

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN DEMOGRAFÍA Y DESARROLLO



TESIS

**ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO Y
CONDUCTUAL EN LOS PACIENTES CON VIH/SIDA TRATADOS EN
EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE TEGUCIGALPA EN EL
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS DURANTE
LOS AÑOS 2012-2013**

PRESENTADA POR:

GLADYS ARGENTINA ORDÓÑEZ ELVIR

ASESOR:

DR. GUILLERMO MOLINA CHOCANO, (Q.D.D.G) †

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
MÁSTER EN DEMOGRAFÍA Y DESARROLLO**

CIUDAD UNIVERSITARIA

JUNIO, 2017

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

**DR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO
RECTOR**

**ABOG. ENMA VIRGINIA RIVERA MEJÍA
SECRETARÍA GENERAL**

**DRA. LETICIA SALOMÓN
DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSTGRADO**

**DRA. MARTHA LORENA SUAZO MATUTE
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**DRA. MARYSABEL ZELAYA OCHOA
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN DEMOGRAFÍA Y
DESARROLLO**

**" ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO Y
CONDUCTUAL EN LOS PACIENTES CON VIH/SIDA TRATADOS EN
EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE TEGUCIGALPA DEL
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS DURANTE
LOS AÑOS 2012-2013"**

Dedicatoria

A Dios; a mi esposo Carlos, por su apoyo incondicional

A mis hijos Gladys, Carlos y Joshua

Como una forma de contribuir a la sociedad y a la familia; siendo para ellos un

Ejemplo a seguir y sobrepasar.

Agradecimientos

A mi asesor Dr. Guillermo Molina Chocano (Q.D.D.G), quien con sus conocimientos y tiempo hicieron posible llevar a feliz término este trabajo de Tesis, a Él estas palabras:

“Cuantos momentos vividos, cuantas frases tuyas que recordaré, cuantas experiencias gratas, pero sobre todo cuantas enseñanzas que siempre me servirán en mi vida diaria. Gracias por todos esos momentos, hasta siempre, Maestro.”

A todos mis profesores de la maestría por sus enseñanzas,

A mis compañeros, por su compañía y camaradería,

A todo el personal del postgrado en Demografía,

A los pacientes y personal del CAI de del IHSS de Tegucigalpa

Muchas Gracias

ÍNDICE

Resumen Ejecutivo	6
Capítulo 1	9
Introducción	9
1.2 Planteamiento del problema.....	11
1.3 Justificación	15
1.4 Objetivos de la Investigación	16
Capítulo 2	17
2.1 Marco Referencial	17
2.1.1 Panorama Mundial.....	17
2.1.2 Honduras.....	18
2.1.3 Evolución del marco legal en el mundo y Honduras.....	20
2.1.4 Factores claves de expansión de la epidemia	23
2.1.5 Atención en salud y acceso a tratamientos	23
2.1.6 Los impactos del VIH/SIDA	24
Capítulo 3	33
3.1 Marco Conceptual	33
3.2 Conceptos básicos de VIH/SIDA.....	34
Transmisión del VIH	36
Susceptibilidad	39
Prevención	39
3.3 Epidemiología.....	40
3.5 Grupos vulnerables	41
Trabajadoras/es Sexuales.....	42
Homosexuales	42
Personas privadas de libertad	42
Mujeres.....	43
Jóvenes vulnerables	43

Huérfanos.....	43
Uniformados o Militares	43
Grupos migratorios/Poblaciones móviles en regiones afectadas	44
Grupos indígenas y afrodescendientes afectados.....	44
Discapacitados	45
3.6 Incidencia	45
3.7 Factores y conductas asociadas para adquirir la infección por el VIH	45
3.8 Orientación Sexual.....	48
3.9 Manifestaciones clínicas	48
3.11 Diagnóstico	49
3.12 Tratamiento	50
3.12 Prevención.....	51
3.13 Costos del diagnóstico y tratamiento integral del paciente VIH/SIDA ...	51
3.13.1 Costo de pruebas de diagnóstico.....	52
3.13.2 Metodología de Costeo	53
3.13.3 Costos Directos	53
3.13.4 Costos Unitarios	53
3.13.5 Cálculo de los costos totales.....	54
Tabla 1. Clasificación de costos.....	56
Gráfico 1: Gasto en VIH en Honduras, comparativo a través de los años (dólares).....	57
Gráfico 2: Gasto en VIH, por origen de financiamiento en Honduras 2006:2012 (dolares).....	58
Tabla 2: Gasto en Población de Mayor Riesgo (PEMAR), 2013 - 2014..	60
Capítulo 4. Diseño metodológico.....	61
4.1 Ambito de estudio	61
4.2 Tipo de estudio.....	61
4.3 Duración	61

4.4 Población de estudio y muestra	61
4.5 Selección de pacientes	62
4.6 Técnicas y procedimientos de recolección.....	63
Tabla 3. Categoría de Análisis	63
Tabla 4. Matriz de categorías	64
4.7 Técnica de Análisis	66
Capítulo 5 Resultados de Investigación.....	67
Tabla 5. IHSS: Pacientes encuestados, año 2012-2013	67
5.1 Factores demográficos	67
Grafico 3: Pacientes con VIH SIDA atendidos en el CAI / IHSS durante 2012 y 2013	68
5.1.1 Edad de los pacientes	68
Gráfico 4: Datos en Edad y % de pacientes encuestados CAI / IHSS 2012-2013	69
5.1.2 Sexo de los pacientes	70
Gráfico 5: Sexo de pacientes con VIH encuestados en el CAI / IHSS 2012-2013	70
5.1.3 Estado civil de los pacientes	71
Gráfico 6: Estado civil de pacientes con VIH encuestados en el CAI / IHSS, 2012-2013	71
5.1.4 Nivel educativo de los pacientes.....	72
Gráfico 7: Escolaridad de pacientes con VIH encuestados en el CAI / IHSS, 2012-2013	73
5.1.5 Nivel socioeconómico	73
Gráfico 8: Nivel socioeconómico de pacientes con VIH encuestados en el CAI / IHSS, 2012-2013	74
5.2 Factores de riesgo biológico asociados al contagio de VIH/SIDA	75
5.2.1 Transfusión de sangre	75
Gráfico 9: Transfusión de sangre o hemoderivados en pacientes encuestados en el CAI / IHSS 2012-2013	76
5.2.2 Intercambio de agujas	76

5.3 Factores Conductuales.....	76
5.3.1 Antecedentes personales patológicos de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA.....	76
Gráfico 10: Antecedentes personales patológicos de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el CAI / IHSS en 2012 - 2013	77
5.3.2 Orientación Sexual	78
Gráfico 11: Orientación sexual de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el CAI / IHSS en 2012 – 2013.....	79
5.3.3 Uso de drogas.....	79
Gráfico 12: Consumo de drogas y alcohol en los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el CAI / IHSS en 2012 – 2013.....	80
5.3.4 Uso del condón o preservativo.....	80
Gráfico 13: Uso del condon o preservativo entre los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el CAI / IHSS en 2012 – 2013.....	81
5.3.5 Acceso a información adecuada sobre el tema.....	81
Gráfico 14: Acceso a información adecuada por los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el CAI / IHSS, 2012 -2013.....	82
5.3.6 Acceso a elementos preventivos	82
Grafico 15: Acceso a elementos preventivos de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el CAI / IHSS en 2012, 2013.....	83
Tabla 6 Acceso a elementos preventivos de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el CAI / IHSS en 2012, 2013 diferenciada por género.....	83
5.4 Impacto económico desde el diagnóstico del VIH/SIDA en pacientes del IHSS	84
Tabla 7. Presupuesto General IHSS 2012-2013.....	84
Tabla 8. Costos de pacientes VIH/SIDA IHSS/2012-2013	85
Tabla 9. Costo test de Elisa IHSS 2012-2013	86
Tabla 10. Costo consulta para pacientes con VIH en el CAI IHSS 2012-2013	86
Tabla11. Costo esquema de tratamiento HIV/SIDA, IHSS/ 2012-2013	87
CAPITULO 6 Conclusiones y recomendaciones	88
6.1 Conclusiones.....	88

6.2 Recomendaciones	90
Capítulo 7 Bibliografía	93
Capítulo 8 Anexos	98
8.1 Encuesta	98
8.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO	100
8.3 Informe mensual consejería y atención integral/IHSS 2012.....	101
Capítulo 9 Glosario	102

Resumen Ejecutivo

La epidemia del VIH/SIDA sigue teniendo un gran impacto en la República de Honduras.

Según datos de la Secretaría de Salud, citados en el Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH Y SIDA en Honduras (PENSIDA IV), “desde 1985 hasta el 31 de diciembre de 2013 se han registrado 31,823 casos de VIH, de los cuales 22,419 (70%) fueron casos de infección avanzada por VIH (SIDA) y 9,404 fueron asintomáticos (30%). Del total de casos, 16,798 (53%) fueron hombres y 15,025 (47%) mujeres”. (CONASIDA, PENSIDA IV, p 18)

Las personas con VIH constituyen un grupo especialmente vulnerable ya que necesitan acceso a servicios integrales de alta calidad de tratamiento del VIH, atención y apoyo, sin embargo, en muchos países, entre ellos Honduras, los programas de prevención del VIH no están llegando a las personas más expuestas al riesgo de infección, como los jóvenes, las mujeres y las niñas, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los profesionales del sexo y sus clientes, los consumidores de drogas intravenosas, y las minorías étnicas y culturales.

La respuesta nacional se constituye en diferentes componentes clave relacionados a la prevención, atención, tratamiento y apoyo de las personas con VIH; y a la vigilancia epidemiológica. La prevención de la transmisión sexual del VIH se ha enfocado en las poblaciones clave y en la población general y ha sido abordada principalmente por la sociedad civil y financiada por donantes externos.

En la planificación estratégica del IHSS, un aspecto de mucha importancia es el abordaje preventivo y paliativo de las consecuencias de la infección en los derecho habientes, para ello se han determinado recursos financieros, técnicos y de

investigación para abordar el problema. Entre las estrategias principales para la prevención del VIH en poblaciones clave incluyen acciones para abordar cambios de comportamiento sexual a través de educación de pares, formación de líderes mentores y trabajo de extensión comunitaria, promoción y distribución de condones, prueba de VIH y el manejo sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual por Centros de Atención Integral.

Desde el punto de vista gerencial y el análisis de los resultados de las estrategias y la inversión, se determinó prioritario analizar a profundidad factores de riesgo desde los condicionantes biológico y conductual en los pacientes con VIH/SIDA tratados en los centros de atención integral y el impacto económico en la demanda de servicios como en las implicaciones de pago de incapacidades y los tratamientos que el IHSS brindó en el período de los años 2012-2013. Por lo anterior se hizo necesario realizar una exhaustiva búsqueda de información en el ámbito del IHSS, se hizo uso de diferentes metodologías como consultas con las fuentes primarias de datos mediante lista de chequeo, consulta de expedientes y registros de atenciones en el período definido hasta lograr obtener datos institucionales que se presentan en este documento.

La presente investigación se estructura en cinco capítulos,

En el primer capítulo se plantea la construcción del objeto de estudio que implica el planteamiento del problema, los objetivos y preguntas de investigación; así como, los argumentos pertinentes para justificar la importancia e impacto de este estudio.

En el segundo capítulo se hace una revisión de los planteamientos teóricos vinculados con la temática a investigar. El capítulo incluye varios apartados que facilitan la comprensión de los aspectos considerados fundamentales para la investigación.

El tercer capítulo plantea la metodología o diseño para el desarrollo de la investigación, tales como: hipótesis, técnicas de recolección de datos, técnicas para analizar los datos obtenidos en el proceso de la investigación.

El capítulo cuarto detalla de manera amplia los resultados obtenidos en cuanto a Factores Biológicos, conductuales de la población estudiada y el impacto económico en el IHSS.

El capítulo cinco se describen las conclusiones e investigaciones del investigador. Seguidamente, se consigna la bibliografía empleada para realizar este estudio, se incluye el apéndice donde se encuentran los protocolos de investigación del presente estudio.

Capítulo 1

Introducción

La mayoría de los países llevan a cabo censos para medir indicadores demográficos claves tales como la cantidad de personas de la población por edad y género. Estos censos y los censos de hogares esporádicos se utilizan para calcular otros indicadores tales como los índices de fecundidad total, el crecimiento, la estructura de edades, las tasas de dependencia, la esperanza de vida y las tasas de mortalidad infantil, y maternal. El SIDA afecta la mortalidad y la fecundidad, que son los procesos demográficos más importantes relacionados.

"La epidemia mundial del SIDA ha sobrepasado los 39,5 millones de infectados a pesar de los avances de la ciencia médica" (ONUSIDA, El SIDA en cifras, 2016, p 1). El VIH tiene un impacto devastador sobre las personas, la familia y la economía; muchas veces aumenta la pobreza y destruye las estructuras sociales. La combinación del VIH con la estigmatización y el aislamiento social puede ser abrumadora para las personas viviendo con VIH/SIDA.

Según datos de la Secretaría de Salud, citados en el Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH Y SIDA en Honduras (PENSIDA IV): "Desde 1985 hasta el 31 de diciembre de 2013 se han registrado 31,823 casos de VIH, de los cuales 22,419 (70%) fueron casos de infección avanzada por VIH (SIDA) y 9,404 fueron asintomáticos (30%). Del total de casos, 16,798 (53%) fueron hombres y 15,025 (47%) mujeres". para una razón hombre: mujer de 1:1. El patrón de transmisión es fundamentalmente heterosexual (85% de los casos), homo/bisexual (7%) y de madre a hijo (6%), dos de cada tres casos se detectan entre los 20 y 39 años (67.3%), lo que indica que muchas personas se infectan en la adolescencia; casi la mitad de los nuevos casos se dan en mujeres".

La propagación del VIH, mayormente está relacionada al contacto sexual (oral, vaginal o anal) sin protección, en caso de que uno de los participantes tenga el virus. Esto ocurre cuando los fluidos corporales de la persona infectada, como el semen, la

lubricación vaginal o la sangre e incluso la leche materna, se introducen en el organismo de una persona no infectada. También se puede afirmar que muchas veces está directamente relacionada con violaciones a los derechos humanos, incluyendo la discriminación en contra de la mujer y de los grupos de riesgo tales como homosexuales, personas que se inyectan drogas y las trabajadoras del sexo.

La estigmatización, la discriminación y la violencia pueden ser resultado también de una seropositividad real o imaginada. La protección de los derechos de las personas que viven con el VIH y de las poblaciones de alto riesgo, y la promoción de la igualdad de género son elementos esenciales en la respuesta eficaz al SIDA.

"La desigualdad de género y las relaciones de poder desiguales entre las mujeres y los hombres siguen siendo los motores principales de la transmisión del VIH. La violencia de los compañeros íntimos, los problemas para negociar relaciones sexuales seguras y otras manifestaciones de desigualdad de género están íntimamente asociadas con el riesgo que tienen las mujeres de contraer el VIH" (PNUD, 2006, p.10).

En este sentido y considerando la experiencia acumulada, hoy en día es ampliamente reconocido que la epidemia del VIH/SIDA no concierne solamente al sector médico, sino que constituye un problema multifacético que requiere para su solución de estrategias que involucren a numerosos ámbitos y dimensiones dentro de la dinámica de la población. "Las campañas de información, educación y comunicación sobre la enfermedad, y los esfuerzos de promoción del uso de los preservativos, no permitirían alcanzar los resultados que se buscan si el problema se abordara únicamente desde el punto de vista médico. Se trata, de un fenómeno socioeconómico, social y cultural complejo, que amerita ser considerado dentro de la perspectiva de un desarrollo humano durable" (UNESCO, 2003, p.16).

1.2 Planteamiento del problema

Honduras sigue siendo el epicentro de la epidemia de VIH/SIDA en Centroamérica, ya que en este país se produce la mitad de todos los casos de SIDA de la región. Las tasas más altas se presentan en los departamentos de Atlántida, Cortés y Francisco Morazán.

Según datos de la Secretaría de Salud, citados en el Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH Y SIDA en Honduras (PENSIDA IV):

Desde 1985 hasta el 31 de diciembre de 2013 se han registrado 31,823 casos de VIH, de los cuales 22,419 (70%) fueron casos de infección avanzada por VIH (SIDA) y 9,404 fueron asintomáticos (30%). Del total de casos, 16,798 (53%) fueron hombres y 15,025 (47%) mujeres”. para una razón hombre: mujer de 1:1. El patrón de transmisión es fundamentalmente heterosexual (85% de los casos), homo/bisexual (7%) y de madre a hijo (6%), dos de cada tres casos se detectan entre los 20 y 39 años (67.3%), lo que indica que muchas personas se infectan en la adolescencia; casi la mitad de los nuevos casos se dan en mujeres. El VIH/SIDA continúa afectando a las personas económicamente activas y generando desintegración familiar, discriminación y estigmatización de las personas afectadas. Se calcula que un 10.5% de los que están viviendo con el VIH son menores de 20 años (CONASIDA, PENSIDA IV, p 18),

Para el 2012 Honduras tenía una población estimada de 8.3 millones de habitantes, de esta población aproximadamente 26,0002 personas vivían con VIH ello revelado según estimaciones Spectrum, ONUSIDA Julio 2013, citado en documento de Medición de Gasto en SIDA durante 2012. (ONUSIDA, MEGAS 2012, p 7, párr. 5)

Después de casi dos décadas del descubrimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha producido un importante avance tanto en el conocimiento de sus características como en las formas de retrasar sus efectos negativos para la salud.

Aunque no se ha logrado eliminar por completo su efecto no deseado de la muerte, con las nuevas terapias combinadas de retrovirales ahora puede retardarse la aparición de los síntomas diagnósticos del SIDA, prolongando así la etapa de infección asintomática; también pueden alargar la sobrevivencia de las personas que ya padecen esta enfermedad. (UNAIDS, 2008, p.11).

La epidemia del VIH/SIDA su impacto negativo se ve reflejado en la economía de los pueblos de diversas formas: disminuye o revierte el crecimiento de la oferta laboral; los ahorros e inversiones de las familias se reducen por los gastos de salud, esto resulta en el descuido de educación, salud y nutrición de los hijos, afectando sus perspectivas de crecimiento; afecta la inversión del gobierno, pues se enfoca en gastos de salud y descuida la asignación de recursos para infraestructura y capital humano; profundiza la pobreza en los países más afectados al decrecer la tasa de crecimiento del ingreso per cápita; la pérdida por la enfermedad de un trabajador en un entorno urbano es siete veces peor que en un entorno rural (Anton, AP. Liébana, A., 2002, pág. 17).

Continúan Anton y Liébana:

Al analizar las variables económicas de los países relacionadas a la infestación con VIH SIDA se encuentra que especialmente el PIB per cápita de países con alta presencia de SIDA es más pequeño entre 2 y 4 puntos porcentuales que un país sin tanto contagio. Sin embargo, se ha visto que el impacto real es mayor al previsto y afecta directamente al enfermo de la siguiente manera: Despidos en el trabajo por ser VIH positivo, reposo obligatorio por ser VIH positivo con complicaciones, marginamiento en los centros de trabajo por ser VIH positivo, falta de consejería en los centros de trabajo (pre- y post-prueba), falta de atención medica/social en los centros de trabajo, despidos indirectos por VIH, violación a la confidencialidad al conocer el resultado de VIH, falta de privacidad en los centros de trabajo para la consejería (donde hay), negación de permisos para asistencia médica o familiares.

En el Tercer Informe de Objetivos del Desarrollo del Milenio ODM, la presidencia de Honduras presenta otros factores involucrados: la falta de información sobre

VIH/SIDA, derechos humanos y sexualidad, en los centros de atención; escasa participación de personas que viven con el VIH/SIDA en las negociaciones colectivas a favor de ellos (clandestinidad), falta de interés de las personas que viven con el VIH/SIDA en involucrarse y recibir información en los centros de trabajo y actividades sobre VIH/SIDA (Presidencia de la República de Honduras, 2010, p.23-25).

Todas estas son vulnerabilidades sociales que las personas viviendo con VIH SIDA asumen al contraer la enfermedad y que posteriormente las personas que son derecho habientes del IHSS, presentan por el hecho de tener sida; estas debilidades – consecuencias sociales tienen los siguientes impactos:

Impacto en el empleo: la tasa es baja y no se contrata a las personas positivas por cuestión de leyes, donde el concepto del empresario es el siguiente:

Si tiene VIH, es una persona que podría no ser suficientemente productiva, por consiguiente, no justifica su fuerza laboral debido a la enfermedad.

Desconfianza entre sus empleados y compañeros de trabajo por la ignorancia del tema del VIH.

Una persona con incapacidad laboral debe por ley recibir un pago por su tiempo de incapacidad; a un empresario, esto le afecta negativamente en materia de productividad.

Impacto en lo social: las personas VIH positivas públicamente suelen ser objetos de críticas y comentarios ofensivos.

Impacto en la sexualidad: es uno de los factores sociales por los cuales se conocen personas, cuando una persona es diagnosticada como VIH positivo, esta persona ya no es elegible para permanecer cerca de una persona sana.

Impacto en lo cultural: Una persona VIH positiva, es marginada por varias situaciones: si está enferma debe ser apartado de la sociedad, porque se le considera contagioso y puede pasar la enfermedad a otra persona; la educación que

tenemos en nuestro país es poca o nula, y el tema del VIH es complicado de entender aun, por consiguiente, el hondureño que no entiende, suele temerle a la enfermedad y en su defecto, temerle a quien tiene la enfermedad.

Todo lo anterior es de conocimiento de la gerencia y equipo técnico de la institución del IHSS, por lo se decidió analizar con mayor detenimiento la situación de sus derecho habientes, hombres y mujeres, aprovechando la oportunidad del investigador pasante de la Maestría en Demografía.

