

EPIDEMIOLOGÍA DE VIH/SIDA EN HONDURAS SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS

*Manuel Sierra**

*Unidad de Vigilancia Epidemiológica, Departamento de ETS/SIDA,
Secretaría de Salud, Honduras.

Los primeros años de la epidemia

El primer caso de SIDA en Honduras ocurrió en 1984, en un homosexual dentista de la ciudad de El Progreso, quién reporto haber realizado varios viajes a la ciudad de San Francisco en los años previos a su enfermedad. Su diagnóstico fue hecho en 1985, cuando sus exámenes enviados a los Estados Unidos resultaron positivos por sarcoma de Kaposi y por anticuerpos contra el VIH. En ese mismo año se reportaron tres casos más, dos en homosexuales y uno en un hombre heterosexual, todos con historia de haber viajado fuera del país.

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

Concentración de la epidemia de VIH/SIDA centroamericana en Honduras

Para junio de 1997 la población estimada del país era de 5.7 millones de habitantes. Con un 17% de la población de Centro América, Honduras reportó para esa fecha el 48% de todos los casos de SIDA en la región (6,057/12,529).

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

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

En el período de incubación de la epidemia, a finales de los 70 y durante la década de los ochenta, la situación social y política de Honduras fue diferente al resto de la región centroamericana. En la década de los 80 Centro América se caracterizó por una fuerte tensión social que se tradujo en luchas armadas en Guatemala, El Salvador y Nicaragua. Con la victoria del Sandinismo en Nicaragua, la región centroamericana, y especialmente Honduras, se convirtió en el centro de la guerra fría del continente americano. Se ha postulado que la fuerte presencia de tropas extranjeras en el país se asoció con un incremento en la prostitución y en la incidencia de ETS en las ciudades donde se ubicaban las bases militares y en los lugares de diversión frecuentados por esta población. Esto tuvo como consecuencia la facilitación de la diseminación del VIH en la población. De acuerdo a los reportes oficiales, la tasa de incidencia anual de gonorrea aumentó de 143 casos por 100,000 habitantes para 1979, a 196 casos por 100,000 habitantes en 1984. Un incremento similar se observó en la tasa de incidencia anual de sífilis, que en 1979 era de 69 casos por 100,000 habitantes, llegando a 111 casos por 100,000 habitantes en 1984.

Es de esperarse que asociado al conflicto bélico ocurrieron heridos, los cuales necesitaron transfusiones de sangre, que no necesariamente fueron tamizadas para VIH. Desafortunadamente se desconoce la magnitud con que estos factores contribuyeron en la epidemia de VIH en Honduras.

El sistema de vigilancia epidemiológica

El modelo predominante de servicios de salud en el país es el público, cubriendo aproximadamente un 80% de la población del país. El SVE hondureño para VIH/SIDA es un sistema pasivo orientado a la detección de casos de SIDA. La solicitud de examen para VIH requiere el consentimiento del paciente y el llenado obligatorio de la ficha de vigilancia epidemiológica. La prueba se solicita en su mayoría a personas en las cuales se considera algún factor de riesgo y en menor grado por demanda espontánea de las personas.

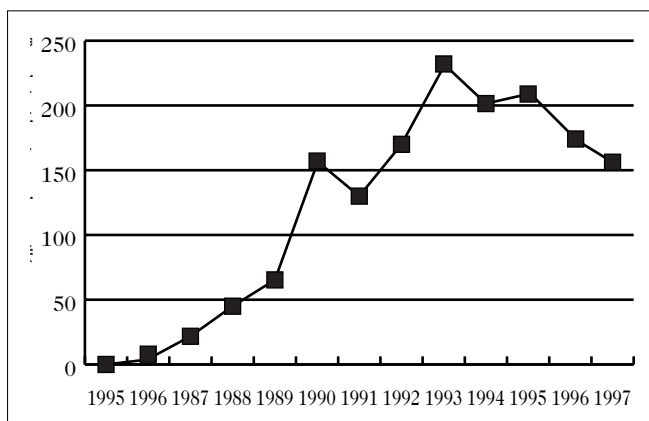
El número de casos reportados anualmente en el SVE se caracteriza por fluctuaciones periódicas (figura 1). Mas que efectos de los programas de control y prevención, estas oscilaciones se han asociado a cambios y a fallas en el SVE. Por ejemplo, la adopción de la definición OPS/Caracas en 1990 se reflejó en un alza notable en el número de casos reportados en los años subsiguientes. Unos años después, se produjeron cambios en el Departamento de ETS/SIDA que afectaron el programa, y nuevamente el número de casos reportados volvió a descender.

