

VIH/SIDA

**Análisis de la Evolución de la
Epidemia
en Honduras**

**Odalys García Trujillo, MD, MSc
Mayté Paredes, MD, MSc
Manuel Sierra, MD, MSc, Dsc**

Julio, 1998

VIH / SIDA**Análisis de la Evolución de la
Epidemia
en
Honduras****Fundación Fomento en Salud
Centro Nacional de Concientización
y Prevención del SIDA.
Dpto. ETS/VIH/SIDA/TB
Secretaría de Salud Pública****Odalís García Trujillo, MD, MSc
Mayté Paredes, MD, MSc
Manuel Sierra, MD, MSc, Dsc****Tegucigalpa, Honduras
Julio, 1998**

Indice de contenido

	Página
Indice de tablas	3
Indice de figuras	4
Glosario de términos	5
Presentación	6
Los primeros años de la epidemia	8
Situación de la epidemia de VIH/SIDA en Honduras en relación a Centroamérica	8
El sistema de vigilancia epidemiológica	9
Categorías de transmisión asociadas con la epidemia	12
Distribución de la epidemia en la población	15
Distribución geográfica de la epidemia	19
Aspectos clínicos del SIDA en Honduras	27
Tuberculosis y VIH/SIDA	28
Estudios de prevalencia	29
Enfermedades de transmisión sexual y VIH	31
Proyecciones de VIH e impacto socioeconómico	34
Investigaciones de VIH/SIDA en el país	36
Promoción y uso de condones	38
Respuesta nacional a la epidemia	39
Estrategia de comunicación, educación y movilización social en VIH/SIDA	39
Perspectivas del VIH en Honduras	41
Recomendaciones	42
Bibliografía	43

Indice de tablas

Número	Título	Página
1	Número de casos acumulados de SIDA y muertes por SIDA en Centro América, hasta el 31 de marzo de 1998	8
2	Número de casos de SIDA y portadores asintomáticos Honduras, 1985 – Abril 1998	10
3	Tasa de incidencia anual de casos de SIDA Honduras, 1985 – 1997	11
4	Casos de SIDA según categoría de transmisión y año de diagnóstico, Honduras, 1985 - abril 1998	12
5	Casos de SIDA por año de diagnóstico, sexo, y razón hombre:mujer, Honduras, 1985 – 1997	15
6	Variación de casos de SIDA por grupo de edad y período de diagnóstico, Honduras 1985 - abril 1998	16
7	Tasa de fecundidad y No. promedio de hijos en mujeres adolescentes (14-18 años de edad), Honduras 1997	17
8	Casos de SIDA por región sanitaria Honduras, 1985 – April 1998	20
9	Casos e incidencia de SIDA: acumulados desde 1985 hasta abril 1998, por departamento, y ordenadas de mayor a menor tasa de incidencia. Honduras 1998.	23
10	Casos de SIDA: 1985-abril 1998 y diagnosticados en 1997 Tasa de incidencia acumulada y Tasa de incidencia para 1997, por ciudad/municipio para las 25 ciudades con la mayor tasa acumulada de Honduras	24
11	Casos de SIDA diagnosticados hasta diciembre 1997 en comunidades garífunas, La Ceiba, Tela, San Pedro Sula, Región Sanitaria 6 y a nivel nacional	27
12	Prevalencia de VIH, Hepatitis B y Sífilis en Trabajadoras Comerciales del Sexo Ambulantes de Tegucigalpa, San Pedro Sula, La Ceiba y San Pedro Sula, Honduras, 1998.	29
13	Prevalencias de VIH encontradas en diferentes grupos de riesgo e instituciones de salud en Honduras hasta abril 1998	30
14	Diagnóstico en UMIETS de las regiones sanitarias Metropolitana, 2, 3, y 6. Manejo Integral de las ETS, agosto – diciembre 1997	32
15	Diagnóstico de sífilis en población general, mujeres embarazadas, recién nacidos y trabajadoras comerciales del sexo 1996 – 1997, Honduras 1998	33
16	Diagnóstico de gonorrea, Honduras 1996 - 1997	33
17	Estimados de la Epidemia de VIH/SIDA en Honduras para 1996 (valores estimados en modelo)	36

Indice de figuras

Número	Título	Página
1	Tasa de incidencia anual de casos de SIDA, Honduras, 1985 – 1997	10
2	Casos de SIDA por categoría de transmisión y año de diagnóstico, Honduras, 1985 - abril 1998	13
3	Distribución porcentual de casos de SIDA por categoría de transmisión, período de diagnóstico y total, Honduras, 1985 - abril 1998	14
4	Casos de SIDA según sexo, por grupo de edad, y razón hombre:mujer, Honduras, 1985 - abril 1998	18
5	Número de casos de SIDA en niños menores de 5 años y En mujeres en edad reproductiva (15 - 49 años de edad), Honduras, 1985 – 1997	19
6	Número de casos de SIDA reportados en los departamentos de Cortés y Francisco Morazán, Honduras, 1985 - 1997	25
7	Número de casos de SIDA reportados en el resto de los departamentos del Corredor Central: Coluteca, Copán, Atlántida, y Comayagua, Honduras, 1985 - 1997	26
8	Tasa de incidencia anual de SIDA y Tuberculosis, Honduras, 1985 – 1997	28
9	Tasa de incidencia anual de sífilis y gonorrea, Honduras, 1985 – 1997	31
10	Incidencia y prevalencia anual de VIH estimadas a nivel nacional, Honduras, 1997	34
11	Incidencia y prevalencia anual de VIH estimadas para San Pedro Sula, Honduras, 1997	35

Glosario de términos

CDC	Centro para el Control de Enfermedades (Georgia, Atlanta, Estados Unidos de América)
CONJUVE	Consejo Nacional de la Juventud
ENESF	Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
FFS	Fundación Fomento en Salud
HRH	Hombres que tienen relaciones con hombres
IEC	Información, Educación y Comunicación
MECP	Mujeres Embarazadas en Control Prenatal
NGPP	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> productora de penicilasa
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
PEA	Población Económicamente Activa
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SVE	Sistema de vigilancia epidemiológica.
TB	Tuberculosis
TCS	Trabajadora comercial del sexo
TCSA	Trabajadora comercial del sexo ambulante
UDIV	Uso de drogas endovenosas
UMIETS	Unidad de Manejo Integral de las ETS
UNICEF	Programa de las Naciones Unidas para la Niñez
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana (para esta publicación se trata exclusivamente de VIH-1, si se tratare de otro caso se especificará)

Presentación.

En apenas 15 años, la epidemia de VIH/SIDA se ha constituido en una pandemia. El SIDA figura entre las cinco primeras causas de pérdida de años de vida productiva a nivel mundial. Es un problema complejo que afecta no solo la salud de los pueblos sino también la economía y el desarrollo de los países en todo el mundo. Según los datos de la OMS, hasta diciembre de 1997, existían 30.6 millones de personas infectadas con VIH en el mundo. En el año 1997 se produjeron a nivel mundial un total de 5.8 millones de nuevas infecciones y hubo de 2 a 3 millones de defunciones. Cada día se infectan más de 16,000 personas con VIH, y se estima que para el año 2000, habrán alrededor de 40 millones de personas infectadas por el virus en todo el mundo.

En las Américas, hasta marzo de 1998 se han producido un total acumulado de 829,398 casos de SIDA (814,226 casos en adultos y 15,172 en niños). Los cambios de la conducta humana y del ambiente, en estrecha relación con factores socio-económicos y políticos, el crecimiento demográfico, la migración del campo a la ciudad, y problemas socioculturales han sido determinantes en el incremento de estas epidemias y en la aparición de nuevos agentes que se presentan como amenazas para la salud de la población en el próximo milenio. Los planteamientos médicos, de salud pública y de desarrollo combinados, deben ser la nueva forma de enfocar la epidemia del SIDA, procurando reducir el impacto del VIH/SIDA así como reducir también la situaciones de alto riesgo.

La asociación entre ETS y VIH/SIDA representa un conjunto único de desafíos de salud, sociales, económicos y políticos que afectan tanto a los países desarrollados como a los países en desarrollo. Es preciso diseñar estrategias de prevención y control del VIH y las ETS en general, pues las enfermedades de transmisión sexual como la gonorrea, la sífilis, la clamidia, la tricomoniasis, el chancroide, y el herpes genital también aumentan el riesgo de contagiar y de ser contagiado por el VIH.

El futuro de la epidemia VIH/SIDA es muy difícil de predecir en los tiempos actuales, pues mientras que en algunos países, particularmente los desarrollados, ya alcanzó un punto máximo y ha comenzado a declinar, sin atacar con intensidad a la población heterosexual; en otros países la epidemia continúa en aumento, como es el caso de los países centroamericanos y en especial Honduras, que enfrenta un grave problema pese a los esfuerzos realizados para combatirla.

Hasta abril de 1998 se reportaron en Honduras un total de 8.563 casos, para una tasa de 191.1 por millón de habitantes. Honduras al igual que el resto de los países de istmo centroamericano y el Caribe se caracterizan por una modalidad de transmisión de predominio heterosexual. con una razón hombre:mujer de 1.7:1.

La epidemia de VIH ha causado un gran impacto en la sociedad hondureña. Todavía prevalecen a nivel nacional el estigma y la abierta discriminación hacia las personas con SIDA y sus familiares por parte de los diferentes sectores de la sociedad, incluyendo a sus propios familiares y a los trabajadores de la salud, lo que atenta contra sus derechos humanos.

Por otro lado en el contexto de la severa crisis económica que afecta al país, la epidemia de VIH/SIDA representa una pesada carga para los servicios de salud del país, especialmente para los servicios médicos y sociales requeridos por el creciente número de personas afectadas. Se estima que a mediano plazo, la epidemia repercutirá en la capacidad productiva del país, al afectar directamente a los sectores más jóvenes de la población económicamente activa.

La mayoría de las personas se infectan con VIH a edades tempranas de la vida, entre los 15 y 24 años, desarrollan la enfermedad antes de los 35 años, y habrán muerto aproximadamente antes de los 49 años. La epidemia afecta a la población joven y sexualmente activa donde, aparte del VIH, se producen otras enfermedades de transmisión sexual. Por lo tanto es en este grupo de edad en donde se tienen que desarrollar intervenciones enérgicas costo/efectivas, orientadas hacia el cambio de comportamiento de manera sostenible.

A través de diferentes investigaciones realizadas en diferentes sectores de la sociedad hondureña se ha demostrado que la mayoría de la población adulta hondureña tiene un conocimiento adecuado sobre el SIDA y sus formas de prevención. Estos hallazgos son un buen inicio para orientar las acciones que se planeen realizar, y a la vez es un punto de partida que permitirá llevar a cabo las evaluaciones futuras, para conocer el impacto y efectividad de los programas que se ejecuten.

Este análisis ha sido elaborado en coordinación con las autoridades del Depto de ETS/VIH/SIDA/TB de la Secretaría de Salud Pública.

Esperamos que los datos y análisis contenidos en este documento provean a las personas tomadoras de decisiones a diferentes niveles y de diversas disciplinas, de información actualizada sobre la evolución de la epidemia, así como de los hallazgos sobre la situación actual y perspectivas del VIH/SIDA en Honduras.

Dr. Jorge Higuero Crespo
Director Ejecutivo
Fundación Fomento en Salud

Los primeros años de la epidemia

El primer caso de SIDA en Honduras ocurrió en 1984, en un profesional residente en la ciudad de El Progreso, quién reportó haber realizado varios viajes a la ciudad de San Francisco en los años previos a su enfermedad. Su diagnóstico fue hecho en 1985, cuando sus muestras fueron enviados a los Estados Unidos y resultaron positivas por sarcoma de Kaposi y por anticuerpos contra el VIH. Los primeros casos ocurrieron en cuatro hombres y fueron clasificados, tres como transmisión homosexual y uno como transmisión heterosexual, todos con historia de haber viajado al exterior.

En 1992 se hizo un análisis de los primeros 100 casos de SIDA en el país. La razón hombre/mujer era de 2:1 (66 hombres y 34 mujeres). La mayoría de los afectados estaban entre los 26 y los 30 años de edad. Entre los heterosexuales se encontraron 11 trabajadoras comerciales del sexo (TCS) y 2 hombres que reportaron uso de drogas IV. Un 61% de los heterosexuales reportó haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 5 años. Un total de 18 fueron clasificados como transmisión homosexual y 15 casos como transmisión bisexual. Solamente se reportó un caso de transfusión sanguínea, y dos casos de SIDA pediátricos, siendo ambos casos productos de madres infectadas. Entre las 90 personas con domicilio conocido, 67 vivían en la Costa Norte, y 34 de ellas vivían en San Pedro Sula.

Situación de la epidemia de VIH/SIDA en Honduras, en relación a Centroamérica.

Para marzo de 1998 la población estimada del país era de 5.7 millones de habitantes. Con un 17% de la población de Centro América, Honduras reportó para esa fecha más del 50% de todos los casos de SIDA en la región (Cuadro 1).

Cuadro 1
Número de casos acumulados de SIDA y muertes por SIDA
Centro América, hasta 31 de marzo 1998.

País	Número total de casos de SIDA acumulados	Número total De Muertes	Frecuencia relativa de casos de SIDA por país (%)
Honduras	8,217	1,081	51,6
Guatemala	2,395	537	15,1
El Salvador	2,019	289	12,7
Panamá	1,620	993	10,2
Costa Rica	1,284	674	8,1
Belice	198	190	1,2
Nicaragua	180	105	1,1
Total	15,913	2,615	100,0

Tratar de explicar el porqué el número de casos reportados y el patrón de la epidemia en Honduras han sido diferentes al del resto de Centroamérica no es cosa fácil. Es importante señalar que existen diferencias en los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica (SVE) entre los países de la región. Honduras fue el primer país de la región en organizar un SVE con cobertura nacional con una red de laboratorios que asegurasen la disponibilidad gratuita de pruebas para VIH a toda la población. Además, la definición de caso de SIDA y el reporte de infecciones por VIH varía en la región. Por ejemplo, Costa Rica utiliza la definición de caso del CDC y no reporta portadores asintomáticos. No obstante, se considera que las diferencias en el SVE entre países podrían explicar solo parcialmente la magnitud de la epidemia de SIDA en Honduras.

Uno de los factores importantes en el inicio de la epidemia parece ser la introducción del VIH a la población a través de múltiples y diversos canales. Los primeros casos ocurrieron en hombres con preferencia homosexual con historia de haber viajado al exterior, particularmente a la ciudad de San Francisco. Casi simultáneamente se reportaron casos en hombres con preferencia bisexual quienes posiblemente sirvieron como puente de introducción del VIH a la población heterosexual. Además, desde los primeros años de la epidemia, también se reportaron casos entre TCS, marinos, militares, y otros grupos poblacionales con historia de haber tenido múltiples parejas sexuales.