Para desarrollar el estudio se plantearon las siguientes preguntas:

Primera pregunta: ¿Cuáles son los factores de riesgo biológicos y conductuales que propiciaron que las personas contrajeran VIH SIDA y que permiten la posibilidad de diseminar la enfermedad? y la segunda pregunta ¿Cual es el impacto económico para el IHSS, que surge desde el diagnóstico, de la población que acude al Centro de Atención Integral CAI de Tegucigalpa? ¹ Ambas en el período comprendido del 02 de enero de 2012 al 31 de diciembre del 2013.

Responder estas preguntas, permite apropiarse mejor del papel que desempeña el Instituto Hondureño de Seguridad Social dentro del Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y Sida en Honduras PENSIDA y encontrar ideas para mejorar cada día la atención a estos pacientes y al mismo tiempo mejorar la inversión costo-eficacia en el futuro, no como un gasto; el uso de evidencia sobre las prioridades y las intervenciones más costo-efectivas; la sostenibilidad financiera y apoyar para aceptación social y cultural para garantizar la continuidad y por supuesto la rendición de cuentas especialmente desde la opinión de los derecho habientes con un mayor involucramiento de las personas con VIH.

¹ Ver detalles en sección metodología, sección 4.3.

1.3 Justificación

El VIH/SIDA es un problema de salud de elevada frecuencia en todo el mundo siendo considerada como causa mayor de morbilidad y mortalidad principalmente en la población joven y económicamente activa. Según la Comisión Centroamericana de SIDA, “Honduras ocupa el segundo lugar en Centroamérica La tasa de infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA) en Honduras es la segunda más alta de Centroamérica. Primero está Belice con el 2,5%, después Honduras con el 1,6 % en Honduras y luego Guatemala con el 0,9%” (COMCASIDA, 2010, pag.1); con ello reafirmamos que este problema reviste una gran importancia clínica y sanitaria.

La nación registra 24,868 casos de personas afectadas por el VIH/SIDA entre las edades de 18 a 49 años de edad. Las vías de transmisión son pocas e involucran fluidos corporales como sangre y derivados, liquido pre seminal, semen, secreciones vaginales y leche materna (ENDESA, 2011-2013, p. 293).

Relacionado al problema, en el Plan de Nacional de Salud de Honduras 2010 – 2014 en el Objetivo 6 se propone: “Combatir el VIH / SIDA, y otras enfermedades y entre las metas principales y resultados esperados para el año 2014 la Reducción de la prevalencia de VIH/SIDA en población general de 0.68% a un 0.5% y en poblaciones de alto riesgo de 12% a un 8%” (Plan Nacional de Salud 2010 – 2014, p. 14- 55).

El VIH/SIDA es un problema mundial y Honduras no es la excepción la presencia de esta enfermedad en edades tempranas plantea un problema que amerita atención, por lo que el presente trabajo de investigación se hizo con el propósito de identificar los factores que afectan a la población asegurada al Instituto Hondureño de Seguridad Social. El analizar los factores de riesgo biológicos, de conducta y el impacto económico se podrá determinar el grado de integración en la atención e investigación en los diferentes programas y proyectos, así como determinar el impacto económico de la enfermedad en el derechohabiente.

1.4 Objetivos de la Investigación

- **Objetivo General**

Analizar los factores de riesgo biológicos y conductuales, asociados al VIH/SIDA, en los pacientes adultos que acudieron, al Centro de Atención Integral (CAI) de Tegucigalpa durante los años 2012-2013.

- **Objetivos Específicos**

1. Caracterizar socio demográficamente la población objeto de estudio en la población derechohabiente del CAI de Tegucigalpa del IHSS.
2. Identificar los principales factores de riesgo, a nivel biológico y conductual, que facilitan el contagio de VIH/SIDA.
3. Analizar el impacto económico en las finanzas del IHSS desde el diagnóstico de la enfermedad en los derechos habientes contagiados con la enfermedad.

Capítulo 2

2.1 Marco Referencial

Se presenta la afectación con VIH SIDA en la población, desde lo macro a nivel mundial, pasando por el ámbito Centroamericano hasta llegar al caso específico de Honduras.

2.1.1 Panorama Mundial

Los datos de la población mundial afectada por VIH SIDA, está sufriendo cambios relacionadas al nivel de conciencia sobre el problema y las acciones para prevenir y los avances en la atención de los pacientes.

En el 2006 las cifras estimadas de VIH/SIDA en el mundo señalaban la existencia de casi 40.3 millones de personas viviendo con VIH, de las cuales 38 millones son adultos de 15 años o más y 2.3 millones menores de 15 años. Se estimaron 4.9 millones de personas nuevas con el virus (4.2 millones mayores de 15 años y 700 mil menores de 15 años), y fallecieron por SIDA 3.1 millones de personas (Tinoco, 2007, p. 27).

El número de casos de nuevas infecciones por el VIH continúa disminuyendo en todo el mundo. En 2012, se dieron 2,3 millones de nuevas infecciones por el VIH (1,9 millones - 2,7 millones). Esta cifra constituye la cantidad más baja de nuevas infecciones por año desde la segunda mitad de los años 90; entonces, se registraban aproximadamente 3,5 millones de nuevos casos al año.

Solo en América Latina la cantidad de nuevas infecciones registradas en 2012 fue un 11% inferior a la de 2001; en 2001 97.000 [78.000–120.000] y en 2012 86.000 [57.000–150.000] (ONUSIDA, 2013, p.8).

En 2014, según ONUSIDA “36,9 millones de personas vivían con el VIH. El número de personas con el virus sigue aumentando, en gran parte debido a que más

personas en el mundo tienen acceso al tratamiento antirretrovírico y, como resultado de ello, viven más y con más salud. (ONUSIDA 2015, p.3).

2.1.2 Honduras

El primer caso de SIDA en Honduras se dio en 1985, en la ciudad de El Progreso, en ese mismo año se reportaron tres casos más, todos con historia de haber viajado fuera del país. En 1992 se llegó a los 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, de las cuales 90 personas tenían domicilio conocido, 67 pertenecían a la Costa Norte (PENSIDA, 2012, p.16).

En 1997 Honduras, ya se puede definir la tendencia de acuerdo a las zonas geográficas que reportan caso de VIH: El patrón epidemiológico en Honduras es “bimodal”: generalizada en ciertas zonas geográficas (como el Valle de Sula), heterosexual y concentrada en grupos prioritarios. Uno de los factores importantes en el inicio de la epidemia fue la introducción del VIH a la población a través de múltiples y diversos canales; los primeros casos ocurrieron en homosexuales con historia de haber viajado al exterior, particularmente a Estados Unidos de Norteamérica. Casi simultáneamente se reportaron casos en hombres bisexuales quienes posiblemente sirvieron como puente de introducción del VIH a la población heterosexual; cerca del 80% de los casos de SIDA se encuentran en la población económicamente activa (PENSIDA, 2012, p. 17).

A partir de 1999 la respuesta nacional del VIH/SIDA ha experimentado cambios importantes en el nivel de los recursos destinados al problema. El Congreso Nacional de la República mediante decreto No. 147-99 aprobó la Ley sobre VIH/SIDA². Con el objetivo de promover la defensa de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA y de las poblaciones más vulnerables. Además, se conformó la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) que es el ente nacional de

² Publicado en el Diario Oficial La Gaceta, número 29,020 del sábado 13 de noviembre de 1999.

coordinación con representación de diversas organizaciones nacionales (Plan Nacional de Salud 2021, p. 63).

Asimismo, se implementó el Plan Estratégico Nacional de Lucha Contra el SIDA a través del cual se ha generado una participación Interinstitucional y Multisectorial que guía la respuesta nacional en combate a la epidemia.

Según el Informe de Estadística de la Secretaría de Salud Pública desde 1985 a diciembre del 2013 existía 22,358 casos diagnosticados; de los cuales 603 nuevos casos son del 2011; 505 en 2012 y 250 en 2013; siendo en primer lugar, el departamento de Cortés el más afectado con 11,086 casos, seguido de Francisco Morazán con 6,295 casos; la vía más frecuentemente reportada continúa siendo la heterosexual. La prevalencia general entre adultos se estima en 1.5 y 0.5% en las mujeres embarazadas; el patrón de transmisión predominante sexual (91,3%): 84,9% heterosexual, 3,2% homosexual, y 3,3% bisexual. Los hombres teniendo sexo con hombres (HSH) y las trabajadoras del sexo son los grupos poblaciones con tasas más altas de prevalencia del VIH (ISSP, 2013).

La razón Hombres/Mujeres es de 1.4 para casos de infección avanzada por VIH y de 0.7 para VIH asintomático. La epidemia de VIH/SIDA afecta principalmente a la población joven, en edad reproductiva y económicamente activa. Los grupos de edad comprendidos entre los 20 y los 39 años de edad representan alrededor del 65 por ciento de los casos notificados (Informe ITS/VIH/SIDA, SSP, 2012).

En relación a la distribución geográfica de la epidemia, el 100% de los departamentos y municipios del país han reportado casos de VIH/SIDA. Sin embargo, los departamentos más afectados son Cortés, Francisco Morazán, Atlántida y Yoro, que juntos agrupan casi el 80% de los casos de SIDA y de VIH. Es de hacer notar que varios municipios postergados se encuentran con una tasa muy elevada de incidencia acumulada, producto quizás de la vulnerabilidad rural del país, condicionada por una intensa migración del campo hacia cinturones de miseria de las ciudades y viceversa (ONUSIDA, 2006, p.26).

Según la clasificación de ONUSIDA/OMS, Honduras tiene una epidemia de VIH/SIDA bimodal: en los centros urbanos como San Pedro Sula se puede considerar ya generalizada en la población; en cambio, en áreas urbanas como Tegucigalpa, y en otras ciudades más pequeñas, existe una epidemia más bien concentrada, pero con tendencia a generalizarse en núcleos poblacionales específicos. En el resto del país, con pueblos y aldeas de características rurales y dispersos, la epidemia sigue siendo de bajo nivel (OPS, 2008: p.4).

Continúa diciendo el informe de la OPS “Las mujeres que ejercen trabajo sexual y los homosexuales siguen siendo poblaciones con las prevalencias más altas en relación con el resto de la población. Entre las trabajadoras comerciales del sexo (TCS) de Tegucigalpa en el 2001 se registró una prevalencia media del VIH/SIDA del 9% mientras que en San Pedro Sula fue del 13%. Para el 2003 la prevalencia nacional en TCS era del 9,68%, según el estudio multicéntrico centroamericano. Entre los hombres que practican sexo con otros hombres, en las zonas urbanas más importantes, el 12% vivía con el VIH/ SIDA en el 2002 y para el 2005 el 13%. Finalmente, habría que reseñar como grupo en situación especialmente vulnerable a las personas privadas de libertad, con una prevalencia de entorno al 8% (2008, p.4).

La tasa de incidencia del SIDA pasó de 8,3 casos por cada 100,000 habitantes en los años ochenta, a 32,9 casos por cada 100,000 habitantes en 1998, con proyecciones de 13,8 casos por cada 100,000 habitantes en 2009. Según ONUSIDA Honduras, tiene una prevalencia estimada de infección de 1,5%, es el segundo país más afectado de Centroamérica, reporta cerca del 60% de los casos de VIH/SIDA de la región centroamericana, y ocupa el quinto lugar del continente americano de casos acumulados (Pensada, 2012, p. 18).

2.1.3 Evolución del marco legal en el mundo y Honduras

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida ONUSIDA fue creado en 1996 con el objetivo de fortalecer la respuesta que estaban dando las Naciones Unidas al SIDA. El ONUSIDA está copatrocinado por 10 organizaciones del

Sistema de Naciones Unidas: la Organización Mundial de la Salud OMS, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF; la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO; la Organización Internacional del Trabajo OIT; el Fondo de Población UNFPA ; la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas UNODC, el Programa Mundial de Alimentos PAM , el Banco Mundial y el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR (Citado de pagina web de ONUSIDA)

Honduras cuenta con un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica para el monitoreo del VIH/SIDA que se ha basado en dos ejes: el uso de población centinela para estimar la prevalencia, sobre todo mujeres embarazadas, y el reporte de los casos de VIH identificados en los centros de detección por medio de pruebas rápidas para conocer las características de la epidemia (Secretaría de Salud Pública, 2007, P.16).

Ley Especial sobre VIH/SIDA, Honduras

La Ley Especial del VIH de Honduras fue aprobada en 1999 por medio del decreto No.147-99 teniendo como objetivos principales:

- La creación de los mecanismos de una coordinación institucional para la prevención, tratamiento e investigación relacionada al VIH y al sida,
- La asignación de responsabilidades civiles y gubernamentales relacionadas a la respuesta nacional al VIH, y
- La definición de los derechos y deberes de las personas viviendo con VIH.

La ley estableció el marco regulador de la Comisión Nacional de 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 personas viviendo con VIH. En el Artículo 2 de la ley estipula que la lucha contra el VIH/SIDA se declara de interés nacional. Además, se demanda la puesta en práctica del respeto a las PVVS.

Por otra parte y estrechamente relacionada con la ley, el país dispone de estrategias de prevención para un conjunto de poblaciones en situación vulnerable, que han sido consideradas como prioritarias a partir de la evidencia epidemiológica disponible.

- Adolescentes.
- Personas que viven con VIH y SIDA y sus familias.
- Madres y niños (as) afectados (as) por el VIH/SIDA
- Garífunas y otros grupos étnicos.
- Trabajadores (as) (especialmente de las maquilas).
- Trabajadores(as) del sexo.
- Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.
- Personas privadas de libertad.
- Niñez huérfana afectada e infectada por el VIH.
- Niñez en situación de calle.
- Poblaciones móviles.

Dichas estrategias están claramente documentadas en el Plan Estratégico Nacional del SIDA III contando cada una con un análisis bien razonado, objetivos claros e indicadores de evaluación precisos (PENSIDA, 2012, p. 19) y el PENSIDA IV, este último el de reciente elaboración 2,016.

Desde el año 2002 se ha incrementado significativamente las acciones en cuatro áreas contenidas en el plan estratégico nacional de lucha contra el SIDA:

- Promoción y defensa de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA.
- Promoción de la salud sexual y prevención del VIH/SIDA en poblaciones más vulnerables.
- Fortalecimiento de la atención integral, cuidados y tratamiento del VIH/SIDA.
- Programa de la Prevención de la Transmisión Madre Hijo

El IHSS, ha venido trabajando en los PENSIDA y a partir de 2009, se crean los Centro de Atención Integral (CAI) de Tegucigalpa que atiende pacientes con VIH en los principales hospitales, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y sobrevida de los pacientes con VIH.

2.1.4 Factores claves de expansión de la epidemia

La epidemia del VIH/SIDA afecta principalmente a la población joven en edad reproductiva y económicamente activa. Los grupos de edad comprendidos entre los 15 y los 39 años representan cerca del 70% de los casos notificados a lo largo de las dos décadas (ONUSIDA 2012, pág. 17).

En Honduras específicamente, el predominio de la transmisión sexual, la alta migración de zonas rurales a la ciudad y viceversa, la inequidad de género y la posición subordinada de la mujer, la vulnerabilidad de la infancia, el poco uso del condón en grupos en situación de riesgo, el alto grado de analfabetismo y la pobreza, tanto moderada como extrema, son los factores claves de expansión de la pandemia del VIH. A ello habría que añadir el fuerte estigma y discriminación hacia las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) y las minorías sexuales, según coinciden las fuentes entrevistadas durante la investigación.

2.1.5 Atención en salud y acceso a tratamientos

Honduras, como muchos otros países en vías de desarrollo, particularmente en la región centroamericana, cuenta con un sistema nacional de salud precario. Su red de asistencia primaria es insuficiente, y sus centros de referencia hospitalaria están saturados y disponen de escasos recursos, tanto humanos como materiales; además, la gestión de dichos recursos es compleja.

La atención en VIH constituye una excepción a partir sobre todo de las aportaciones del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el país ha ido articulando un modelo de asistencia socio sanitaria para personas con VIH que pese

a sus deficiencias supone un avance e incluso a otras áreas de asistencia médica. La base de la atención es bajo el modelo de los Centros de Atención Integral CAI.

Las personas con VIH que desean seguimiento médico se derivan a los Centro de Atención Integral (CAI), donde se clasifican según su estado inmunológico a partir del recuento de CD4. Las células CD4 (en ocasiones denominadas células-T o células auxiliares) son glóbulos blancos que ayudan a organizar la respuesta de tu sistema inmunitario frente a las infecciones. El recuento de CD4 es la medición del número de estas células en un milímetro cúbico de sangre; y si éste es inferior a 300 o 350, son candidatas a tomar medicación. La lista de antirretrovirales disponible en el país es limitada, aunque sirve para los propósitos de proporcionar una terapia combinada de primera línea relativamente eficaz. Sin embargo, apenas se dispone de tratamiento para abordar la segunda línea, siendo Lopinavir/Ritonavir el fármaco de referencia como terapia de rescate en ese escenario (Guía VIH/SIDA, 2013, p.8).

El Instituto Hondureño de Seguridad Social cuenta con 3 CAI, dos en Tegucigalpa y uno en San Pedro Sula, cuentan con equipamiento, infraestructura, personal y medicación propios. Al frente de la dirección suele haber un médico infectólogo del que dependen otros profesionales: enfermeras, farmacólogos, psicólogas, trabajadoras sociales y hasta voluntarios comunitarios: aunque en zonas rurales, hay escasez de profesionales y los pocos presentes no cuentan con la preparación adecuada.

2.1.6 Los impactos del VIH/SIDA

El impacto demográfico

El VIH/SIDA ha tenido ya un impacto demográfico devastador, sobre todo en el África y en las áreas que rodean el desierto del Sáhara. Se ha traducido en terribles pérdidas de vida y población. Las proyecciones de población recientes de las Naciones Unidas se prevén pérdidas aún más drásticas para los decenios venideros.

El SIDA es la cuarta de las principales causas de muerte en todo el mundo, y la primera en el África subsahariana. En 2008, ONUSIDA estimaba que se produjeron 2 millones de defunciones relacionadas con el sida. El incremento constante de la

población de personas que viven con el VIH refleja el efecto combinado de que las tasas de nuevas infecciones siguen siendo altas y de los beneficios del tratamiento antirretrovírico. África subsahariana sigue siendo la región más afectada: el 71% de todas las nuevas infecciones producidas en 2008 se dieron en esta región. (ONUSIDA, Informe anual 2009, p.6)

Para el 2012 Honduras tenía una población estimada de 8.3 millones de habitantes, de esta población aproximadamente 26,0002 personas vivían con VIH ello revelado según estimaciones Spectrum, ONUSIDA Julio 2013, citado en documento de Medición de Gasto en SIDA durante 2012. (ONUSIDA, MEGAS 2012, p 7, párr. 5)

Según datos de la Secretaría de Salud, citados en el Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH Y SIDA en Honduras (PENSIDA IV), “desde 1985 hasta el 31 de diciembre de 2013 se han registrado 31,823 casos de VIH, de los cuales 22,419 (70%) fueron casos de infección avanzada por VIH (SIDA) y 9,404 fueron asintomáticos (30%). Del total de casos, 16,798 (53%) fueron hombres y 15,025 (47%) mujeres”. (CONASIDA, PENSIDA IV, p 18)

Continúa la Secretaría de Salud: El acceso a la terapia antirretroviral ha ido en aumento: desde 1985 hasta 2010 se contabilizó un total acumulado de 7.326 personas en tratamiento, de las cuales murieron 1.196 y 1.334 lo abandonaron.

En relación a los registros del CAI de Tegucigalpa del IHSS, sobre pacientes diagnosticados con VIH en tratamiento, entre 2009 -2013, se contabilizaron 563 personas con VIH, de los cuales fallecieron 103 pacientes, 75 hombres y 28 mujeres.

El impacto en las familias y los hogares

El impacto inmediato de la epidemia de VIH/SIDA se hace sentir en los hogares. De hecho, las familias y los hogares llevan la carga más onerosa por ser las unidades primarias que deben hacer frente a la enfermedad y sus consecuencias. Las familias en que la persona infectada es la fuente de ingresos sufren, desde el punto de vista financiero, tanto por la pérdida de ingresos como por el aumento de los gastos de

atención médica. Los hogares se van empobreciendo durante los largos períodos de enfermedad, debido a la pérdida de ingresos y a los costos de atender al familiar afectado. La epidemia de VIH/SIDA plantea problemas adicionales en los lugares en que la enfermedad va acompañada de un grave estigma social.

Como las infecciones con VIH/SIDA se producen principalmente entre los adultos jóvenes, se pierde una proporción importante de la generación de padres jóvenes, con lo que la composición de las familias se modifica rápidamente. En los países muy afectados, aumenta el porcentaje de hogares encabezados por mujeres y abuelos, así como por huérfanos jóvenes.

Cuando muere un miembro de la familia, el hogar puede quedar totalmente desarticulado y los niños deben irse a vivir con parientes o bien quedan abandonados a su suerte.

La enfermedad o muerte de un cónyuge tiene efectos particularmente severos en las sociedades en que la división del trabajo obedece principalmente a consideraciones de género, ya que el cónyuge que sobrevive no puede asumir el trabajo ni las responsabilidades del cónyuge enfermo o que ha fallecido.

En 2001, 14 millones de niños menores de 15 años habían perdido a uno o ambos padres debido al VIH/SIDA. Es probable que las cifras se hayan duplicado ya en 2010. Es común que los familiares acojan a los huérfanos en sus hogares, sobre todo en las sociedades africanas, pero el rápido aumento del número de huérfanos no puede menos que rebasar el sistema tradicional de apoyo de las familias extendidas. Muchos de los hogares a que llegan los huérfanos ya son pobres, por lo que darles lugar representa una carga importante (Lamprey, Johnson y Khan, 2010, p. 10).