En el informe oficial para noviembre de 1997, el país reporta un total de 10,537 personas infectadas con el VIH: 8,167 casos de SIDA y 2,370 portadores asintomáticos. El subregistro de casos se estima entre un 30% a un 50%, lo que significa que el número de casos de SIDA para Honduras oscila entre 10,617 y 12,250.

La tasa de incidencia anual de casos se incrementó desde aproximadamente 50 por millón en los años 80 hasta 229 por millón en 1993 (cuadro I). En los últimos dos años hay un descenso en la tasa anual de incidencia, que para 1996 era de 176 por millón. Este descenso en la tasa de incidencia anual se ha atribuido a fallas en el sistema de vigilancia epidemiológica (SVE). Además del subregistro y del retraso en la notificación de casos, el estigma y la discriminación asociadas a la infección por VIH han provocado un descenso en el número de personas que acuden a los servicios de salud para solicitar el examen de VIH. Las pocas opciones

que los servicios de salud ofrecen para mejorar la calidad y la esperanza de vida de las personas infectadas con el VIH y sus familiares ha conducido a una “visión fatalista” del problema. La creencia generalizada entre la población es que “no hace ninguna diferencia el buscar ayuda o el hacerse un examen de VIH”.

FIGURA 1
Tasa de incidencia anual de casos de SIDA.
Tasa por 1'000,000 habitantes.
Honduras 1985-1997



El espectro de la epidemia

El grupo más afectado es el de 20 y 39 años de edad, representando aproximadamente el 70% de todos los casos (cuadro 2). Casi un 20% de los casos están entre los 15 y los 24 años de edad. En los últimos años se ha incrementado el número de casos en la población pediátrica. En el período comprendido entre 1985 a 1990, el número de casos en niños menores de 5 años representaba el 1.9% del total de casos (27/1,399). Para el período de 1991 a 1996, este grupo de edad representaba el 5.1% de casos de SIDA en el país (300/5,875).

CUADRO 1
Número de casos y tasa de incidencia de SIDA.
Honduras 1985-1997

Año	No. de casos de SIDA	Población estimada	Tasa anual de incidencia (por millón)
1985	4	4,372,487	0.9
1986	13	4,513,940	2.9
1987	109	4,656,440	23.4
1988	212	4,756,440	44.6
1989	325	4,950,633	65.6
1990	736	4,716,691	156.0
1991	633	4,853,193	130.4
1992	853	4,989,717	171.0
1993	1184	5,173,141	228.9
1994	1065	5,317,834	200.3
1995	1148	5,477,369	209.6
1996	992	5,630,735	176.2
1997	893	5,788,396	154.3

CUADRO 2
Casos de SIDA de acuerdo a grupo de edad y año de diagnóstico.
Honduras 1985-1997

Grupo de edad	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Total	%
0-4	0	0	2	2	10	13	24	32	76	77	48	43	44	371	4.5
5-9	0	0	0	2	1	1	1	6	2	7	8	6	15	49	0.6
10-14	0	0	0	0	0	5	0	0	2	2	1	3	0	13	0.2
15-19	0	0	9	7	9	26	21	28	39	33	41	35	25	273	3.3
20-24	0	2	19	45	63	145	108	130	196	137	152	139	134	1,270	15.6
25-29	1	5	28	46	74	168	144	181	242	223	237	212	165	1,726	21.1
30-34	2	3	22	36	57	127	118	181	246	211	236	198	164	1,601	19.6
35-39	0	1	12	23	52	94	84	113	147	140	172	136	144	1,118	13.7
40-44	0	0	5	23	26	57	53	68	93	86	107	103	81	702	8.6
45-49	0	0	3	14	9	32	30	47	51	61	62	44	55	408	5.0
50-54	0	2	2	6	10	27	6	23	36	28	37	25	21	233	2.9
55-59	1	0	5	2	7	17	12	28	27	26	21	23	15	184	2.3
≥ 60	0	0	0	4	7	17	13	15	24	30	25	23	27	185	2.3
Desconocido	0	0	2	2	0	7	9	1	3	4	1	2	3	34	0.4
Total	4	13	109	212	325	736	633	853	1184	1065	1148	992	893	8,167	100.0

CUADRO 3
Casos de SIDA de acuerdo a grupo de transmisión
y año de diagnóstico.
Honduras 1985-1997

