para la formación de facilitadores
- (4) Selección de facilitadores
- (5) Establecimiento de redes de apoyo
- (6) Provisión de recursos
- (7) Visitas domiciliarias

La segunda fase se inició en febrero de 2005, con las siguientes actividades:

- (1) Asignación de facilitadores en las CAI (Clínicas de Atención Integral)
- (2) Capacitación personalizada
- (3) Lanzamiento de programa radial para visitas en línea
- (4) Acompañamiento, monitoreo y evaluación

La tercera fase está pendiente de realizarse. Dentro de lo que se planea, se considerará lo siguiente:

- (1) Acciones en comunidades
- (2) Mayor presencia en CAI
- (3) Inclusión de nuevos facilitadores
- (4) Jornadas de capacitación permanentes
- (5) Creación de espacios de fortalecimiento para familias de PVVIHS

El proyecto de visita domiciliar incorpora en su abordaje la prevención, el tratamiento y cuidado, la mitigación del daño, el género y los aspectos legales relacionados al diario vivir de las PVVIHS. Este proyecto dio inicio en el año 2004 y se estima que finalizará una primera etapa en el año 2008. Toda persona con un problema crónico de salud tiene necesidades que van más allá del cuidado médico y de enfermería, ya que precisa de cuidados y apoyo emocional, social, espiritual, económico y de auto cuidado. El Programa de visita domiciliar está diseñado para ayudar a alcanzar la satisfacción integral de estas necesidades, mejorar la calidad de vida y aliviar la carga de vivir con un problema como el VIH/SIDA. El Programa fue lanzado en parte porque el sistema de salud se ve sobrecargado en su capacidad de respuesta para dar una atención apropiada e

integral. Esta atención brindada en el domicilio de la persona afectada, o en un hogar sustituto debe ser de calidad y posiblemente más afectuosa.

Visitando el hogar (residencia temporal o permanente) y conociendo de cerca las necesidades reales de las PVVIHS, se puede priorizar el tipo de apoyo que requieren para aliviar la carga de vivir en un mundo que usualmente estigmatiza y discrimina, así como para poder convivir con la infecciones oportunistas propias de la infección por VIH y sobre todo para entender la importancia de los ARV, como una alternativa de mejorar su calidad y tiempo de vida. La crisis generada por el VIH/SIDA requiere de una respuesta integrada, donde las PVVIHS sean los ojos de las Clínicas de Atención Integral en la comunidad, que lleguen donde el médico no asiste y donde la atención clínica sea reforzada con el apoyo y seguimiento que las PVVIHS y/o personas afectadas puedan brindar a otras personas en igual condición, a nivel comunitario y de una manera directa en sus hogares sin que esto signifique un costo económico para las familias

Finalmente las visitas domiciliarias ayudan a mejorar la calidad del cuidado de salud. Los médicos que brindan atención a las PVVS enfrentan diversas situaciones como los abandonos de terapias por parte de los pacientes, siendo el caso que del total de personas infectadas, 3.963 reciben Terapia ARV (2005) y 488 la han abandonado. Al mejorar la adherencia al tratamiento se evitan las resistencias a los medicamentos y se mejora a la vez la calidad de vida de estas personas.

Entre las razones para realizar las visitas domiciliarias se pueden mencionar: (i) la necesidad de prestar cuidados integrales y personalizados, (ii) Dificultades de las PVVIHS para desplazarse debido al status de su situación, (iii) bajo poder adquisitivo de las PVVIHS, (iv) abandono de los tratamientos, (v) falta de asistencia a citas médicas, (vi) la obtención de cuidados de salud no especializados, (vii) reducción de las cargas de atención en los servicios hospitalarios, y (viii) aumento del confort y el mejoramiento de la calidad de vida de las PVVIHS. Los siguientes criterios se utilizan para realizar las visitas domiciliarias:

- (1) Personas que inician terapia
- (2) Personas que se han ausentado del control clínico
- (3) Personas que tienen problemas de adherencia
- (4) Personas que tienen un resultado positivo
- (5) Personas que requieren cuidados paliativos
- (6) Personas que poseen infecciones oportunistas
- (7) Personas que abandonan terapia
- (8) Personas que requieren apoyo emocional
- (9) Personas que requieren acompañamiento
- (10) Mujeres en programa de transmisión vertical
- (11) PVVS que se han ausentado de GAA (Grupos de Auto Apoyo)

Las personas que forman parte de los grupos de auto apoyo coordinan con el personal de salud que trabaja en los Centros de Atención Integral (CAI), ubicados en diferentes

municipios del país. La tabla 4 presenta un detalle de los lugares donde funcionan dichos centros, los cuales constituyen la base logística de las visitas.