El impacto en las empresas

La epidemia representa una carga para la economía en especial en países como Honduras, con altos niveles de prevalencia de VIH. “Según estudio Diagnóstico El VIH/SIDA en el mundo del trabajo en Honduras, divulgado el 6 de junio del 2001 por OIT, el SIDA deteriora la fuerza laboral, socava las economías, amenaza la

seguridad y desestabiliza las sociedades..." la expansión del virus limita el tamaño y la calidad de la fuerza de trabajo alterando el progreso económico. (p.6)

La evaluación del impacto de la epidemia en Honduras establece la dificultad de visibilizar el impacto en el crecimiento económico por la alta sustentabilidad de la fuerza de trabajo afectada o enferma por fuerza de trabajo sano y abundante y disponible en los mercados laborales. "Un ejemplo palpable lo constituye las empresas maquiladoras y empresas exportadoras de frutas, que a pesar del gran número de enfermos que trabajan y mueren en estas empresas, éstas aportan cada año una proporción mayor del PIB, los empleos y los ingresos de las familias, y reportan las mejores utilidades del sistema empresarial hondureño" (OIT, Honduras, 2011, p.3).

Los que tienen más probabilidades de contraer el VIH son los adultos jóvenes en sus mejores años de trabajo; los trabajadores jóvenes representan un número desproporcionado de las muertes por SIDA. Según los puestos que los trabajadores afectados ocupen en las empresas, los efectos se hacen sentir en la producción y en la administración de la empresa. Los trabajadores más difíciles de reemplazar son los más cualificados y con mayor experiencia. Puede suceder también que se reduzca la demanda de bienes y servicios debido a que las familias afectadas tienen menos ingresos y acusan niveles más bajos de consumo.

El impacto en la agricultura

El VIH/SIDA tiene efectos devastadores en la producción agrícola y en la viabilidad económica de las explotaciones agrícolas pequeñas y las empresas agrícolas comerciales. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) ha determinado que en los 10 países africanos más afectados por el VIH/SIDA, en 2020 la mano de obra agrícola se habrá reducido entre 10% y 26%. Se calcula que en Botswana, Mozambique, Namibia y Zimbabue se perderá por lo menos la quinta parte de los trabajadores agrícolas (World Population Prospects p. xvli, 2002).

Entre las consecuencias de la pérdida de trabajadores agrícolas se cuentan la reducción de la tierra labrantía en explotación, el paso a cultivos que exigen menos mano de obra, la reducción del rendimiento de las cosechas y una escasez de mano de obra en los períodos de mayor demanda de trabajadores. La epidemia también acarrea la pérdida de conocimientos de métodos agrícolas y una reducción del número de trabajadores cualificados y con experiencia. Una encuesta realizada en Zimbabwe determinó que en los hogares afectados por el SIDA la producción agrícola se había reducido en casi un 50%. Otro estudio, centrado en el sector agrícola comercial de Kenya, determinó que la morbilidad y mortalidad causada por el SIDA ya había causado profundos costos financieros, económicos y sociales (World Population Prospects p. xvli, 2002).

En Honduras de los tres sectores fundamentales de la actividad económica resultaría ser el sector agrícola el menos afectado dada una notable menor proporción de casos de SIDA en contraste con la magnitud de trabajadores ocupados en este sector; al pasar al nivel de los hogares con personas afectadas por la enfermedad, se estima una pérdida de 19 años de vida productiva equivalentes a 328 mil Lempiras sobre la base de un monto de ingresos por persona afectada equivalentes a un salario mínimo (INE, 2013)

En otras palabras, ello significa que la estimación monetaria de pérdida de 328 mil lempiras, realmente se trata de "...un caso típico de una familia pobre, donde el sustento y el mantenimiento o satisfacción de las necesidades básicas recaen en manos de una sola persona, lo que indica que esa familia podría caer en la extrema pobreza o indigencia" (OIT, 2001, p. 6).

Las empresas del sector agrícola que se ven afectados por la epidemia y su impacto depende algunos factores como:

- El número de empleados afectados
- La función de estos en la empresa
- La estructura del proceso de producción y

- La capacidad de esta para hacer frente a la pérdida de empleados, lo más corriente es que en la primera etapa de la infección los trabajadores (as) puedan seguir trabajando, pero toman más días de licencia anual o por enfermedad (OIT, 2011, p.10).

El impacto en los sistemas de salud

En muchos de los países más afectados, los sistemas de salud eran insuficientes aun antes del arribo del VIH/SIDA. La epidemia ha impuesto enormes demandas adicionales a esos sistemas, presionando al máximo los presupuestos de salud y los planes de seguros médicos. Además, los propios trabajadores de la salud están cayendo enfermos o muriendo, presa de la epidemia. Por lo tanto, a la vez que aumenta la demanda, se está reduciendo la oferta de servicios de salud disponibles. (The impact of AIDS, 2004, Executive summary spanish p. xlviii).

Han venido aumentado los gastos correspondientes al tratamiento del SIDA y de las infecciones oportunistas comunes en las personas cuyos sistemas de inmunidad se han visto comprometidos por el VIH/SIDA. La asignación de los escasos recursos disponibles al tratamiento del VIH/SIDA ha reducido la atención que se presta a otros problemas de salud. Como los gobiernos, ante la epidemia del SIDA, se ven cada vez más exigidos para prestar servicios de salud por conducto del sector público, los gastos pertinentes, cada vez en mayor medida, deben correr por cuenta del sector privado y de los propios hogares y los particulares.

El impacto en la enseñanza

El VIH/SIDA está anulando los progresos que se habían alcanzado para lograr una enseñanza primaria universal. El SIDA debilita los sistemas de enseñanza y conspira contra la asistencia de los niños a las escuelas. Es posible que, a la larga, la epidemia del SIDA se traduzca en una baja del nivel y la calidad de la enseñanza, lo que reduciría el capital humano y retrasaría el desarrollo económico y social.

Los estudios realizados han revelado la existencia de una alta tasa de infección por VIH entre los maestros y administradores escolares, lo que afecta tanto a la calidad

como a la cantidad de los recursos educativos. Es difícil reemplazar a los maestros con experiencia. Según un estudio del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el número de defunciones de maestros ocurridas en Zambia en 1998 equivalió a perder aproximadamente dos terceras partes de los maestros que se capacitan anualmente. Por fuerza, los maestros con experiencia son reemplazados por maestros de menos experiencia y, por ende, baja la calidad de la educación. La calidad también se ve comprometida cuando el ausentismo de los maestros incide negativamente en el proceso de aprendizaje de sus alumnos (The impact of AIDS, 2012, p. 80).

Por otra parte, diversos estudios indican que los niños de las familias en que hay una persona infectada tienen menos probabilidades que los demás de seguir asistiendo a la escuela. Se les necesita para que ayuden en el hogar o salgan a trabajar. Las familias con menos medios no pueden pagar los gastos escolares. Según un estudio realizado en un distrito de Uganda con una alta tasa de infección, la matrícula total de tres escuelas primarias había experimentado una baja de un 60% entre 1989 y 1993. De la misma forma, los huérfanos de padre y madre tienen muchas menos probabilidades de seguir asistiendo a la escuela que otros niños. Una encuesta por hogares realizada en Kampala (Uganda) determinó que, en 1990, el 47% de los hogares en que había huérfanos no tenían suficiente dinero para enviar los niños a la escuela, en comparación con el 10% de los demás hogares (The impact of AIDS, 2012, p. 80).

El impacto en el crecimiento económico

La epidemia de VIH/SIDA representa una carga para la economía de cualquier país. Ello se aplica, en especial, a las economías débiles características de los países con altos niveles de prevalencia de VIH. En muchos de los países más afectados se han realizado estudios para preparar modelos sobre el impacto del VIH/SIDA en el crecimiento económico. En algunos casos, las estimaciones del impacto económico del VIH/SIDA han sido “bajas”; en otros, se han determinado reducciones anuales entre 2% y 4% del producto interno bruto anual, respecto de una situación hipotética en que no hay SIDA. Más allá de esos efectos en el producto interno bruto, lo más

probable es que la epidemia del VIH/SIDA exacerbe la desigualdad de ingresos y haga aumentar la pobreza (The impact of AIDS, 2012, p. 80).

Evidentemente, los efectos a largo plazo del VIH/SIDA en el bienestar y el desarrollo son más graves de lo que indican los análisis económicos. Por lo general, en las estimaciones de los efectos del SIDA en la actividad económica no se tienen en cuenta la pérdida de “capital social” ni los daños a largo plazo que sufre el capital humano, ya que el VIH/SIDA afecta directa e indirectamente a la educación, la nutrición y la salud de los niños. Las consecuencias de que se reduzca la inversión en el capital humano de las generaciones más jóvenes se harán sentir en el rendimiento económico durante decenios, y rebasarán mucho el período que abarca la mayoría de los análisis económicos (The impact of AIDS, 2012, p. 83).

Impacto sobre la sociedad y la economía

En los países fuertemente azotados por la epidemia del SIDA, la trágica muerte de los padres y de miembros productivos de la sociedad a edades prematuras no sólo afecta a las familias, sino también a las fincas agrícolas y otros lugares de trabajo, las escuelas, los sistemas de salud y los gobiernos. La epidemia se deja sentir en casi todos los aspectos de la vida.

Los hogares sufren el impacto inmediato del VIH y el SIDA, porque son las familias las que se encargan principalmente de cuidar de los enfermos y sufren penurias económicas por el SIDA. Durante la larga enfermedad del SIDA, la falta de ingreso y el costo de cuidar del enfermo moribundo puede empobrecer a los hogares; y cuando uno de los padres muere, puede que el hogar se disuelva y que los niños vayan a vivir con familiares, o que tengan que salir adelante por sí mismos.

Los sistemas de atención sanitaria también acusan tremendas demandas por la propagación del VIH/SIDA. Los sistemas de sanidad africanos, que de por sí ya eran débiles antes de sufrir los efectos de la epidemia, están en crisis. Los gastos de tratamiento del SIDA y las infecciones “oportunistas” relacionadas con la enfermedad no dejan de aumentar. La asignación de los escasos recursos para el VIH/SIDA puede desviar la atención de otros problemas de salud, y a medida que menguan los

fondos públicos de sanidad, los costos tienen que cubrirlo cada vez más el sector privado, los hogares y las personas (The impact of AIDS, 2012, p. 80).

La estabilidad económica se pierde, a medida que se ven perjudicadas las empresas y la agricultura; en muchos países altamente afectados los estudios demuestran una baja de entre 1 y 2 puntos porcentuales demuestran una baja de en el producto interno bruto anual, comparado con la situación hipotética “sin el SIDA” (The impact of AIDS, 2012, p. 85).

Capítulo 3

3.1 Marco Conceptual

La infección por VIH se asocia en todas sus etapas a una intensa replicación viral, principalmente en linfocitos y macrófagos. Los mecanismos inmunológicos permiten neutralizar los nuevos viriones y regenerar las células inmunes que se destruyen aceleradamente, lográndose un equilibrio entre la cantidad de virus circulante, carga viral (CV) y el sistema inmunológico, medido habitualmente como recuento de linfocitos CD4. De esta manera la persona infectada se mantiene asintomática, etapa A, sin embargo, después de un período variable de tiempo se rompe este equilibrio, la CV comienza a aumentar y los recuentos CD4 declinan progresivamente. El deterioro inmunológico permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores con lo que se llega a las etapas B y C (SIDA) y a la muerte en un tiempo variable de no mediar tratamiento (Mellors, 1997. P.983).

A continuación definiremos los siguientes términos:

El término “Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida” SIDA fue acuñado inicialmente por los epidemiólogos de los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (Center for Disease Control and Prevention CDC), preocupados por la aparición en 1981, de un conglomerado de enfermedades relacionadas con la pérdida de la inmunidad celular en adultos que no mostraban una causa evidente para tales deficiencias inmunitarias.

El SIDA se describió por primera vez en 1981, cuando algunos hombres jóvenes hasta ese momento sanos, principalmente adulto que vivían en zonas urbanas de los Estados Unidos empezaron a ser víctimas de infecciones oportunistas antes desconocidas en ese grupo de edad. No tardaron en notificarse infecciones similares en África, el Caribe y Europa; el SIDA es claramente una enfermedad epidémica. La mayoría de esos jóvenes murieron, y se improvisó un sinnúmero de hipótesis discrepantes, pero desde muy pronto se sospechó que la causa era un patógeno vírico transmitido por la sangre. En 1983, esa sospecha se vio confirmada cuando el

Profesor Luc Montagnier y otros investigadores descubrieron un nuevo agente patógeno: un retrovirus con tropismo por las células CD4 que organizan la inmunidad celular y protegen al ser humano de una gran diversidad de patógenos víricos, mico bacterianos y fúngicos (Who/int, 2003, p. 50)

Posteriormente se demostró que el SIDA era la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). En el término de semanas a meses después de contraer la infección por el virus, muchas personas presentan una afección aguda de curso limitado, que dura de una a dos semanas. Más adelante pueden mantenerse asintomáticas durante meses o años antes que aparezcan otras manifestaciones clínicas. La gravedad de las infecciones oportunistas o cánceres ulteriores relacionados con el VIH guardan relación directa con el grado de disfunción del sistema inmunitario (Fauci, 1999, P. 346).

El SIDA es la principal causa infecciosa de muerte en adultos en el mundo. Si no se trata, la enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tiene una tasa de letalidad cercana al 100%. Desde la peste bubónica del siglo XIV, ningún agente patógeno había causado tales estragos.

3.2 Conceptos básicos de VIH/SIDA

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tiene una evolución crónica que afecta el sistema inmunitario de la persona, y que en ausencia de tratamiento, lleva al desarrollo de sida y a la muerte. Cuando se produce la infección, aparecen un conjunto de síntomas inespecíficos, los cuales frecuentemente pasan desapercibidos, y en muchos casos el diagnóstico de la enfermedad se realiza cuando la persona ha desarrollado sida.

El Virus de Inmuno-deficiencia Humana (VIH), El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un Retrovirus del género Lentivirus, considerado así por su lento proceso para replicarse. Ataca el sistema inmunitario y debilita las defensas, ocasionando la presencia de infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias, la persona infectada se va volviendo

gradualmente inmunodeficiente. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de células CD4. La inmunodeficiencia ocasiona una mayor sensibilidad a muy diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir.

La infección por VIH puede ser inicialmente asintomática o manifestarse como un síndrome similar a una mononucleosis aguda (infección aguda) con fiebre, fatiga, malestar general, mialgia, artralgias, sudoración, anorexia, pérdida de peso, fotofobia, dolor de garganta, náusea, vómito, diarrea, cefalea, eritema maculopapular transitorio o adenopatías. También puede haber anormalidades neurológicas, entre ellas encefalitis, meningitis, neuropatía periférica, alteraciones del conocimiento o afectivas. Esta enfermedad aguda se manifiesta generalmente 2 a 4 semanas después del momento de la infección y puede durar varias semanas con resolución completa. Posteriormente, en el curso natural de la infección existe un período de latencia en el cual hay ausencia de síntomas durante años (Persona infectada asintomática), debido a que no existe un deterioro grave en la función del sistema inmunitario.

El Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA) es la etapa final de la infección con VIH, significa que el sistema inmunológico está seriamente dañado. Durante este período aparecen o recidivan algunas anormalidades neurológicas y el paciente puede describir problemas con la memoria anterógrada o con la incapacidad para realizar tareas simples; pueden verse afectados el estado de ánimo o la personalidad, más a menudo con un cambio hacia la apatía o la depresión, y pueden tener conductas maníacas o agitación; es posible que se observen neuropatías, como el síndrome de Guillan Barré, esclerosis múltiple, etc.

Dependiendo del compromiso del sistema inmunitario, durante este período, determinado en parte por el tratamiento antirretroviral, TAR, se pueden presentar infecciones oportunistas menores como varicela-zoster, papiloma virus, molusco contagioso diseminado, foliculitis bacteriana y dermatofitosis; así como dermatitis seborreica y psoriasis. La inmunodeficiencia creciente puede exacerbar algunos de estos cuadros, es posible que se desarrollen otros cuadros como candidiasis oral,

leucoplasia vellosa, gingivitis ulcerativa necrotizante, periodontitis ulcerativa necrotizante, infecciones por herpes, ulceraciones orales, ulceraciones aftosas recidivantes, infección por citomegalovirus, por papiloma virus o lesiones por sarcoma de Kaposi, así como adenopatía o esplenomegalia.

Cuando la capacidad de respuesta del sistema inmunitario está seriamente comprometida, aparecen manifestaciones clínicas como las ocasionadas por infecciones oportunistas, síntomas generales y neurológicos, hasta el estado más avanzado de infección o síndrome de inmunodeficiencia adquirida, Sida. El período desde la infección VIH hasta el diagnóstico de Sida se encuentra entre los dos meses y 5-10 años o más, teniendo en cuenta el tratamiento con antirretrovirales, el inicio a tiempo de la profilaxis de infecciones oportunistas y el tratamiento de trastornos nutricionales, alarga este período.

Puede tomar hasta 10 años o más desde el momento inicial de la infección con VIH hasta llegar a ser diagnosticado con SIDA. En promedio las personas con SIDA dependiendo de muchos factores pueden vivir de dos a cuatro años más luego de ser diagnosticados.

Transmisión del VIH

La transmisión del VIH requiere contacto con líquidos corporales que contengan células infectadas o plasma. El VIH puede estar presente en cualquier líquido o exudado que contenga plasma o linfocitos, de modo específico sangre, semen, secreciones vaginales, leche, saliva o exudados de heridas, la transmisión por la saliva o núcleos guticulares producidos por la tos o el estornudo, es extremadamente rara o inexistente.

El virus no se transmite por contacto casual, ni incluso por el contacto íntimo no sexual en el trabajo, el colegio o el hogar. El medio de transmisión más común es la transferencia directa de líquidos corporales al compartir agujas contaminadas o durante las relaciones sexuales.

Las prácticas sexuales que no conllevan exposición a líquidos corporales son seguras. Otras prácticas, como fellatio (sexo oral en el hombre), y cunnilingus (sexo oral en la mujer), parecen ser relativa pero no totalmente seguras. El mayor riesgo corresponde al coito, en especial al anal receptivo. Las prácticas sexuales que producen traumatismo de las mucosas antes o durante el coito aumentan el riesgo. El empleo de preservativos de látex, pero no de membrana natural, o barreras vaginales, disminuye el riesgo, pero no lo elimina. Los lubricantes grasos disminuyen la protección proporcionada por los preservativos de látex, debido a un efecto disolvente (Dragic, 1996, p.381)

Las células infectadas o los viriones libres pueden establecer contacto con las células diana³ de un nuevo huésped mediante transfusión de sangre, inyección accidental o exposición de las mucosas. El papel de la inflamación de las mucosas es ilustrado por el efecto de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) sobre la susceptibilidad a la infección por VIH. La transmisión del VIH está claramente aumentada si existe chancro blando, y puede ser más probable en presencia de herpes, sífilis, tricomoniasis y quizá otras ETS.

La transmisión del VIH mediante punción con aguja, estimada en alrededor de 1/300 incidentes, es mucho menos frecuente que la de la hepatitis B, probablemente debido al número relativamente bajo de viriones VIH en la sangre de la mayoría de los pacientes infectados. El riesgo de transmisión del VIH parece aumentar en presencia de heridas profundas o inyección de sangre, por ejemplo cuando una aguja hueca con sangre penetra en la piel.

El riesgo de transmisión del VIH por personal médico infectado que aplique buenas técnicas, a pacientes no infectados, es muy pequeño, aunque no se ha definido con exactitud. Se ha documentado la transmisión desde un mismo dentista a por lo menos seis de sus pacientes. Sin embargo, amplias investigaciones de pacientes atendidos por médicos y cirujanos VIH-positivos no han descubierto otros casos. No se conoce el mecanismo de transmisión del VIH desde ese dentista a sus pacientes,

³ Células Diana: célula que recibe la señal emitida por la célula secretora. (<https://embilogizados.files.wordpress.com/2012/08/20-sec3b1ales.pdf>)

y tal incidente se sigue considerando un episodio al parecer único, aunque preocupante. No se han definido con claridad las intervenciones o situaciones de las que deben ser excluidos los profesionales sanitarios VIH-positivos. La transmisión del VIH durante la atención médica es un problema potencial si no se hacen las pruebas necesarias en la sangre transfundida o si no se procede a una esterilización correcta de los instrumentos médicos (Montano, 2005, p.57).

El empleo del análisis de enzimoimmunoanálisis para detección selectiva de los donantes de sangre ha reducido mucho el riesgo de contagio por VIH mediante transfusión. Sin embargo, en las primeras fases de la infección por VIH, cuando todavía no se ha montado una respuesta de anticuerpos, pueden ser transitoriamente negativos los resultados del test de ELISA y del Westernblot⁴, mientras que resulta positiva la determinación en plasma de antígeno p24 del VIH. Estos casos pueden explicar el riesgo muy bajo, pero persistente, de infección por VIH relacionada con transfusiones (estimado entre 1/10.000 y 1/100.000 unidades de sangre transfundidas). La detección selectiva, en la actualidad obligatoria, de anticuerpos y antígeno puede disminuir aún más el riesgo.

El VIH no puede sobrevivir mucho tiempo fuera del cuerpo humano, y por eso solamente se transmite entre personas; las tres vías de transmisión son:

Transmisión sexual; relaciones sexuales sin condón con personas que viven con el VIH-SIDA.

Transmisión a través de sangre y productos de sangre contaminados con el virus, o heridas con instrumentos corto punzantes infectados (vía parenteral o sanguínea). Este vía incluye entre otras cosas transfusiones de sangre o productos de sangre, uso de agujas contaminadas y tatuajes.

⁴ Test de Elisa: Las pruebas usadas con mayor frecuencia para diagnosticar la “infección VIH” son la prueba de ELISA o “prueba rastreadora”, el Western blot o “prueba confirmatoria” y el PCR o “carga viral”. En EU las pruebas de ELISA y de Western blot, cuando se realizan juntas, constituyen lo que se conoce como “Prueba del SIDA”. Estas pruebas detectan anticuerpos anti VIH. Por medio de la cual se hacen copias de fragmentos pequeños de ácidos nucleicos que, según se sostiene, pertenecen exclusivamente al VIH. (<http://www.amcmh.org/PagAMC/sida/articulos/65SidaPruebas.pdf>).