Grupos de transmisión	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Total	%
Heterosexual	1	6	65	161	249	577	503	725	985	889	996	862	765	6784	83.0
Homosexual	1	3	20	16	18	38	23	23	27	30	27	25	25	276	3.4
Bisexual	2	3	18	25	26	66	60	53	63	39	49	35	26	465	6.1
Transfusión sanguínea	0	1	0	3	11	14	4	5	4	1	5	4	1	53	0.7
Perinatal	0	0	2	3	9	13	25	36	78	84	53	50	57	410	4.8
Uso de drogas IV	0	0	1	0	1	1	0	0	0	2	2	1	1	9	0.1
Desconocido	0	0	3	4	11	27	18	11	27	20	16	15	18	170	1.9
Total	4	13	109	212	325	736	633	853	1184	1065	1148	992	893	8167	100.0

El patrón de transmisión de VIH en Honduras ha sido distinto al del resto de Centro América desde el inicio de la epidemia, recordando más el patrón predominante en la región del Caribe. El VIH en Honduras es transmitido primordialmente por vía sexual (cuadro 3). De un total de 8,167 casos de SIDA reportados hasta noviembre de 1997, 92.1% (7,525) correspondía a la vía sexual: 6,784 (83.0%) a la vía heterosexual; 465 (6.1%) a la vía bisexual; y 276 (3.4%) a la vía homosexual. La transmisión de VIH en grupos que emplean drogas intravenosas o a través de transfusiones sanguíneas representa menos del 1% del total de casos reportados. Aunque la cobertura de pruebas de VIH para bancos de sangre a nivel nacional se alcanzó en los inicios del 90, sorprendentemente el número de casos reportados asociados a transfusiones cayó drásticamente a partir del siguiente año.

La razón hombre/mujer en casos acumulados hasta noviembre de 1997 es de 1.8:1 (cuadro 4). Aunque esta razón fue aproximadamente de 4:1 en los primeros dos años de la epidemia, dicho valor rápidamente descendió y se ha mantenido alrededor de 2:1 a lo largo de la epidemia. Por otro lado, el grupo de riesgo homosexual y bisexual representó aproximadamente un 15% del total de casos en los primeros cinco años, descendiendo a un 9% en los últimos años. Este descenso ha sido más pronunciado en el grupo bisexual, y ha sido relacionado más con la

Cuadro 4
Casos de sida de acuerdo a año de diagnóstico, sexo
y razón hombre:mujer.
Honduras 1985-1997

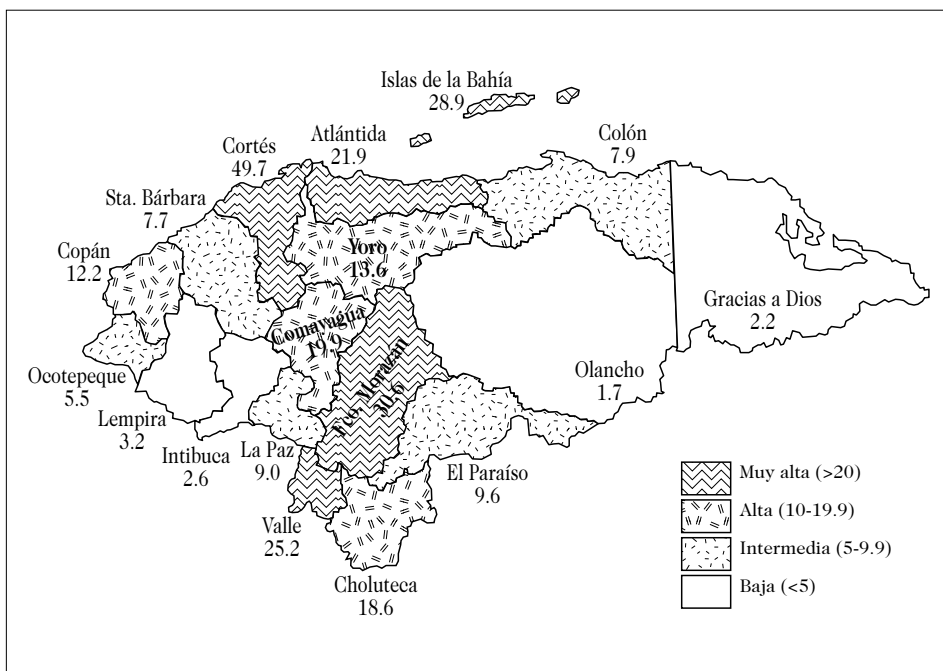
Año	Hombre	Mujer	Razón hombre:mujer
1985	4	0	
1986	9	4	2.3
1987	72	37	1.9
1988	139	73	1.9
1989	207	118	1.8
1990	464	272	1.7
1991	423	210	2.0
1992	578	275	2.1
1993	771	413	1.9
1994	663	402	1.6
1995	723	425	1.7
1996	636	356	1.8
1997	533	360	1.5
Total	5,222	2,945	1.8

discriminación hacia los grupos de hombres que tienen relaciones con otros hombres, y a errores en la clasificación de la conducta sexual al momento del llenado de la ficha de vigilancia epidemiológica.