**Tabla 4. Centros de Atención donde funcionan los grupos de auto apoyo ASONAPVISIDAH, Honduras.**

ZONAS	CIUDAD	Clínica de Atención Integral (CAI)
<b>ZONA NORTE</b>	San Pedro Sula	CAI Hospital Mario Catarino Rivas. Pediátrica Hospital Mario Catarino Rivas Clínica Iglesia Episcopal Hospital de El Progreso
	Pto. Cortés	Hospital de Pto. Cortés
<b>OCCIDENTE</b>	Sta. Rosa de Copán	Hospital de Occidente
<b>LITORAL ATLANTICO</b>	Ceiba	Hospital Atlántida Integrado
	Islas de la Bahía Tela	Iglesia Episcopal Hospital Tela Integrado En el CESAMO (Centro de Salud con Medico) y en la USASER (Unidad de Salud Sexual y Reproductiva )
<b>CENTRO SUR</b>	Trujillo	Hospital Salvador Paredes
	Tegucigalpa	Hospital del Tórax Hospital Escuela CESAMO Alonso Suazo CESAMO Las Crucitas CESAMO El Carrizal
	Choluteca	Hospital del Sur
	Comayagua	Hospital Sta. Teresa
	Siguatopeque	Clínica Iglesia Episcopal
Danlí	Hospital	

*Resultados.* En el año 2005 se realizaron 6.379 visitas a pacientes VIH positivos a quienes se les brindó asesoría y apoyo en los diferentes aspectos relacionados con el VIH/SIDA, incluida la adherencia al tratamiento y el apoyo emocional, así como información para sus familias. Algunos de los productos del proyecto incluyen:

- (1) 20 Grupos de auto apoyo involucrados
- (2) 90 facilitadores capacitados
- (3) 40 facilitadores contratados de acuerdo a perfil
- (4) 17 Centros de Atención Integral apoyados
- (5) 3 Jornadas de capacitación desarrolladas
- (6) 3 Jornadas de evaluación de desempeño
- (7) 1 Panfleto de Visita Domiciliaria
- (8) Reconocimiento institucional de la ASONAPVSI DAH a través de la estrategia

A continuación se presentan algunos testimonios de beneficiarios(as) del proyecto.

- “La visita domiciliaria me gusta porque tengo con quien hablar de mi problema, con mi familia no puedo, ahora no me siento sola, se que hay personas pendientes de mi, espero que siempre vengan” (Choluteca).

- “Gracias a las visitas y al apoyo que ellos me han brindado aprendí la importancia de tomarme los medicamentos, me enseñaron que al principio es difícil y después todo cambia, ahora me los tomo y no siento nada”(Comayagua).
- “Yo fui al grupo de auto apoyo y no me gustó, no quería que me vieran, pero ella me invitó, me llevó, eso me ayudó a aceptar mi condición, ahora estoy mejor, trato de no perderme una reunión” (Siguatepeque).
- “Yo no quería ir al Hospital, pero ellos me dieron confianza, acompañamiento y siempre están pendientes de mi estado y de si me tomo los medicamentos, estoy contento con que me visiten (San Juan, Tela).
- “Está bueno que me visiten, los vecinos me preguntan a que vienen, les digo son mis amigas, eso no me importa, espero que sigan viniendo, están pendiente de mis medicamentos, aunque yo me los tomo bien” (San Pedro Sula).

## TRATAMIENTO

La estimación oficial del número de personas que requieren TAR es 6000. En el año 2004, aproximadamente el 41% (5550) de las personas que requerían tratamiento lo recibían, lo cual de acuerdo con los datos de OPS/OMS, representa un considerable aumento a lo observado en el año 2003 (una diferencia de aproximadamente 33 puntos porcentuales). Del total de personas que recibían, aproximadamente el 37% correspondía a mujeres. Desde septiembre de 2004, existe en Honduras un protocolo para la prevención de la transmisión materno-infantil. Durante el año 2003, el 1% de mujeres de las mujeres embarazadas a las que se hicieron pruebas del VIH fueron positivas<sup>23</sup>. Por otra parte todavía hay discusión sobre el impacto del CAFTA-DR.<sup>24</sup>