Transmisión vertical de una madre que vive con el VIH a su hijo a través de la placenta durante el embarazo, durante el parto o en la lactancia a través de la leche materna (vía perinatal o materno-infantil).

El VIH no se transmite por compartir baños con otras personas o con personas que viven con el VIH-SIDA; compartir alimento y utensilios de cocina con otras personas o con personas que viven con el VIH-SIDA, picadura de insectos, por compartir vida social, por compartir el ambiente del trabajo, abrazos, apretón de manos, besos o cuidar de una persona que vive con el VIH-SIDA.

Entonces, el contacto social con personas que viven con el VIH-SIDA no contiene riesgo de transmisión del VIH. El VIH solamente se transmite por vía sexual, parenteral y perinatal.

Susceptibilidad

Cualquiera puede quedar infectado con VIH. En la escala más alta de riesgo están los homosexuales y personas que comparten jeringas usadas para inyectarse drogas.

Prevención

La única forma de evitar completamente el contagio sexual con VIH es abstenerse de toda actividad sexual con otras personas, practicar la fidelidad en la pareja. Esta estrategia funciona solamente si su prueba de anticuerpos al VIH es confiable (debe hacerse seis meses después del último contacto riesgoso) y si la pareja es fiel. Para personas que tienen múltiples parejas sexuales, reduciendo el número de parejas y averiguando más acerca de sus historias sexuales. Estos factores ayudan a reducir riesgos, pero practicar sexo más seguro es esencial.

La prevención materno-infantil de la transmisión del VIH también es clave para salvar vidas. Las mujeres seropositivas deben contar con asesoría y métodos anticonceptivos a su disposición para ayudarles a decidir si quieren quedar embarazadas. Muchos nacimientos de niños seropositivos pueden prevenirse

ayudando a las mujeres infectadas a evitar embarazos no deseados. El mayor uso de anticonceptivos para impedir dichos embarazos es, al parecer, por lo menos tan costo efectivo como proporcionar medicamentos antirretrovirales a la madre durante el parto, y a los recién nacidos de madres infectadas por el VIH (Martin et al, 2014, p. 205).

Entre los principales retos de cara al futuro se encuentran controlar más aún la propagación de la epidemia entre los lactantes y los adultos jóvenes, proporcionar tratamiento y apoyo a los millones de personas que viven con el VIH, y mitigar el impacto de la epidemia en los países pobres. Para responder a estos retos, la comunidad internacional, los gobiernos y la sociedad civil tienen que asegurarse de que la prevención continúe siendo el enfoque principal de los programas de combate del SIDA, incluso donde exista tratamiento; mejorar la infraestructura de salud y la capacidad para proporcionar servicios, así como reducir la pobreza, el analfabetismo y otros factores económicos, políticos y sociales que elevan la vulnerabilidad a la infección del VIH; Reducir el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH (Best, 2004, p. 72).

3.3 Epidemiología

A nivel mundial, se estima que en 2012 las personas que vivían con el VIH eran 35,3 (32,2-38,8) millones, lo que representa un aumento en comparación con años anteriores, ya que más personas reciben tratamiento antirretroviral que puede salvar vidas. Se notificaron 2,3 (1,9–2,7) millones de nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial, lo que representa una disminución de 33 % en comparación con 3,4 (3,1–3,7) millones en 2001. Al mismo tiempo, el número de muertes por SIDA también disminuyó de 2,3 (2,1–2,6) millones en 2005 a 1,6 (1,4–1,9) millones en 2012 (ONUSIDA, 2013, p.4)

Se estima que se han diagnosticado 866,575 casos acumulados de SIDA en los Estados Unidos al año 2003; alrededor del 57% han muerto. Sin embargo, la mortalidad por SIDA ha disminuido sustancialmente en los 10 últimos años, fundamentalmente como consecuencia del incremento del empleo de fármacos

antirretroviricos potentes. Se calcula que hay entre 850,000 y 950,000 personas infectadas por VIH viviendo en Estados Unidos. En América Latina el número de personas que viven con el VIH ha aumentado a 1.8 millones (1,4 millones–2.4 millones) al año 2005. De los cuales 66,000 (52,000-86,000) personas fallecieron a causa del SIDA, y se registraron 200,000 nuevos casos de infección por el VIH. La infección por VIH/SIDA es una pandemia global, sobre todo en países en vías de desarrollo (UNAIDS, 2013, r.20).

La estimación actual del número de casos de infección por VIH en todo el mundo es de 40 millones, de los cuales dos tercios se encuentran en África subsahariana; el 50% son mujeres. Básicamente a causa del gran número de habitantes que tienen países de América Latina como: Argentina, Brasil y Colombia son los países sudamericanos que presentan las mayores epidemias en la región. No obstante, la prevalencia más alta del VIH se encuentra en los países más pequeños, Belice, Guatemala y Honduras, donde cerca del 1% o más de los adultos estaban infectados por el VIH a finales del 2003 (Unaid, 2013, r.20).

Honduras es reconocida como el epicentro de la epidemia del VIH/SIDA en América Latina, concentrándose más de la mitad de todos los casos reportados de personas viviendo y conviviendo con el VIH/SIDA las autoridades de salud han registrado un total a nivel nacional de 24,868 personas afectadas por el VIH/SIDA de los cuales la mayoría se ubica en las edades entre 15 a 49 años de edad, de los cuales 2,573 casos (10.3%), acuden al Instituto Hondureño de Seguridad Social. (Unaid, 2013, r.20).

3.5 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 ITS se llevaron a cabo en 1989. Durante ese año, 518 ITS 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%.¹² Los resultados de un estudio conducido entre febrero. (Departamento de ITS/VIH/SIDA – Secretaría de Salud, 2005).

Homosexuales

El VIH/SIDA ha tenido un efecto considerable en el grupo de homosexuales 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. (Departamento de ITS/VIH/SIDA – Secretaría de Salud, 2005).

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. (Departamento de ITS/VIH/SIDA – Secretaría de Salud, 2005).

Mujeres

La epidemia del VIH/SIDA en Honduras ha ganado terreno en el género femenino ya que en el año 1986 la razón hombre/mujer en el número de casos de SIDA reportados era de aproximadamente 2:1 a favor de los hombres, 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 socioeconómica como el trabajo en maquilas y las migraciones. (Departamento de ITS/VIH/SIDA – Secretaría de Salud, 2005).

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.

Uniformados o Militares

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%). (Departamento de ITS/VIH/SIDA – Secretaría de Salud, 2005).

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.

Discapacitados

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.

3.6 Incidencia

En la costa norte, donde la epidemia se considera generalizada, la prevalencia de VIH fue de 0.91% (0.67-1.85); en el resto del país, donde se considera concentrada, fue de 0.59% (0.37-1.2) la media nacional alcanzó 0.68% /0.42-1.37 (ONUSIDA, 2013, p. 4).

Los datos reflejan que la estancia promedio de días de hospitalización de un paciente con SIDA es de 10 días, un aproximado de tres internamientos por año. La esperanza de vida de una persona viviendo con VIH/SIDA en Honduras es de 31 años, 39 por debajo del promedio nacional (PENSIDA III, 2012, p.27).

3.7 Factores y conductas asociadas para adquirir la infección por el VIH

Se denominan factores de riesgo para la enfermedad por el VIH/SIDA a aquellas características del individuo o su entorno que hacen que éste sea más susceptible a la enfermedad. Los principales factores de riesgo son los asociados al comportamiento, los perinatales y los biológicos. El grupo poblacional más vulnerable de mayor riesgo en el país siguen siendo los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), homosexuales y bisexuales. (Uribe, 2010. P. 11-25)

Están en riesgo de adquirir el VIH por la vía de transmisión sexual todas las personas con vida sexual activa. Sin embargo, existen exposiciones a situaciones de mayor riesgo que hacen sospechar la infección en toda persona, hombre o mujer, cualquiera que sea su edad. La vía de transmisión sexual es la más frecuente en el país 97% del total de casos.

Las exposiciones de riesgo para la transmisión sexual del VIH son las siguientes:

- Contacto genital desprotegido: Es decir, sin el uso del condón. En orden descendente de riesgo éstas conductas son: el contacto anal, el genital u oral con una persona de la cual se desconozca si es o no seropositiva para el VIH.
- Una Infección de Transmisión Sexual (ITS): De cualquier tipo. Esto se explica por la asociación de las ITS a factores de riesgo del comportamiento sexual que también predisponen a la infección por VIH, y a la acción directa de las ITS, especialmente las ITS ulcerativas, al causar daño en la mucosa rompiendo la barrera natural y favoreciendo la entrada del VIH al organismo.
- Consumo de drogas psicoactivas y alcohol (marihuana, cocaína, heroína, alcohol, entre otras), estos disminuyan el control y la capacidad de juicio para protegerse de la transmisión del VIH durante la relación sexual.
- Existen otros factores de riesgo asociados a la conducta sexual de las personas que influyen en la transmisión del VIH, como ser:
 - La higiene pre y post-contacto genital.
 - El grado de trauma asociado a la actividad sexual.
 - El juego erótico post-eyaculatorio no protegido, es decir sin el uso del condón.
 - El maltrato o abuso sexual, o las violaciones.
 - El hacinamiento, especialmente en las cárceles.
 - La falta de información y educación sexual apropiada.
 - El pobre acceso a elementos preventivos, especialmente condones.
 - La falta de apoyo emocional o psicológico a las personas portadoras del VIH para que eviten infectar a sus compañeros sexuales.
 - Comportamiento sexual desconocido del compañero.

Los factores asociados a la transmisión sanguínea del VIH ocurren de manera menos frecuente y están en riesgo de adquirir por este mecanismo las personas que han tenido:

- Transfusiones de sangre o derivados sanguíneos, o de trasplantes de órganos que no han sido garantizados por el sello nacional de control de calidad de bancos de sangre.
- Prácticas de intercambio de agujas durante sesiones de drogadicción intravenosas, o que hayan sido sometidas a prácticas de acupuntura, tatuaje, perforación de orejas, etc. con instrumentos no estériles.
- Accidentes laborales biológicos debido a una pobre educación en bioseguridad o por la carencia de elementos preventivos, con exposición de piel no intacta o de mucosas o por punción percutánea con agujas o instrumentos contaminados con secreciones o líquidos corporales contaminantes de un paciente infectado. Este personal incluye a los profesionales de la enfermería, la medicina, la odontología, el personal auxiliar, estudiantes y personal del laboratorio, así como los trabajadores del aseo y otros servicios hospitalarios (Uribe, 2010, p.11).

Otro factor de riesgo asociado para la transmisión del VIH es el perinatal:

- Hijos de madres con SIDA
- Mujeres infectadas con ruptura prematura de membranas
- Mujeres infectadas que no han tenido acceso a los medicamentos antirretrovirales
- Mujeres infectadas que no han sido tratadas adecuadamente con medicamentos antirretrovirales.
- Mujeres infectadas que no han tenido acceso a los servicios de salud durante el embarazo.
- Mujeres infectadas que amamantan a sus hijos con leche materna.
- Mujeres infectadas que se les ha permitido parto vaginal.
- Mujeres infectadas que han tenido procedimientos invasivos en el control prenatal (amniocentesis o cordocentesis)

3.8 Orientación Sexual

La orientación sexual es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros. Se distingue fácilmente de otros componentes de la sexualidad que incluyen sexo biológico, identidad sexual (el sentido psicológico de ser hombre o mujer) y el rol social del sexo (respeto de las normas culturales de conducta femenina y masculina).

La orientación sexual va desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva e incluye diversas formas de bisexualidad. Las personas bisexuales pueden experimentar una atracción sexual, emocional y afectiva hacia personas de su mismo sexo y del sexo opuesto. A las personas con una orientación homosexual se las denomina a veces gay (tanto hombres como mujeres) o lesbianas (sólo a las mujeres).

3.9 Manifestaciones clínicas

Aproximadamente el 50 al 70% de las personas infectadas experimentan un síndrome agudo después de la primo infección. El síndrome agudo aparece 3 a 6 semanas después de la infección. Se caracteriza por fiebres, faringitis, artralgias, mialgias, linfadenopatía, erupción maculopapular, ulceración mucocutánea, náuseas, vómitos, diarrea y meningitis aséptica; dura 1 a 2 semanas y se resuelve espontáneamente cuando se desarrolla respuesta inmunitaria al VIH. A continuación, la mayoría de los pacientes entran en una fase de latencia clínica, aunque de forma ocasional un paciente experimentara un deterioro inmunológico y clínico progresivo.

El tiempo que transcurre entre la infección y el desarrollo de la enfermedad varía mucho, se calcula que el promedio es de 10 años. Durante este periodo asintomático, la enfermedad suele progresar y el recuento de células T CD4+ descende. La velocidad de progresión de la enfermedad guarda correlación directa con los niveles plasmáticos de RNA de VIH, los pacientes con altos niveles de RNA de VIH progresan más rápidamente a la fase sintomática que los que muestran

niveles bajos. En cualquier momento de la evolución de la infección por VIH pueden desarrollarse síntomas de enfermedad por VIH. El espectro clínico varía a medida que declina el recuento de células T CD4+. Alrededor del 60% de las muertes de los pacientes con SIDA son el resultado directo de infecciones diferentes del VIH, y la lista está encabezada por infecciones bacterianas.

El elemento clave para el tratamiento de las complicaciones sintomáticas de la enfermedad por VIH, primarias o secundarias, es lograr un buen control de la replicación del VIH a través de la utilización de la terapia antiretroviral combinada e instaurar la profilaxis primaria y secundaria que está indicada. Los principales síndromes clínicos que se observan en la fase sintomática son: Linfadenopatía generalizada persistente, síntomas generales, afección neurológica, infecciones secundarias, neoplasias secundarias y otras enfermedades (Crepaz, 2005, p. 56).

3.10 Diagnóstico

El diagnóstico de laboratorio de la infección por VIH depende de la demostración de anticuerpos anti-VIH y/o de la detección del VIH o de uno de sus componentes, por lo que se realizan las siguientes pruebas.

La inmunotransferencia western (Western blot) es la prueba de confirmación más empleada y detecta anticuerpos contra antígenos de VIH de pesos moleculares específicos. La prueba de cribado estándar de la infección por VIH es la detección de anticuerpos anti-VIH empleando un inmuno análisis enzimático (EIA). Esta prueba es muy sensible y bastante específica (> 99.5%). Los anticuerpos contra VIH comienzan a aparecer a las dos semanas de la infección y el periodo de tiempo entre la infección inicial y el desarrollo de anticuerpos detectables rara vez supera los tres meses. El antígeno p24 de VIH se puede medir empleando un análisis de captura, un análisis tipo EIA. Los niveles plasmáticos de antígeno p24 se elevan durante las primeras semanas después de la infección, antes de la aparición de anticuerpos anti-VIH (Informe Epidemiología, 2012, p. 35).

3.11 Tratamiento

La clave del tratamiento médico de la infección por VIH es la terapia antiretroviral combinada, o HAART. La supresión de la replicación del VIH es un componente importante para prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes con infección por VIH. Uno de los problemas principales del uso generalizado de las pautas de HAART ha sido un síndrome de hiperlipidemia y redistribución de la grasa que a menudo recibe el nombre de síndrome de lipodistrofia. (Guía Haart. 2009. P. 32).

Los análogos de nucleosidos solamente deben emplearse combinados con otros antiretroviricos. La única excepción es la utilización de zidovudina en monoterapia para prevenir la transmisión materno filial del VIH cuando la madre no requiere tratamiento antirretrovirico basándose en el estadio de su enfermedad. Las decisiones terapéuticas deben tener en cuenta el hecho de que se trata de una infección crónica, por lo tanto, puede no ser prudente el tratamiento inmediato a la infección por VIH en el momento del diagnóstico, y las decisiones terapéuticas deben sopesar riesgos y beneficios.

En la actualidad una conducta razonable es iniciar el tratamiento antirretroviricos en cualquier paciente con síndrome agudo por VIH; en pacientes con enfermedad sintomática, en pacientes con infección asintomática y recuentos de CD4+ < 350/ ml o con más de 50,000 copias de RNA de VIH/ml. Además, se puede desear administrar un ciclo de tratamiento de cuatro semanas en personas no infectadas inmediatamente después de una exposición de alto riesgo con VIH. Cuando se toma la decisión de iniciar el tratamiento, el médico debe decidir que fármacos emplear en la pauta inicial. En la actualidad se emplean dos opciones de tratamiento inicial: dos análogos de nucleosidos combinados con un inhibidor de proteasa; otros análogos de nucleosidos y un inhibidor no nucleosido de la transcriptasa inversa. En la actualidad no se dispone de datos claros en los que basarse para diferenciar entre estos dos enfoques.

3.13 Prevención

En la actualidad se investiga activamente en el desarrollo de una vacuna segura y eficaz contra el VIH. Están en marcha estos trabajos en animales, y han comenzado los ensayos clínicos de vacunas candidatas en seres humanos.

La educación, la orientación y la modificación de conducta siguen siendo la clave de los esfuerzos de prevención del VIH. Aunque la abstinencia es una forma absoluta de prevenir la transmisión sexual, otras estrategias comprenden las prácticas de sexo seguro como el empleo de condones. Es crucial que los adictos a drogas eviten compartir jeringas.

También es posible que las madres VIH positivas deban evitar la lactancia natural, puesto que el virus se puede transmitir a los lactantes por esta vía.

3.13 Costos del diagnóstico y tratamiento integral del paciente VIH/SIDA

En Honduras se utiliza la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS), desde el año 2006, la cual es una herramienta de rastreo de recursos destinados al VIH diseñada por ONUSIDA en 2005.

La finalidad de MEGAS es determinar los fondos utilizados para financiar la respuesta Nacional ante la epidemia; una medición exhaustiva del gasto público, privado e internacional, con la intención de realizar un análisis financiero y político que sea útil para la toma de decisiones nacionales en materia de inversión e impacto de los recursos para VIH, no sólo a las áreas de prevención y tratamiento dentro de los sistemas de salud, sino que permite clasificar el flujo de recursos en donde participan otros sectores, como educación, desarrollo social y justicia⁵.

Desde una perspectiva más amplia, el gasto en SIDA para el 2012 respecto al gasto nacional de salud para el mismo año es del 2%.⁶ Para el 2012 Honduras tenía una población estimada de 8.3 millones de habitantes, de esta población

⁵ Medición de Gasto en SIDA MEGAS Honduras 2012.

⁶ Fuente: Observatorio Mundial de la Salud, OMS

aproximadamente 26,002 personas vivían con VIH, también se estimaba que hubo 911 nuevas infecciones⁷ por el VIH durante el período de estudio.

Los datos sobre el gasto total en VIH aumentaron de 38.3 millones de dólares, equivalentes a 748.2 millones de Lempiras, de los cuales se distribuyeron así: 47% correspondió a las fuentes internacionales, 43% a fuentes públicas y 10% a fuentes privadas. Al realizar una comparación entre este año y los ejercicios MEGAS realizados desde el año 2006, basado en las tres fuentes de financiamiento se establece que el gasto total en SIDA ha ido en aumento, con un 125% del año 2006 al 2012, teniendo los mayores aportes de gasto las fuentes internacionales y públicas. (MEGAS, 2012. P. 7)

Los costos incluyen bienes y servicios consumidos en la prestación de atención de salud a los pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVS). Para el cálculo del costo total, se identificaron el volumen de los recursos movilizados y el costo unitario correspondiente a cada recurso.

3.13.1 Costo de pruebas de diagnóstico

Para la mayoría de las pruebas de diagnóstico, se usaron estimaciones de los costos unitarios vigentes, facilitadas por los respectivos sistemas de salud. Las estimaciones de costos para las pruebas esenciales en el manejo de los pacientes con VIH/SIDA – ELISA, Western Blot, conteo de CD4 y carga viral se basaron en información detallada de microcosteo obtenida de un subconjunto de sitios estudiados, y se consideraron los costos incrementales de mano de obra, formación e inversión, así como los costos materiales de las pruebas de laboratorio. Se determinó que, en todos los casos, el costo de inversión de los equipos era nulo, dado que los fabricantes de las pruebas de diagnóstico proveen dichos equipos a cambio de una compra mensual mínima de insumos para las pruebas. Por lo tanto, el costo de inversión se asigna automáticamente en el costo de estos insumos (Collazo et al, 2005. P.1).

⁷ Unidad de Atención integral, Departamento ITS/VIH/SIDA

3.13.2 Metodología de Costeo

El cálculo de los costos incrementales, relacionados con la ampliación del acceso a la terapia antirretroviral y a la atención asociada, se centrará en los costos relacionados directamente a la prestación de servicios adicionales de VIH/SIDA (incluyendo los medicamentos, las pruebas de laboratorio, y tiempo del personal médico). Además, dos categorías de costos fijos (la capacitación de personal y la inversión de capital en la capacidad de laboratorio) respecto al diseño de iniciativas para ampliar la atención son de interés para los planificadores del sector salud y, por lo tanto, éstas serán consideradas también.

3.13.3 Costos Directos

Estos costos incluyen los bienes y servicios consumidos durante la prestación de atención a las PVVS.

Volumen de recursos: se identifica el volumen de los recursos consumidos correspondientes con las siguientes categorías de costo:

- a. Atención hospitalaria: esta categoría incluye la duración de la hospitalización, visitas de urgencia, y días en las Unidades de Cuidados Intensivos.
- b. Atención ambulatoria: se incluyen los costos vinculados a las consultas. medicamentos: ARV y otros.
- c. Pruebas de laboratorio: relacionadas con el SIDA (CD4, carga viral, ELISA, Western Blot, cultivos) y no relacionadas con el SIDA.
- d. Procedimientos quirúrgicos y otras intervenciones.