Distribución geográfica de la epidemia

Aunque todos los departamentos y ciudades principales han reportado casos, la distribución geográfica de los mismos no es uniforme en el país (figura 2). Casi un 60% de los casos se ubican en la zona norte del país. Tegucigalpa, San Pedro Sula, La Ceiba, El Progreso, Comayagua, Puerto Cortés, Tela, La Lima y Choluteca, son los centros urbanos principales del país, y están situados en el llamado “Corredor Central de Desarrollo”. De

FIGURA 2
*Tasa de incidencia de casos de SIDA para 1995,
 por departamento y estratificada por nivel de incidencia.
 Tasa por 100,000 habitantes.*
Honduras



un total de 8,167 casos reportados, casi un 70% de los casos proceden de dicha zona. San Pedro Sula fue el epicentro de la epidemia seguido por Tegucigalpa, alcanzando rápidamente tasas acumuladas mayores de 10 por 100,000 habitantes. La epidemia empezó unos años después en la zona central y occidental del país. Las zonas suroriental, suroccidental y las Islas de la Bahía son las zonas en donde la epidemia comenzó más tardíamente. Otras zonas del país han sido afectadas más tardíamente y en proporciones mayores. Por ejemplo, varias de las comunidades garífunas de la Costa Norte del país tienen tasas de casos de SIDA acumulados mayores de 1,200 por 100,000 habitantes.

Aspectos clínicos del SIDA en Honduras

De un total de 8,167 casos de SIDA reportados, los síntomas y signos más frecuentes son pérdida de peso (83.8%), fiebre crónica (66.2%), diarrea crónica (54.7%), tos crónica (52.0%), linfadenopatía crónica (25.1%), alteraciones hematológicas (16.1%), y trastornos neurológicos (8.9%). Las infecciones oportunistas más frecuentes fueron: candidiasis (31.5%), tuberculosis (17.5% en su forma pulmonar, y 3.0% en la forma diseminada). El sarcoma de Kaposi, los linfomas, y la neumonía por *Pneumocystis Carinni* son infrecuentes en el país.

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

Estudios de prevalencia

Los datos de prevalencia en el país provienen principalmente de la Cruz Roja, de estudios centinela, y en muy pocos casos de estudios llevados a cabo en grupos poblacionales específicos (cuadro 5). Los datos de la Cruz Roja indican una prevalencia en donadores de sangre para Tegucigalpa y San Pedro Sula que oscila entre 0.4%-1.2%, con un valor mayor en San Pedro Sula. La prevalencia para ambas ciudades en bancos de sangre ha mostrado una tendencia al aumento. En San Pedro Sula, ascendió de un valor aproximado de 0.5% en el inicio de los 90, hasta 1.2% en el 97; y en Tegucigalpa, ascendió de 0.4% a 0.8% para las mismas fechas.

Los estudios centinelas se han venido utilizando en el país desde 1990, principalmente en las ciudades de San Pedro Sula y Tegucigalpa, en dos grupos poblacionales: trabajadoras comerciales del sexo (TCS) y mujeres embarazadas que asisten a control prenatal (MECP). Los datos

CUADRO 5
Prevalencias encontradas en diferentes grupos de riesgo e instituciones de salud en Honduras

Grupo poblacional	Prevalencia de VIH encontrada	Comentarios
Recién nacidos	2.4%	Hospital Público de San Pedro Sula (SPS) (92)
Mujeres que asisten a control prenatal	3.4%,3.6%, 2.8%, 2.5%, 4.0%,4.1%	Sitio Centinela (SC)-SPS (90,91,92,93,94,95)
Mujeres en el post-parto	1.4%, 1.4%	SC - Tela (92,94)
	0.2%,0.3%,0.3%,1.0%	SC Tegucigalpa, (91,92,93,96)
	0.3%	Tegucigalpa, (93)
	0.7%	Tegucigalpa, (97)
	19.8%	SPS (89)
	15.0%,14.0%,16.0%,15.0%, 20.5%,	SC - SPS (91-94)
Trabajadoras Comerciales del Sexo	33.0%	SPS (92)
	10.1	Comayagua (89)
	4.3%, 0.0%	Juticalpa (90), Catacamas (90)
	5.5%,8.0%	Tegucigalpa (89,96)
	10%	Siguatopeque (91)
Hombres Homosexuales	11.3%, 13.9%	Tegucigalpa - estudio de cohorte (86,90)
	34.7%, 45.8%	SPS - estudio de cohorte (86,90)
	0.0%, 0.3%	Tegucigalpa (88-89,91)
Donadores de Sangre	0.2%	SPS (MPB - 91)
	1.08%, 0.4%, 0.3%, 0.4%, 0.6%, 0.6%, 0.7%, 0.5%	Nacional (88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95)
Personas con Tuberculosis	9.8%	SPS (92)
	2.6%	Tegucigalpa (92)
Beneficiarios del Seguro Social	7.3%, 3.7%, 9.5%,10.2%,12.6%	Pacientes hospitalizados, y de consulta externa
Adultos con ETS	2.5%	Isla del Tigre (90-91)
Adultos	2.0%	Emergencia de cirugía - Tegucigalpa (92)
Prisioneros	0.6%, 2.5%	Tegucigalpa (88, 92)
	5.9%, 1.4%	SPS (89), SPS-delinquentes juveniles (89)
	6.4%	Comayagua (89)
	0.0%	Olanchito (88)
Adolescentes	0.2%	SPS (91)

indican prevalencias para TCS, que oscilan 14% y 21% para la ciudad de San Pedro Sula, y valores entre 4% y 8% para Tegucigalpa. Para MECP las prevalencias encontradas en San Pedro Sula oscilan entre 3% y 4%, y para Tegucigalpa entre 0.2% y 1%.

En el grupo homosexual solamente se ha realizado un estudio de cohorte, que encontró en 1986 una prevalencia de 34.7% y 11.3% para las ciudades de San Pedro Sula y Tegucigalpa respectivamente. En el segundo y único control realizado en 1990 al mismo grupo, la prevalencia aumentó a 45.8% y 13.9% en las mismas ciudades respectivamente. Más del 80% de los individuos seropositivos de esa cohorte han fallecido para 1997 (reporte personal).

Enfermedades de transmisión sexual (ETS) y VIH

La asociación entre ETS y VIH fue reconocida desde los inicios de la epidemia en el país. En 1992 se reportó que entre los primeros 100 casos de SIDA en Honduras, 17 tenían historia de ETS, y a 8 se les encontró evidencia serológica de sífilis indeterminada.

Sífilis y gonorrea son las únicas enfermedades reportadas sistemáticamente en los SVE. Las tasas de incidencia de ambas enfermedades alcanzaron su pico máximo en 1987, comenzando a descender aceleradamente en todas las regiones del país. Se ha postulado que la automedicación ha jugado un papel importante en este descenso. Sin embargo, otras ETS como la clamidia, el chancro blando, y el herpes pueden estar en ascenso, pero no han sido adecuadamente estudiadas. En 1996, se encontró en TCS de Tegucigalpa una prevalencia de 9% para gonorrea, 13% para clamidia, y 15% para VIH.

En 1979 se reportó la primera cepa de *Neisseria gonorrhoeae* productora de penicilasa (NGPP). En 1985, el porcentaje de cepas NGPP en población general era de 4%. En 1996 se reportó una prevalencia de 60% de cepas NGPP.

Honduras inició en 1996 el manejo sindrómico de las ETS, como parte de la estrategia para mejorar la detección y el manejo de las ETS en las 4 regiones sanitarias más afectadas por la epidemia de VIH. La falta de personal entrenado y motivado en el manejo de las ETS, la inestabilidad del personal, la falta continua de medicamentos y de insumos para laboratorio, representan una amenaza constante para este programa.

Proyecciones de VIH

En 1993 se realizó un estudio para evaluar el impacto socioeconómico y las proyecciones de la epidemia en Honduras hasta el año 2000. Para las proyecciones se postuló un escenario conservador y otro más amplio de diseminación del VIH en la población. Se estimó que para el año 2000, la prevalencia de VIH en población sexualmente activa (PSA) oscilaría entre 10% y 17% para San Pedro Sula, y entre 3% y 12% para Tegucigalpa. San Pedro Sula y Tegucigalpa reportan actualmente unos 600 casos al año (350 y 250 respectivamente). En una actualización de las proyecciones realizada en noviembre de 1997 parece indicar que el pico de incidencia de nuevas infecciones ocurrió en 1989-1990 en San Pedro Sula, y en 1996 en Tegucigalpa. La prevalencia de VIH en población adulta de San Pedro Sula parece mantenerse constante alrededor de 5.5% en el periodo de 1996-2007. En Tegucigalpa, la prevalencia de VIH en adultos ascenderá de 1.3% a 1.8% en el mismo periodo. La prevalencia nacional se estima que aumentará de 1.1% a 1.2% para el mismo periodo.