En el período de incubación de la epidemia, a finales de los 70 y durante la década de los ochenta, la situación social y política de Honduras fue diferente al del resto de la región centroamericana. En la década de los 80 Centro América se caracterizó por una fuerte tensión social que se tradujo en luchas armadas en Guatemala, El Salvador y Nicaragua. Con la victoria del Sandinismo en Nicaragua, la región centroamericana, y especialmente Honduras, se convirtió en el centro de la guerra fría del continente americano. Se ha postulado que la fuerte presencia de tropas extranjeras en el país se asoció con un incremento en la prostitución y en la incidencia de ETS en las ciudades donde se ubicaban las bases militares y en los lugares de diversión frecuentados por esta población. Esto tuvo como consecuencia la facilitación de la diseminación del VIH en la población. De acuerdo a los reportes oficiales, la tasa de incidencia anual de gonorrea aumentó de 143 casos por 100,000 habitantes para 1979, a 196 casos por 100,000 habitantes en 1984. Un incremento similar se observó en la tasa de incidencia anual de sífilis, que en 1979 era de 69 casos por 100,000 habitantes, llegando a 111 casos por 100,000 habitantes en 1984. Es de esperarse que, asociado al conflicto bélico, ocurrieron heridos, los cuales necesitaron transfusiones de sangre, que no necesariamente fueron tamizadas para VIH. Desafortunadamente se desconoce la magnitud con que estos factores contribuyeron en la epidemia de VIH en Honduras.

El sistema de vigilancia epidemiológica

El SVE hondureño para VIH/SIDA es un sistema pasivo orientado a la detección de casos de SIDA.

La solicitud de examen para VIH requiere el consentimiento del paciente y el llenado obligatorio de la ficha de vigilancia epidemiológica. La prueba se solicita en su mayoría a personas que acuden a los servicios de salud con sintomatología sospechosa o en las cuales se considera algún factor de riesgo, y en menor grado por demanda espontánea de las personas.

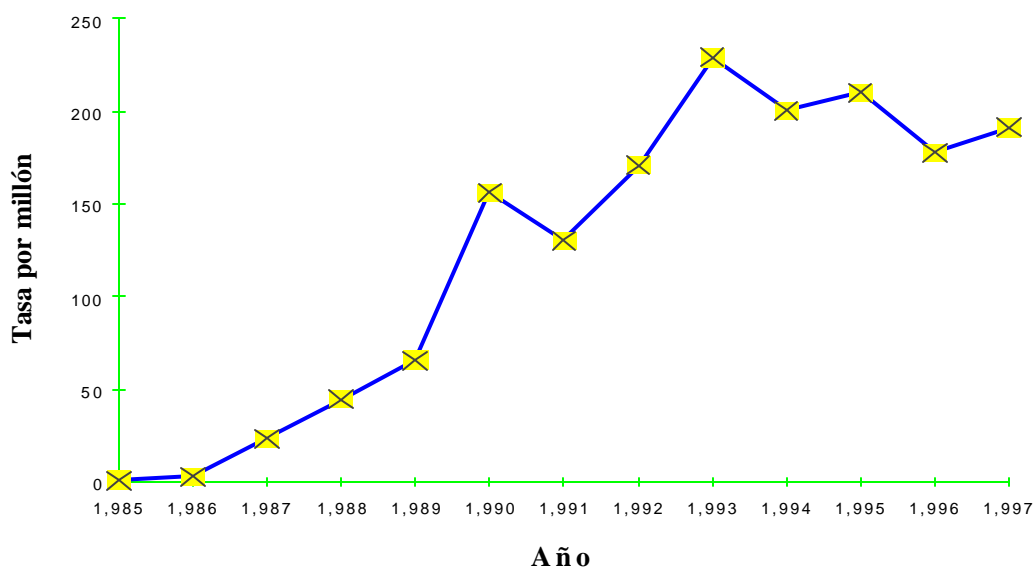
En el informe oficial del mes de abril de 1998, el país reporta un total de 11,059 personas infectadas con el VIH: 8,563 casos de SIDA y 2,496 portadores asintomáticos (Cuadro 2). El subregistro de casos se estima entre un 30% a un 50%, lo que significa que el número de casos de SIDA para Honduras oscilaría entre 12,000 a 16,000.

Cuadro 2
Número de casos de SIDA y portadores asintomáticos
Honduras, 1985 - Abril 1998

Categoría	n
Caso de SIDA	8,563
Portador asintomático	2,496
Total infectados con VIH	11,059

El número de casos y por consecuencia la tasa de incidencia anual reportadas en el sistema de vigilancia epidemiológica (SVE) se caracteriza por fluctuaciones periódicas (Figura 1).

Figura 1
Tasa de incidencia anual de casos de SIDA
Honduras, 1985 - 1997



La tasa de incidencia anual de casos se incrementó desde aproximadamente 50 por millón de habitantes en los años 80 hasta 229 por millón en 1993. En los últimos dos años hay un descenso en la tasa anual de incidencia, que para 1997 era de 191 por millón de habitantes (Cuadro 3).

Cuadro 3
Tasa de incidencia anual de casos de SIDA
Honduras, 1985 - 1997

Año	No. de casos de SIDA	Población estimada	Tasa de incidencia de casos de SIDA por millón
1,985	4	4,372,487	0.9
1,986	13	4,513,940	2.9
1,987	109	4,656,440	23.4
1,988	212	4,756,440	44.6
1,989	325	4,950,633	65.6
1,990	736	4,716,691	156.0
1,991	633	4,853,193	130.4
1,992	853	4,989,717	171.0
1,993	1184	5,173,141	228.9
1,994	1066	5,317,834	200.5
1,995	1149	5,466,733	210.2
1,996	998	5,619,802	177.6
1,997	1104	5,777,156	191.1

Estas oscilaciones en el número de casos reportados anualmente se han asociado a cambios operados en el Programa nacional de SIDA, a movimientos de personal relacionados con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) en diferentes niveles, y a la mayor o menor intensidad en los programas de VE.

El descenso en la notificación anual se ha atribuido a fallas en el SVE. Además del subregistro y del retraso en la notificación de casos, el estigma y la discriminación asociadas a la infección por VIH han provocado un descenso en el número de personas que acuden a los servicios de salud para solicitar el examen de VIH. Las pocas opciones que los servicios de salud ofrecen para mejorar la calidad y la esperanza de vida de las personas infectadas con el VIH y sus familiares ha conducido a una “visión fatalista” del problema.

A pesar de los esfuerzos nacionales para proveer pruebas de buena calidad y accesibles a la población, el número de pruebas de VIH realizadas anualmente en población general solo muestra un elevamiento discreto en los últimos cinco años (el número de pruebas de VIH realizadas en dicha población durante el período 94-97 fué: 12,877; 11,981; 14,403; y 15,640 respectivamente).

Categorías de transmisión asociadas a la epidemia.

El patrón de transmisión de VIH en Honduras ha sido distinto al del resto de Centro América desde el inicio de la epidemia, recordando más el patrón predominante en la región del Caribe. El VIH en Honduras es transmitido principalmente por vía sexual (Cuadro 4). De un total de 8,593 casos de SIDA reportado hasta abril de 1998, 7,944 (92,5%) fueron asociados a la categoría de transmisión sexual. La transmisión de VIH asociada al uso de drogas intravenosas o asociada a transfusiones sanguíneas representa menos del 1% del total de casos reportados. Aunque la cobertura de pruebas de VIH para bancos de sangre se alcanzó en los inicios del 90 a nivel nacional, el número de casos de SIDA asociado a transfusiones sanguíneas cayó drásticamente a partir del año 91, lo que indicaría que un número de casos asociados a transfusión sanguínea, o no fueron detectados, o fueron erróneamente clasificados en otra categoría de transmisión.

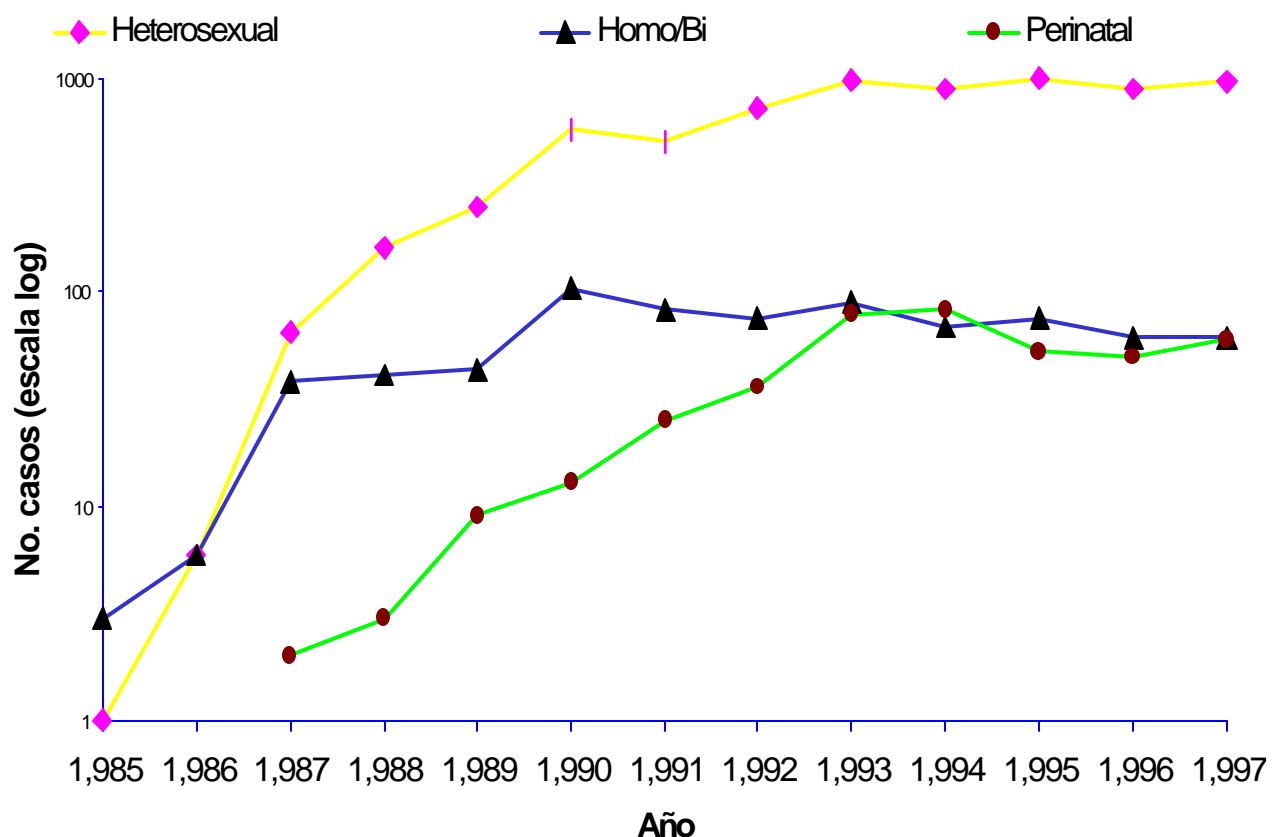
Cuadro 4
Casos de SIDA según categoría de transmisión
Honduras, 1985 - abril 1998

Categoría de transmisión	Total	%
Heterosexual	7183	83.6
Homosexual	283	3.3
Bisexual	478	5.6
Transfusional	53	0.6
Perinatal	416	4.8
UDIV	9	0.1
Ignorado	171	2.0
Total	8593	100.0

La evolución de las categorías de transmisión asociada a los casos de SIDA ha tenido sus peculiaridades en el país (Figura 2). El componente

heterosexual tuvo su mayor crecimiento en el período 85-90, duplicándose casi anualmente el número de casos con respecto al año anterior para luego alcanzar una meseta de crecimiento relativamente estable en los últimos años.

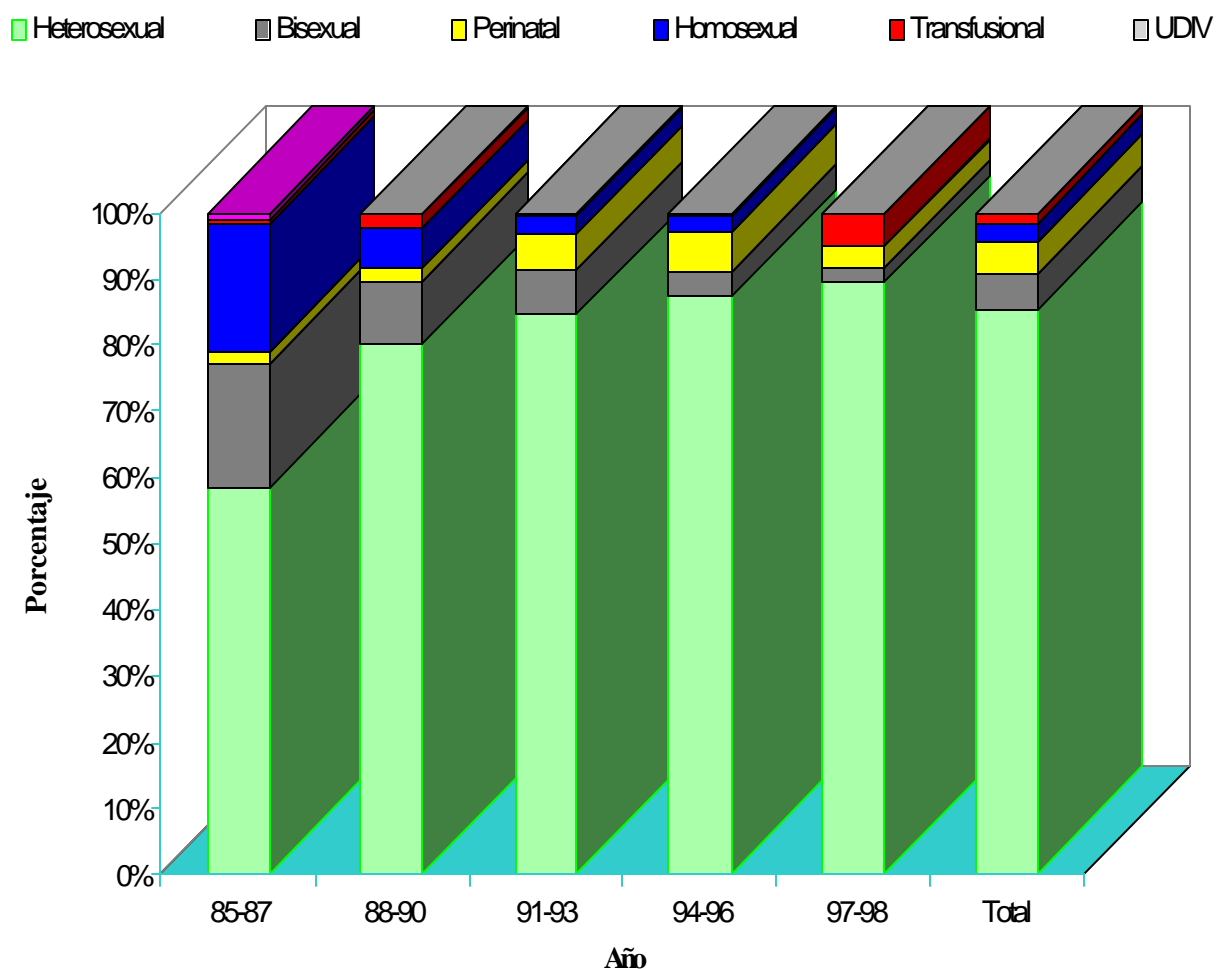
Figura 2
Casos de SIDA por categoría de transmisión y por año de diagnóstico
Honduras, 1985 - abril 1998.