3.13.4 Costos Unitarios

Se debe obtener información de los costos de medicamento de los inventarios de precios de los proveedores. En caso de que no estén disponibles, se utilizan los

precios de otros sectores y, de no ser posible acceder a éstos, los precios del mercado (Bautista y col, p. 35).

Los costos de las pruebas de diagnóstico. Para la mayoría de las pruebas de diagnóstico, se usan los cálculos de los costos unitarios vigentes, facilitados por los respectivos sistemas de salud. Los cálculos del costo para las pruebas esenciales en el manejo de los pacientes con VIH/SIDA –ELISA, Western Blot, conteo de CD4 y carga viral– se basan en información detallada de microcosteo obtenida de un subconjunto de sitios estudiados, estos incluyen:

1. Análisis de los costos de atención del VIH/SIDA
2. Conteo de CD4
3. Carga viral
4. Conteo completo de sangre (incluyendo el conteo total de linfocitos)
5. Pruebas de función del hígado y otras químicas de la sangre relevantes

Costos de personal incluyen el tiempo laboral multiplicado por el costo por hora de trabajo (médicos, enfermeras, técnicos laboratoristas, etcétera) se recogen de las nóminas de los diversos proveedores. Se calcula el tiempo laboral y costo promedio por día en cama. Suministros/insumos, los costos por día cama y por consulta, a excepción de los insumos para las pruebas de laboratorio, en cuyo caso se incluye como parte del costo de cada prueba. Además, se calcula el costo de algunos suministros vinculados a los medicamentos (p.ej. todos los costos de los inyectables podrían acompañar los de la jeringa; todas las drogas intravenosas podrían acompañar el precio del catéter y/o fluidos IV, etc.).

3.13.5 Cálculo de los costos totales

Para este estudio se utilizó costo efectividad de los ARV de la universidad Complutense, Madrid. Se calcula el costo de cada componente de la prestación de servicio multiplicando el volumen de recursos consumidos por sus costos unitarios. Los costos totales se calculan como la suma de los componentes de la prestación de servicios: los costos de las consultas ambulatorias, los costos por día de

hospitalización, los procedimientos o intervenciones quirúrgicas realizados, las pruebas de laboratorio realizadas, y los medicamentos recetados (tanto los ARV como los no ARV).

Los costos de tratamiento son más elevados durante el último año de vida de los pacientes. Los costos de tratamiento son entre dos y tres veces más altos para los pacientes a punto de fallecer que para el promedio de los pacientes. Al igual que los pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad, aquéllos que se encuentran en su último año de vida pasan más tiempo en el hospital y son sometidos a un mayor número de pruebas no específicas del SIDA.

Mientras más tiempo los pacientes siguen el tratamiento, más altos son los costos durante el último año de vida. Del mismo modo que en el análisis sobre las etapas de la enfermedad, el incremento de los costos está asociado con un mayor número de hospitalizaciones y de pruebas no específicas del SIDA, lo que se debe probablemente a una mayor ocurrencia de las Infecciones Oportunistas (Bautista y col, p. 35).

En otros estudios se predijo que el costo del tratamiento en términos nominales desde un diagnóstico de SIDA hasta la muerte es de \$57.000 en 1998, \$75.000 en 1990, \$85.335 en 1991 y \$102.000 en 1992.

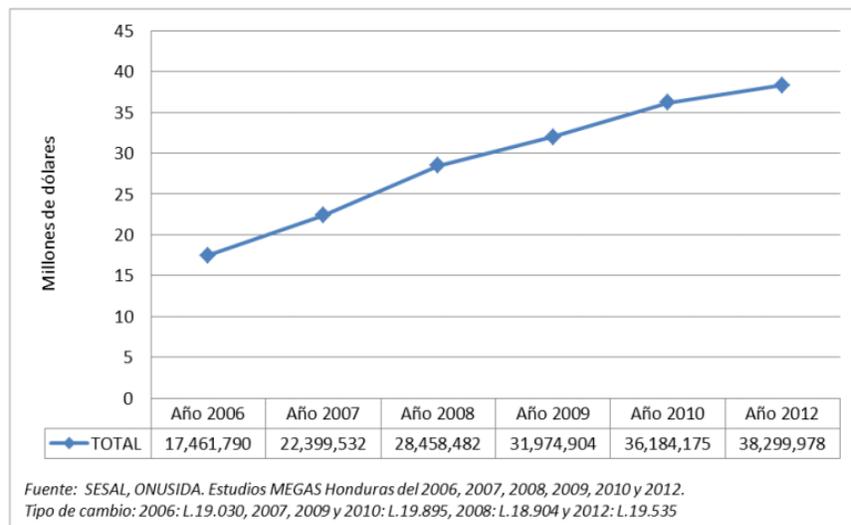
Tabla 1. Clasificación de costos

Costos directos médicos	Hospitalización, consultas. Fármacos, tratamientos de efectos adversos, honorarios médicos, análisis de laboratorio, pruebas diagnósticas.
Costos directos no médicos	Comida, transporte, alojamiento, ayudas a domicilio, cuidado familiar, fisioterapia
Costos indirectos	Ausentismo laboral, disminución del rendimiento laboral, pérdida de la capacidad productiva
Costos intangibles	Dolor, sufrimiento, deterioro físico y mental

Fuente: realizado con datos del análisis del costo efectividad de los ARV, Universidad Complutense, Madrid.

En Honduras en el año 2006 el gasto a nivel nacional fue de 17, 461,790 millones de dólares, el cual ha ido en aumento siendo en el año 2012 el gasto de 38, 299,978 millones de dólares (748, 5190, 2061.00 Lempiras), incrementándose en un periodo de 6 años a más del doble del gasto (Informe Medición del gasto en SIDA Honduras 2013 - 2014. P. 25. 2014).

Gráfico 1: Gasto en VIH en Honduras, comparativo a través de los años (dólares)

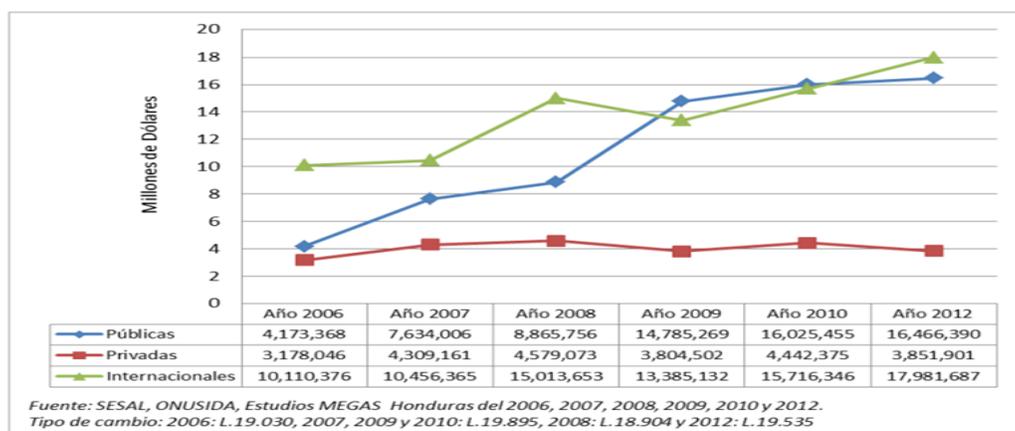


Fuente: Tomado del informe Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) Honduras 2012.

P.7

El gasto público en 2006 fue de 4, 173,368 incrementándose en el 2012 a 16, 466,390, mientras que en el sector privado el gasto fue de 3, 178,046 incrementándose al 2012 a 3, 851,901, y los cooperantes internacionales hicieron su contraparte en el 2006 de 10, 110, 376 y en el 2012 17, 981, 687, siendo el sector público el que más incremento ha tenido en el presupuesto y el sector privado es que menos incremento tuvo. (MEGAS, 2012)

Gráfico 2: Gasto en VIH, por origen de financiamiento en Honduras 2006:2012 (dolares)



Fuente: Tomado del informe Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) Honduras 2012.

P.7

El 92% del gasto del 2012 en términos programáticos se ejecuta principalmente en tres de las ocho categorías de gasto MEGAS: 1) Prevención 2) Atención y tratamiento y 3) Gestión y administración de programas.

En términos generales, hubo aumento en los valores porcentuales y absolutos conforme al 2010, del 9% y 2.1 millones de dólares respectivamente. Es importante resaltar las variaciones internas entre las categorías más importantes del gasto en VIH, de acuerdo a su comportamiento para el 2012 (Informe Medición de Gasto en Sida Honduras. P. 7-10. 2012).

En Prevención se reportó para el año 2010 un 51.5% del gasto total en VIH, para el 2012 un 45.4%; notándose un descenso de 6.1%. En la Categoría de gasto Atención y tratamiento se reportó un 36.3% en el año 2010 y un 30% en el año 2012 lo que refleja una disminución de 6.3% del gasto total en esta categoría, respecto al MEGAS anterior.

En gestión y administración de programas el gasto se incrementó en 100% ya que de 8% reportado en el año 2010 pasó a 16.5% en el año 2012.

Si bien el gasto en SIDA entre el año 2010 y 2012 representa un incremento porcentual y en números absolutos, al evaluar el desglose de las categorías se evidencia un descenso en las categorías de prevención y tratamiento sin embargo debe mencionarse la probable influencia que pueda tener la optimización de los gastos en las compras conjuntas y unificadas, que el país genera.

A nivel administrativo el costo se elevó lo que requiere de una revisión para establecer si esto se debe a una mayor demanda y extensión de la cobertura o bien es necesario mejorar los procesos de optimización de recurso humano y su distribución en los distintos servicios de salud a nivel nacional (Informe Medición de Gasto en Sida Honduras. P. 7-10. 2012).

En relación a la población beneficiaria y de acuerdo a su importancia y la concentración del gasto en SIDA los resultados son los siguientes: En las personas que viven con VIH el gasto total para el año 2010 y 2012 fue de 31%, pero que en números absolutos para el año 2012 se eleva de 11.1 a 11.8 millones de dólares. Sin embargo, la cobertura de atención a personas que viven con VIH aumentó en 1,252 personas⁶. En las poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) el gasto para el 2012 fue de 8.4% (3.2 millones de dólares respecto a 38.3 millones de dólares) el cual se distribuye a su vez de la siguiente manera:

- Trabajadores/as sexuales y sus clientes 1.3 millones de dólares.
- En hombres que tienen sexo con hombres, el cual también incluye a la población trans género 0.9 millones de dólares.
- En la Población garífuna el gasto para el 2012 fue de 0.3 millones de dólares.
- Las poblaciones en mayor riesgo no desglosadas mencionadas en las tres categorías arriba citadas el gasto fue de 0.7 millones de dólares (Informe Medición de Gasto en Sida Honduras. P. 7-10. 2012).

Tabla 2: Gasto en Población de Mayor Riesgo (PEMAR), 2013 - 2014

POBLACIÓN BENEFICIARIA	MEGAS 2013			MEGAS 2014		
	HNL	USD	%	HNL	USD	%
Personas con VIH	236,097,304	11,584,755	32%	135,772,882	6,459,224	22%
Población general	180,923,538	8,877,504	25%	200,890,472	9,557,111	33%
Intervenciones no dirigidas	82,447,947	4,045,532	11%	81,655,824	3,884,673	13%
Población en mayor riesgo	36,862,430	1,808,755	5%	46,969,890	2,234,533	8%
Otras poblaciones clave	126,491,607	6,206,654	17%	63,997,614	3,044,606	10%
Poblaciones específicas	71,358,696	3,501,408	10%	85,102,992	4,048,668	14%
TOTAL	734,181,522	36,024,609	100%	614,389,673	29,228,814	100%

Fuente: Estudios MEGAS Honduras 2013 y 2014

Según estimaciones del mismo estudio Megas 2013 – 2014, el gasto en pacientes de VIH SIDA en 2013 significó USA \$ 36,024,609 que relacionado al gasto total \$1,690,547,804, equivale a 2.13%. Con este dato de la inversión en VIH sida en Honduras se puede calcular que a cada persona hondureña le cuesta USA \$4.59.

Financiamiento externo: Fondo Mundial (FM)

Honduras tiene el apoyo del Fondo Mundial para su respuesta al VIH. El valor de las subvenciones activas es de US\$ 19,106,754. La propuesta actualmente financiada incluye un componente TAR. Dicho financiamiento finalizó el 31 de diciembre de 2013, aunque podría prorrogarse 3 años más. El país ha progresado en asumir rápidamente la financiación del TAR desde el 2007, cuando la mayor parte de la financiación de ARV era asumida por el Fondo Mundial, hasta el 2010. En el 2012 el presupuesto de la subvención del Fondo Mundial es de US\$ 368,000 (usado para la compra de dos ARV: abacavir y nevirapina) para compra de ARV. El presupuesto para ARV de la Secretaría de Salud es de 5,8 millones de dólares (93%).

Capítulo 4. Diseño metodológico

4.1 Ambito de estudio

El estudio se realizó desde el mes de diciembre del 2012 hasta el mes de mayo del 2013, en el Centro de Atención Integral del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa, Honduras; dependiente del Hospital de Especialidades del IHSS y que brinda atención al área pediátrica y de adultos que son VIH/SIDA positivos.

4.2 Tipo de estudio

El estudio epidemiológico es descriptivo, transversal (prospectivo), analítico, por conveniencia ya que las preguntas de investigación, justificación y el problema de investigación se han elaborado para determinar cuáles son los factores de riesgo biológico, conductual e impacto económico que surge en la población adulta (18 a 48 años) diagnosticada con HIV, atendida en los Centros de Atención Integral de persona con VIH SIDA en el Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa.

4.3 Duración

El estudio se realizó desde el mes de diciembre del 2013 hasta el mes de mayo del 2014. Primero se realizó el protocolo, que duro 2 meses; se aplicó la encuesta a voluntarios y voluntarias, con su consentimiento, para la recolección de los datos en el mes de febrero y en los siguientes 3 meses (marzo a mayo), se analizaron los datos, para finalizar presentando los resultados del estudio en el mes de agosto del 2014.

4.4 Población de estudio y muestra

Nuestra población total fue 91 , pacientes adultos que se atendieron en el Centro de Atención Integral (CAI) de Tegucigalpa del Instituto Hondureño de Seguridad Social de la ciudad de Tegucigalpa, en el periodo comprendido de 02 de enero de 2012 al

31 de diciembre de 2013. La muestra fue tomada en forma intencional y a conveniencia donde estuvieron incluidos todos los pacientes de ambos sexos que son VIH positivos, que están en tratamiento en el CAI del Hospital Especialidades .

De los pacientes enlistados en el registro del CAI, finalmente 47 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio y se les practicó la encuesta, convirtiéndose en la muestra estadística de la población. Estas personas fueron encuestadas utilizando herramientas de registro y para el estudio se les solicitó firmar una hoja de autorización para el uso de la información de forma confidencial para contribuir al presente estudio.

4.5 Selección de pacientes

A continuación se describen cuales fueron los criterios de inclusión para el estudio y el criterio de exclusión.

Criterios de inclusión

- Todos los pacientes adultos, masculinos y femeninos que lleguen al CAI a realizarse sus exámenes de laboratorio se confirmó que están infectados por el VIH/SIDA, que se les haya practicado sus exámenes de carga viral y CD4 y que estuvieran asistiendo al CAI del IHSS a recibir su tratamiento Antirretroviral.
- Edad comprendida entre los 18 y 49 años.
- Consentimiento del paciente, para participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

- Que el paciente se no quiera participar en el estudio
- Que no acuda al CAI de la institución.
- Paciente menor de 18 años o mayor de 49 años.

4.6 Técnicas y procedimientos de recolección

Método de recolección de datos: La entrevista.

Técnica de recolección de datos: Uso de formulario, instrumento de recolección de datos previamente elaborado. *Ver anexo 8.1*

Se procedió a leer y llenar la encuesta por parte del investigador a los pacientes seleccionados en clínica cerrada guardando la privacidad del mismo, firmando primero el consentimiento informado.

Categoría de Análisis: se incluyeron las siguientes:

Indicadores Demográficos: sexo, edad, estado civil, nivel socioeconómico, escolaridad, profesión u oficio y procedencia.

Indicadores de conducta: uso de drogas o alcohol, parejas sexuales, infecciones de transmisión sexual, orientación sexual, uso de condón, uso de información apropiada relacionada a las formas de contagio y métodos preventivos, acceso a elementos preventivos.

Indicadores biológicos: Antecedentes de ITS, transfusiones sanguíneas, intercambio de agujas, accidentes ocupacionales, uso de condón, edad de inicio de relaciones sexuales y género de la pareja.

Indicadores Económicos: costo de pruebas, costo tratamiento: primera, segunda y tercera línea o rescate.

Tabla 3. Categoría de Análisis

Categoría de análisis	Definición conceptual	Definición operacional
Factores demográficos	Es el estudio de las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y	Edad cronológica en años Sexo: masculino, femenino Estado civil: casado, soltero, unión libre

	características generales.	Nivel socioeconómico: bajo, medio, alto, Nacimientos y muertes Escolaridad: último grado académico cursado
Factores Biológicos	Son todos aquellos factores que tienen la capacidad de producir enfermedad a las personas expuestas a su contagio	Transfusiones sanguíneas Accidentes de trabajo
Factores Conductuales	Es el conjunto de actos exhibidos por el ser humano y determinados por la cultura, las actitudes, las emociones, los valores de la persona, los valores culturales y la ética.	Preferencia sexual Uso de condón Edad de inicio de relaciones sexuales Antecedentes de ITS
Factores Económicos	Costo de pruebas y tratamiento	Test de Elisa, consulta y tratamiento.

Tabla 4. Matriz de categorías

Variables	Sub indicadores	Criterios
Demográficas	Edad	18 a 28 años 29 a 38 años 39 a 48 años
	Sexo	Hombre, mujer
	Escolaridad	Educación Primaria

		Educación Secundaria Educación Universitaria
	Nivel socio-económico	Bajo, medio, alto
	Estado Civil	Soltero, casado, unión libre
Factores biológicos	Transfusión sanguínea	Si, no
	Intercambio de agujas	Sí, no
Factores conductuales	Consumo de drogas o alcohol	Marihuana, cocaína, alcohol, crack Otras
	Infección de transmisión sexual	Sífilis, gonorrea, clamidia Herpes, otras
	Orientación sexual	Heterosexual, homosexual Bisexual
	Contacto sexual	Con protección sin protección
	Información y educación sexual apropiada	Si, No, Nunca
	Acceso a elementos preventivo	Si, No, Nunca
Factores económicos	Presupuesto IHSS Costos	Presupuesto enfermedad/maternidad Unitarios, totales Test de Elisa

Nota: Aunque en la referencia del estudio se enunciaron mas líneas en los factores conductuales, en el estudio solo se tomaron las variables posibles de controlar. No se consideraron: higiene, trauma, juego erótico, el maltrato, hacinamiento; los datos del CAI no recolecta esa información.

4.7 Técnica de Análisis

Se analizan los efectos de las variables de riesgo biológico, factores conductuales e impacto económico. Para ello se elaboraron tablas en Excel para hacer los cruces de variables y análisis de los resultados.

Capítulo 5 Resultados de Investigación

Después de hacer la revisión de la información contenida en las fichas, con previo consentimiento del o la paciente, si realizó el análisis de los factores de riesgo biológico, conductuales e impacto económico en la población adulta atendida y diagnosticada con VIH y que acuda al CAI del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Esto se realizó a partir de tres tipos de variables: demográficas, conductuales y económicas

Se realizó un total de 47 encuestas de las cuales 24 (51%) se aplicaron en el 2012 y 23 (49%) en 2013 en ambos años se trabajó con un caso de mujer embarazada.

En 2012 el 54% de los casos eran hombres y 46% correspondía a mujeres, para 2013 la conducta tiende a ser similar 52% de los casos correspondían a hombres y 47% a mujeres, se presenta los datos desagregados en la Tabla 4.

Tabla 5. IHSS: Pacientes encuestados, año 2012-2013⁸

Año	Embarazo	Adultos de 18-48 años	
		Hombre	Mujer
2012	1	12	11
2013	1	14	10
Total	2	26	21

Fuente: Elaboración propia en base a datos del IHSS, 2013

5.1 Factores demográficos

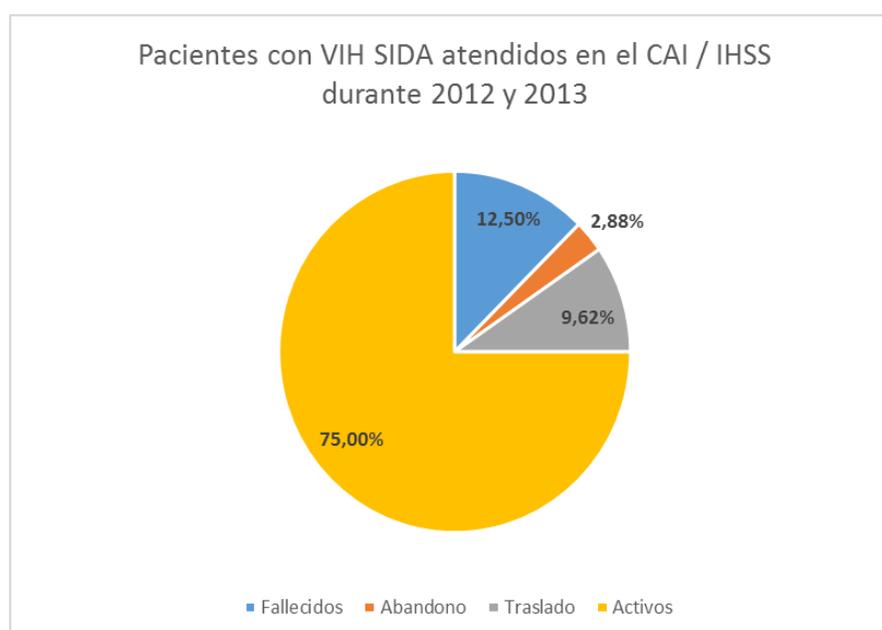
Para fines del estudio, la población estudiada fue los pacientes que acudieron al CAI / IHSS de Tegucigalpa en los años 2012 y 2013. Los pacientes atendidos y registrados fueron 104, distribuidos en: Fallecidos 13, abandono de tratamiento 3,

⁸ Aunque más del 70% de la población hondureña que vive con VIH conoce las formas de prevención y transmisión del virus, las cifras de afectados no se detienen. Desde 1985 hasta septiembre de 2013, la Secretaría de Salud registra 31,672 casos, de los cuales 9,314 son asintomáticos y 22,358 con infección avanzada; a esta cifra se suman otros 34 mil hondureños que no saben que son portadores del virus (ENDESA 2011—2013).

traslados 10, dejando pacientes activos 91. En el universo determinado por las atenciones de los dos años seleccionados, se encontraron 18 niños, entre ellos incluidos 5 nacimientos en el período, pero que por razones obvias no están incluidos en la muestra de estudio. Tam poco se profundizó en el estado de las madres y los tratamientos o condición de estos niños.