El SIDA se ha convertido, después de la violencia, en la primera causa de hospitalización y de muerte en los hospitales públicos de ambas ciudades. El número de niños huérfanos y abandonados como producto de la muerte por SIDA de sus padres, ha aumentado considerablemente. El SIDA afecta a la población joven y económicamente activa del país, y ya está teniendo efectos negativos en el bienestar de las familias, la productividad nacional, y en el costo social y hospitalario de los enfermos.

Investigaciones CCAP en el país

La Secretaría de Salud de Honduras realiza cada 4 años una encuesta nacional de epidemiología. En 1987 se introdujo en dicha encuesta el componente sobre VIH/SIDA, y en 1996 se amplió la encuesta a la población masculina. Los resultados de esta encuesta revelan que el conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA ha aumentado en la población femenina, siendo de un 85% en 1987, de 94% en 1992, y de un 98% en 1996. Para la población masculina, un 98% tenían un conocimiento adecuado del VIH/SIDA, aunque casi un 50% de ellos desconocían otras ETS.

Estudios recientes realizados en diversos grupos de la población reafirman el patrón machista que predomina en la sociedad tanto en

la población masculina como en la femenina. Este patrón se caracteriza por la multiplicidad de parejas por parte de los hombres, la visualización de la fidelidad como “monogamia exclusiva de las mujeres hacia los hombres”, la poca capacidad de negociación de la mujer al uso del condón en una relación sexual, y la negativa por parte de los hombres a usar condón, aún con parejas de alto riesgo. En la población hondureña aún persiste la concepción errónea de que la epidemia de VIH/SIDA sólo afecta a los homosexuales y a las TCS.

Perspectivas del VIH en Honduras

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

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

En Honduras, el SIDA afecta principalmente a la población joven y económicamente activa. Estudios recientes en diversos grupos juveniles del país han demostrado un inicio temprano de las relaciones sexuales, un porcentaje alto de jóvenes con más de una pareja sexual, y un pobre uso de condón. Los casos de SIDA en población pediátrica continúan ascendiendo y representan para noviembre de 1997 el 5% del total de casos reportados.

Prevalecen en el país condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que facilitan la diseminación del VIH en la población. La epidemia ha impuesto una pesada carga a una sociedad y a una economía afectada por múltiples problemas prioritarios de salud. El estigma y la discriminación abierta hacia las personas infectadas por el VIH y hacia sus familiares/amigos son una amenaza constante para el bienestar de los pacientes hondureños. La severa crisis económica que vive el

país no permite siquiera pensar en el uso del conteo de CD4 en el monitoreo de los pacientes, o en el uso de AZT en mujeres embarazadas infectadas con el VIH.

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

Bibliografía

Tesis en la Facultad de Ciencias Médicas - Honduras

- Altamirano BS, Andino MA, 1992. Conocimientos, actitudes, prácticas y seroprevalencia de enfermedades de transmisión sexual y SIDA en adolescentes que acuden al laboratorio del centro de salud Dr. Miguel Paz Barahona de San Pedro Sula, Cortés. Del 2 de mayo al 30 de junio de 1991.
- Amanollah M, Zapata MN, Gutiérrez LA, 1990. Perfil epidemiológico y seroprevalencia de la infección por VIH en población de conducta de alto riesgo en la ciudad de Comayagua.
- Antúnez TR, 1979. Estudio médico sociológico de la prostitución en Danlí y evaluación operacional del programa de control de las enfermedades de transmisión sexual y profilaxis venérea en el CHE. "Gabriela Alvarado", El Paraíso.
- Banegas GMG, 1992. Seropositividad por VIH y aspectos epidemiológicos en recién nacidos del hospital nacional nor-occidental "Dr. Mario Catarino Rivas".
- Castro HGA, 1980. Estudio de la prostitución en Tela y su relación con las enfermedades de transmisión sexual. Tela, Atlántida.
- Chinchilla JA, Raudales FF, 1980. Prevalencia de sífilis: estudio comparativo en poblaciones del occidente del país.
- Durón RA, Salinas LCA, 1992. De la relación que existe entre SIDA y Tuberculosis en el Instituto Nacional del Tórax en el periodo de mayo 1991 a septiembre de 1992.
- García MDM, 1988. Estudio epidemiológico del comportamiento de la sífilis en la población estudiantil y su relación con las meretrices en las comunidades de Florida y La Entrada, Copán.
- Godoy RA, 1991. Seroprevalencia de VIH, relación con enfermedades de transmisión sexual, y algunos parámetros hematológicos en una muestra poblacional de la isla de El Tigre, Amapala, Valle. Diciembre 1990 - marzo 1991.
- Gutiérrez AAR, Aguilar ACL, Larios DJN, 1991. Seroprevalencia de anticuerpos contra HIV en población de alto riesgo en la comunidad de Siguatepeque, Comayagua. (Un estudio comparativo).
- Lozano RF, Tarallo RYD, 1991. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el SIDA, infección VIH y estudio de seroprevalencia de la población