El número de casos de SIDA asociado con la categoría de transmisión homosexual y bisexual descendió desde un 15%-20% en los primeros años de la epidemia hasta representar aproximadamente un 9% del total de casos en la actualidad (Figura 3). Este descenso ha sido más pronunciado en el grupo bisexual. Es posible que dicho descenso esté relacionado con la discriminación hacia los grupos de hombres que tienen relaciones con otros hombres, y a errores en la clasificación de la conducta sexual al momento del llenado de la ficha de vigilancia epidemiológica.

En un estudio retrospectivo realizado en 100 casos sobrevivientes de SIDA en hombres heterosexuales de la ciudad de San Pedro Sula se encontró que, al ser reinterrogados con mayor detenimiento, más de la mitad de los hombres admitieron haber tenido relaciones con otros hombres por varios años antes de ser diagnosticados (Gestora/Educadora, Proyecto BID/OPS, San Pedro Sula, comunicación personal).

Figura 3
Distribución porcentual de casos de SIDA por categoría de transmisión,
período de diagnóstico y total
Honduras, 1985 - abril 1998



La razón hombre/mujer en casos acumulados hasta abril de 1998 es de 1.8:1 (Cuadro 5). Aunque esta razón fue aproximadamente de 4:1 en los primeros dos años de la epidemia, dicho valor rápidamente descendió y se ha mantenido alrededor de 2:1 a lo largo de la epidemia. El valor "bajo" de la razón

hombre/mujer, en comparación con otros países del continente americano, indican que la epidemia de SIDA en Honduras tiene un predominio heterosexual.

Cuadro 5
Casos de SIDA por año de diagnóstico, sexo, y razón hombre:mujer
Honduras, 1985 - 1997

Año	Hombre	Mujer	Razón
			Hombre:Mujer
1,985	4	0	-
1,986	9	4	2.3
1,987	72	37	1.9
1,988	139	73	1.9
1,989	207	118	1.8
1,990	464	272	1.7
1,991	423	210	2.0
1,992	578	275	2.1
1,993	771	413	1.9
1,994	664	402	1.7
1,995	724	425	1.7
1,996	640	358	1.8
1,997	657	447	1.5
Total	5,352	3,034	1.8

Distribución de la epidemia en la población.

La epidemia de VIH/SIDA afecta principalmente a la población joven, económicamente productiva, y en edad reproductiva del país (Cuadro 6, Figura 4). El grupo de edad más afectado es el de 20-39 años de edad, representando aproximadamente el 70% del total de casos reportados hasta abril de 1998. Casi un 20% de los casos están entre los 15 y los 24 años de edad. Es en este grupo de edad en donde la razón hombre:mujer alcanza su valor más bajo, para luego irse incrementando a medida que aumenta la edad. Dado el patrón cultural predominante en nuestro país.

Cuadro 6
Variación de casos de SIDA según grupo de edad y por período de diagnóstico, Honduras 1985 - abril 1998

Grupo de edad	1985-1989		1990-1994		1995-1998		1985-1998	
	Casos SIDA	%	Casos SIDA	%	Casos SIDA	%	Casos SIDA	%
0-4	14	2.1	222	5.0	140	4.1	376	4.4
5-9	3	0.5	17	0.4	30	0.9	50	0.6
10-14	0	0.0	9	0.2	5	0.1	14	0.2
15-19	25	3.8	147	3.3	117	3.4	289	3.4
20-24	129	19.5	716	16.0	495	14.4	1340	15.6
25-29	154	23.2	959	21.4	701	20.4	1814	21.2
30-34	120	18.1	883	19.7	679	19.8	1682	19.6
35-39	88	13.3	578	12.9	503	14.7	1169	13.7
40-44	54	8.1	357	8.0	323	9.4	734	8.6
45-49	26	3.9	221	4.9	181	5.3	428	5.0
50-54	20	3.0	130	2.9	97	2.8	247	2.9
55-59	15	2.3	110	2.5	70	2.0	195	2.3
60 o más	11	1.7	99	2.2	80	2.3	190	2.2
Ignorado	4	0.6	24	0.5	7	0.2	35	0.4
Total	663	100.0	4,472	100.0	3,428	100.0	8,563	100.0

Los jóvenes hondureños son altamente vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA, esto está condicionado por varios factores como: inicio precoz de las relaciones sexuales, falta de uso adecuado y consistente del condón en cada relación sexual, jóvenes con múltiples parejas sexuales sin protección, falta de conocimientos sobre las formas de protegerse de la enfermedad. De acuerdo a estadísticas del Consejo Nacional de la Juventud (CONJUVE), los jóvenes (13 a 25 años de edad) representan el 47% de la Población Economicamente Activa (PEA). Se estima que 9 de cada 10 jóvenes que trabajan pertenecen a familias

pobres, 8 de cada 10 viven en hogares indigentes, y alrededor de 1000,000 jóvenes son jefes de hogar, de los cuales 23% son mujeres y 77% son hombres.

De acuerdo a estimaciones de la Secretaría de Coordinación, Planificación y Presupuesto, para el período 1993-1995, las adolescentes en Honduras tenían una tasa de fecundidad específica de 136 nacimientos por 1,000 adolescentes (la más alta de Centro América). La tasa de fecundidad y el número promedio de hijos son mayores en las zonas rurales en comparación con el sector urbano (Cuadro 7). La fecundidad rural más elevada está relacionada con diversos factores como ser: nupcialidad a más temprana edad, acceso restringido a servicios de salud reproductiva y de planificación familiar, y el menor nivel educativo. Según resultados de un estudio desarrollado en el centro de estudios de la mujer en 1994, casi un 54% de las adolescentes embarazadas no tenían ciudad prenatal, un 70% de estas adolescentes eran madres solteras, y cerca del 80% no tuvieron información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos antes de su embarazo.

Cuadro 7
Tasa de fecundidad y N. promedio de hijos
en mujeres adolescentes (14-18 años de edad)

Honduras 1997

	Rural	Urbana
Tasa de fecundidad	161 x 1000	112 x 1000
Promedio de hijos	2,2	1,4 (Tegucigalpa y San Pedro Sula) 1,7 (Ciudades de mediano tamaño)

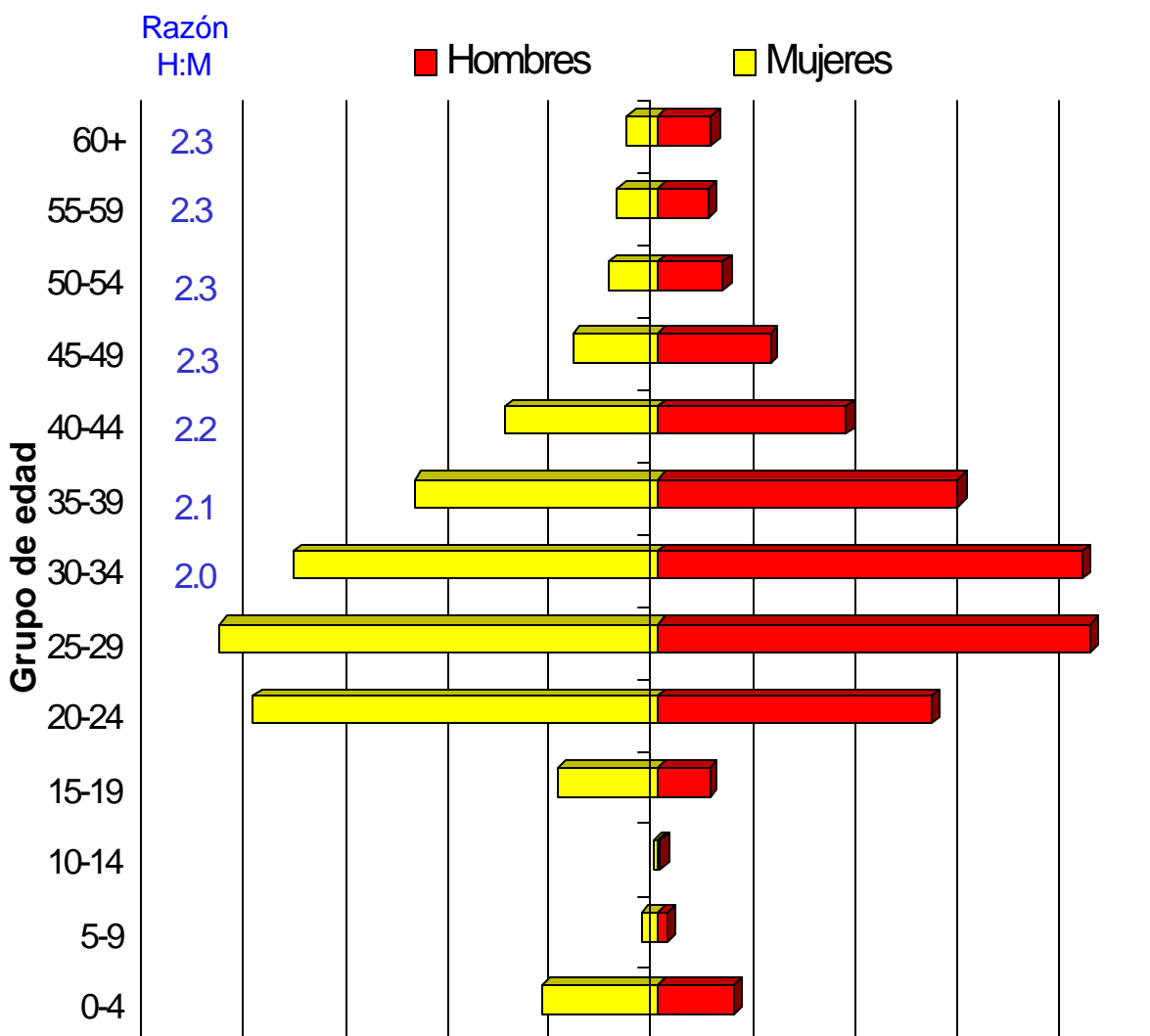
El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un importante problema de salud pública en el país. En 1996 las madres adolescentes tuvieron 28,954 nacimientos, que correspondían al 15,5% de los nacimientos totales del país. En el primer semestre de 1997 se atendieron 8,087 partos en el Hospital Escuela (Tegucigalpa), y un total de 2,421 (29,9%) correspondieron a partos menores de 19 años.

En un estudio de 497 adolescentes de San Pedro Sula (1995), se encontró que cerca del 40% de los hombres y el 29% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales con TCS. Según datos de la ENESF (1996) un 10,5% de las mujeres adolescentes encuestadas iniciaron vida sexual antes de los 15 años, y un 46,5% iniciaron antes de los 18 años de edad. De la población adolescentes que ya habían tenido relaciones sexuales, solo 10,8% de las mujeres y 23% de los hombres afirmaron haber usado condón alguna vez.

De acuerdo al boletín informativo de la Coordinadora de Instituciones Privadas Pro los Niños y Niñas y sus Derechos, en 1996 se hicieron 58 denuncias de agresiones sexuales en niños de los juzgados del país. De este total, un 53% (29) ocurrieron en adolescentes de 13 a 18 años, y la edad en que más se reportaron agresiones sexuales fué de 14 años. Esta misma institución reporta en su boletín de 1995 que las mujeres adolescentes trabajadoras se encuentran primordialmente en el sector informal de la calle, iniciando su actividad productiva generadora de ingresos a los 11 años de edad. Alrededor de un 36% de ellas ha tenido relaciones sexuales, de las cuales un 16% fueron por violación. UNICEF reporta en un estudio de 1996, que alrededor del 47% de las niñas prostitutas fueron víctimas de abuso y violación en sus hogares, y un 50% de ellas ingresó a la actividad sexual comercial entre los 9 a 13 años de edad.

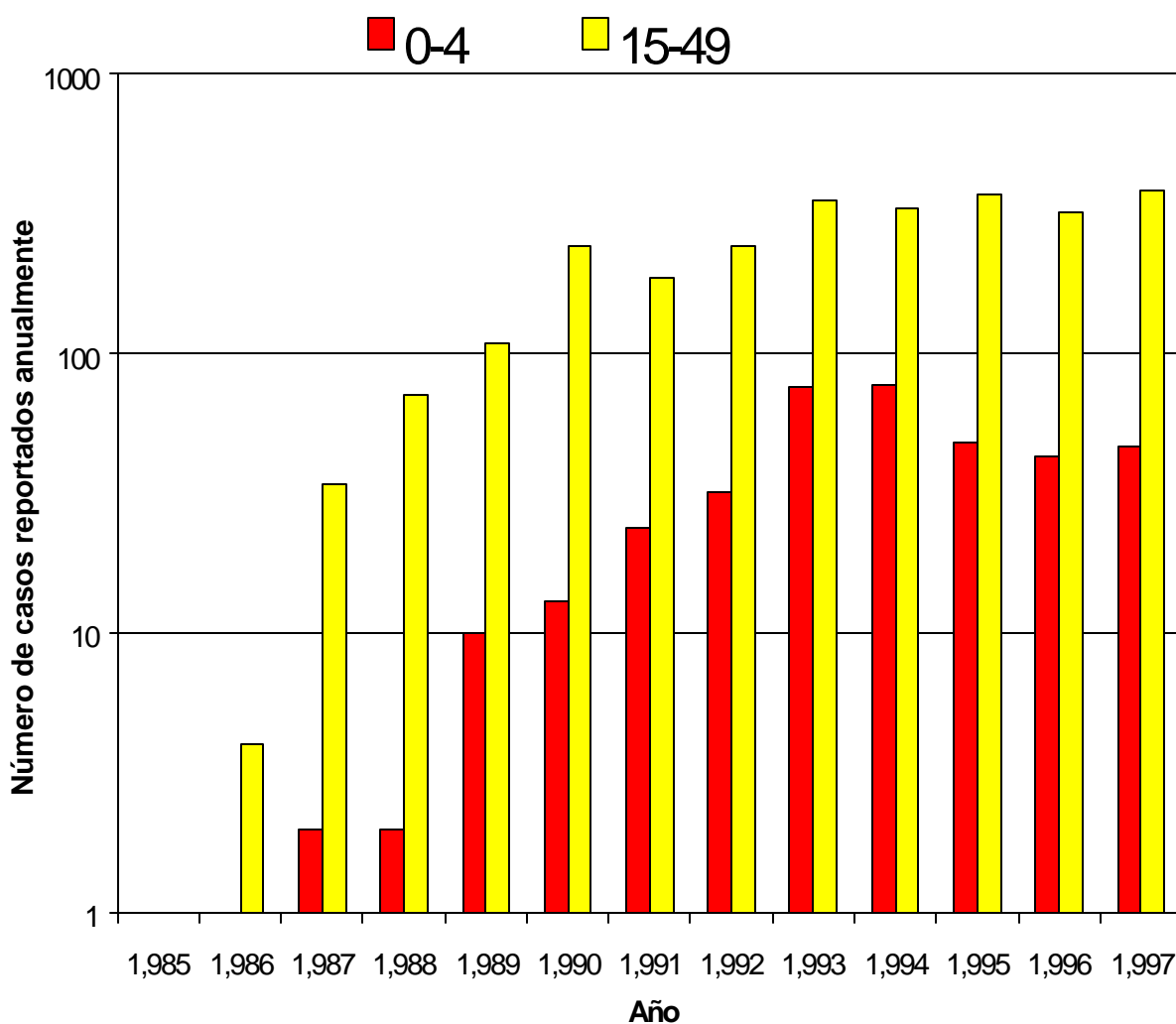
En los últimos años se ha incrementado el número de casos en la población pediátrica (Figuras 2,3 y 4, Cuadro 6).