La población de la muestra se presenta en porcentajes se muestra en Gráfico 3.

Grafico 3: Pacientes con VIH SIDA atendidos en el CAI / IHSS durante 2012 y 2013



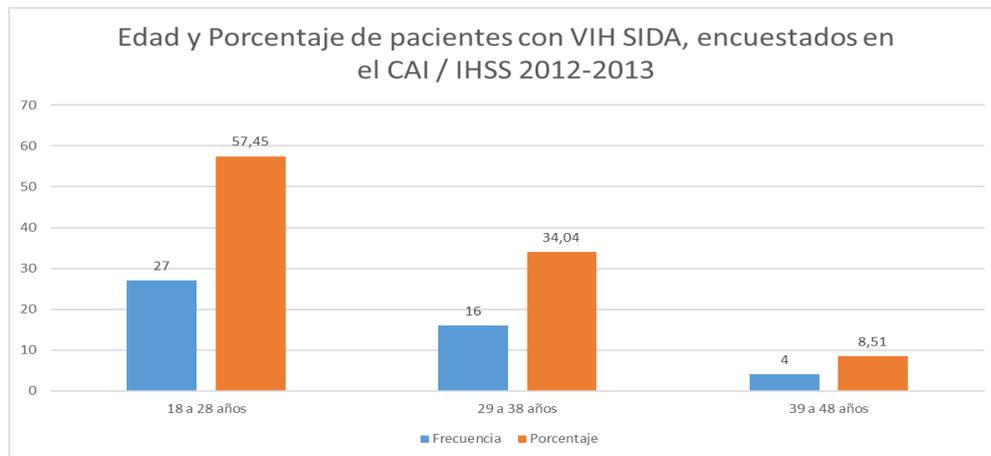
Fuente: Propia elaborado con los resultados de la investigación con la aplicación de encuesta

5.1.1 Edad de los pacientes

Conforme a la unidad de análisis que fue los pacientes adultos nuevos que asisten al IHSS y que resultaron seropositivo en el CAI del Instituto Hondureño de Seguridad Social de la ciudad de Tegucigalpa se encontró que de los 47 encuestados el 57.4% está en el rango de edad de 18 a 28 años; es decir, una población muy joven que

está expuesta a la enfermedad disminuyendo la esperanza de vida, pero también impacta en la calidad de la misma, el 34% se ubicó en el rango de 29 a 38 años y el 8.5% para los que están en el rango de edad de 39 a 48 años respectivamente (Gráfico 4).

Gráfico 4: Datos en Edad y porcentaje de pacientes encuestados con VIH Sida del CAI / IHSS 2012-2013



Fuente: Propia elaborado con los resultados de la investigación con la aplicación de encuesta

En general la PEA está siendo afectada por esta enfermedad lo que trae en impacto en la estructura etaria de la población gravemente afectadas, en el mercado laboral, pues por una parte se está perdiendo la inversión en capital humano que se ha hecho en la población, además tiene impacto en la cantidad de días laborales lo que afecta la productividad de las empresas el costo de las prestaciones de atención médica (incluidos los caros medicamentos contra el SIDA) y los pagos por defunciones. Todas estas condicionantes contribuyen a la discriminación laboral de la cual son víctimas los enfermos de VIH-SIDA.

La pérdida de población productiva, no sólo afecta a las familias, sino también a las empresas productivas, los sistemas de salud y los gobiernos. Aunque el impacto

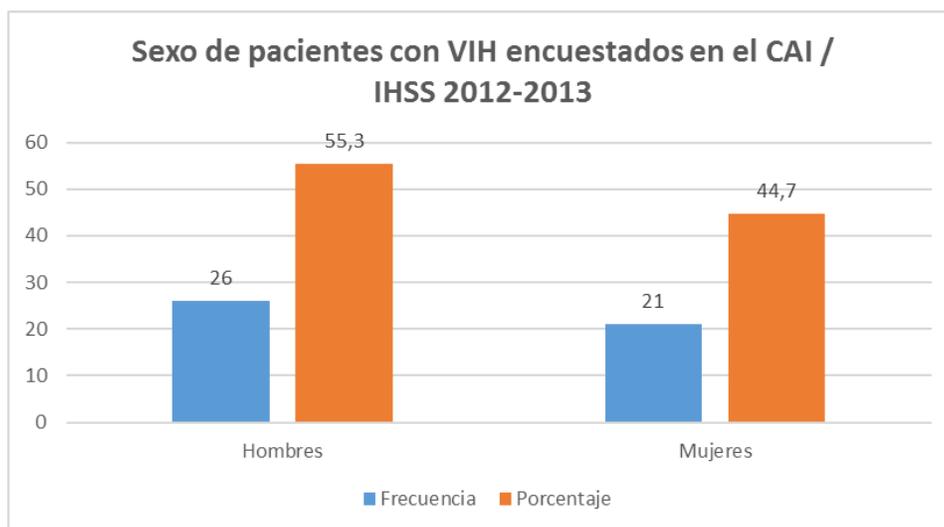
inmediato se presenta en los hogares, porque son las familias quienes se encargan principalmente de cuidar de los enfermos, la enfermedad incrementa sus gastos afectando su presupuesto y generalmente esta es una larga enfermedad que desgasta físicamente, económica y emocionalmente a la familia.

Otro elemento que se debe tener en cuenta es impacto que tiene en los sistemas de salud, pues los gastos en tratamientos del SIDA y las enfermedades oportunistas tienen a aumentar y generalmente estos recursos son escasos por lo que la cobertura hacia la población infectada tiende a disminuir

5.1.2 Sexo de los pacientes

El 55.3% de los pacientes encuestados que resultaron seropositivos son hombres mientras que el 44.7% son mujeres; con una relación de 1.24 a favor de los hombres, la relación casi es 1.24:1 (Gráfico 5).

Gráfico 5: Sexo de pacientes con VIH encuestados en el CAI / IHSS 2012-2013



Fuente: Propia elaborado con los resultados de la investigación con la aplicación de encuesta

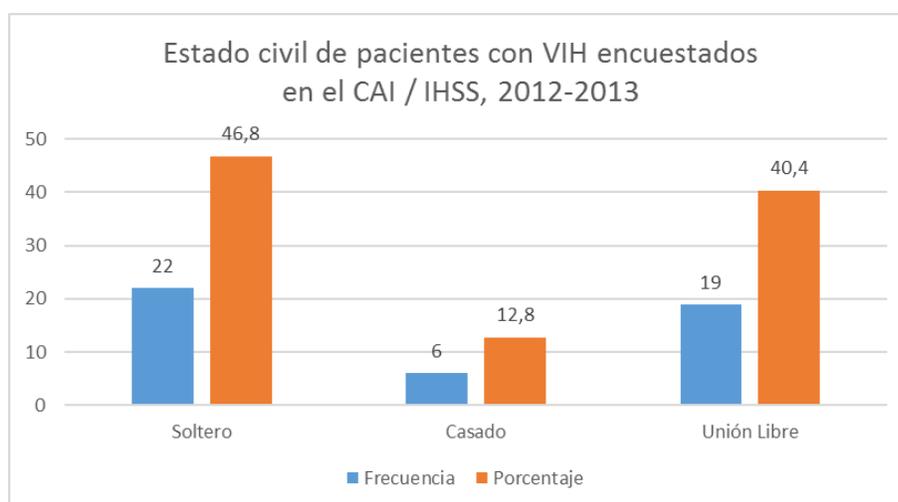
Es decir que entre los pacientes que asisten al Centro de Atención Integral (CAI) de Tegucigalpa del IHSS no existen mayores diferencias de contagio entre los sexos, aun y cuando algunos consideran que las mujeres están más expuestas a infectarse en parte porque durante la relación sexual es ella quien 'recibe'. El hombre pone su

semen en la vagina de la mujer, donde permanece por mucho tiempo. Si el semen tiene VIH, éste puede pasar fácilmente a la sangre de la mujer a través de su vagina o cérvix, sobre todo si hay cortadas, llagas o infecciones sexuales, además para las jóvenes y las niñas en muchos de los casos no pueden rehusarse a tener relaciones sexuales riesgosas o no deseadas o están casadas o unidas con hombres mayores quienes han tenido más posibilidades de contraer el VIH⁹.

5.1.3 Estado civil de los pacientes

El estado civil refleja las relaciones que se establecen en orden a las relaciones en familia, en general en el caso de Honduras predomina la tendencia a la cohabitación o unión de pareja sin establecer el vínculo legal. En el caso de los pacientes encuestados en este estudio 46.8% eran solteros, el 40.4% vive en unión libre y el 12.8% son casados. (Gráfico 6)

Gráfico 6: Estado civil de pacientes con VIH encuestados en el CAI / IHSS, 2012-2013



Fuente: Propia elaborado con los resultados de la investigación con la aplicación de encuesta

⁹ <http://es.hesperian.org/>

Aunque en las preguntas de la encuesta no se profundizó sobre la relación del portador o portadora y su pareja en consideración si esta está informada de la conducta sexual de la primera, se pudo determinar que en el grupo de solteros, la mayoría es heterosexual y se encontró un caso de homosexual y uno bisexual. En el grupo poblacional de casados se encontró una relación de uno a uno entre heterosexuales (3) y homosexuales (3). En el grupo de estado en unión libre la mayoría son heterosexuales y se encontraron dos bisexuales y un homosexual. Se desconoce el grado de comunicación de la conducta de riesgo a su pareja según el estado civil.

La población infectada por VIH SIDA se concentra en grupos jóvenes, por lo que ante la enfermedad e inminente muerte se pierde una cantidad considerable de padres y trabajadores con experiencia, lo que deja vacíos en la sociedad que son difíciles de llenar y además trastoca la dinámica de la familia.

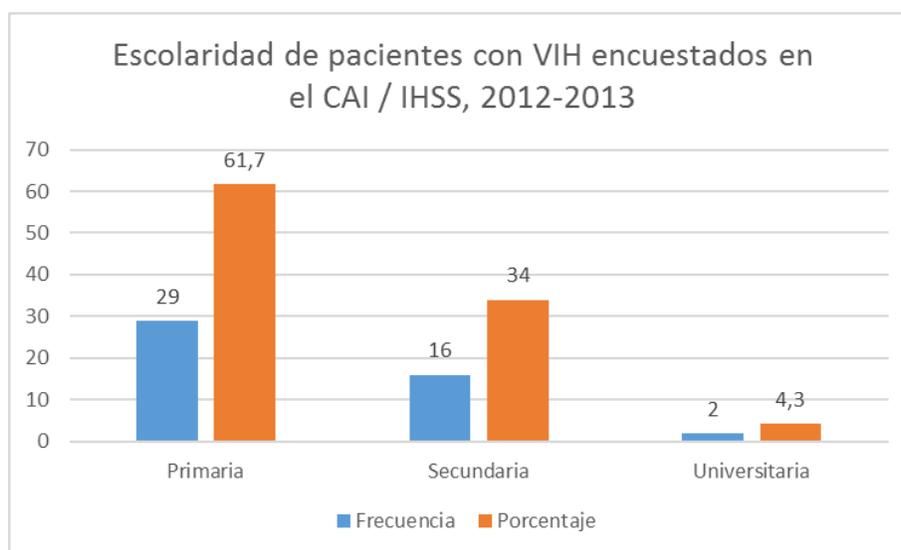
5.1.4 Nivel educativo de los pacientes

Estudios realizados en diferentes regiones del mundo denotan que el nivel educativo de la población no incide de manera significativa en la prevención de contagio del VIH SIDA, lo que permite inferir que la exposición al contagio de la enfermedad está muy relacionada con pautas culturales relativas a la protección durante la relación sexual específicamente el uso de preservativo en todas las relaciones sexuales es el medio esencial para prevenir la infección.

Generalmente se partiría de la premisa que quienes tienen mayor nivel educativo son los que tienen más conocimientos sobre cómo protegerse del VIH, sin embargo, hay una gran distancia entre estar informado sobre cómo se previene el VIH, y que esto se traduzca en conductas concretas a la hora de mantener relaciones sexuales. Esta situación incide también en la falsa percepción de que el SIDA ya no sería un problema tan grave al haberse transformado en los últimos años en una enfermedad crónica, lo que lleva a relajar la prevención” (Aguirre I, sf, coordinador de la agrupación Adolescentes contra el Sida Aces).

En el caso de los pacientes encuestados 61.7% tenía educación primaria, mientras que el 34% hicieron educación secundaria y el 4.3% realizó educación universitaria (Gráfico 7).

Gráfico 7: Escolaridad de pacientes con VIH encuestados en el CAI / IHSS, 2012-2013



Fuente: Propia elaborado con los resultados de la investigación con la aplicación de encuesta

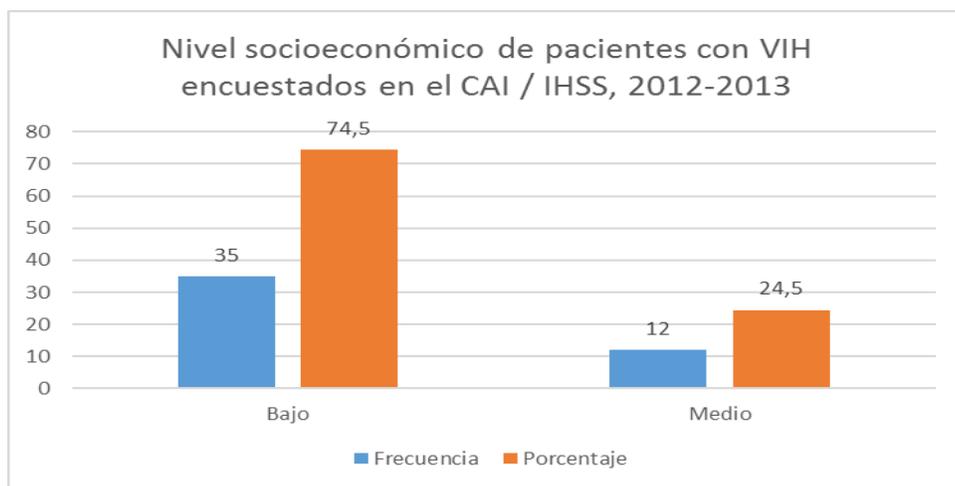
Aunque predominan los casos entre los que tiene un nivel educativo más bajo, a partir de estos datos no puede afirmarse que el nivel educativo es determinante en el contagio, pues además se debe tener en cuenta de que el nivel de educación primaria es predominante entre la población.

5.1.5 Nivel socioeconómico

En el gráfico No. 8 se demuestra que la enfermedad del SIDA está presente en los niveles socio económicos bajo y medio, en el caso del nivel alto no se tiene presencia alguna. Según los datos investigados, el 74.5% de los pacientes encuestados tienen nivel socioeconómico bajo, y el 12% nivel socioeconómico medio; no se encontraron pacientes con un nivel socioeconómico alto. En general el SIDA no tiene diferenciación social, sin embargo, quizá no se encontraron personas

del nivel social alto porque estas no acuden a recibir los servicios de salud en el CAI Tegucigalpa del IHSS. Un aspecto que no se pudo determinar es la relación entre el nivel socioeconómico y los antecedentes de factor de riesgo conductual asociados a los antecedentes de ETS que no fueron consignados en los registros del CAI correspondientes a los años de estudio.

Gráfico 8: Nivel socioeconómico de pacientes con VIH encuestados en el CAI / IHSS, 2012-2013



Fuente: Propia elaborado con los resultados de la investigación con la aplicación de encuesta

Desde la perspectiva socio demográfica el VIH- SIDA es una epidemia que tiene fuerte impacto sobre todo en la mortalidad de la población y en el descenso de la esperanza de vida, según estudios realizados es la cuarta de las principales causas de muerte en todo el mundo y está afectando directamente la estructura etaria de las poblaciones afectando en mayor proporción a la Población Económicamente Activa lo que tiene fuerte implicaciones en el mercado laboral. Un elemento que también se debe considerar es el inicio temprano de relaciones sexuales con más de una pareja y sin protección.

La magnitud de la enfermedad se vuelve una preocupación mundial y tema prioritario en las conferencias de población a tal grado que fue considerada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y se espera que sean consideradas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. (Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades; en este objetivo se concentra los de salud infantil, materna y VIH/SIDA y otras enfermedades)

5.2 Factores de riesgo biológico asociados al contagio de VIH/SIDA

En el análisis de los factores de riesgo biológico se consideró dos variables, transfusión sanguínea e intercambio de agujas.

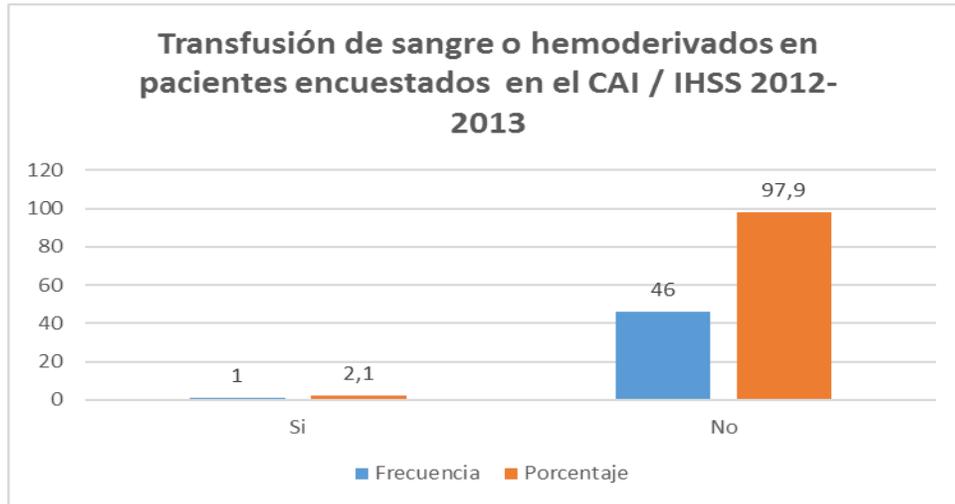
5.2.1 Transfusión de sangre

Una de las formas de contraer el VIH-SIDA es por medio de las transfusiones; la posibilidad de adquirir la infección por medio de sangre es variable, ya que está muy relacionada con el inóculo viral: cuando se sufre una herida con una aguja impregnada con sangre de un enfermo de SIDA, el riesgo de infectarse es de 0.23 a 0.30 por ciento, pero cuando se recibe una transfusión de sangre contaminada el riesgo es muy elevado; se ha calculado en un 89.5 por ciento, pero probablemente es muy cercano al 100 por ciento.

En el caso de los pacientes atendidos en el CAI, el medio por el cual contrajeron la enfermedad no fue mayoritariamente la transfusión sanguínea pues solo el 2.1% de los encuestados dijeron haberse realizado transfusión de sangre, mientras que el 97.9% dijeron no haberse transfundido sangre o hemoderivados. (Gráfico 9)

El dato presentado corresponde a una sola persona con historial de transfusión sanguínea sin embargo no se puede asegurar que sea el origen del contagio.

Gráfico 9: Transfusión de sangre o hemoderivados en pacientes encuestados en el CAI / IHSS 2012-2013



Fuente: Propia elaborado con los resultados de la investigación con la aplicación de encuesta

5.2.2 Intercambio de agujas

En la mayoría de los casos el factor de riesgo biológico relacionado con el intercambio de agujas se da sobre todo entre las personas adictas al uso de las drogas ilegales e inyectables. Sin embargo, entre los pacientes objeto de esta investigación, el 100% mencionaron no haber intercambiado agujas, lo que permite inferir que no eran adictos al tipo de drogas antes mencionadas.