- donante de sangre del Hospital Escuela. Período 23 de abril - 2 de julio 1991.
- Lozano AW, 1988. Estudio sobre prevalencia de anticuerpos contra VIH y actitudes de riesgo en población en el presidio de Olanchito.
- Quezada RA, Castro UE, 1983. Cuáles son algunas de las características relacionadas con los usuarios que padecen enfermedades de transmisión sexual y que asisten a control en el hospital "Gabriela Alvarado" de la ciudad de Danlí.
- Rivera RLM, 1989. La infección del virus de inmunodeficiencia humana y su relación con la lactancia materna. Estudio realizado en el banco de leche del hospital Materno Infantil desde octubre de 1987 hasta noviembre de 1988.
- Sandoval SLY, 1991. Seroprevalencia de anticuerpos anti HIV, conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA de las meretrices de Juticalpa y Catacamas (Olancho).
- Zúniga VC, Amaya FAA, 1990. Seroprevalencia de infección por VIH en donadores de sangre del Hospital Escuela durante el período 1 de enero - 31 de diciembre 1988 y octubre - noviembre 1989.

Publicaciones hondureñas

- Aguilar CM, Enamorado N, 1994. Estudio comparativo de tres test de tamizaje para VIH en donantes del Centro Regional de Sangre Cruz Roja Hondureña. Rev Med Hon Vol 62(4):152-155.
- Bú FE, Díaz F, Bú FJ, 1995. Cefalea severa y fiebre en paciente con SIDA. Rev Med Hon Vol 63(2):71-74.
- Bú FE, Fernández JA, Alvarado T, 1992. Características epidemiológicas y clínicas de los primeros 100 casos de SIDA en Honduras. Med Clin Vol 1(4):9-13.
- Bú FJ, Sánchez MJ, Madrid R, Cuéllar R, 1994. Neurosida en niños: informe de 5 casos. Rev Med Hond, Vol 62(2):134-140.
- Bú FJ, Miller IE, Madrid R, Selman FJ, 1992. Complicaciones neurológicas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), análisis de 15 casos. Med Clin Vol 1(3-4):93-99.
- Durón MR, 1989. SIDA y enfermedades indicadoras en el IHSS. Rev Med Hon Vol 57:139-144.

- Fernández VJA, Lozano RF, Tarallo YD, 1992. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el SIDA y seroprevalencia para VIH en donantes de sangre en el Hospital Escuela. *Med Clin Vol 1(2):51-55.*
- Fernández JA, Grinspan KS, 1988. Detección de la infección por virus de inmunodeficiencia humana en donantes de sangre. *Rev Med Hon Vol 56:143-146.*
- Ferrera GM, Zelaya PA, Fernández VJA, 1992. Pruebas serológicas en donadores de sangre del Hospital Escuela 1988-1990. *Med Clin Vol 1(3-4):116-119.*
- Godoy RA, González MA, Ferrera GM, Fernández J, 1992. Seroprevalencia de VIH y relación con enfermedades de transmisión sexual. Una muestra poblacional de Amapala, Isla del Tigre, Valle. *Med Clin Vol 1(3-4):112-115.*
- Grinspan KS, 1988. Infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) asociada a transfusión. *Rev Med Hon Vol 56:284-288.*
- Javier ZCA, 1992. Riesgo profesional de la infección por VIH. *Med Clin Vol 1(2):77-78.*
- Lozano AW, Fernández VJ, 1989. Seroprevalencia y actitudes de riesgo por virus de inmunodeficiencia humana en población de una prisión. *Rev Med Hon Vol 57(2):19-23.*
- Navarro JJ, Fernández JA, 1988. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida en Pediatría: comunicación de un caso. *Rev Med Hon Vol 56:276-278.*
- Núñez Z César A, Sweat D Michael, 1995. El impacto socioeconómico del VIH/SIDA en Tegucigalpa y San Pedro Sula, Honduras. Tegucigalpa, MDC. FHI/AIDSCAP.
- Padgett MD, Palou E, 1993. Estudio clínico retrospectivo de tuberculosis y SIDA en el Instituto Nacional del Tórax, Tegucigalpa, Honduras. *Rev Med Hon Vol 61:78-83.*
- Sánchez A, Licon ZN, 1994. Anormalidades hematológicas en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Rev Med Hon, Vol 62:108-113.*
- Maradiaga E, Turcios R, 1996. Investigación CAP en prevalencia del SIDA. Grupos de población masculina mayores de 19 años. Tegucigalpa.