El Departamento de ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud de Honduras refiere una serie de situaciones a resolver respecto de la situación de los ARV en Honduras:

- La demanda de tratamiento es superior a la capacidad financiera nacional para compra de ARV.
- La mutación rápida del VIH y la creación de resistencia a los ARV genera la necesidad de cambio constante de los ARV incluidos en el cuadro básico de medicamentos, lo cual también trae consecuencias de costo.
- La compra de medicamentos requiere procedimientos que garanticen la transparencia en cuanto a la selección y adjudicación a firmas farmacéuticas. (Presentación Avances en la atención integral para las PVVS en Honduras- Departamento de ITS/VIH/SIDA - Secretaría de Salud, 2005).
- Parecería ser necesario estandarizar y diseminar información sobre como los gobiernos compran y distribuyen los ARV. En un taller sobre experiencias exitosas desarrollado en Tegucigalpa en mayo de 2006, representantes de

<sup>23</sup> Hojas Informativas OPS/OMS, 2004

<sup>24</sup> CAFTA-DR Tratado de Libre Comercio para Centro América y República Dominicana.

ASONAPVSI DAH mencionaron que hubo seis situaciones de falta de medicación en años recientes.

- Es necesario explicar a la población en general como es la mecánica de compra y uso de ARV en el país.

El Departamento de ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud de Honduras, la unidad encargada de la regulación de medicamentos e insumos médicos para VIH/SIDA es la Unidad Técnica de Suministro de Medicamentos - Dirección de Redes y Servicios de la Secretaría de Salud de Honduras. Desde el año 2001, se exige que los medicamentos para la infección por VIH/SIDA sean registrados por el organismo nacional de reglamentación farmacéutica. Asimismo, desde el año 2003, los ARV adquiridos están sujetos a evaluación de controles de calidad antes del uso.<sup>25</sup>

La adquisición de ARV se realiza a través de procesos de licitación nacional e internacional centralizados en el nivel nacional. Las políticas de compra están ligadas a la realidad económica que vive el país. Dados los precios de medicamentos de marca, por ejemplo, en Honduras se compran ARV genéricos desde el año 2004, específicamente de las casas farmacéuticas CIPLA y RAMBAXY.

En el año 2004, el costo promedio del primer esquema (triple terapia) en adultos del sistema público por persona por año, era de aproximadamente US\$ 608. Las principales fuentes de financiamiento para la compra de medicamentos ARV son el Fondo Mundial y el Gobierno Hondureño –a partir de la Secretaría de Salud-. Para el año 2005, por ejemplo, el Fondo Mundial dio un aporte de US\$ 1.4 millones, mientras que la Secretaría de Salud destinó US\$ 3.3 millones para ARV. Por otro lado, con respecto a las fuentes de financiamiento para la compra de medios de diagnóstico de la infección por VIH, éstas corresponden a fondos nacionales y a fondos provenientes de USAID. De acuerdo con datos de SIDALAC, en el año 2001, el gasto total relacionado con la adquisición y distribución de condones fue de aproximadamente US\$ 1.7 millones (5% correspondió a fuentes públicas, 5% a fuentes externas y el resto a fuentes privadas).

---

<sup>25</sup> Hojas Informativas OPS/OMS, 2004

## Referencias

CIPE/CONADEH. (Baseline diagnosis in order to identify human rights violations to people who live with HIV/AIDS) *Diagnóstico de Línea Base para identificar las violaciones a los derechos humanos de las personas viviendo con VIH/SIDA*. 2004.

CONADEH. (Calculating quality healthcare of people living with HIV/AIDS from a human rights perspective) *Estimación de la calidad de atención integral en salud en las personas viviendo con VIH/SIDA desde una perspectiva de los Derechos Humanos*. Tegucigalpa, Honduras, 2004.

CONADEH/UNDP. Compliance of the Special Law on HIV/AIDS and comparison with legislation on HIV/AIDS in Central America and Panama., Tegucigalpa, 2003

Decreto No. 208-2003 – Honduras Immigration Law, 2004.

Epidemiological data provided by the STD/HIV/AIDS Department of the Ministry of Health, Honduras. 2006.

Ministry of Health, Department of Control and Prevention of STDs, HIV/AIDS and Tuberculosis. Sero-epidemiological study of Syphilis, Hepatitis B and HIV in Commercial Sex Workers in the cities of Comayagua, La Ceiba, San Pedro Sula, Tegucigalpa and Puerto Cortés, 1998

Onsite interview from Marzo 2006

[http://www.unv.org/infobase/unv\\_news/2005/98/05\\_04\\_30\\_HON.htm](http://www.unv.org/infobase/unv_news/2005/98/05_04_30_HON.htm)

PAHO/WHO. Fact Sheets Regarding Care and Treatment for HIV/AIDS Infections, 2004

Sierra, Ministry of Health, Department for Control and Prevention of STDs, HIV/AIDS and Tuberculosis. Sero-epidemiological study of Syphilis, Hepatitis B and HIV in the Garifuna population from El Triunfo de la Cruz, Bajamar, Sambo Creek and Corozal. 1999.

Special Law on HIV/AIDS. Decreto No. 147-99, Septiembre 9, 1999. Republic of Honduras. Law for Promoting, Protecting and Defending Human Rights regarding AIDS (1996)

UNAIDS. Protocol for Identifying Discrimination against People who Live with HIV/AIDS, Best Practices Collection, 2000.

UNDP/CONADEH. Compliance with the Special HIV/AIDS Law in Honduras and comparison with legislation in Central America and Panama, (*Cumplimiento de la Ley Especial de VIH/SIDA en Honduras y comparación con legislación sobre VIH/SIDA de Centro América y Panama*. Tegucigalpa, 2003)

UNICEF. (An Affected Orphaned Childhood or Living with HIV/AIDS in Honduras)  
*Niñez huérfana afectada o conviviendo con VIH/SIDA en Honduras. 2002.*

Website research, [http://www.unaids.org/en/Regions\\_Countries/Countries/honduras.asp](http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/honduras.asp)

## **ANEXO 1. FORMULARIO PARA EVALUACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN**

### **Preguntas del Anexo 5 de UNAIDS**

1. ¿Existen acuerdos o foros de comunicación que luchen contra la discriminación?
2. ¿Existen entidades para la defensa de los DDHH?
3. ¿Existen ONG cuyo objetivo sea la defensa de los DDHH de las PVVS?
4. ¿Grado de coordinación entre las entidades que defienden los DDHH?
5. ¿Existen campañas de información y educación orientadas al combate de la discriminación?

### **Personas Entrevistadas sobre Discriminación**

- Fernando Cano, PASCA, Guatemala
- Janeth Flores, Comisión Nacional de Derechos Humanos, Honduras
- Alexia Alvarado, PASCA y Presidente de la Alianza para la Legislación, El Salvador
- Karla Aburto, Consejera de VIH/SIDA, Nicaragua
- Eda Quirós, Directora de Salud de Recursos Humanos, Ministerio de Salud, Costa Rica
- Maite Cisneros, Ombudsman, Panamá

**ANEXO 2. FORMULARIO PARA LA DETERMINACIÓN DE  
INTERVENCIONES EXITOSAS**

<b>Nombre de la institución:</b>	
<b>Participación por:</b> <input type="checkbox"/> Programa <input type="checkbox"/> Proyecto	
<b>País:</b>  <b>Región:</b>  <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural	<b>Tipo de abordaje:</b> <input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Mitigación del daño <input type="checkbox"/> Legal en función de derechos humanos <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Otro (señale):
<b>A. DATOS GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN QUE LLEVA A CABO LA EXPERIENCIA EXITOSA</b>	
<b>1. Tipo de organización:</b>  <input type="checkbox"/> Organización comunitaria <input type="checkbox"/> Organización no-gubernamental <input type="checkbox"/> Organización gubernamental <input type="checkbox"/> Sector privado <input type="checkbox"/> Asociaciones <input type="checkbox"/> Otra (por favor indique):	<b>2. Año de constitución:</b> <input type="text"/>  <b>3. Descripción de la organización:</b> Reseña histórica Objetivos Personal
<b>B. DATOS DEL PROYECTO-PROGRAMA</b>	
<b>Nombre del proyecto:</b>	
<b>1. Tipo de abordaje:</b>  <input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Mitigación del daño <input type="checkbox"/> Legal en función de derechos humanos <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	<b>2. Año de inicio:</b> <input type="text"/>  <b>3. Año final:</b> <input type="text"/>  <b>4. Descripción del proyecto:</b> Reseña histórica Objetivos Personal

<b>5. Población beneficiada:</b>	
<input type="checkbox"/> Trabajadoras/es Comerciales del Sexo	<input type="checkbox"/> Privados de Libertad
<input type="checkbox"/> Grupos Indígenas y Afro-descendientes	<input type="checkbox"/> Jóvenes vulnerables
<input type="checkbox"/> Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	<input type="checkbox"/> Huérfanos
<input type="checkbox"/> Grupos migratorios en regiones afectadas y damnificados directos por causa de la epidemia.	<input type="checkbox"/> Agentes comerciales
<input type="checkbox"/> Uniformados (Ejército y policía)	<input type="checkbox"/> Trabajadores de maquiladoras
	<input type="checkbox"/> Otro (especifique):
<b>6. Fuentes de financiamientos:</b>	
<b>7. Resultados explicando porque se considera una experiencia exitosa:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impacto</li> <li>• Cobertura</li> <li>• Acceso</li> <li>• Características particulares, innovación, permanencia, metodología.</li> </ul> <p>Estos datos deben contener indicadores de éxito cuanti-cualificables y demostrativos. Se pueden adjuntar archivos, panfletos, muestras de trabajo, etc.</p>	
<b>8. Perspectivas del proyecto para el futuro:</b>	
<b>9. Relación con el plan estratégico de país en el área de SIDA</b>	
<b>10. Fuente (s) de financiamiento.</b>	
<b>11. Relación con la problemática del SIDA. ¿Qué relación tiene con la dimensión y severidad de la problemática del VIH/SIDA en el país?</b>	
<b>Contacto:</b> Nombre del contacto: Dirección: Tel(s): Fax: e-mail: Página web:	

### ANEXO 3. RESUMEN DE LOS HALLAZGOS Y EVIDENCIA DE LOS RESULTADOS DE LA DISCRIMINACIÓN ARBITRARIA

Área	Hallazgo	Hechos / Pruebas
<b>Asistencia Sanitaria</b>		
Denegación de tratamiento en razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ha ocurrido en la práctica	Se obtuvieron testimonios de PVVS
Tratamiento diferente por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ha ocurrido en la práctica	Se obtuvieron testimonios de PVVS, denuncias y entrevistas realizadas a dirigentes y directores de ONG
Realización de pruebas del VIH sin conocimiento.	Aunque está estipulado por ley que no debe ocurrir, se ha dado en la práctica	Denuncias por ONG y por algunos empleados de empresas
Falta de confidencialidad: informar a otros los nombres de personas que se ha comprobado que son VIH-positivas, o permitir, de forma consciente o negligente, que se consulten archivos confidenciales.	Ha ocurrido en la práctica	Se presenta en el sector de salud, principalmente entre el personal de enfermería, promotores de salud y de laboratorio
<b>Empleo</b>		
Pruebas obligatorias antes de la contratación.	Ha ocurrido en la práctica	Aunque no se tienen pruebas de discriminación, algunos de los miembros de la Alianza Estratégica de Legislación han comentado que si una persona resulta VIH positivo, seguramente no sería contratado
Pruebas obligatorias durante el desempeño del trabajo.	Estipulado por ley y se dio en la práctica	Reglamentos internos de trabajo
Falta de confidencialidad sobre el estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ha ocurrido en la práctica	Se comprueba sobre la base de los testimonios presentados en ONG.
Despido, o cambio(s) en las condiciones de empleo, por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ha ocurrido en la práctica	Se comprueba sobre la base de los testimonios y denuncias
Restricciones por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA (por ej., ascensos, ubicación del trabajo).	Ha ocurrido en la práctica	
Denegación de empleo por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.	Ha ocurrido en la práctica	
<b>Justicia/procesos jurídicos</b>		
Tipificación como delitos de determinados comportamientos (como la prostitución o los varones que tienen relaciones sexuales con varones) que se consideran que favorecen la propagación del VIH.		No se encontraron pruebas sobre sanciones administrativas de comportamientos.
<b>Administración de prisiones</b>		
Pruebas obligatorias en el momento del ingreso.	Estipulado por Ley y ocurrió en la práctica	La Ley Penitenciaria, artículo 112, en lo relacionado al examen médico de ingreso dice: "todo imputado o condenado, al momento que ingrese a un centro penitenciario deberá ser

<b>Área</b>	<b>Hallazgo</b>	<b>Hechos / Pruebas</b>
		examinado por el médico ...”
Restricciones en el acceso a la asistencia y tratamiento.	Ocurrió en la práctica aunque por Ley se debe dar asistencia y tratamiento médico	Testimonios de PVVS
<b>Entrada y/o residencia en un país</b>		
Pruebas obligatorias, declaración del estado serológico o Certificado de negatividad del VIH como condiciones de entrada, residencia o libertad de movimiento en un país.	Estipulado por Ley de Extranjería, y no se da en la práctica por una disposición del Ministerio de Gobernación	El PNS sostiene que se piden varias pruebas excepto la del VIH
Expulsión por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA sin procedimientos apropiados.	Estipulado por Ley de Extranjería, y no se da en la práctica	
<b>Vivienda</b>		
Pruebas obligatorias, declaración del estado serológico o certificado de negatividad del VIH como condiciones de acceso a la vivienda o derecho de permanencia.	Se presentan indicios	En formularios bancarios y de las aseguradoras, se obliga al cliente a firmar una declaración jurada en la que se exprese la autorización para que se revisen sus expedientes médicos y en la lista de enfermedades que son de alto riesgo se les niega el acceso al crédito.
<b>Educación</b>		
Denegación del acceso a la educación por razón del estado serológico respecto al virus.	Ha ocurrido en la práctica	En la Educación superior
<b>Vida familiar y reproductiva</b>		
Pruebas prematrimoniales obligatorias.	No estipulado por Ley pero ocurrió en la práctica	En algunas congregaciones evangélicas exigen la prueba del VIH
Aborto/esterilización obligatorios de las mujeres con el VIH/SIDA.	No estipulado por Ley pero ha ocurrido en la práctica	Testimonio de una mujer obligada a someterse a métodos permanentes
<b>Seguros y otros servicios financieros</b>		
Denegación o restricciones en la contratación de seguros (por ej., seguros de vida) por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA o la pertenencia a un grupo considerado de alto riesgo de VIH.	Ha ocurrido en la práctica	Se constató en una serie de formularios bancarios y de aseguradoras
Denegación o restricciones en el acceso a créditos (por ej., hipotecas bancarias) en razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA o la pertenencia a un grupo considerado de alto riesgo de VIH.	Ha ocurrido en la práctica	En las solicitudes de crédito se le pide a las personas una declaración jurada en donde deben manifestar que no han sido diagnosticadas con VIH/SIDA

Fuente: Sanigest Internacional, 2006

**ANEXO 4. RESUMEN DE EXPERIENCIAS EXITOSAS EN EL VIH/SIDA EN HONDURAS, 2006**

<b>Institución</b>	<b>Proyecto</b>	<b>Inicio</b>	<b>Orientación</b>	<b>Población beneficiada</b>	<b>Zona</b>
Comisionado Nacional de los Derechos Humanos	Programa Derechos Humanos y VIH/SIDA	2002	Promoción y protección de derechos humanos de PVVS.	Todos los grupos vulnerables, PVVS.	Urbano y Rural
Secretaria de Salud	Programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo ((PPTMH	2001	Prevención, promoción y tratamiento	Mujeres embarazadas VIH positivas captadas, mujeres embarazadas en general.	Urbana y rural
Asociación Kukulcán	Diversidad e integración para la prevención” / Programa Nacional de Prevención y Atención En ITS y VIH/SIDA para Hombres Gay, Bisexuales, Travestis y Hombres que Tienen sexo con Hombres	2002	Prevención y promoción	Hombres Gay, Bisexuales, Travestis, HSH. (18-39)	Urbano y Rural
Health Communication Partnership (HCP)	Programa de prevención del VIH/SIDA en jóvenes Garífunas entre las edades de 15 y 24 años	2003	Prevención y promoción.	Población de adultos jóvenes (15-24) (etnia Garífuna)	Urbano y Rural
Centro de Promoción en Salud y Asistencia Familiar (CEPROSAF).	Prevención del VIH/SIDA en población adolescente de la etnia Garífuna	2005	Prevención y promoción.	Población adolescente –particularmente de la etnia Garífuna-	Urbana y Rural
Asociación Nacional de Personas que Viven con VIH/SIDA en Honduras (ASONAPVSIDAH).	Visitas domiciliarias	2004	Tratamiento, mitigación del daño, el género y los aspectos legales relacionados al diario vivir de las PVVS	PVVS y los grupos vulnerables.	Urbana y rural



Para mayor información favor de contactar:

**Departamento de Desarrollo Humano  
Región de América Latina y el Caribe**

Banco Mundial  
1818 H St. NW,  
Washington, DC 20433

Tel: +1 202 458 9730

Fax: +1 202 614 0202

[mbortman@worldbank.org](mailto:mbortman@worldbank.org)