5.3 Factores Conductuales

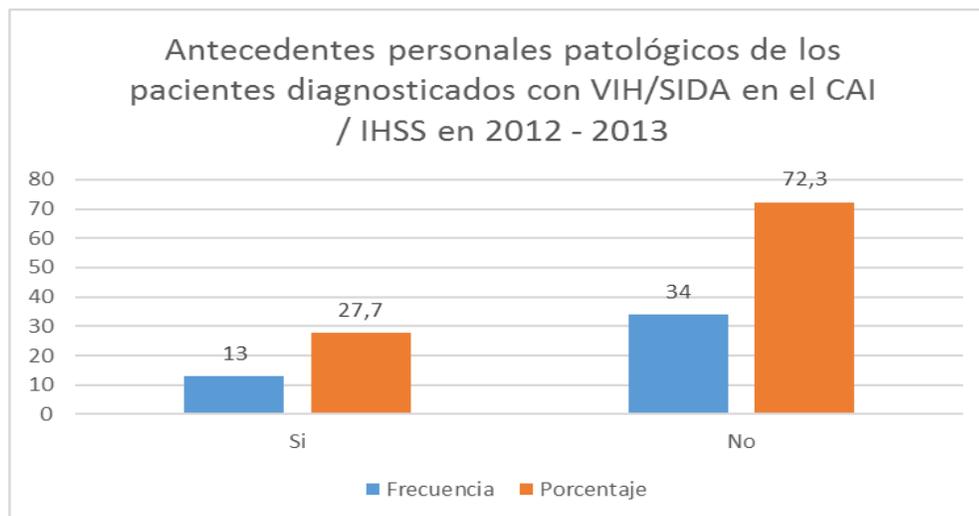
5.3.1 Antecedentes personales patológicos de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA

Los factores conductuales son los más importantes en este estudio, ya que se puede trabajar en la prevención. Las vías de transmisión o contagio referidas para que el virus entre en contacto son:

- **Sexo sin protección:** actualmente el mayor número de casos se da por contacto heterosexual por vía vaginal, por tanto, no podemos olvidar que todos somos población de riesgo.
- **Contacto sanguíneo directo:** antes tenía lugar por transfusiones de sangre, ahora lo más habitual es infectarse por compartir agujas para inyectarse droga o algunos casos de madres que infectan a sus bebés a través de la leche materna.
- **Heridas abiertas o infección de mucosas:** la transmisión puede darse en el ano, el recto, la vagina, el pene, la boca y los ojos, así como en heridas abiertas o nuevas.

De los pacientes encuestados el 27.7% dijeron tener infecciones de transmisión sexual, mientras que el 72.3% dijeron no tener infecciones de transmisión sexual. Gráfica No.10.

Gráfico 10: Antecedentes personales patológicos de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el CAI / IHSS en 2012 - 2013



Fuente: Propia elaborado con los resultados de la investigación con la aplicación de encuesta

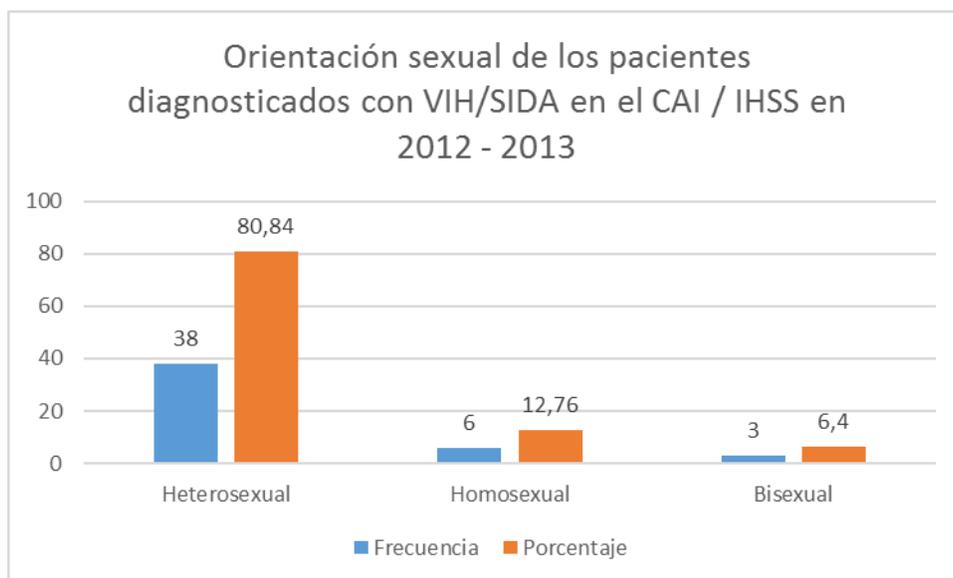
Revisando los únicos registros del CAI Tegucigalpa, todos en años anteriores al estudio (2009 y 2010), las enfermedades de mayor frecuencia encontradas en los pacientes fueron: en mayor frecuencia Herpes, Condiloma, Gonorrea y en menor frecuencia Sífilis, Linfogramuloma y Tricomoniasis.

Con educación a la población se puede evitar las infecciones de transmisión sexual, practicando la fidelidad o las relaciones sexuales de forma responsable, ya que hay enfermedades como el Virus del Papiloma Humano que puede tener repercusiones tanto en la mujer con el cáncer de cérvix en sus diferentes estadios, o condilomatosis vaginal, asimismo producir condilomatosis laríngea en el recién nacido al contaminarlo en el canal del parto. En el hombre puede haber condilomatosis y cáncer laríngeo cuando hay relaciones sexuales orales.

5.3.2 Orientación Sexual

Es ampliamente conocido que el VIH, no es exclusivo de un grupo de población especial, puesto que se ha generalizado y el grupo más vulnerable es el heterosexual; en los datos se encontró que el 89.4% de los pacientes afectados en el presente estudio son del grupo heterosexual, mientras que el 4.3% son homosexuales y el 6.4% dijeron ser bisexuales. Esto puede ser explicado porque el grupo homosexual se le prestó mayor atención y refirieron mayor preocupación por educación, disminuyendo el número de infectados. (Gráfico 11).

Gráfico 11: Orientación sexual de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el CAI / IHSS en 2012 – 2013

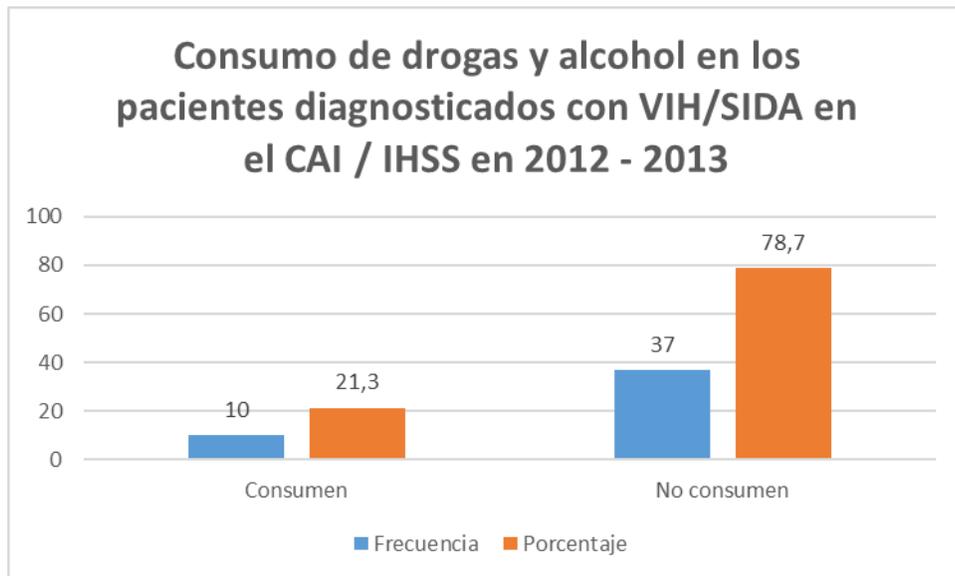


Fuente: Propia elaborado con los resultados de la investigación con la aplicación de encuesta

5.3.3 Uso de drogas

El uso de drogas aumenta el riesgo de que una persona se infecte con el VIH. El abuso y la adicción a las drogas han estado vinculados al VIH/SIDA desde el comienzo de la epidemia. Mientras que el uso de drogas intravenosas es bien conocido en este sentido, el papel que usualmente juega el abuso de drogas en la propagación del VIH el virus que causa el SIDA al aumentar la probabilidad de tener relaciones sexuales con parejas infectadas. Esto ocurre debido a los efectos adictivos e intoxicantes de muchas drogas, que pueden alterar el juicio y la inhibición haciendo que los usuarios se involucren en comportamientos impulsivos y peligrosos; en este estudio 21.3% de los pacientes encuestados dijeron consumir drogas y alcohol, mientras que el 78.7% dijeron no consumir ningún tipo de droga, (como se observa en el gráfico 12).

Gráfico 12: Consumo de drogas y alcohol en los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el CAI / IHSS en 2012 – 2013



Fuente: Propia elaborado con los resultados de la investigación con la aplicación de encuesta

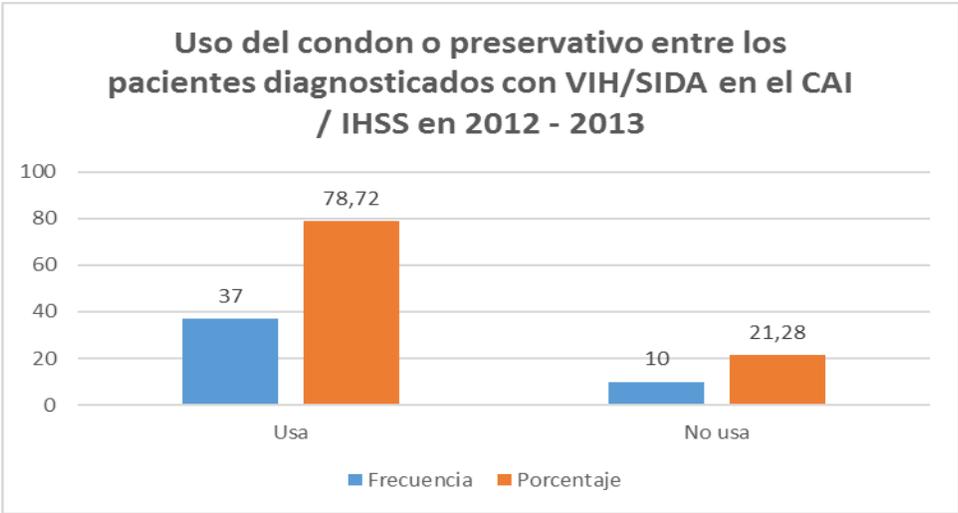
5.3.4 Uso del condón o preservativo

La utilización de preservativo es un elemento crucial para un enfoque integral, eficaz y sostenible de la prevención del VIH. La utilización correcta y sistemática del preservativo reduce de forma significativa el riesgo de transmisión del VIH tanto del varón a la mujer como de la mujer al varón; los preservativos masculinos de látex son impermeables a los agentes infecciosos que pueden estar presentes en los fluidos genitales. Para garantizar su seguridad y eficacia, los preservativos deben fabricarse con arreglo a las normas internacionales más estrictas. Deben adquirirse conforme a los procedimientos de garantía de la calidad establecidos por la OMS, el UNFPA y el ONUSIDA, y hay que almacenarlos lejos de cualquier fuente directa de calor.

Los programas de prevención deben velar por la disponibilidad de preservativos de alta calidad para las personas que los necesitan y cuando los necesitan, y asegurar

que las personas tengan los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para utilizarlos correctamente en este estudio el 36.2% de los pacientes encuestados dijeron tener contacto sexual con protección, mientras que el 63.8% dijeron no usar ningún tipo de protección durante el acto sexual (Gráfico 13).

Gráfico 13: Uso del condon o preservativo entre los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el CAI / IHSS en 2012 – 2013



Fuente: Propia elaborado con los resultados de la investigación con la aplicación de encuesta

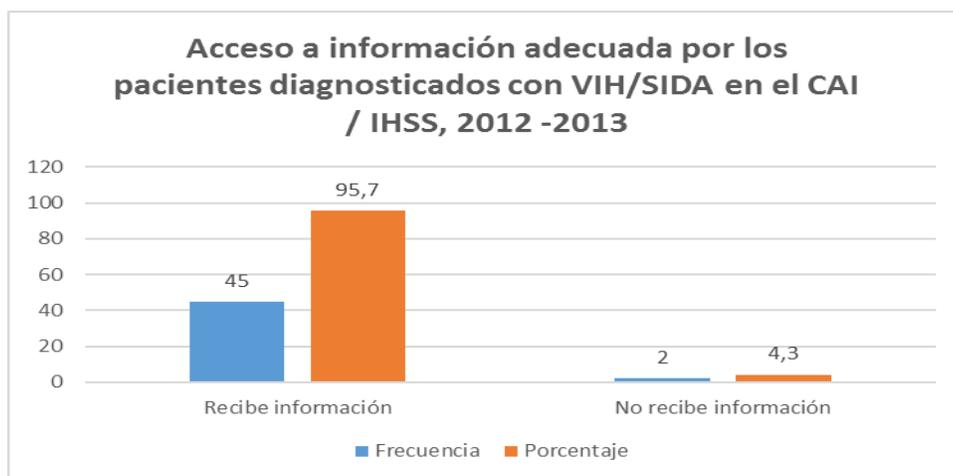
Hay un alto porcentaje que todavía mantiene relaciones sexuales sin protección, esto pudiera ser porque tienen relación con su pareja o compañero (a) de hogar. Y otra causa es la falta de concientización en las personas.

5.3.5 Acceso a información adecuada sobre el tema

La información acerca del VIH necesita estar en los medios de comunicación creando conciencia acerca de la importancia de la prevención, todos los días, los anuncios de sexo seguro no son suficientes. Las personas no se realizan análisis de sangre ya sea por cultura o por desconocimiento. Para cuando muchos se hacen la prueba de detección del virus es, a menudo, demasiado tarde, pues ya están experimentando la enfermedad.

En este estudio el 95.7% de la población encuestada dijeron conocer información sexual apropiada, mientras que el 4.3% dijeron que desconocían ese tipo de información, esto solo refleja la falta de conciencia en el grupo encuestado, pues si ya conocen los riesgos de contraer enfermedades venéreas o el VIH y no toman las medidas necesarias para evitarlo. (Grafico 14)

Gráfico 14: Acceso a información adecuada por los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el CAI / IHSS, 2012 -2013



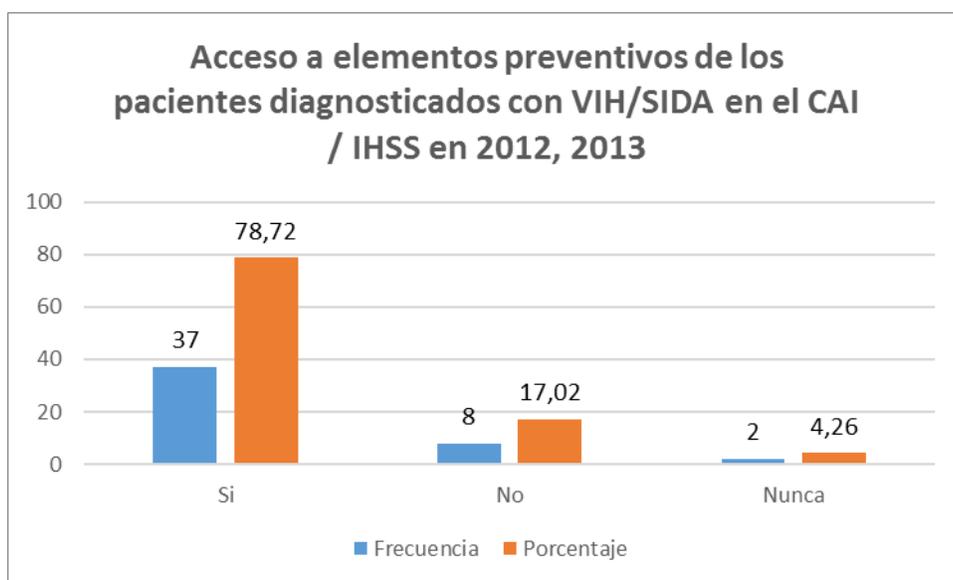
Fuente: Propia elaborado con los resultados de la investigación con la aplicación de encuesta

5.3.6 Acceso a elementos preventivos

Relacionado al apartado anterior, según referencia de ONUSIDA, en Honduras más de 14.6 millones de condones masculinos fueron distribuidos a nivel nacional en el periodo del PENSIDA III según informa el Fondo Mundial y más de 78,000 personas recibieron condones masculinos como parte de un paquete de servicios de prevención que incluye actividades educativas y de sensibilización en el marco de implementación de USAID solo en el periodo de 2009-2012 dirigidos a MTS, HSH, trans y sus parejas sexuales.

En el estudio el 78.72% de la población encuestada dijeron tener acceso a elementos preventivos, 17.2% mencionó no tener acceso y 4.26% dijo no haber tenido acceso nunca. Gráfico 15.

Gráfico 15: Acceso a elementos preventivos de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el CAI / IHSS en 2012, 2013



Fuente: Propia elaborado con los resultados de la investigación con la aplicación de encuesta

Al hacer el análisis por género de la información se encontró que las mujeres son las que tienen mayor índice negativo relacionados al acceso a los medios preventivos. El 33.33% de las mujeres dijeron no o nunca frente a la referencia de los hombres que fue de 11. 54%. Ver tabla 6.

Acceso	Hombre		Mujer	
	No.	%	No.	%
Si	23	88.4	14	66.7
No	3	11.6	5	23.8
Nunca	0	0	2	9.5
Totales	26	100	21	100

5.4 Impacto económico desde el diagnóstico del VIH/SIDA en pacientes del IHSS

El presupuesto general del Instituto Hondureño de Seguridad Social el año 2012 fue de 5,904,281,944.00 de los cuales 3,850,053,772 se destinaron a enfermedad/maternidad de estos 21,225,842.70 (0.5% lempiras) fue para el tratamiento en las diferentes fases de la enfermedad de pacientes VIH/SIDA; en el 2013 el presupuesto general fue de 6,254, 281,944 lempiras; 4,241,219,826.68 para enfermedad/maternidad y de 24,951,323.88 (0.6%) lempiras para pacientes VIH/SIDA respectivamente. El presupuesto en un año aumento en 4.5 millones de lempiras aproximadamente. (IHSS, 2013). Ver tabla 7.

Tabla 7. Presupuesto General IHSS 2012-2013

Regímenes / Años	2012	2013	TOTAL
Enfermedad Maternidad	3.850.053.772,00	4.241.219.826,68	8.091.273.598,68
Invalidez Vejez y Muerte	1.935.737.442,00	1.913.571.387,34	3.849.308.829,34
Riesgos Profesionales	99.490.730,00	99.490.729,98	198.981.459,98
Total por año	5.885.281.944,00	6.254.281.944,00	12.139.563.888,00
Gran total 2012 - 2013			12.139.563.888,00

Fuente: IHSS, 2013

En los rubros que ofrece el IHSS a los pacientes están las pruebas diagnósticas, atención integral por equipo multidisciplinario, terapia antirretroviral comprada por el IHSS, exámenes de laboratorio para seguimiento, hospitalizaciones, estrategias de prevención y pago de subsidios esto hace un total de 21, 225, 842.70 millones de lempiras en 2012 y 24, 951,323.88 millones de lempiras en 2013.

Tabla 8. Costos de pacientes VIH/SIDA IHSS/2012-2013

Rubros	2012	2013
Pruebas diagnósticas y consejerías	12,918,732.16	14,716,435.56
Atención integral por equipo multidisciplinario	2,035,475.86	2,874,249.50
TARV comprada por el IHSS	878,934.00	1,014,528.00
Laboratorio para seguimiento	918,765.12	1,035,287.20
Hospitalizaciones por VIH / Internamiento (Lps.3,101.00 por día por ocupar la sala. Internamiento básico sin tratamiento)	4,090,378.56	5,245,468.32
Estrategias de prevención de transmisión vertical	325,445.00	405,965.00
Pago de subsidios	58,112.00	65,356.00
Total	21,225,842.70	24,951,323.88

Fuente: IHSS, 2013

Nota: *Los costos indirectos como el costo de las ausencias laborales y el pago de incapacidades no fue posible capturarlo, porque se mantiene en confidencialidad. Tampoco los costos intangibles como apoyo psicosocial para el dolor o trauma.*

En el periodo comprendido de 2012 – 2013 se realizaron 24,410 pruebas de Elisa a un costo de 13, 039,089.64 millones de lempiras de las cuales resultaron positivas 91 personas. Las mujeres embarazadas fue el grupo al que con mayor frecuencia se le realizó test de Elisa con 7,899 en el 2012 y 7,900 en el 2013 respectivamente. Ver tabla 9

Tabla 9. Costo test de Elisa IHSS 2012-2013

Año	Pacientes VIH positivo	Costo unitario pruebas	Costo de la muestra	Total, pruebas realizadas	Costo total
2012	24	534.17	12,820.08	12,228	6,531,830.70
2013	23	534.17	12,285.91	12,182	6,507,258.94
Total	47		25,105.99	24,410	13,039,089.64

Fuente: propia realizada con los resultados de la investigación

El costo total por consulta de los pacientes con HIV+ en la ciudad de Tegucigalpa fue de 54, 629,671.56 millones de lempiras para los años 2012-2013 respectivamente. Ver tabla 10

Tabla 10. Costo consulta para pacientes con VIH en el CAI IHSS 2012-2013

Año	Total, atenciones	Costos unitario consulta	Costo total Consulta
2012	28,298	933.33	26,411,372.34
2013	30,234	933.33	28,218,299.22
Total	58,532		54,629,671.56

Fuente: propia realizado con los resultados de la investigación

Los diferentes esquemas de tratamiento tienen su precio, siendo la mayoría los que están en primera línea a un costo de 358 lempiras mensuales, segunda línea a un costo de 1,317 lempiras mes y rescate a un costo de 126,816 lempiras. Sin tomar en cuenta exámenes de laboratorio e imágenes, infraestructura y otros. Ver tabla 11.

Tabla11. Costo esquema de tratamiento HIV/SIDA, IHSS/ 2012-2013¹⁰

Esquema	Costo
Primera línea /mes	L.358.00
Segunda línea/mes	L.1,317.00
Rescate/mes	L.126,816.00
Costo hospitalización/ día	L.3,101.00

Fuente: propia realizado con los resultados de la investigación

¹⁰ En todo el país, la Secretaría de Salud tiene registrada a 22 personas que requieren del tratamiento antirretroviral de tercera línea, conocido como rescate; en el país hay 8,404 personas en terapia de primera línea y 956 en segunda línea.

El VIH no ha disminuido, en vista que todos los años se mantiene el número de nuevos casos. Desde el 2002 hasta septiembre de 2013 han fallecido 1,923 personas por infección de VIH-sida (ENDESA 2011-2013).