Publicaciones oficiales

- Banco Central de Honduras, 1995. Actividad económica de las empresas maquiladoras en Honduras, 1990-1994 y perspectivas para 1995. Tegucigalpa.
- División de ETS/SIDA, OPS/OMS, Ministerio de Salud Pública, 1994. Sexualidad, adolescencia y prevención del SIDA.
- División de ETS/SIDA, OPS/OMS, Ministerio de Salud Pública, 1996 (marzo). Informe anual. Tegucigalpa, MDC.
- Equipo Regional, Región Sanitaria 3, 1995. Evaluación del programa ETS/SIDA regional. San Pedro Sula.
- Japan International Cooperation Agency (JICA) & Ministry of Public Health, 1995. The study on the strategies and plans for the upgrading of health status in the Republic of Honduras. System Science Consultants Inc.
- SECPLAN, 1988. Encuesta de Hogares. Tegucigalpa.
- Secretaría de Educación Pública, 1992. Plan nacional de acción de educación para todos. Oficina subregional de la UNESCO para Centroamérica y el Caribe, San José, Costa Rica.

Otras publicaciones

- Argeñal C, Hayde R, 1994. Texto para el estudio de la unidad de realidad nacional. Programa de formación de auxiliares de enfermería de Honduras. Ministerio de Salud Pública. Tegucigalpa.
- Berger P, 1989. Juicio moral y acción política. Faceta No. 84, 2/89.
- CIA, 1994, "Honduras" in the World Factbook. Washington.
- Cohen Desmond, 1996. El impacto económico de la epidemia causada por el VIH. Programa sobre el VIH y el desarrollo, PNUD. New York.
- Contreras G, 1990. "La situación de la infancia y la mujer hondureña" en Honduras: crisis, ajuste y política social. Flores M, Bidegain G, compiladores. UDIP. Tegucigalpa.
- Hamblin J, Reid E, 1993. Women, the HIV epidemic and human rights: a tragic imperative. UNDP, New York.
- Melchers W, Ferrera A, Willemse D, Galama J, Walboomers J, Barahona O, Figueroa M, Snijders P, 1994. Human papillomavirus and cervical cancer in Honduran women. Am J Trop Med Hyg, 50(2):137-142.

- Narula Smita, 1996. The linkages amongst population, development, women and the HIV epidemic. HIV and Development Programme. UNDP.
- Styblo K, 1991. Impacto de la infección VIH en la epidemiología mundial de la tuberculosis. *Bol Union Int Tuberc Enf Resp*, 66:27-33.
- Sweat M, Denison J, 1995. Reducing the HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions. *AIDS (9): Suppl*.
- UNICEF, 1995. Estadísticas para América Latina y El Caribe.
- Vancouver, 1996. The status and trends of the global HIV/AIDS pandemic. Final report. July 7-12.
- Venegas VS, Villafranca P, Paz MJ, Cosenza H, Bygdeman S, 1991. Gonorrhoea and urogenital chlamydial infection in female prostitutes in Tegucigalpa, Honduras. *Int J STD & AIDS*, 2:195-199.
- Venegas VS, Paz MJ, Lorenzana I, Grillner L, Cosenza H, Bygdeman S, 1991. Human immunodeficiency virus infection and syphilis in Hondurian female prostitutes. *Int J STD & AIDS*, 2:110-113.
- Wearne Phillip, 1995 (Honduras). "Economy" in South America, Central America and the Caribbean. Europa Publications Limited.
- Wolf Eric, 1985. Las luchas campesinas del siglo XX. Siglo XXI editores. México.
- World Bank, 1993. Inventory of population projects in Developing Countries. Washington.