Figura 4
Casos de SIDA según edad y sexo,
por grupo de edad, y razón hombre:mujer
Honduras, 1985 - abril 1998



El número de casos en niños menores de 5 años y en mujeres en edad reproductiva se ha incrementado dramáticamente en los últimos 5 años (Figura 5), teniendo su mayor incremento en el período 87-93. En el período comprendido entre 1985 a 1989, el número de casos en niños menores de 5 años representaba el 2,1% del total de casos. Para el período de 1995 a 1998, este grupo de edad representaba el 4,1% de SIDA en el país.

Figura 5
Número de casos de SIDA en niños menores de 5 años y
mujeres en edad reproductiva (15-49 años de edad)
Honduras, 1985-1997



Distribución geográfica de la epidemia

Aunque todos los departamentos y ciudades principales han reportado casos, la distribución geográfica de los mismos no es uniforme en el país. Las Regiones Sanitarias No. 3, y la Metropolitana representan casi el 70% de todos los casos reportados en el país (Cuadro 8).

Cuadro 8
Casos de SIDA según región sanitaria
Honduras, 1985 - April 1998

Región sanitaria	No casos de SIDA	%
RS 3	4,108	48.0
Metro	1,689	19.7
RS 6	831	9.7
RS 4	513	6.0
RS 2	493	5.8
RS 5	430	5.0
RS 1	393	4.6
RS 7	85	1.0
RS 8	14	0.2
Ignorado	7	0.1
Total	8,563	100.0

La epidemia se concentra en el llamado “Corredor Central de Desarrollo”. Tegucigalpa, San Pedro Sula, La Ceiba, El Progreso, Comayagua, Puerto Cortés, Tela, La Lima y Choluteca, son los centros urbanos y los polos de desarrollo económico principales del país, y a su vez los más afectados por la epidemia (Mapas 1y 2). Los 7 departamentos con el mayor número de casos de SIDA acumulados hasta abril de 1998 son: Cortés, Francisco Morazán, Atlántida, Yoro, Comayagua, Choluteca y Copán (Cuadro 10).

Cuadro 9
Casos e incidencia de SIDA: acumulados desde 1985 a abril 1998
por departamento y ordenadas de mayor a menor tasa de incidencia
Honduras 1998.

Departamento	No. total de casos de SIDA 1985- abril 1998	No. casos de SIDA diagnosticados en 1997	Población estimada en 1997	Tasa de incidencia de casos de SIDA en 1997
Cortés	3,458	321	851,244	377.1
Atlántida	600	112	313,518	357.2
Islas de la Bahía	37	8	29,287	273.2
Valle	185	42	155,008	271.0
Francisco Morazán	1,919	324	1,050,906	252.4
Yoro	483	105	435,221	241.3
Choluteca	323	62	380,046	163.1
Comayagua	390	30	323,228	92.8
El Paraíso	172	28	331,224	84.5
Santa Bárbara	190	24	357,827	67.1
Colón	163	11	200,679	54.8
La Paz	63	5	140,549	35.6
Olancho	86	10	381,478	26.2
Intibucá	35	4	162,905	24.6
Lempira	77	5	230,214	21.7
Copán	292	6	284,985	21.1
Gracias a Dios	42	0	48,076	0.0
Ocoatepeque	51	0	96,595	0.0
Total	8,566	1,097	5,772,990	190.0

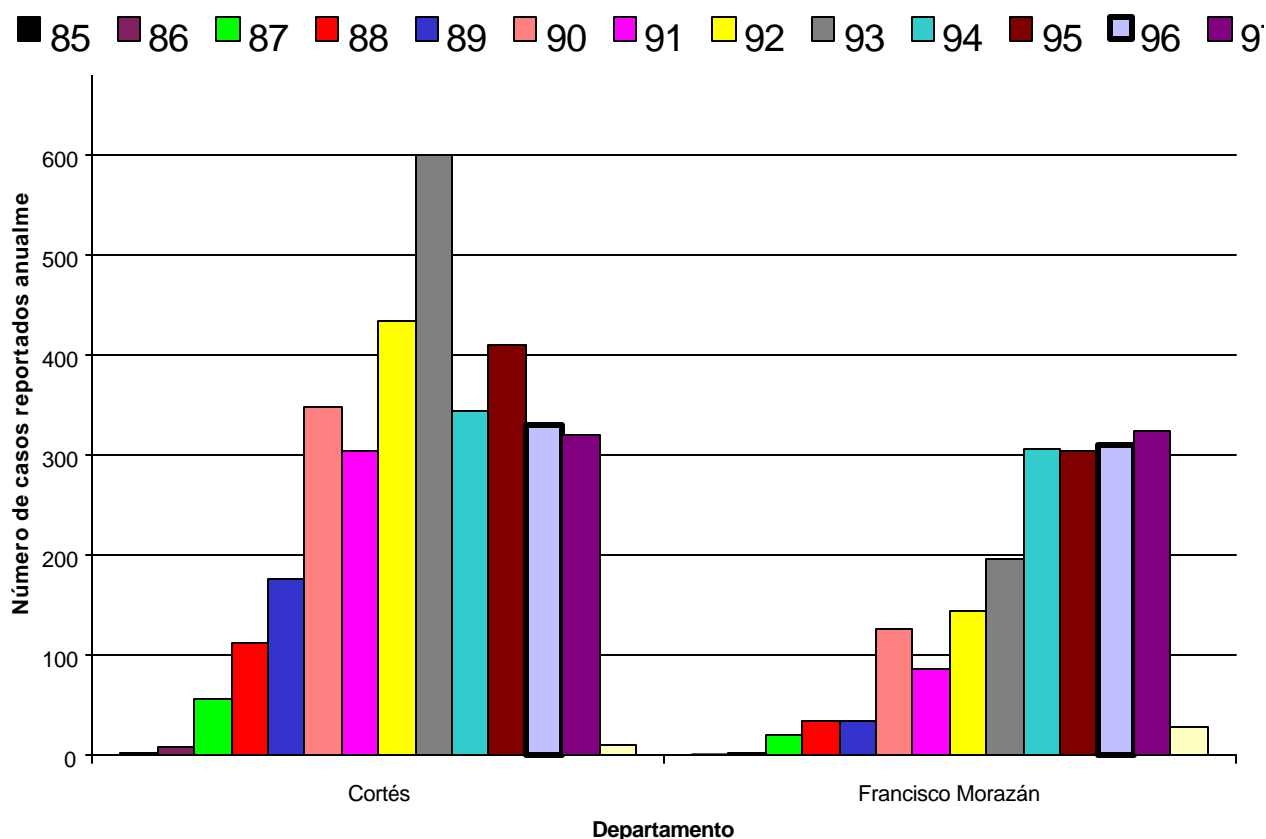
Para el año 1997, los 7 departamentos con la tasa de incidencia anual más alta fueron: en Comayagua (reporte personal) en la zona central del país. San Pedro Sula y ciudades circunvecinas tienen las tasas más altas de incidencias acumuladas del país y fue en esa zona geográfica en donde el número de casos reportados anualmente se incrementó rápidamente al inicio de la epidemia (Cuadros 9-11).

Cuadro 10
Casos de SIDA: 1985-abril 1998 y diagnosticados en 1997
Tasa de incidencia acumulada y Tasa de incidencia para 1997
por ciudad/municipio para las
25 ciudades con la mayor tasa acumulada de Honduras

Ciudad/municipio	Casos de SIDA diagnosticados en		Población estimada a junio 1998	Tasa por 100,000 habitantes	
	1997	85 - abril 98		Acumulada 85 - abril 98	Para el año 1997
Villanueva	9	100	17,853	560.1	50.4
San Pedro Sula	214	2,644	697,733	378.9	30.7
Cofradía	5	45	15,060	298.8	33.2
Puerto Cortés	40	177	60,359	293.2	66.3
Comayagua	15	243	88,211	275.5	17.0
La Lima	27	158	58,311	271.0	46.3
Ocoatepeque	0	24	9,647	248.8	0.0
Santa Rosa de Copán	0	107	43,053	248.5	0.0
Potrerillos	4	36	16,981	212.0	23.6
Santa Bárbara	20	89	42,963	207.2	46.6
La Ceiba	55	224	111,149	201.5	49.5
San Lorenzo	13	80	44,305	180.6	29.3
Tegucigalpa	290	1,686	980,973	171.9	29.6
Dulce Nombre, Copán	0	8	4,887	163.7	0.0
Tela	26	170	108,370	156.9	24.0
San Juan de Opoa	0	11	7,027	156.5	0.0
Amapala	3	15	9,853	152.2	30.4
La Entrada	3	58	38,357	151.2	7.8
Choloma	16	152	101,308	150.0	15.8
Yoro	22	67	46,523	144.0	47.3
El Progreso	75	295	216,021	136.6	34.7
Choluteca	36	170	137,770	123.4	26.1
El Paraíso	4	37	30,271	122.2	13.2
San Nicolás, Copán	0	7	5,867	119.3	0.0
La Paz	3	30	26,827	111.8	11.2

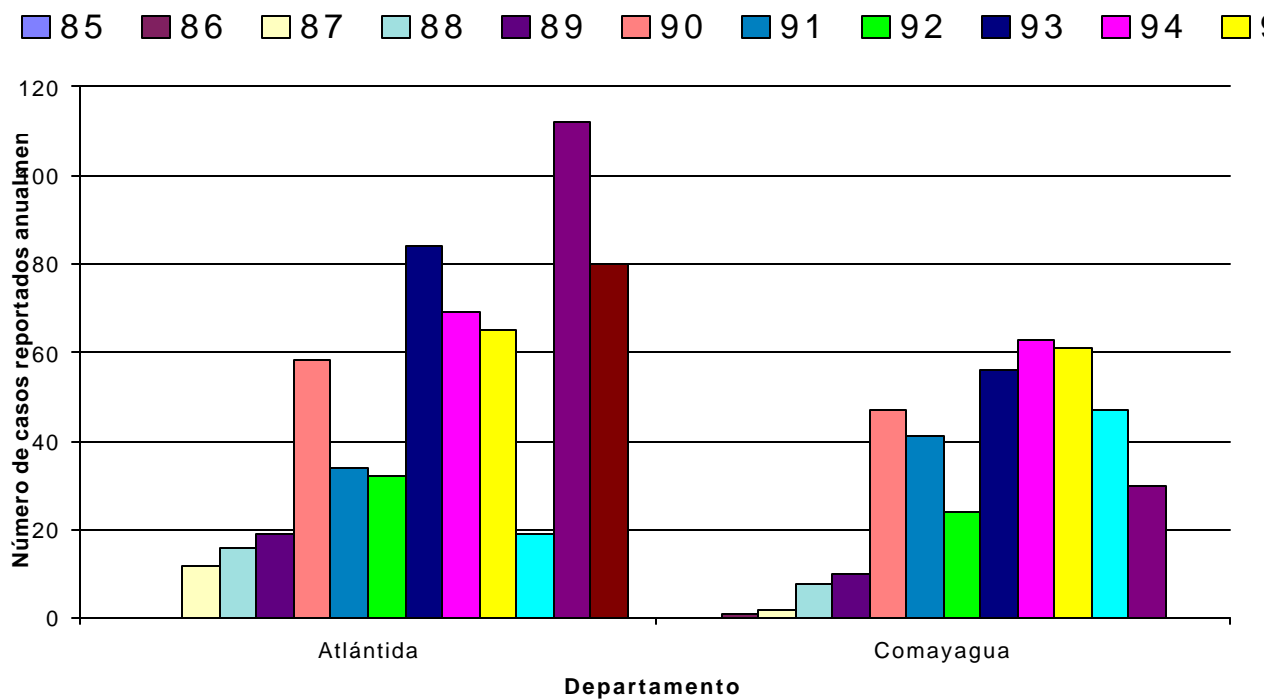
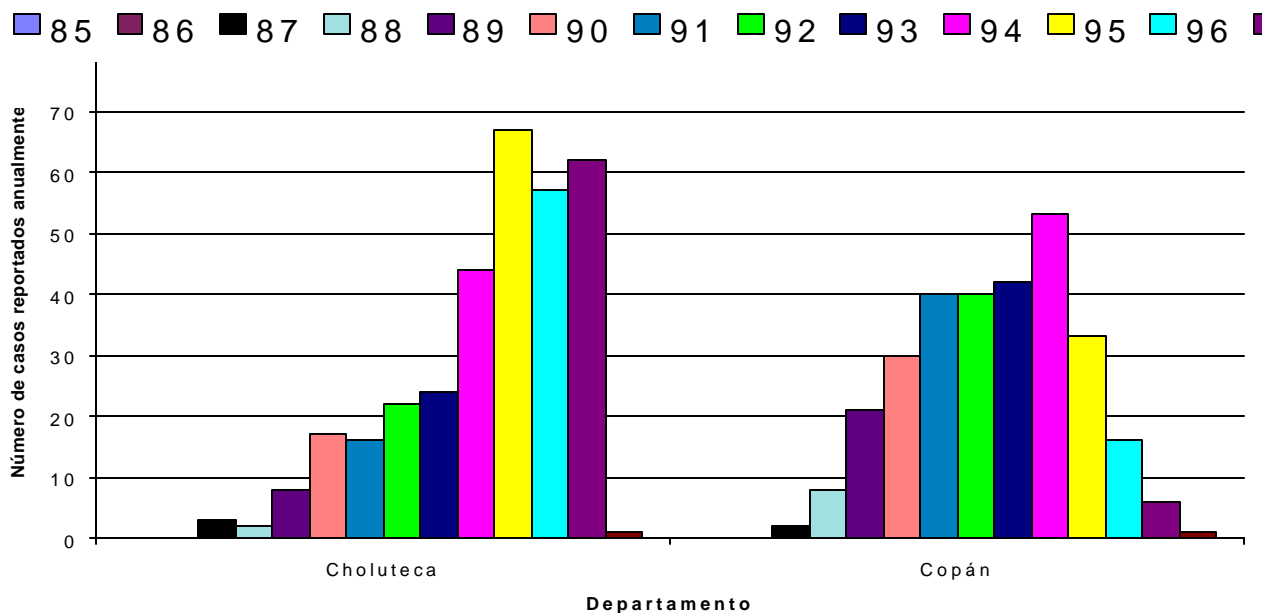
La epidemia tuvo su epicentro inicial en la zona norte del país, posiblemente a finales de la década de los 80 e inicio de los 90, siguiendo unos 4-6 años más tarde la parte central del país, y luego extendiéndose hacia la parte oriental y occidental de Honduras. San Pedro Sula fue el epicentro de la epidemia seguido por Tegucigalpa, alcanzando rápidamente tasas acumuladas mayores de 10 por 100,000 habitantes. La epidemia empezó unos años después en la zona central y occidental del país. Las zonas suroriental, suroccidental y las Islas de la Bahía son las zonas en donde la epidemia comenzó más tardíamente.

Figura No. 6
Número de Casos de SIDA Reportados en los Departamentos de
Cortés y Francisco Morazán
Honduras, 1985-1997



Los departamentos de Comayagua y Copán parecen tener una curva epidemiológica de casos similar a la de Cortés aunque de menor magnitud (Figura No. 7). El departamento de Atlántida muestra un patrón errático en el reporte de casos importantes en el SVE. La curva de casos de departamento de Choluteca es similar a la de Francisco Morazán, con un inicio más tardío

Figura No. 7
Número de casos de SIDA reportados en el resto de los departamentos del Corredor Central: Choluteca, Copán, Atlántida y Comayagua Honduras, 1985-1997



Otras zonas del país han sido afectadas más tardíamente y en proporciones mayores. Por ejemplo, varias de las comunidades garífunas de la 5Costa Norte del país tienen tasas de casos de SIDA acumulados mayores de 2,000 por 100,000 habitantes, con prevalencias estimadas que podrían superar el 10% en población general (cuadro 11). Es necesario llevar a cabo otros estudios en esta y otras comunidades étnicas para determinar la magnitud y trascendencia de la epidemia de VIH/SIDA en los grupos étnicos principales del país

Cuadro No. 11
Casos de SIDA diagnosticados hasta diciembre 1997
En comunidades garífunas, La Ceiba, Tela, San Pedro Sula,
Región Sanitaria 6 y a nivel nacional

Comunidad	No. casos de SIDA acumulados hasta diciembre 97	Población estimada para mediados de 1997	Tasa de incidencia acumulada (por 100,000 habitantes)	Prevalencia estimada dado el número de casos (%)
Tomabé	49	1704	2875.6	17.3
Triunfo de la Cruz	87	2653	3279.3	19.7
San Juan Tela	56	2010	2786.1	16.7
Sambo Crick	22	2457	895.4	5.4
Corozal	25	4125	606.1	3.6
Santa Rosa	9	4175	215.6	1.3
Aguan	12	4821	248.9	1.5
Santa Fe	179	107709	166.2	1.0
La Ceiba	125	29402	425.1	2.6
Tela	600	642750	93.3	0.6
Región Sanitaria No.6	2522	602015	418.9	2.5
San Pedro Sula	2525	405374	622.9	3.7
Nacional	7986	5489299	145.5	0.9

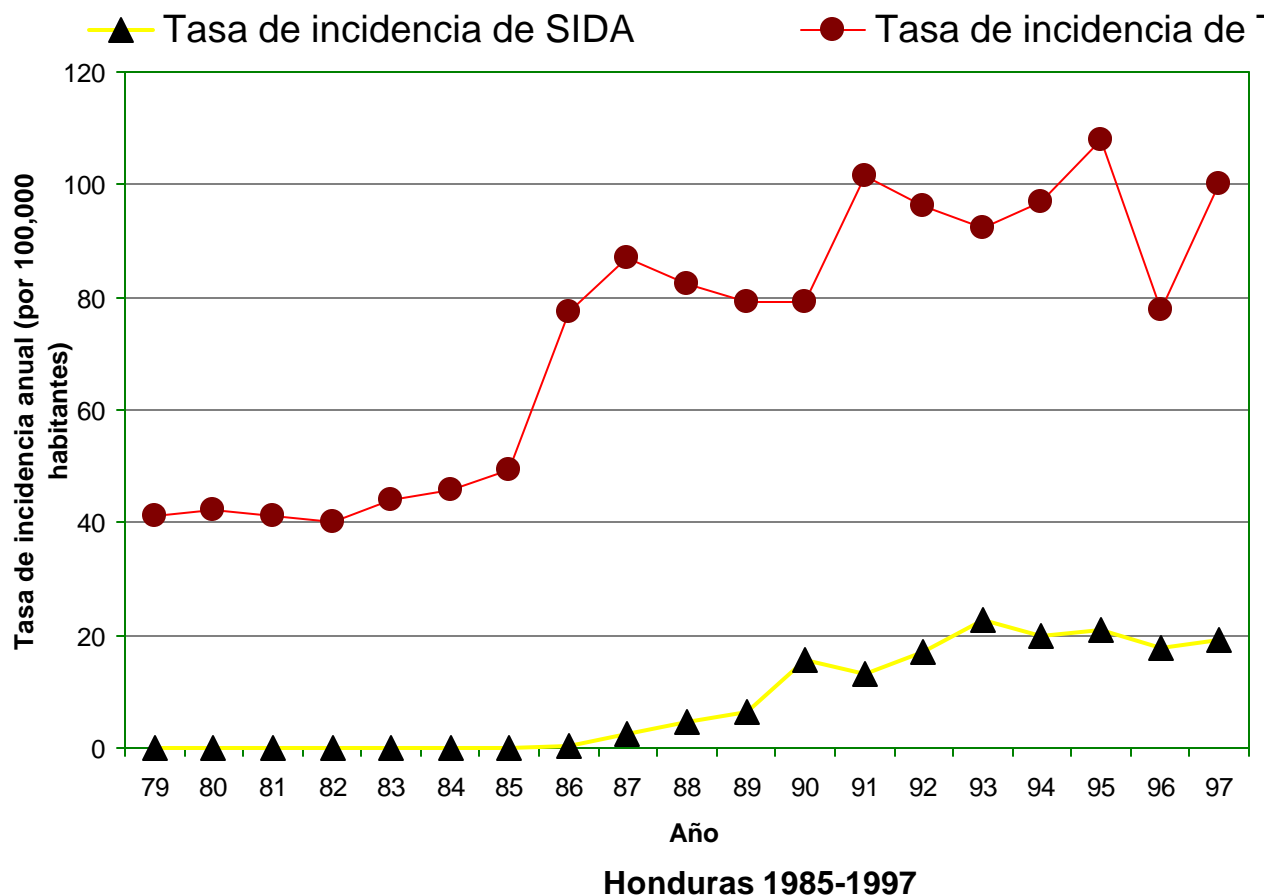
Aspectos clínicos del SIDA en Honduras

De un total de 8,563 casos de SIDA reportados, los síntomas y signos más frecuentes fueron: pérdida de peso (84.0%), fiebre crónica (66.2%), diarrea crónica (54.4%), tos crónica (52.4%), linfadenopatía crónica (24.6%), alteraciones hematológicas (16.0%), y trastornos neurológicos (8.9%). Las infecciones oportunistas más frecuentes fueron candidiasis (31.3%), tuberculosis (17.2% en su forma pulmonar, y 2.9% en la forma diseminada). El sarcoma de Kaposi, los linfomas, y la neumonía por *Pneumocistis carinni* son infrecuentes en el país. A pesar de la magnitud de la epidemia existe muy escasa investigación clínico-epidemiológica sobre VIH/SIDA en el país.

Tuberculosis y VIH/SIDA

A nivel mundial, Honduras es considerado como un país en donde la endemidad de la tuberculosis es severa. El SIDA y la tuberculosis coexisten como problemas importantes en el país. La tasa anual de incidencia de tuberculosis comenzó a ascender a partir de los 70, alcanzando una tasa de unos 100 por 100,000 habitantes para mediados de los 90 (Figura 8). En el período comprendido entre 1986 y 1995, se reportaron un total de 41,002 casos de tuberculosis y 4,804 casos de SIDA. Un total de 1,126 personas (23.4%) tenían ambos problemas. La contribución del SIDA a la epidemiología de la tuberculosis en Honduras es desconocida. Dada la alta prevalencia e incidencia de ambas enfermedades en el país, las altas tasas de abandono de tratamiento de TB, y la aparición de cepas tuberculosas multiresistentes, ambos problemas ameritan ser abordados como una prioridad nacional.

Figura 8
Tasa de incidencia anual
de SIDA y Tuberculosis



Estudios de prevalencia de VIH.

Los datos de prevalencia en el país provienen principalmente de la Cruz Roja, para proteger los bancos de sangre y estudios centinela hechos por el Ministerio de Salud, y en muy pocos casos de estudios llevados a cabo en grupos de población específicos.

Los datos de la Cruz Roja indican una prevalencia en donadores de sangre para Tegucigalpa y San Pedro Sula que oscila entre 0.4%-1.2%, con un valor mayor en San Pedro Sula. La prevalencia para ambas ciudades en bancos de sangre ha mostrado una tendencia al aumento. En San Pedro Sula, ascendió de un valor aproximado de 0.5% en el inicio de los 1990, hasta 1.2% en el 1997; y en Tegucigalpa ascendió de 0.4% a 0.8% para las mismas fechas.

Los estudios centinelas se han venido utilizando en el país desde 1990, principalmente en las ciudades de San Pedro Sula y Tegucigalpa, en trabajadoras comerciales del sexo (TCS) y mujeres embarazadas que asisten a control prenatal (MECP). Los datos indican que la prevalencia de VIH en TCS, que laboran principalmente en lugares fijos, oscilan entre 14% y 21% para la ciudad de San Pedro Sula, y valores entre 4% y 8% para Tegucigalpa, con una tendencia a la estabilización a lo largo del monitoreo de la epidemia. Estudios recientes en TCS ambulantes demuestran que este subgrupo se ha constituido en los últimos años en otro de los grupos nucleares de transmisión de las ciudades estudiadas (cuadro 13).

Cuadro 12
Prevalencia de VIH, Hepatitis B y Sífilis
en Trabajadoras Comerciales de Sexo Ambulantes
de Tegucigalpa, San Pedro Sula, La Ceiba y Comayagua
Honduras, 1998

Ciudad y tamaño De muestra	VIH	Sífilis	Hepatitis B	Rango de Edad	Edad Mediana
Tegucigalpa (200)	13.5%	26%	33%	14 – 66	30
San Pedro Sula (200)	13%	22.5%	26%	13 – 53	23
La Ceiba (100)	7%	5%	25%	15 – 61	23
Comayagua (100)	3%	0%	9%	14 – 64	24

La alta prevalencia de Hepatitis B y de Sífilis en este grupo demuestran la intensidad de transmisión y el efecto acumulado de relaciones de riesgo en este grupo, que demanda una una intervención urgente por parte del programa nacional.

Cuadro 13
Prevalencias encontradas en diferentes grupos de riesgo e instituciones de salud en Honduras

<u>Grupo Poblacional</u>	<u>Prevalencia de VIH Encontrada</u>	<u>Comentarios</u>
Recién nacidos	2.4%	Hospital Mario Catarino Rivas SPS (92)
Mujeres que asisten a control Prenatal	3.4%, 3.6%, 2.8%, 2.5%, 4.0%, 4.1%, 5.0% 1.4%, 1.4% 0.2%, 0.3%, 0.3%, 1.0%, 0.7% 3.0%	Sitio Centinela (SC) - SPS (90,91,92,93,94,95,98) SC - Tela (92,94) SC Tegucigalpa, (91,92,93,96,98) Puerto Cortés (98)
Mujeres en el post-parto	0.3% 0.7%	Tegucigalpa, (93) Tegucigalpa, (97) 2000 mujeres embarazadas, 14 positivas VIH, 3 recién nacidos infectados (PCR/Ag P ²⁴ , 21.4%)
Trabajadoras Comerciales Del Sexo	19.8% 15.0%, 14.0%, 16.0%, 15.0%, 20.5%, 19.8%, 33.0% 15.4% 4.3%, 0.0% 0.3% 5.5%, 8.0% 10%	SPS (89) SC - SPS (91-94) SPS (89,92) Comayagua (89) Juticalpa (90), Catacamas (90) Juticalpa y Catacamas (91) Tegucigalpa (89,96) Siguatepeque (91)
Hombres Homosexuales	11.3%, 13.9% 34.7%, 45.8% 44.4%	Tegucigalpa – estudio de cohorte (86,90) SPS – estudio de cohorte (86,90) Comayagua (89)
Donadores de Sangre	0.0%, 0.3% 0.2% 1.08%, 0.4%, 0.3%, 0.4%, 0.6%, 0.6%, 0.7%, 0.5%	Tegucigalpa (88-89,91) SPS (MPB - 91) Nacional (88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95)
Personas con Tuberculosis	9.8% 2.6%	SPS (92) Tegucigalpa (92)
Beneficiarios del Seguro Social	7.3%, 3.7%, 9.5%, 10.2%, 12.6%	Pacientes hospitalizados, y de consulta externa
Adultos con ETS	2.5%	Isla del Tigre (90-91)
Adultos	2.0%	Emergencia de cirugía - Tegucigalpa (92)
Prisioneros	0.6%, 2.5%, 3.8% 8.8% 5.9%, 1.4% 6.4%, 4.2% 0.0%	Tegucigalpa (88, 92,98) SPS (98) SPS (89), SPS-delincentes juveniles (89) Comayagua (89,98) Olanchito (88)
Adolescentes Policías	0.2% 2.1%	SPS (91) Comayagua (89)
Población general	0.8%	SPS (89)
Mujeres en edad reproductiva	3.6%	SPS (91)
Clínica de ETS	11.2%	SPS (91)
Emergencia	2.0%	Hospital Escuela (Tegucigalpa, 92)
Trabajadoras Comerciales del Sexo ambulantes	13.5% 13.0% 3.0% 7.0%	Tegucigalpa, (98) SPS (98) Comayagua (98) La Ceiba (98)

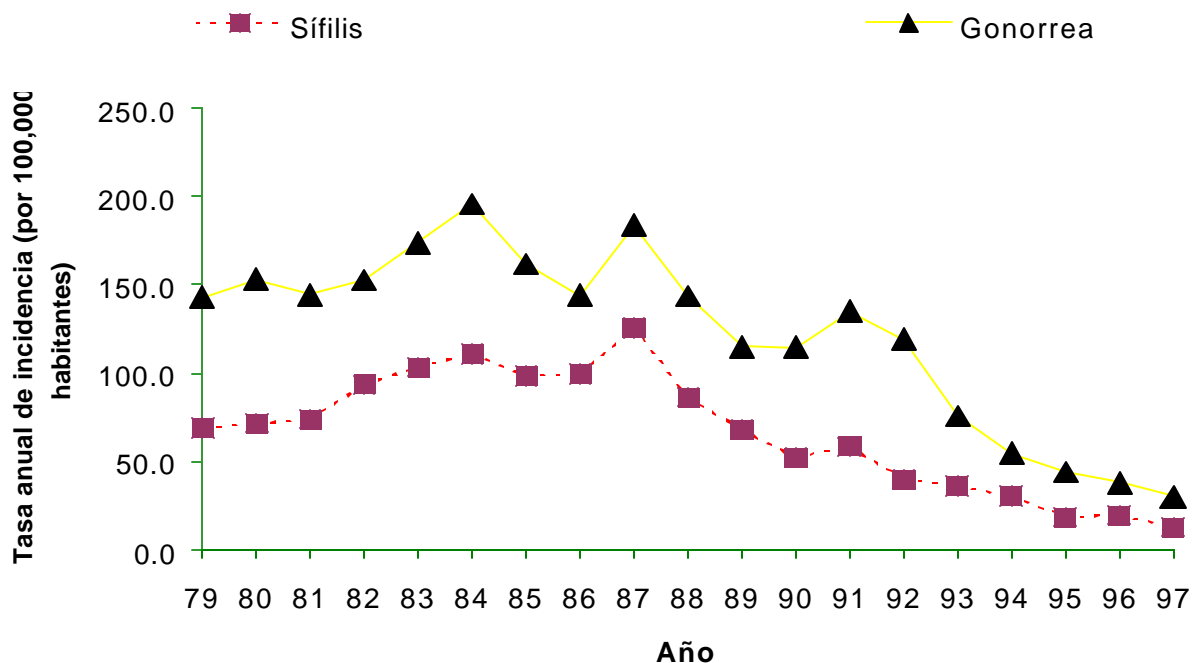
Para Mujeres Embarazadas en Control Prenatal (MECP) las prevalencias de VIH encontradas en San Pedro Sula y Tegucigalpa entre 3% - 4% y 0.2% - 1%.

En el grupo de hombres homosexuales solamente se ha realizado un estudio de cohorte, que encontró en 1986 una prevalencia de 34.7% y 11.3% para las ciudades de San Pedro Sula y Tegucigalpa respectivamente. En el segundo y único control realizado en 1990 al mismo grupo, la prevalencia aumentó a 45.8% y 13.9% en las mismas ciudades, respectivamente.

Enfermedades de transmisión sexual (ETS) y VIH.

Sífilis y gonorrea son las únicas enfermedades reportadas sistemáticamente en los SVE. Las tasas de incidencia de ambas enfermedades alcanzan su pico máximo en 1987, comenzando a descender aceleradamente a todas las regiones del país (Figura 9). Se ha postulado que la automedicación ha jugado un papel importante en este descenso. Otras ETS como la clamidia, el chancro blando, y el herpes pueden estar en ascenso, pero no han sido adecuadamente estudiadas.

Figura 9
Tasa se incidencia anual de
Sífilis y Gonorrea
Honduras, 1985 - 1997



La asociación entre ETS y VIH fue reconocida desde los inicios de la epidemia en el país. En 1992 se encontró que entre los primeros 100 casos de SIDA en Honduras, 17 tenían historia de ETS, y a 8 se les encontró evidencia serológica de sífilis indeterminada. En 1996 se encontró en TCS de Tegucigalpa una prevalencia de 9% para gonorrea, 13% para clamidia y 15% para VIH.

El manejo de las ETS ha sido errático en el país, cargado de estigma y orientado hacia las TCS y HRH. La importancia del indecuido manejo de las ETS en el país se destaca al observar la evolución de la resistencia de *Neisseria Gonorrhoeae* a la penicilina. En 1979 se reportó la primera cepa de NGPP. En 1985, el porcentaje de cepas NGPP en población general era de 4%, y para el año 1996 la prevalencia de cepas NGPP aumentó a 60%.

En 1992 se realizó un estudio que evaluó la calidad de los servicios de atención de ETS en el país. Se encontró que apenas uno de cada tres pacientes con una ETS recibió tratamiento adecuado, y solamente 44.8% recibieron adecuada información sobre la prevención de las ETS así como un número adecuado de condones. La falta de personal entrenado y motivado en el manejo de las ETS, la inestabilidad del personal, la falta continua de medicamentos y de insumos para laboratorio, representan una amenaza constante para este programa. Honduras inició en 1996 la estrategia de manejo integral de las ETS como una respuesta para mejorar la detección y el manejo adecuado de las ETS en las 4 regiones sanitarias más afectadas por la epidemia de VIH (Metropolitana, 2, 3, y 6, Cuadro 14).

Cuadro 14
Diagnóstico en UMIETS de las regiones sanitarias
Metropolitanas, 2, 3, y 6
Manejo integral de las ETS, agosto – diciembre 1997

Diagnóstico	Metro	RS 2	RS 3	RS 6	Total
Flujo Vaginal	335	929	614	665	2,543
Vaginitis	1,557	698	-	-	2,255
Vaginitis Bacteriana	566	241	-	-	807
Sífilis (Serología)	208	31	103	325	667
VIH Positivo	-	-	180	159	339
Condiloma	189	17	63	37	306
Secreción Uretral	144	33	52	49	278
Cervicitis	170	8	-	-	178
Dolor Abdominal Bajo	-	-	45	104	149
Ulcera Genital	44	9	28	21	102
Herpes Genital	38	-	9	-	47
Cervicitis + Vaginitis	4	12	-	-	16
Bubón Inguinal	14	-	-	-	14
Granuloma Inguinal	3	-	-	-	3

De acuerdo a reportes preliminares se ha aumentado la capacitación de pacientes en las UMIETS. Especialmente con flujo vaginal, vaginitis, vaginosis, y serología positiva por sífilis (Cuadro 14). Debido a la ausencia de un sistema de información actualizado es imposible, hasta el momento, evaluar el impacto que esta intervención ha tenido sobre las ETS en las ciudades en donde funcionan las UMIETS. Por otro lado es preocupante el descenso en el número de exámenes diagnósticos solicitados para sífilis y gonorrea observado en 1997 en comparación con el año anterior (Cuadro 15 y 16). De igual manera parece ser que también ha bajado el porcentaje de positividad en el total de pruebas solicitadas, lo que indicaría un menor valor predictivo en los algoritmos diagnósticos utilizados.

Cuadro 15
Diagnóstico de sífilis en
población general, mujeres embarazadas, recién nacidos y
trabajadoras comerciales del sexo 1996 – 1997
Honduras 1998

Población	1996			1997		
	No. de pruebas realizadas	No. de pruebas positivas	Porcentaje de positividad	No. de pruebas realizadas	No. de pruebas positivas	Porcentaje de positividad
General	122729	1276	1.0	87657	796	0.9
Embarazadas	63979	394	0.6	53590	328	0.6
Recién nacidos	14013	116	0.8	9055	36	0.4
TCS	1553	63	4.1	39	9	23.1
Total	202274	1849	0.9	150341	1169	0.8

Cuadro 16
Diagnóstico de gonorrea
Honduras 1996-1997

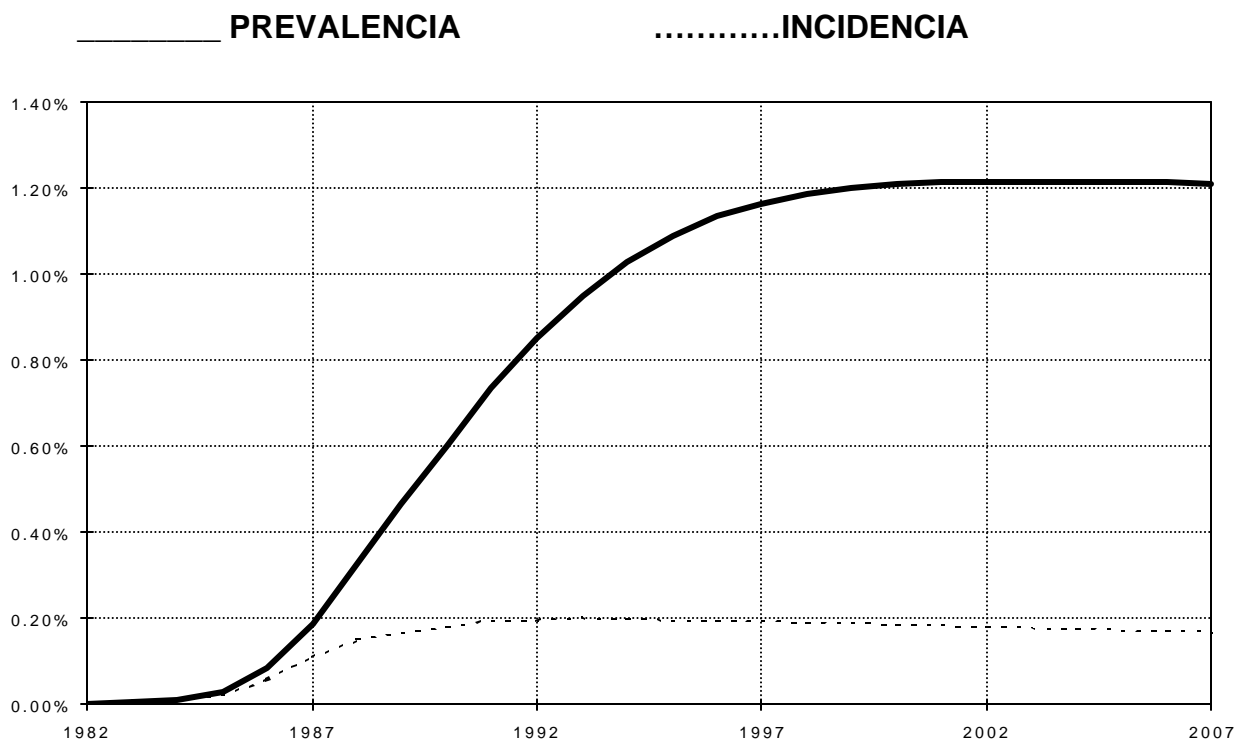
Año	Número de Cultivos Solicitados	Número de Cultivos Positivos	Porcentaje de Positividad
1996	8,010	211	2.6
1997	1,562	23	1.5

Proyecciones de VIH e impacto socioeconómico

En 1993 se realizó un estudio para evaluar el impacto socioeconómico y las proyecciones de la epidemia en Honduras hasta el año 2000 utilizando un escenario conservador y otro más amplio de diseminación del VIH en la población. Se estimó que para el año 2000, la prevalencia de VIH en población sexualmente activa (PSA) oscilaría entre 10% y 17% para San Pedro Sula, y entre 5.5% y 12% para Tegucigalpa. Para 1993, San Pedro Sula y Tegucigalpa reportan actualmente unos 600 casos al año (350 y 250 respectivamente). Los casos nuevos por año para la ciudad de San Pedro Sula se estiman entre 5.500 a 7.600 mientras que en Tegucigalpa se estiman de 3.200 a 8.300 al año.

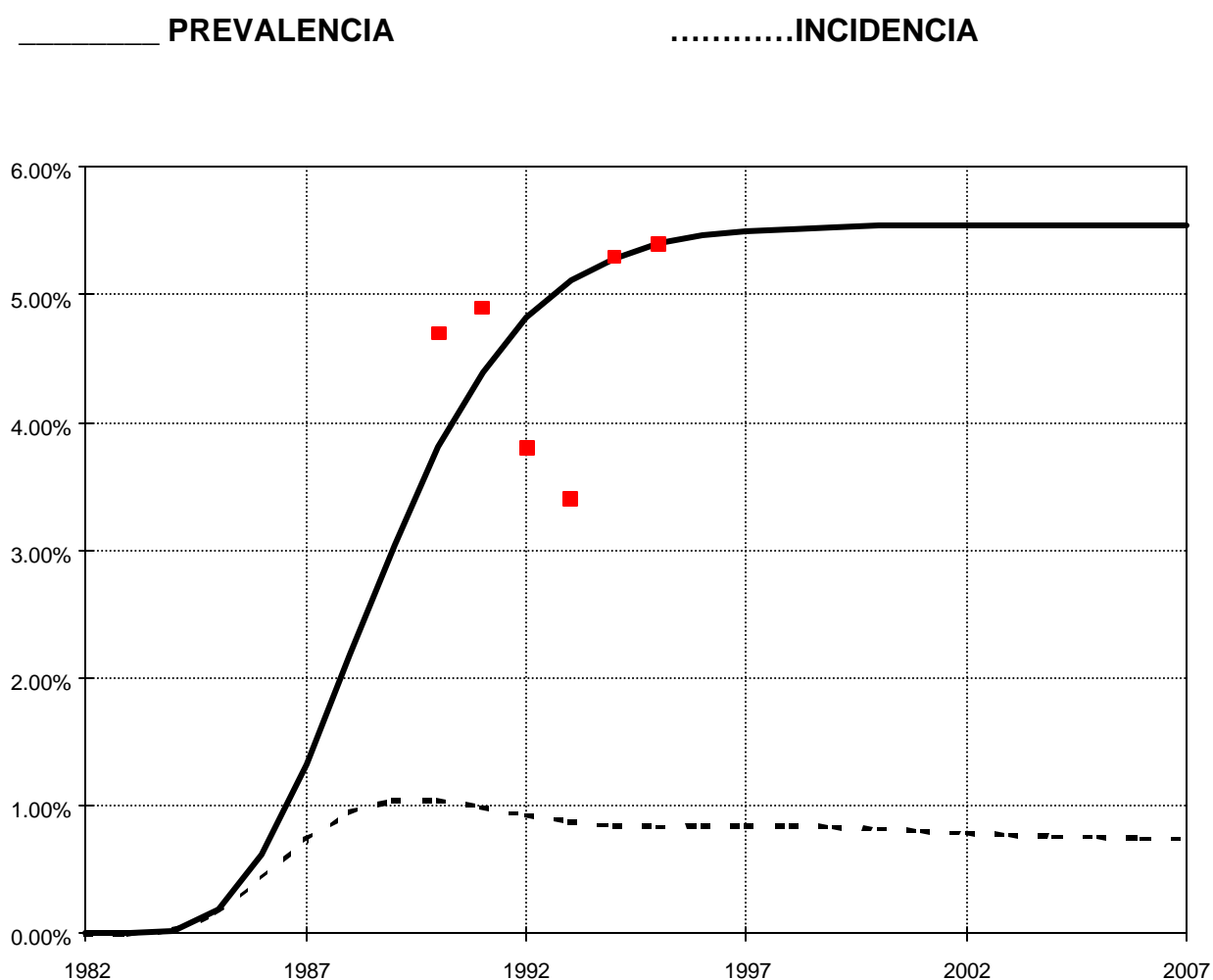
En una actualización de las proyecciones de la epidemia realizada a finales de 1997 se estimó que la prevalencia general de VIH en el país era de 1.1%. La incidencia de nuevas infecciones era estable y se calculó en 1.2% por año (Figura 10). De acuerdo al modelaje, se estimó que la epidemia de VIH se encontraba en un estadio de madurez, y que el pico de la epidemia había ocurrido alrededor de 1995.

Figura 10
Incidencia y prevalencia anual de VIH
estimadas a nivel nacional
Honduras, 1997



Para San Pedro Sula el pico de la epidemia ocurrió en 1989 – 1990, y para Tegucigalpa en 1996. La prevalencia en población adulta de San Pedro Sula en el período 1996 – 2007 se calculó en 5.5% con una tendencia a la estabilización en ese período. Para Tegucigalpa se estimó un crecimiento de la prevalencia desde 1.3% en 1996 hasta 1.8% en el 2007, y para todo el país un crecimiento desde 1.1% hasta 1.2% en el mismo período.

Figura11
Incidencia y prevalencia anual de VIH
estimados para San Pedro Sula
Honduras 1997



Para 1996 se estimó que existían en Honduras unas 39,000 personas infectadas con VIH, unos 900 niños menores de 5 años infectados con el VIH, y 17,000 casos acumulados de SIDA desde el inicio de la epidemia hasta 1996, (Cuadro 17).

Cuadro 17
Estimados de la epidemia de VIH/SIDA en Honduras
para 1996
(valores estimados en modelo)

Indicador	Valor
Porcentaje de adultos infectados con VIH	1.1%
Número de adultos infectados con VIH	39,000
◆ Hombres	25,000
◆ Mujeres	14,000
Número de niños menores de 5 años infectados con VIH	900
Número de nuevos casos de SIDA anuales	4,000
Casos de SIDA acumulados desde el inicio de la epidemia	17,000

Investigaciones de VIH/SIDA en el país.

La Secretaría de Salud de Honduras realiza cada 4 años una encuesta nacional de epidemiología y salud familiar. En 1987 se introdujo en dicha encuesta el componente sobre VIH/SIDA, y en 1996 se amplió la encuesta a la población masculina. Los resultados de esta encuesta revelan que el conocimiento sobre VIH/SIDA ha aumentado en la población femenina, siendo de un 85% en 1987, de 94% en 1992, y de un 98% en 1996. Para la población masculina, un 98% tenía conocimiento del VIH/SIDA.

El número promedio de años de escolaridad en la población hondureña se ha estimado en 4.3 años para 1993 y 4.5 años para 1995. Los analfabetos representan el 19% de la fuerza laboral asalariada, los que poseen educación primaria representan el 53%, los de secundaria el 26%, y el grupo de educación superior apenas el 2%. En un estudio reciente realizado por la compañía CID/Gallup (Mayo, 1997) se corrobora el hallazgo de que más del 80% de los 1,200 encuestados tenía un conocimiento del VIH y de su importancia en el país, con porcentajes casi similares entre hombres y mujeres. Este estudio también encontró que dicho conocimiento estaba relacionado con el nivel educativo de los encuestados (a mayor nivel educativo mayor conocimiento sobre el tema) y con el lugar de residencia (mayor conocimiento en zonas urbanas que en zonas rurales).

El nivel educativo también estaba relacionado, aunque en menor grado, con la aceptación por parte de la población estudiada de programas educativos, promoción y uso de condones, y otras opiniones sobre el tema. Dicha diferencia era más acentuada al comparar la población adulta (40 o más años) con la población joven.

A través de múltiples estudios realizados en diversos grupos de la población se reafirma el patrón machista que predomina en la sociedad tanto en la población masculina como en la femenina. Este patrón se caracteriza por la multiplicidad de parejas por parte de los hombres, la visualización de la fidelidad como “monogamia exclusiva de las mujeres hacia los hombres”, la poca capacidad de negociación de la mujer en el uso del condón en una relación sexual, y la negativa por parte de los hombres a usar condón, aún con parejas de alto riesgo. En la población hondureña aún persiste la percepción errónea de que la epidemia de VIH/SIDA solo afecta a los HRSH y a las TCS.

En estudios cualitativos realizados en la sociedad hondureña se encontró que los entrevistados tenían un conocimiento adecuado sobre el tema de VIH/SIDA. Expresaron su desconocimiento acerca de los resultados de las investigaciones nacionales que se han realizado en el país sobre dicho tema. Además consideraron que las campañas de divulgación y prevención no han tenido el impacto deseado, los mensajes de las campañas se consideran superficiales, no comunican la urgencia y gravedad del problema, y van orientadas a la población que sabe leer y escribir.

Los programas dirigidos a grupos como HRH y TCS se consideran discriminatorios, y creen que deben dirigirse programas a la población general ya que todos están en riesgo. También opinan que la educación sexual es considerada como prioritaria, dirigida a la juventud, niños, adolescentes de ambos sexos, maestros y padres de familia, sin olvidar el área rural, consideran que debe propiciarse la unión de las iglesias y así junto con los demás sectores, efectuar campañas, propaganda, capacitación, etc. Los participantes no perciben un clima político propicio o favorable en el país en relación al problema. Esto limita el liderazgo de las instituciones estatales en la conducción de acciones desarrolladas para combatir el mal. Consideran que se debe propiciar la unión de los diferentes sectores de la sociedad en el abordaje de la epidemia. Los obstáculos planteados para lograr mayor prevención en la lucha contra el SIDA, pueden superarse, concientizando a directivos de instituciones líderes, efectuando una planificación conjunta de acciones con seguimiento y evaluación.

Promoción y uso de condones

Existen muy pocos estudios sobre porcentaje de uso de condón en diferentes grupos poblacionales desde el inicio de la epidemia hasta años recientes.

Estudios realizados en 1997 revelan que el uso de condón en grupos específicos es variable. En TCS el uso de condón se reportó en 87% (45% en Comayagua, 81% en San Pedro Sula, 84% en La Ceiba, y 93% en Tegucigalpa). Sin embargo, estudios cualitativos demostraron el uso irregular y el no uso de condón por parte de las TCS con cliente regulares, clientes que le ofrecen una cantidad mayor de dinero por no usar el condón, conocidos, y con su pareja regular. Con clientes potenciales de TCS el uso de condón se reportó en un 64% (49% en Comayagua, 49% en La Ceiba, 75% en San Pedro Sula, y 84% en Tegucigalpa). Existe además la opinión prevalente entre los encuestados y en los estudios realizados de que el condón disminuye el placer sexual.

Con HRSH, el único estudio realizado en San Pedro Sula, reportó uso de condón en un 87%. El uso irregular y el no uso de condón con parejas sexuales tanto en clientes potenciales de TCS como en HRSH se reporta en situaciones casi similares a las de las TCS.

En población garífuna adulta el uso de condón se reportó en un 55% (74% en hombres, y 26% en mujeres) y en adolescentes en un 46% (68% en hombres, y 35% en mujeres).

Los estudios realizados tanto en TCS como en HRSH revelan el uso inconsistente del condón en esta población, por ejemplo dicen que se protegen con desconocidos pero no lo hacen con los maridos o los clientes que consideran conocidos. Los estudios revelan que existe un desconocimiento de las ETS y si manejan en mejor forma los conocimientos sobre el uso del condón, las medidas preventivas y las formas de contagio del SIDA. En estos grupos todavía prevalecen dudas sobre la efectividad del condón, y una baja percepción de riesgo.

El conocimiento y las habilidades sobre el uso correcto del condón son muy pobres en todos los grupos estudiados. Además las mujeres consideran que debe de ser el hombre el encargado de utilizarlo y de saber cómo se usa correctamente. Existen muchos cuestionamientos sobre la calidad y eficacia de los condones en la prevención de la infección por VIH.

La disponibilidad y acceso a los condones ha mejorado en los últimos años. Este programa ha sido subvencionado por agencias de cooperación externa, particularmente USAID-Honduras, con el compromiso nacional de absorción gradual de la factura de compra. Debido a restricciones presupuestarias, el incremento de la partida nacional para la compra de condones no ha sido de la forma esperada. Existen además cuestionamientos sobre la política de distribución gratuita indiscriminada de los mismos ya que se necesitan mecanismos de recuperación de costos.

Respuesta nacional a la epidemia

Honduras fue uno de los primeros países del continente que organizó una respuesta nacional a la epidemia organizando un Sistema de Vigilancia

Epidemiológica con cobertura nacional con una red de laboratorios que asegurasen la disponibilidad gratuita de pruebas para VIH a toda la población.

Inicialmente se creó la Comisión Nacional de SIDA cuya función básica era la de documentar y seguir los casos detectados así como el de proponer recomendaciones a las autoridades de la Secretaría de Salud. Eventualmente se creó el Programa Nacional de SIDA y finalmente en 1994 se fusionó con el programa de ETS. A partir del 1ro de mayo de 1998, se le agregó al Departamento de VIH/SIDA el Programa Nacional de TB.

En la actualidad el departamento cuenta, además de la Unidad Coordinadora, con las Unidades de Educación (UE), Reducción de Impacto (UARI), Vigilancia Epidemiológica e Investigación (UVEI). Para el período 1998 – 2001 se cuenta con un Plan Estratégico Nacional que ya ha sido validado por un amplio número de organizaciones e instituciones, y que percibe como uno de sus fines primordiales la movilización y la participación de los diferentes factores de la sociedad hondureña.

Existe una red de laboratorios nacional con un excelente control de calidad que ofrecen tamizaje para bancos de sangre y pruebas de VIH para población general. Con la reciente creación del Consejo Nacional de la Sangre se pretende optimizar el tamizaje de sangre, el mecanismo de donación voluntaria altruista, y la ampliación de pruebas realizadas a las unidades de sangre, incluyendo pruebas que detecten los virus de hepatitis.

La respuesta clínica ha sido muy escasa y limitada a acciones limitadas del personal de salud interesado en el problema. Con la pronta circulación del Manual de Manejo de la Infección por VIH en el adulto se intentan mejorar y normatizar el abordaje de VIH/SIDA en el adulto.

Estrategia de comunicación, educación y movilización social en VIH/SIDA.

Desde que apareció la epidemia de SIDA en el país, la Secretaría de Salud ha desarrollado una serie de esfuerzos en (IEC) con el propósito de alertar a la población sobre los peligros de la infección por VIH y los mecanismos de prevención, con acciones dirigidas al personal institucional de salud, a los sectores institucionales, sector privado, grupos organizados, y a nivel comunitario. Las estrategias están orientadas a la prevención de la infección y a la búsqueda de solidaridad y apoyo para los infectados del VIH.

En general las campañas IEC se han desarrollado en forma esporádica, con escaso financiamiento proveniente de fondos nacionales, con muy poco uso de resultados de investigaciones como insumo a las mismas, sin un plan de monitoría y evaluación que permita medir el impacto de las campañas/intervenciones, y con muy poco apoyo político y señalamiento claro de las directrices que deban guiar la conducción de las mismas.

Aunque el Departamento ETS/SIDA/TB propone la promoción del uso del condón como una de las estrategias básicas de prevención, diversos grupos, tanto dentro como fuera de la Secretaría de la Salud, cuestionan la efectividad y consecuencias morales del uso del condón. Las campañas IEC han sido criticadas por algunos sectores religiosos, particularmente de la Iglesia Católica, enfocándose en la “no efectividad del condón” y en el peligro de que la promoción del condón fomente la promiscuidad sexual en la sociedad.

En aspectos de educación, un estudio cualitativo realizado recientemente en adolescentes, maestros y padres de familia concluye que la educación sobre el sexo necesita más énfasis en principios morales, que la información de los mensajes es muy “técnica y poco comprensible”, que deben ser más sencillas y que incluyan reflexiones. Los jóvenes quieren que se les eduque sobre salud, relaciones sexuales, noviazgo, matrimonio y fidelidad, y expresan que “lo que más hemos aprendido son prohibiciones y temores”. Estos temas se continúan impartiendo en una forma tradicional y escolástica, en ningún momento se utilizan técnicas participativas que lleven a los jóvenes a problematizar sobre estos aspectos. Tampoco se utilizan técnicas en donde el estudiante vea reflejados sus conductas hacia estos problemas.

Un análisis realizado sobre material impreso empleado en las campañas de VIH/SIDA indican que las publicaciones en su mayoría son actualizadas, siendo el 97.5% producido entre 1994 – 1997. Solo un 22.5% fue producido antes de 1992. Las audiencias para las cuales se producen más materiales son para facilitadores y educadores, adolescentes y público adulto. En menor proporción son dirigidas a profesionales, consejeros y niños. No existe material específico para analfabetos. La metodología utilizada en los materiales se basa en: Información 100%, Explicación 46%, Discusión 19% y Participación 17%.

En un total de 58 materiales educativos evaluados en base al nivel del lenguaje utilizado, solamente en 2 se utilizó el lenguaje técnico, en 6 se usó un lenguaje convencional, y en los 50 restantes se usó un lenguaje sencillo y accesible a todo público. En cuanto a la calidad técnica del contenido del mensaje, en la mayoría de los materiales la información es casi totalmente correcta. Es de notar el bajo nivel de accesibilidad que existe a nivel nacional para la adquisición de materiales sobre VIH/SIDA.

Perspectivas del VIH en Honduras

El SIDA se ha convertido, después de la violencia, en la primera causa de hospitalización y de muerte en los hospitales públicos del país. El número de niños huérfanos y abandonados como producto de la muerte por SIDA de sus padres ha aumentado considerablemente, en nuestras perspectivas está planteado la implementación de programas de apoyo para miembros de familias de personas que han muerto de SIDA.

El impacto social, familiar, y económico de la epidemia tiene proporciones devastadoras en el futuro del país, y ya está teniendo efectos negativos en el bienestar de las familias, la productividad nacional, y en el costo social y hospitalario de los enfermos, por lo que se prevee que los servicios de diagnóstico para dicha enfermedad sean totalmente gratis y confidenciales, que aumente el acceso y la calidad de servicios de salud para las personas infectadas, así como la existencia de leyes para proteger los derechos de estas personas.

La epidemia de VIH/SIDA se ha constituido en un grave problema de salud pública en Honduras. Con un 17% de la población centroamericana, el país continúa reportando el 50% de los casos de la región. Existen razones sociales y económicas que nos pueden ayudar a explicar la concentración de casos en el país.

La distribución geográfica de los casos no es homogénea, y está concentrada en los principales centros urbanos y económicos del llamado "Corredor Central de Desarrollo". La epidemia tiene un patrón de transmisión predominantemente heterosexual. La razón hombre mujer es de 2:1, y se ha mantenido relativamente constante a lo largo de la epidemia. Se sospecha que la magnitud de la epidemia entre el grupo homosexual y bisexual es mayor de lo que se reporta en las cifras oficiales.

En Honduras, el SIDA afecta principalmente a la población joven y económicamente activa del país. Estudios recientes en diversos grupos juveniles del país han demostrado un inicio temprano de las relaciones sexuales, un porcentaje alto de jóvenes con más de una pareja sexual, y un pobre uso de condón. Por lo que se deben aunar esfuerzos para lograr que la educación sexual sea institucionalizada y ejecutada en todas las escuelas de enseñanza primaria y secundaria, y además lograr que la población sexualmente activa esté utilizando consistente y adecuadamente el condón en cada relación sexual.

Los casos de SIDA en población pediátrica continúan ascendiendo y representan para abril de 1998 el 5% del total de casos reportados, una de las tareas planteada por todas las organizaciones involucradas en la prevención y el control del VIH/SIDA, es la reducción de la incidencia de la infección en recién nacidos y niños

En Honduras prevalecen condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que facilitan la diseminación del VIH en la población. La epidemia ha impuesto una pesada carga a una sociedad y a una economía afectada por múltiples problemas prioritarios de salud. El estigma y la discriminación abierta hacia las personas infectadas por el VIH y hacia sus familiares/amigos son una amenaza constante para el bienestar de los pacientes hondureños. La severa crisis económica que vive el país no permite siquiera pensar en el uso de AZT en mujeres embarazadas infectadas con el VIH, y no digamos la terapia antirretroviral. A pesar de las dificultades que enfrenta el país en cuanto a recursos, se están realizando todos los esfuerzos para que el acceso a los medicamentos y las medicinas esenciales para el tratamiento de personas infectadas aumente.

La crisis económica; la inestabilidad del personal; la falta de un liderazgo político en el manejo del problema; la falta de una verdadera movilización social ante la epidemia; las controversias religiosas particularmente alrededor del uso del condón; la ausencia de un programa de investigación aplicada que ayude a visualizar la evolución de la epidemia en los distintos grupos afectados; y las agendas particulares tanto de agencias donadoras como de ONGs, son todavía barreras que necesitan ser superadas para minimizar el impacto de la epidemia en la sociedad hondureña.

Conclusiones y Recomendaciones.

Un reto importante e inmediato para las autoridades tomadoras de decisiones del más alto nivel, consiste en establecer un programa fuerte y sostenido para el control y la prevención del VIH/SIDA, en el cual se involucren todos los sectores de la sociedad del país. El problema del SIDA no debe verse solo como una responsabilidad estatal, sino que como un compromiso de toda la sociedad hondureña.

Existe abundante información en grupos específicos sobre el VIH/SIDA, sus formas de transmisión y prevención, aunque este conocimiento es menor en los grupos de nivel educativo bajo o analfabetos, en las áreas rurales del país y en población de bajo nivel socioeconómico.

El alto grado de analfabetismo de nuestra población y la serie de mitos y creencias que hacen del tema de la sexualidad un tabú, son todavía barreras importantes para la educación de nuestra población. La orientación que los jóvenes han recibido de sus padres, madres, y parientes cercanos sobre la sexualidad es reduccionista y cargada de prejuicios. Debería de existir una estrategia en la cual se contemple una orientación que aborde la sexualidad en su contexto biológico, psicológico y social. Esta orientación debe ser dirigida no solamente a la población adolescente sino también a padres de familia, maestros, y otros actores sociales, con estrategias que garanticen el contenido y la calidad de la información transmitida, así como el empoderamiento de la problemática por parte de cada uno de los sectores.

La percepción de riesgo personal que maneja la mayoría de la población general es bastante baja, puesto que consideran que la enfermedad solo afecta a TCS, HRSH y hombres con multiplicidad de parejas o relaciones con personas desconocidas, y por tal motivo no se protegen en la totalidad de sus relaciones sexuales, sino solo en aquellas que identifiquen como de riesgo.

El uso del condón como forma de prevención del SIDA es reconocido por todos los grupos, aunque su uso, sobre todo en las mujeres está dirigido a prevenir los embarazos en su mayoría, más que las ETS/VIH/SIDA.

Dentro de los roles de género, el papel de la mujer tiende a ser pasivo en los aspectos relacionados con las relaciones sexuales y con la decisión del uso de medidas preventivas, como es el uso del condón. Por esa razón se deben generar intervenciones dirigidas a empoderar a la mujer, a fin de que negocie el uso del condón con su pareja como una forma eficaz de evitar las ETS/VIH/SIDA..

Las creencias y prácticas de cada grupo deben ser puntos de partida para los procesos educativos. La determinación de la naturaleza de las creencias y prácticas en materia de riesgos asociados a las enfermedades de transmisión sexual, plantea la oportunidad de diseñar los programas educativos de acuerdo a las necesidades de la población objeto.

El abordaje de todas las intervenciones de IEC deben hacerse en lo posible involucrándose a, los padres/madres/ maestros y jóvenes en una forma conjunta procurando no hablar en abstracto de los rasgos y problemas juveniles, sino de los diferentes contextos socioeconómicos que enmarcan la consolidación de la identidad, destacando también las peculiaridades diferenciadoras que debido a su sexo enfrentan hombres y mujeres en nuestra cultura.

Se deben establecer estrategias de comunicación social, para los grupos todavía no alcanzados , y mecanismos para desarrollar la movilización y participación social, así como políticas que garanticen un proceso autosostenido y de largo plazo para el control y prevención de las ETS/VIH/SIDA.

Bibliografía

Tesis en la Facultad de Ciencias Médicas - Honduras

Altamirano BS, Andino MA, 1992. Conocimientos, actitudes, prácticas y seroprevalencia de enfermedades de transmisión sexual y S.I.D.A. en adolescentes que acuden al laboratorio del centro de salud Dr. Miguel Paz Barahona de San Pedro Sula, Cortés. Del 2 de mayo al 30 de junio de 1991.

Amanollah M, Zapata MN, Gutiérrez LA, 1990. Perfil epidemiológico y seroprevalencia de la infección por V.I.H. en población de conducta de alto riesgo en la ciudad de Comayagua.

Antúnez TR, 1979. Estudio médico sociológico de la prostitución en Danlí y evaluación operacional del programa de control de las enfermedades de transmisión sexual y profilaxis venérea en el C.H.E. "Gabriela Alvarado", El Paraíso.

Banegas GMG, 1992. Seropositividad por VIH y aspectos epidemiológicos en recién nacidos del hospital nacional nor-occidental "Dr. Mario Catarino Rivas".

Castro HGA, 1980. Estudio de la prostitución en Tela y su relación con las enfermedades de transmisión sexual. Tela, Atlántida.

Chinchilla JA, Raudales FF, 1980. Prevalencia de sífilis: estudio comparativo en poblaciones del occidente del país.

Durón RA, Salinas LCA, 1992. De la relación que existe entre SIDA y Tuberculosis en el Instituto Nacional del Tórax en el período de mayo 1991 a septiembre de 1992.

García MDM, 1988. Estudio epidemiológico del comportamiento de la sífilis en la población estudiantil y su relación con las meretrices en las comunidades de Florida y La Entrada, Copán.

Godoy RA, 1991. Seroprevalencia de VIH, relación con enfermedades de transmisión sexual, y algunos parámetros hematológicos en una muestra poblacional de la isla de El Tigre, Amapala, Valle. Diciembre 1990 - marzo 1991.

Gutiérrez AAR, Aguilar ACL, Larios DJN, 1991. Seroprevalencia de anticuerpos contra HIV en población de alto riesgo en la comunidad de Siguatepeque, Comayagua. (Un estudio comparativo).

Lozano RF, Tarallo RYD, 1991. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el S.I.D.A., infección VIH y estudio de seroprevalencia de la población donante de sangre del Hospital Escuela. Período 23 de abril - 2 de julio 1991.

Lozano AW, 1988. Estudio sobre prevalencia de anticuerpos contra VIH y actitudes de riesgo en población en el presidio de Olanchito.

Quezada RA, Castro UE, 1983. Cuáles son algunas de las características relacionadas con los usuarios que padecen enfermedades de transmisión sexual y que asisten a control en el hospital "Gabriela Alvarado" de la ciudad de Danlí.

Rivera RLM, 1989. La infección del virus de inmunodeficiencia humana y su relación con la lactancia materna. Estudio realizado en el banco de leche del hospital Materno Infantil desde octubre de 1987 hasta noviembre de 1988.

Sandoval SLY, 1991. Seroprevalencia de anticuerpos anti HIV, conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA de las meretrices de Juticalpa y Catacamas (Olancho).

Zúñiga VC, Amaya FAA, 1990. Seroprevalencia de infección por VIH en donadores de sangre del Hospital Escuela durante el período 1 de enero - 31 de diciembre 1988 y octubre - noviembre 1989.

Publicaciones hondureñas

Aguilar CM, Enamorado N, 1994. Estudio comparativo de tres test de tamizaje para VIH en donantes del Centro Regional de Sangre Cruz Roja Hondureña. Rev Med Hon Vol 62(4):152-155.

Bolaños L, Sierra M, Posas M, Fernández J, 1997. Un decenio de lucha contra el SIDA. Situación actual y perspectiva de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en Honduras. Proyecto USAID/AIDSCAP. Tegucigalpa

Bú FE, Díaz F, Bú FJ, 1995. Cefalea severa y fiebre en paciente con SIDA. Rev Med Hon Vol 63(2):71-74.

Bú FE, Fernández JA, Alvarado T, 1992. Características epidemiológicas y clínicas de los primeros 100 casos de SIDA en Honduras. Med Clin Vol 1(4):9-13.

Bú FJ, Sánchez MJ, Madrid R, Cuéllar R, 1994. Neurosida en niños: informe de 5 casos. Rev Med Hond, Vol 62(2):134-140.

Bú FJ, Miller IE, Madrid R, Selman FJ, 1992. Complicaciones neurológicas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), análisis de 15 casos. Med Clin Vol 1(3-4):93-99.

Durón MR, 1989. SIDA y enfermedades indicadoras en el IHSS. Rev Med Hon Vol 57:139-144.

Fernández VJA, Lozano RF, Tarallo YD, 1992. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el SIDA y seroprevalencia para VIH en donantes de sangre en el Hospital Escuela. Med Clin Vol 1(2):51-55.

Fernández JA, Grinspan KS, 1988. Detección de la infección por virus de inmunodeficiencia humana en donantes de sangre. Rev Med Hon Vol 56:143-146.

Ferrera GM, Zelaya PA, Fernández VJA, 1992. Pruebas serológicas en donadores de sangre del Hospital Escuela 1988-1990. Med Clin Vol 1(3-4):116-119.

Godoy RA, González MA, Ferrera GM, Fernández J, 1992. Seroprevalencia de VIH y relación con enfermedades de transmisión sexual. Una muestra poblacional de Amapala, Isla del Tigre, Valle. Med Clin Vol 1(3-4):112-115.

Grinspan KS, 1988. Infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) asociada a transfusión. Rev Med Hon Vol 56:284-288.

Javier ZCA, 1992. Riesgo profesional de la infección por VIH. Med Clin Vol 1(2):77-78.

Lozano AW, Fernández VJ, 1989. Seroprevalencia y actitudes de riesgo por virus de inmunodeficiencia humana en población de una prisión. Rev Med Hon Vol 57(2):19-23.

Navarro JJ, Fernández JA, 1988. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida en Pediatría: comunicación de un caso. Rev Med Hon Vol 56:276-278.

Núñez Z César A, Sweat D Michael, 1995. El impacto socioeconómico del VIH/SIDA en Tegucigalpa y San Pedro Sula, Honduras. Tegucigalpa, MDC. FHI/AIDSCAP.

Padgett MD, Palou E, 1993. Estudio clínico retrospectivo de tuberculosis y SIDA en el Instituto Nacional del Tórax, Tegucigalpa, Honduras. Rev Med Hon Vol 61:78-83.

Proyecto USAID/AIDSCAP, Instituto Hondureño de Seguridad Social, 1996. Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de sexualidad y ETS/VIH/SIDA en mujeres y hombres en sus lugares de trabajo de San Pedro Sula, Choloma y Villanueva. Tegucigalpa

Sánchez A, Licona ZN, 1994. Anormalidades hematológicas en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Rev Med Hon, Vol 62:108-113.

Maradiaga E, Turcios R, 1996. Investigación CAP en prevalencia del SIDA. Grupos de población masculina mayores de 19 años. Tegucigalpa.

Turcios R, Maradiaga E, 1997. Investigación cualitativa. Conocimientos, percepciones, creencias, y actitudes en algunas personas influyentes en Honduras en relación al VIH/SIDA. Proyecto Acción SIDA Centroamérica (PASCA). Tegucigalpa.

Publicaciones oficiales

Banco Central de Honduras, 1995. Actividad económica de las empresas maquiladoras en Honduras, 1990-1994 y perspectivas para 1995. Tegucigalpa.

Centro de Estudios de la Mujer, 1994. El embarazo en la adolescencia en Honduras. Boletín, Tegucigalpa

Consejo Nacional de la Juventud (CONJUVE), 1995. Situación de los adolescentes en Honduras. Tomado de boletín periódico

Departamento ETS/SIDA/TB 1998, Plan Estratégico Nacional (1998-2002). Secretaría de Salud. Tegucigalpa

Departamento ETS/SIDA/TB 1998. Documento de Políticas Nacionales sobre VIH/SIDA/TB. Secretaría de Salud. Tegucigalpa

Departamento ETS/SIDA/TB 1997. The size of the HIV/AIDS epidemic in Honduras, 1980-2007. Sierra M, Pinel R, Stover J, Murgueytio P. The Futures Group International. Secretaría de Salud. Tegucigalpa

Departamento de Epidemiología, 1997. Encuesta nacional de epidemiología y salud familiar. Tegucigalpa

División de ETS/SIDA, OPS/OMS, Ministerio de Salud Pública, 1994. Sexualidad, adolescencia y prevención del SIDA.

División de ETS/SIDA, OPS/OMS, Ministerio de Salud Pública, 1996 (marzo). Informe anual. Tegucigalpa, MDC.

Equipo Regional, Region Sanitaria 3, 1995. Evaluación del programa ETS/SIDA regional. San Pedro Sula.

Japan International Cooperation Agency (JICA) & Ministry of Public Health, 1995. The study on the strategies and plans for the upgrading of health status in the republic of Honduras. System Science Consultants Inc.

Secretaría de Educación Pública, 1992. Plan nacional de acción de educación para todos. Oficina subregional de la UNESCO para Centroamérica y el Caribe, San José, Costa Rica.

Other publications

Argeñal C, Hayde R, 1994. Texto para el estudio de la unidad de realidad nacional. Programa de formación de auxiliares de enfermería de Honduras. Ministerio de Salud Pública. Tegucigalpa.

Berger P, 1989. Juicio moral y acción política. Faceta No. 84, 2/89.

CIA, 1994, "Honduras" in the World Factbook. Washington.

Cohen Desmond, 1996. El impacto económico de la epidemia causada por el VIH. Programa sobre el VIH y el desarrollo, PNUD. New York.

Contreras G, 1990. "La situación de la infancia y la mujer hondureña" en Honduras: crisis, ajuste y política social. Flores M, Bidegain G, compiladores. UDIP. Tegucigalpa.

Hamblin J, Reid E, 1993. Women, the HIV epidemic and human rights: a tragic imperative. UNDP, New York.

Melchers W, Ferrera A, Willemse D, Galama J, Walboomers J, Barahona O, Figueroa M, Snijders P, 1994. Human papillomavirus and cervical cancer in Honduran women. Am J Trop Med Hyg, 50(2):137-142.

Narula Smita, 1996. The linkages amongst population, development, women and the HIV epidemic. HIV and Development Programme. UNDP.

Styblo K, 1991. Impacto de la infección VIH en la epidemiología mundial de la tuberculosis. Bol Union Int Tuberc Enf Resp, 66:27-33.

Sweat M, Denison J, 1995. Reducing the HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions. AIDS (9): Suppl.

UNICEF, 1995. Estadísticas para América Latina y El Caribe.

Vancouver, 1996. The status and trends of the global HIV/AIDS pandemic. Final report. July 7-12.

Venegas VS, Villafranca P, Paz MJ, Cosenza H, Bygdeman S, 1991. Gonorrhoea and urogenital chlamydial infection in female prostitutes in Tegucigalpa, Honduras. Int J STD & AIDS, 2:195-199.

Venegas VS, Paz MJ, Lorenzana I, Grillner L, Cosenza H, Bygdeman S, 1991. Human immunodeficiency virus infection and syphilis in Hondurian female prostitutes. Int J STD & AIDS, 2:110-113.

Wearne Phillip, 1995 (Honduras). "Economy" in South America, Central America and the Caribbean. Europa Publications Limited.

Wolf Eric, 1985. Las luchas campesinas del siglo XX. Siglo XXI editores. Mexico.

World Bank, 1993. Inventory of population projects in Developing Countries. Washington.