CAPITULO 6 Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

6.1.1 Al hacer análisis de la población infectada de VIH que acudió demandando su derecho a los servicios del CAI de Tegucigalpa del IHSS, durante el período 2012 – 2013, se puede observar que el grueso de dicha población está compuesto por población joven, de estado civil soltero o en unión libre, de educación primaria y de nivel socioeconómico bajo, esto coincide con las estadísticas a nivel mundial y nacional.

6.1.2 ONUSIDA ha publicado en 2015: pese a que las nuevas infecciones por el VIH han disminuido, todavía hay un número inaceptablemente alto de nuevas infecciones por el VIH y de muertes relacionadas con el sida cada año (ONUSIDA, 2015,p.3), esto es para el CAI de Tegucigalpa es evidenciado porque en los años 2012 -2013, el número de fallecimientos en dos años significó aproximadamente el 13% del total, que la afectación es ligeramente mayor en hombres que mujeres (relación 1:1.24) y que la población afectada es la joven sexualmente activa, hombres y mujeres (18 a 28 años), que continúa siendo el mayor grupo afectado pero también a lo externo el mayor grupo en riesgo de desarrollar el VIH.

6.1.3 Relacionado al grupo etario con más casos, la población joven, existe un mayor índice en el grupo de estado civil soltero. Aunque, esa relación del grupo etario joven con estado civil soltero es evidente, la condición de soltería también puede ser resultado de discriminación en el que su pareja le abandona o voluntariamente, unilateralmente o de mutuo acuerdo, se decide asumir soltería por la condición de portabilidad de VIH. Esto último no pudo ser constatado durante el estudio.

6.1.4 Entre lo encontrado en este estudio, la referencia de factores biológicos de riesgo es baja, tanto por transfusión de sangre o el uso de agujas. Aunque durante el estudio hubo un caso de transferencia de sangre, no es concluyente que haya sido la causal del contagio.

6.1.5 Sobre los factores conductuales, el primer hallazgo es que entre la población del estudio en el CAI del IHSS de Tegucigalpa, existen mayores indicios que estos son los más importantes en la casuística y que pueden ser usado al momento de tomar decisiones en las estrategias de abordaje. El grupo poblacional de conducta heterosexual es el más importante portador y por ende posible transmisor de la enfermedad (89.4%).

6.1.6 Sobre el acceso a educación y a los medios preventivos, aunque en general hay un buen acceso. El 95.7% de la población encuestada dijo conocer y tener información apropiada de la enfermedad; pero hicieron caso omiso a la hora de mantener relaciones sexuales, ya que la infección por esta vía fue del 63.8% que no uso ningún tipo de protección, contra el 36.2% que dijo que usó protección pero que siempre resultaron infectados. En estos aspectos es evidente que las mujeres se encuentran en desventaja frente a los hombres. Existen mujeres (9.52%) que no recibieron información y educación sexual y en cuanto al acceso a los medios preventivos (condones) las mujeres en sumatoria llegaron al 33.33 % de las mujeres que mencionaron que no o nunca tuvieron acceso a este método.

6.1.7 El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), invirtió L.54₁.169,045.74 en el año 2012 y L.59₁676,882.04, % de su presupuesto (1,41% y 0,95%) en el diagnóstico y atención a casos de VIH/SIDA, en el Centro de Atención Integral y áreas de hospitalización, el objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes viviendo con VIH SIDA, pero también prevenir para evitar que cada día haya nuevos casos. En la medida que aumentan los casos tiene que aumentar el presupuesto para la atención integral.

Para el IHSS, el costo de 104 pacientes diagnosticados con VIH SIDA representó una inversión de Lempiras 54₁.169,045.74 en el año 2012 y en el año de 2013 significó Lempiras 59₁676,882.04 y en total en los dos años fue de L. 113₁.845,927.78. Esto equivale a L. 595,264.24, L. 655,789.91 por cada año y L1₁251,054.15 en los dos años por cada paciente diagnosticado con VIH SIDA.

El presupuesto para enfermedad/maternidad que el IHSS destino para el año 2012-2013 fue de Lempiras 8,091,273,598.68 del cual solo el 0.73% (Lempiras 67,668,761.20), se utilizó en el diagnóstico y tratamiento de las diferentes etapas de la enfermedad en los pacientes VIH/SIDA.

Las pruebas de anticuerpo al VIH se ha convertido en una herramienta de detección temprana, en el 2012 se realizaron 12,228 pruebas en los diferentes Centros de Atención Integral de las cuales 45 salieron positivas; en el 2013 se realizaron 12,182 pruebas de las cuales 46 salieron positivas y 12,136 negativas; aunque los costos para diagnosticar un paciente con VIH+ son altos (para el IHSS significó L. 13,039,089.64), es importante realizarlas, para hacer las respectivas intervenciones tanto psicológicas como médicas y así evitar la transmisión por las diferentes vías que existen.

6.1.8 Pese a los avances del sector público en la optimización de procesos de adquisición de antirretrovirales (ARV) y otros suministros para el VIH, la principal fuente de financiamiento para la respuesta nacional al VIH en Honduras proviene de fuentes internacionales (47%), seguidas de las fuentes públicas (43%) y privadas (10%).

6.2 Recomendaciones

6.2.1 El grupo de jóvenes, de estado civil soltero o en unión libre, de educación primaria y de nivel socioeconómico bajo, se puede generalizar con un estilo de conducta sexual promiscua que desprecia el riesgo propio y ajeno, y se traduce en consecuencias graves para la salud. En este sentido los esfuerzos a la prevención y a evitar que el que la enfermedad se multiplique debe tener el grupo de jóvenes, como punto central sin descuidar los otros.

6.2.2 El compromiso de las instituciones como el IHSS, que prestan atención para la prevención, asistencia y tratamiento, se ha manifestado con la creación de instancias administrativas nacionales que implementan estrategias relacionadas con políticas públicas locales y compromisos nacionales e internacionales suscritos; sobre todo en lo que se refiere a garantizar el acceso a los tratamientos anti-retrovirales (ARVs).

Pero estos esfuerzos no son suficientes, se necesita y por ello se recomienda revisar y aumentar las estrategias en cuanto a educación y sobre todo concientización ya que, aunque la persona conozca de la enfermedad no se protege adecuadamente.

6.2.3 Los grupos vulnerables como ser los hombres que tienen sexo con otros hombres, población garífuna, mujeres transexuales y aquellos que son VIH positivo y no han logrado hacer conciencia acerca de esta enfermedad. Se hacen campañas masivas, la información la tiene la población, pero no la aplica. Es necesario reforzar los mensajes promoviendo la fidelidad mutua, el uso correcto de los preservativos, la estabilidad entre las parejas y el acceso a las pruebas para la detección del VIH. Además de ampliar el acceso a los antirretrovirales y educar sobre no a la discriminación y estigmatización de los afectados.

6.2.4 Como en los factores de riesgo conductuales, en lo relacionado a la conducta sexual, el grupo de Heterosexuales es mayoritario, por eso se recomienda que la prevención y el control en este grupo de riesgo “debe ser una piedra angular de los programas nacionales sobre VIH. En los últimos 5 años (2008 al 2013), la respuesta al VIH y el Sida en Honduras, se ha fortalecido desde el sector gubernamental, sobre todo por lo que se refiere a la prestación de servicios a las personas que viven con VIH/SIDA, teniendo el control de la enfermedad pero para llegar a disminuir la transmisión y llegar finalmente a la erradicación, se necesita hacer esfuerzos en programas de prevención con énfasis en **población heterosexual** y continuar el trabajo con el resto de población clave, tales como: homosexuales y hombres que tiene sexo con hombres (HSH).

6.2.5 Ante la diferencia evidente entre hombres y mujeres en cuanto a educación y acceso a medios preventivos, el esfuerzo de campañas de prevención y conducta debe esforzarse en las mujeres específicamente y la construcción de nuevas masculinidades. Se debe continuar hasta que la mujer pueda demandar o determinar el uso del condón como uno de los medios preventivos con enfoque de derechos.

6.2.6 Se necesitan mayores recursos para prevenir esta enfermedad, ya que la prevención es la única forma segura que hay de adquirir esta enfermedad y todos los

esfuerzos deben estar orientados en esa línea. Es necesario reforzar los mensajes promoviendo la fidelidad mutua, el uso correcto de los preservativos, la estabilidad entre las parejas y el acceso a las pruebas para la detección del VIH. Además de ampliar el acceso a los antirretrovirales y educar sobre no a la discriminación y estigmatización de los afectados.

6.2.7 Para el IHSS, el costo de atención de los pacientes de VIH es alto sin embargo es importante mejorar los aspectos preventivos, incluyendo trabajo en una estrategia en educación y sobre todo concientización ya que, aunque la persona conozca de la enfermedad no se protege adecuadamente.

6.2.8 Del mismo modo a lo interno en el CAI del IHSS se debe mejorar el sistema de registro porque el manejo de evidencia puede soportar la toma de decisiones adecuadas en cuanto a la mejora del servicio, impacto en la calidad de vida de las personas y en la eficiencia en el uso de los recursos.

Capítulo 7 Bibliografía

Ashford, LS. (2012) Report on the Global AIDS Epidemic, Population reference bureau. UNAIDS.

Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud, (2012), Salud Sexual y Reproductiva para Jóvenes, Revisión de Evidencia para la Prevención.

Bautista, SA., Dmytraczenko, T., Kombe, G. y Bertozzi, SM. (2008) Análisis de los costos de atención del VIH/SIDA en México, Instituto Nacional de Salud Pública no. 54. Pag. 35.

Cao Y., (1995) Virologic and immunologic characterization of long-term survivors of human immunodeficiency virus type-1 infection. New England, p32, 33 y 201.

Crepaz M., (2005), Analysis of high risk sexual behaviors in person aware and unaware they are infected with HIV in the United States. Implications HIV prevention programs J. AIDS., 39(4) 446-56.

Center for Disease Control and Prevention, (1998), Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV- infected adults and adolescents. MMWR 47(RR-5):43, 1998 (See updates at <http://www.hivatis.org>)

Centers for Disease Control and Prevention (2005): CDC's HIV Prevention Strategic Plan through, Atlanta:. Available at <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/prev-strat-plan.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention, (1998), Public Health Service Task Force recommendations for the use of antiretroviral drugs in pregnant women infected with HIV-1 for maternal health and for reducing perinatal HIV-1

transmission in the United States. MMWR 47(RR-2):1, (See updates at <http://www.hivatis.org>)

Collazo M. y Herrera, M., (2005), Análisis costo-efectividad de la farmacoterapia antirretroviral para los pacientes VIH/SIDA en Cuba. *Rev Cubana Farm*[online], vol.39, n.1 [citado 2014-09-01], pp. 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034.

Comisión Nacional del SIDA / Secretaria de Salud Pública (2014), PENSIDA IV, 2014 p.1-22.

COMCASIDA (2010), La situación de la epidemia del VIH/SIDA en Centroamérica, pag.1.

Dennis L. K., Eugene B., Faucy, S. A., Hauser SL., Hauser, DL., y Larry J., (2005), Harrison principios de Medicina Interna, 16 edición. Editorial Mcgraw-Hill / Interamericana de Mexico

Douek D: et al (2002), HIV preferentially infects HIV-specific CD4+ T cells. *Nature* 417:95, 2002 [PMID: 11986671]

Dragic T (1996) et al: HIV-1 entry into CD4+ cells is mediated by the chemokine receptor CC-CKR-5. *Nature* 381:667, 1996 [PMID: 8649512].

Estrada JH., (2006), Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA, *acta bioética*; 12(1): 91-100.

Fauci AS. (1999), The AIDS epidemic—considerations for the 21st century, *New England Journal Medic*, 341:1046.

Fernanda U., Orcasita A., Vergara V LT., y Vergara VT., (2010), Factores de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes colombianos, *Acta Colombiana de Psicología*, Universidad Católica de Colombia Bogotá, Colombia, Vol. 13, núm. 1, 2010, pp. 11-24

Gobierno de México (2012), Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH · SIDA

www.epidemiologia.salud.gob.mx/.../30_2012_Manual_VIH-SIDA_p.35

Haub, C., (2006), Cuadro de la población mundial, Population Reference Bureau, Washington,DC.

Jesús M, (2008) et al, La prevención del VIH/SIDA en el colectivo de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH): Ejemplos de intervenciones preventivas individuales, grupales y comunitarias. *Clínica y Salud* [online]. 2008, vol.19, n.2 [citado 2014-09-02], pp. 205-229. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1130-5274.

Joint United Nations, UNAIDS (2006), Program on HIV/AIDS report on the global AIDS epidemic. Geneva, Switzerland.

Kim Best, "Family Planning and the Prevention of Mother to Child Transmission of HIV," FHI Working Paper Series WP04-01(Research Triangle Park, NC: Family Health International, 2004)

Lamptey, J., Randy, P, y Khan, M., (2006), El desafío mundial del VIH y el SIDA, Vol. 61. N° 1. P.10. www.unfpa.org/sv/dmdocuments/desafio_mundial.pdf

Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57-64.

ONUSIDA, (2006), Prevención Integral de VIH. Informe sobre la Epidemia de SIDA. Ginebra Suiza.

ONUSIDA (2009) Informe sobre la epidemia mundial del SIDA, Ginebra Suiza.

ONUSIDA (2010) Informe sobre la epidemia mundial del SIDA, Ginebra Suiza.

ONUSIDA (2011) Informe sobre la epidemia mundial del SIDA, Ginebra Suiza.

ONUSIDA, (2014), Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013, p.3

Organización Internacional del Trabajo, (2001), Diagnostico El VIH/SIDA en el mundo del trabajo en Honduras. p. 3-9. (www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---.../wcms_185629.pdf).

Organización de Naciones Unidas, (2012), World Population Prospects: The 2012 Revisión p. xvli.

Organización Panamericana de la Salud (1998), La situación del SIDA en las Américas. Bol. Epidemiol. 1988; 9(4): 1-11.

Presidencia de la República de Honduras, (2010), Tercer informe país de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en Honduras, Tegucigalpa, Honduras

Secretaría de Salud de Honduras, et al. (2007), Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables. Tegucigalpa, Honduras.

Secretaría de Salud Honduras. (2011), Informe estadístico de la epidemia de VIH/SIDA en Honduras 1985–2010. Tegucigalpa, Honduras.

Secretaría de Salud de Honduras (2014), Medición del gasto en SIDA Honduras 2013 – 2014. Tegucigalpa, Honduras.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Departamento de ITS/VIH/Sida, Secretaría de Salud de Honduras, Diciembre 2012.

www.unaids.org/en/dataanalysis/.../HND_narrative_report_2014.pdf bajado el 26/8/2014

[www.unicef.org/lac/La situacion de la epidemia del VIH\(1\).doc](http://www.unicef.org/lac/La_situacion_de_la_epidemia_del_VIH(1).doc), bajado el 28/8/2014.

<http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/>, p.3-9. Bajado el 29/8/14.

VIH/SIDA. Un Agente Mortífero, p.50 capitulo 3.
<http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter3-es.pdf>

[www.unaids.org/.../unaids/.../2013/gr2013/UNAIDS Global Report 20](http://www.unaids.org/.../unaids/.../2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_20)

Capítulo 8 Anexos

8.1 Encuesta

ENCUESTA PACIENTES CENTRO ATENCIÓN INTEGRAL IHSS ENCUESTA # 1		
I. FACTORES DEMOGRÁFICOS		
EDAD (años)		
18 A 28	29-38	39-48
SEXO	MASCULINO	FEMENINO
ESCOLARIDAD		
PRIMARIA	SECUNDARIA	UNIVERSITARIA
NIVEL SOCIOECONOMICO		
BAJO	MEDIO	ALTO
PROCEDENCIA	TEGUCIGALPA	COMAYAGUELA
ESTADO CIVIL		
SOLTERO	CASADO	UNIÓN LIBRE
OCUPACIÓN U OFICIO		
II. FACTORES ASOCIADOS AL COMPORTAMIENTO HUMANO		
CONSUMO DROGAS O ALCOHOL	SI	NO
GENERO DE PAREJA	HOMBRE	MUJER
ANTECEDENTES DE ITS	SI	NO
CONTACTO SEXUAL	CON PROTECCIÓN	SIN PROTECCIÓN
INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN SEXUAL APROPIADA	SI	NO
		NUNCA
ACCESO A ELEMENTOS	SI	NO

PREVENTIVOS		NUNCA
III. FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS		
TRANSFUSIONES DE SANGRE O HEMODERIVADOS	SI	NO
INTERCAMBIO DE AGUJAS	SI	NO

8.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señores (as): Pacientes del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) que acuden al centro de atención integral (CAI).

Por este medio se le solicita información privada de su persona, la cual será tratada de manera confidencial, con el propósito de realizar investigación en la Maestría en Demografía de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el programa de VIH/SIDA.

Agradeciendo de antemano su cooperación y comprensión.

Firma

8.3 Informe mensual consejería y atención integral/IHSS 2012

INFORME MENSUAL									
1-MES	2- AÑO 2012				3- U.S. CAI			HE	
4 - Responsable Lic. Isabel Zelaya		4 - CARGO Trabajadora Social / Coordinadora CAI							
7-FUNCION	8- ACTIVIDAD	9-GRUPO DE EDADES				10-SEXO		11-	
		0 - 11	12 - 20	21 - 49	50+	H	M	TOTAL	
CONSEJERIAS	Pre prueba	39	12	749	190	340	650	990	
	Post Prueba	Negativa	32	8	563	142	284	461	745
		Positiva	2	0	23	2	15	12	27
	Seguimiento	Positivos	117	0	3271	1086	2677	1788	4465
		Negativos	1	0	18	1	7	13	20
	Familiares	0	1	75	30	33	73	106	
	Embarazadas	0	20	1686	0	0	1706	1706	
	No Relacionada con la Prueba	3	2	148	35	92	96	188	
	Atencion por ITS	0	0	4	0	2	2	4	
Referencias	3	0	20	1	7	17	24		
ATENCION INTEGRAL	Seguimiento Adherencia por Farmacia	113	0	2198	844	1967	1188	3155	
	Inicios TARV	2	0	19	3	17	7	24	
	Inicios de profilaxis	3	0	17	2	3	19	22	
	Traslado a otro CAI	1	0	4	1	5	1	6	
	Fallecidos con TARV	0	0	7	3	7	3	10	
	Abandono de TARV	0	0	8	1	6	3	9	
	Pacientes activos con TARV	7	0	178	71	162	94	256	
ATENCION PSICOLOGICA	Terapia Psicologica de Apoyo	2	2	194	31	103	126	229	
	Evaluacion Ps. Por inicio TARV	0	0	16	2	12	6	18	
	Intervencion en Crisis	0	3	27	4	11	23	34	
	Evaluacion PS de Seguimiento	0	1	227	47	138	137	275	
	Intervencion a l Familiares	0	0	13	1	7	7	14	
	Terapia Grupo de Auto Apoyo	0	0	0	0	0	0	1	
ATENCION SOCIAL	Visitas Domiciliaria					3	9	12	
	Evaluacion Social para inicio TARV					16	6	22	
	Elaboracion de Informes Sociales					19	8	27	
	Gestion para Atencion Medica de PX					115	100	215	
	Atencion de Problemas Laborales					2	4	6	
	Captacion de Ptes. Para Pension					3	0	3	
	Seguimiento de Pacientes en Estudio					25	29	54	
	Coordinacion Interinstitucional							50	
ATENCION HOSPITALARIA	Investigacion y Seguimiento de Casos	18	1	56	3	39	39	78	
	Consejerias Hospitalarias	33	4	173	81	162	129	291	
	Ingresos Hospitalarios	0	0	26	2	11	17	28	
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Ptes. Diagnosticados en Hospital	0	0	10	2	5	7	12	
	Contactos Investigados	13	1	4	0	6	12	18	
	Casos en Vigila Epidemiologica	4	1	24	1	6	24	30	
	Total Ptes. Positivos del Mes	2	0	23	2	15	12	27	
	Total de Ptes.Traslados Otro CAI	1	0	7	1	7	2	9	
	Total Fallecidos en el Mes	0	0	13	3	10	6	16	
PROMOCION Y EDUCACION	Jornadas Educ..Grupo Auto Apoyo							14	
	Distribucion de Condones							5342	
	Personas que reciben Condones					150	75	225	
	Distribucion de Material Educativo							640	

Capítulo 9 Glosario

3TC	Lamivudina
ARV	Medicamentos antirretrovirales
ART	Terapia Antirretroviral
AZT	Zidovudina
CD4	Conteo celular diferencial de linfocitos T
CDC	Centro para el Control de Enfermedades
CONASIDA	Consejo Nacional para la Prevención y el Control del SIDA
COMCASIDA	Comisión Centroamericana de SIDA
d4T	Stavudina
ddC	Zalcitabina
ddl	Didanosina
ELISA	Prueba por análisis Enzima- Inmunoabsorbente
FONSIDA	Fondo Nacional para las personas que viven con el VIH/SIDA
GAA	Grupos de Auto Apoyo
HCP	Health Communication Partnership
HAART	Terapia Antirretroviral Altamente Activa
HSH	Hombres que tienen Sexo con otros Hombres
IDU	Usuarios que se inyectan drogas
IEC	Información, Educación y Comunicación
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
IO	Infecciones Oportunistas
ITS	Infección de Transmisión Sexual
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PENSIDA	Plan Estratégico Nacional de Lucha Contra el VIH/SIDA
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PPTMH	Programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo

PVVS	Persona Viviendo con VIH/SIDA
PCP	Pulmonía de Pneumocystis Carinii (por sus siglas en inglés)
PIB	Producto Interior Bruto
PIMB	Países de Ingresos Medios y Bajos
PNB	Producto Nacional Bruto
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
USASER	Unidad de Salud Sexual y Reproductiva
UVEI	Vigilancia Epidemiológica e Investigación
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana