



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



CARACTERIZACIÓN DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA POR VIH Y DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA INFECCIÓN POR VIH Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN PERSONAS CON VIH DE HONDURAS

La siguiente información es confidencial y puede estar sujeta al secreto profesional. Está destinada únicamente para el uso de quienes estén autorizados para recibirla o divulgarla. Si usted no está autorizado para evaluar esta información, por este medio se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o toma de acción con base en el contenido de este documento está estrictamente prohibida y podría ser ilegal.

2022





UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



Cita sugerida:

Secretaría de Salud de Honduras. (2019). Informe Final:

“Estudio sobre conocimiento, actitudes, prácticas sexuales y prevalencia de VIH, sífilis y tuberculosis en población privada de libertad” en Honduras. Tegucigalpa, Honduras, 2019.

El contenido de este documento es responsabilidad de los autores y no necesariamente expresan la posición oficial de estas instituciones.

Este estudio fue realizado con el apoyo financiero del Fondo Mundial en el marco de la Subvención “Moviendo las respuestas del VIH y la tuberculosis hacia el 95-95-95 y la sostenibilidad con énfasis en poblaciones clave y vulnerables”, administrada y asistida técnicamente por Global Communities.





UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



RECEPTOR PRINCIPAL DEL ESTUDIO SECRETARÍA DE SALUD

José Manuel Matheu

Secretaría de Estado en el Despacho de Salud

Nerza Gloria Paz

Sub-Secretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud

Suany Montalván

Sub-Secretaría de Proyectos e Inversiones

Reina Teresa Velásquez

Directora General de Normalización

Iris Padilla

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Saúl Cruz

Director General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Isnaya Nuila

Directora General de Desarrollo de Recurso Humano

Lorenzo Pavón

Jefe de la Unidad de Vigilancia de la Salud

EQUIPO DE INVESTIGADORES

CID GALLUP

EQUIPO CONDUCTOR DEL ESTUDIO

Mesa técnica de investigación

Secretaría de Salud de Honduras

Unidad de Vigilancia de la Salud

Dirección General de RISS

Departamento del Primer Nivel de Atención

Laboratorio Nacional de VIH

Laboratorio Nacional de ITS

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) / Oficina Regional para Centroamérica

Organización Panamericana de la Salud en Honduras (OPS-OMS)

Facultad de Ciencias Médicas / Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)

Global Communities

Proyecto financiado por Fondo Mundial Administrado por FUNDAUNAH



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



COLABORACIÓN ESPECIAL

Elvia Ardón
Sandra Núñez
Sandra Lorenzana
Xiomara Oyuela
Rita Meza
Aron Bueso

Personal de regiones sanitarias y establecimiento de salud

Región sanitaria 1: Departamento de Atlántida
Región sanitaria 2: Departamento de Colón
Región sanitaria 3: Departamento de Comayagua
Región sanitaria 4: Departamento de Copán
Región sanitaria 5: Departamento de Copán
Región sanitaria 6: Departamento de Choluteca
Región sanitaria 7: Departamento El Paraíso
Región sanitaria 8: Departamento Francisco Morazán
Región sanitaria 9: Departamento de Gracias a Dios
Región sanitaria 10: Departamento de Intibucá
Región sanitaria 11: Departamento de Islas de la Bahía
Región sanitaria 12: Departamento de La Paz
Región sanitaria 13: Departamento de Lempira
Región sanitaria 14: Departamento de Ocotepeque
Región sanitaria 15: Departamento de Olancho
Región sanitaria 16: Departamento de Santa Bárbara

Región sanitaria 17: Departamento de Valle

Región sanitaria 18: Departamento de Yoro
Región Metropolitana San Pedro Sula: Departamento de
Cortés
Región Metropolitana de Tegucigalpa, Departamento de
Francisco Morazán

ASISTENCIA TÉCNICA

Manuel Sierra
Facultad de ciencias Medicas

Lessa Medina
Global Communities

APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGÍSTICO

FUNDAUNAH

Karen Munguía
Linda Pérez
Jasmina Bonilla



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



Agradecimientos

Especial agradecimiento a las organizaciones e instituciones que hicieron posible la realización del presente estudio: a Global Communities como receptor principal de la subvención de VIH, a FUNDAUNAH quien colaboró con el apoyo administrativo y logístico.

Así mismo, se reconoce el liderazgo y compromiso de la Secretaria de Salud (SESAL), al personal de sus diferentes dependencias y de los servicios de atención integral (SAI) el personal de campo involucrado en el desarrollo del estudio y de los representantes de la cooperación externa que participaron en diferentes etapas de la encuesta.

Por supuesto, nuestro principal y especial agradecimiento a las personas que brindaron su tiempo y confianza en el buen propósito del presente estudio.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



Índice de contenidos

<u>I. PRESENTACIÓN</u>	7
<u>II. RESUMEN EJECUTIVO</u>	8
<u>III. CONTEXTO GEOGRÁFICO, DEMOGRÁFICO Y CULTURAL DE LOS CENTROS DE SALUD</u>	9
A. EL SISTEMA DE SALUD HONDUREÑO	9
B. DEFINICIÓN DE CASO SIDA	10
C. EL VIH Y EL SIDA EN HONDURAS	10
D. PERSONAS VINCULADAS A LA ATENCIÓN	11
E. PERSONAS EN TAR	11
F. SUPRESIÓN DE LA CARGA VIRAL	12
G. MORTALIDAD HOSPITALARIA RELACIONADA POR CAUSA DE SIDA	12
<u>IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</u>	14
<u>V. OBJETIVOS</u>	14
A. OBJETIVO GENERAL	14
B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
<u>VI. METODOLOGÍA</u>	15
A. ESTUDIO CUANTITATIVO	15
B. ESTUDIO CUALITATIVO	16
C. POBLACIÓN Y MUESTRA	16
D. MÉTODO DE MUESTREO PARA CADA TIPO DE ESTUDIO SE REALIZÓ METODOLOGÍAS DIFERENTES:	19
1. COMPONENTE CUANTITATIVO:	19
a) Fase documental	19
b) Encuesta transversal	19
(1) Método de muestreo	19
(2) Cálculo del tamaño de la muestra	19
2. COMPONENTE CUALITATIVO	21
a) Método de recolección de datos	21
E. VARIABLES	22
1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL/DEFINICIÓN OPERATIVA:	22
F. CONSIDERACIONES ÉTICAS	23
G. ANÁLISIS DE LOS DATOS	24
H. LIMITACIONES	24



VII. RESULTADOS	25
A. DIAGNÓSTICO TARDÍO Y ENFERMEDAD AVANZADA POR VIH	25
1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD	25
a) Hospital Escuela Universitario (HEU)	26
b) Hospital Mario Catarino Rivas (HMCR)	26
c) Centro de Salud Alonso Suazo (CSAS)	28
d) Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP)	28
e) Hospital Seguro Social en Tegucigalpa Barrio Abajo (IHSS)	28
2. FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICO TARDÍO Y ENFERMEDAD AVANZADA POR VIH	30
a) Frecuencia del diagnóstico tardío y enfermedad avanzada por VIH en la muestra 1	33
3. TENDENCIA DE LA FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICO TARDÍO Y ENFERMEDAD AVANZADA POR VIH EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS	34
4. FACTORES ASOCIADOS CON DIAGNÓSTICO TARDÍO Y ENFERMEDAD AVANZADA POR VIH	38
B. BARRERAS Y LIMITANTES QUE TIENEN LAS PERSONAS CON VIH PARA ACCEDER, DE FORMA TEMPRANA Y OPORTUNA AL DIAGNÓSTICO DE VIH Y COMORBILIDADES A SERVICIOS INTEGRADOS DE TARV	41
1. CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO	41
a) Departamento	42
b) Edad	43
c) Sexo	43
d) Nivel educativo	44
e) Estado civil	44
f) Ocupación	45
g) Ingreso	46
2. BARRERAS	48
3. LIMITANTES	51
C. MORTALIDAD HOSPITALARIA POR VIH	56
1. CARACTERIZACIÓN DE CENTROS DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO	56
2. FRECUENCIA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA POR VIH	63
3. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA POR VIH EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS	66
4. FACTORES ASOCIADOS CON MORTALIDAD HOSPITALARIA POR VIH	67
VIII. DISCUSIÓN Y CONTRASTE DE RESULTADOS	70
IX. CONCLUSIONES	71
X. RECOMENDACIONES	73
XI. ANEXOS	74
A. CONSENTIMIENTO INFORMADO	75
B. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	79



XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Índice de gráficos

GRÁFICO 1. CENTRO DE SALUD EN EL QUE SE REALIZÓ SU ÚLTIMA PRUEBA DE VIH (MUESTRA 1)	27
GRÁFICO 2. DIFICULTADES QUE ENFRENTAN LAS PVIH PARA CONOCER SU DIAGNÓSTICO VIH POSITIVO A TIEMPO, SEGÚN INFORMANTES CLAVE (MUESTRA 2)	29
GRÁFICO 3. TENDENCIA DEL DIAGNÓSTICO TARDÍO, ENTRE 2016 Y 2020	34
GRÁFICO 4. CARACTERIZACIÓN DEL FALLECIMIENTO SEGÚN EL CONTINUO DE ATENCIÓN, ENTRE 2016 Y 2020	36
GRÁFICO 5. CARACTERIZACIÓN DEL FALLECIMIENTO SEGÚN EL CONTINUO DE ATENCIÓN, ENTRE 2016 Y 2020	37
GRÁFICO 6. DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA PVIH (MUESTRA 1)	42
GRÁFICO 7. EDAD EN AÑOS PVIH (MUESTRA 1)	43
GRÁFICO 8. SEXO (MUESTRA 1)	43
GRÁFICO 9. NIVEL EDUCATIVO PVIH (MUESTRA 1)	44
GRÁFICO 10. ESTADO CIVIL PVIH (MUESTRA 1)	44
GRÁFICO 11. OCUPACIÓN PVIH (MUESTRA 1)	45
GRÁFICO 12. INGRESO DE LOS HOGARES (MUESTRA 1)	46
GRÁFICO 13. NIVEL DE INGRESO PVIH (MUESTRA 1)	47
GRÁFICO 14. HA DEJADO DE TOMAR EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (MUESTRA 1)	49
GRÁFICO 15. TIEMPO POR EL QUE DEJÓ DE TOMAR EL TRATAMIENTO (MUESTRA 1)	50
GRÁFICO 16. RECIBIÓ ORIENTACIÓN SOBRE CÓMO LLEVAR SU VIDA DE UNA MANERA NORMAL AL RECIBIR DIAGNÓSTICO POSITIVO DE VIH (MUESTRA 1)	51
GRÁFICO 17. RAZÓN POR LA QUE SE REALIZÓ LA PRUEBA (CON LA QUE RECIBIÓ EL DIAGNÓSTICO POSITIVO) (MUESTRA 1)	52
GRÁFICO 18. RAZONES PARA HACER LA PRUEBA DE LAS PERSONAS QUE HAN RECIBIDO UN DIAGNÓSTICO VIH POSITIVO, SEGÚN INFORMANTES CLAVE (MUESTRA 2)	54
GRÁFICO 19. DISTRIBUCIÓN DE LOS FALLECIMIENTOS SEGÚN SAI Y SEXO	59
GRÁFICO 20. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD* POR VIH A NIVEL NACIONAL, ENTRE 2016 Y 2020	64
GRÁFICO 21. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD* HOSPITALARIA POR VIH ENTRE 2016 Y 2020	66
GRÁFICO 22. CONDICIONES Y ENFERMEDADES EXPERIMENTADAS (MUESTRA 1)	67
GRÁFICO 23. CONDICIONES Y ENFERMEDADES EXPERIMENTADAS, SEGÚN INFORMANTES CLAVE (MUESTRA 2)	68
GRÁFICO 24. GRAVEDAD DEL ESTADO DE SALUD DE LAS PVIH, AL INGRESAR AL HOSPITAL POR COMPLICACIONES, SEGÚN INFORMANTES CLAVE (MUESTRA 2)	69

Índice de tablas

TABLA 1. CENTROS HOSPITALARIOS CON PVIH	17
TABLA 2. DISEÑO MUESTRAL	20
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD, SEGÚN TIPO DE INFORMANTE	21
TABLA 4. OPERACIONALIZACIÓN DE INDICADORES	22
TABLA 5. INDICADORES DEL OBJETIVO ESTRATÉGICO 7 RELACIONADOS AL VIH (PEI)	25
TABLA 6. CARACTERIZACIÓN DE LOS EXPEDIENTES SEGÚN LA INFORMACIÓN CONTENIDA	30
TABLA 7. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON VIH QUE FALLECIERON HOSPITALIZADOS	31
TABLA 8. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON VIH QUE FALLECIERON HOSPITALIZADOS	32
TABLA 9. CARACTERIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO TARDÍO EN LA MUESTRA 1	33
TABLA 10. FRECUENCIA DEL DIAGNÓSTICO TARDÍO, ENTRE 2016 Y 2020	34
TABLA 11. CARACTERIZACIÓN DEL FALLECIMIENTO SEGÚN EL CONTINUO DE ATENCIÓN	35



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



TABLA 12. CARACTERÍSTICAS DEL FALLECIMIENTO Y SU RELACIÓN CON DIAGNÓSTICO TARDÍO Y ENFERMEDAD AVANZADA	
HOSPITALARIA	38
TABLA 13. CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS CON MORTALIDAD HOSPITALARIA	39
TABLA 14. PRÁCTICAS DEL CONOCIMIENTO DEL ESTADO SEROLÓGICO CON RESPECTO AL VIH, SEGÚN SEXO, EDAD, NIVEL	
EDUCATIVO Y NIVEL DE INGRESO (MUESTRA 1)	53
TABLA 15. FALLECIMIENTOS DE PERSONAS EN TARV ENTRE 2016-2020, SEGÚN AÑO Y SEXO	57
TABLA 16. FALLECIMIENTOS DE PERSONAS EN TARV ENTRE 2016-2020, SEGÚN AÑO, GRUPOS DE EDAD Y SEXO	61
TABLA 17. TASA MORTALIDAD* DEL VIH/SIDA A NIVEL NACIONAL, ENTRE 2016 Y 2020	63
TABLA 18. RESUMEN DE FALLECIMIENTOS POR AÑO ENTRE 2016 Y 2020	64
TABLA 19. PVIH EN HONDURAS ENTRE 2016 Y 2020	65
TABLA 20. TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA* POR VIH, ENTRE 2016 Y 2020	65



Siglas

ADN	Ácido desoxirribonucleico
ARV	Antirretroviral
BM	Banco Mundial
CESAMO	Centros de Salud con Médico y Odontólogo
CESAR	Centros de Salud Rurales
CLIPER	Clínicas Periféricas de Emergencia
CMI	Clínicas Materno Infantiles
COVID	Enfermedad por coronavirus
FUNDAUNAH	Fundación de la Universidad Autónoma de Honduras
HSH	Hombres que tiene sexo con hombres
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
IO	Infección Oportunista
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA
OSC	Organizaciones de Sociedad Civil
PNS	Programa Nacional de Promoción, Prevención y Control de ITS, VIH/sida.
PPL	Personas Privadas de Libertad
SESAL	Secretaría de Salud de Honduras
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIRI	Síndrome de Recuperación Inmune
TARV	Tratamiento/Terapia Antirretroviral
TPHA	Treponema Pallidum Haemagglutination
TSF	Trabajadoras Sexuales Femeninas
UAI	Unidad de Atención Integral
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



H
Salud



I. Presentación

La Consultoría Interdisciplinaria en Desarrollo –CID Gallup- presenta en este documento la situación sobre el diagnóstico tardío y la mortalidad hospitalaria y sus factores asociados en personas con VIH en Honduras.

Para cumplir con la meta, se entrevistaron un total de 365 personas que viven VIH (margen de error ± 5.13 puntos en sus resultados totales, nivel de confianza del 95%), se examinó además 537 expedientes médicos de personas con VIH que fallecieron entre 2016 y el 2020. Para ampliar el análisis de los datos recopilados, se encuestó a 46 profesionales en salud en diferentes SAI del país, así como la realización de 30 entrevistas en profundidad. El trabajo de campo se efectuó entre el 16 de marzo y el 3 de mayo de 2022 a nivel nacional por medio de entrevistas personales y telefónicas. Posterior al levantamiento de la información, se procesaron los datos para obtener las tablas estadísticas anexas y las matrices cualitativas, bases de este informe.

La Consultoría Interdisciplinaria en Desarrollo S.A. – CID/Gallup - agradece la confianza depositada en sus servicios y hace extensivo este agradecimiento a las personas participantes de la encuesta, quienes, con todo interés y entusiasmo, ofrecieron sus opiniones y experiencias sobre el tema. Para ampliar información expuesta, por favor comunicarse a info@cidgallup.com.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



II. Resumen Ejecutivo

Introducción.

Para el período de 2016-2020 de acuerdo con los registros hospitalarios de la SESAL se reportan un total de 825 muertes relacionadas al SIDA, con una tasa de mortalidad para el 2020 de 0.8% por 100,000 habitantes.

Objetivo.

Caracterizar la Mortalidad Hospitalaria por VIH y Diagnostico Tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas VIH de Honduras.

Materiales y métodos.

Se realizó la combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas; para el estudio cuantitativo se realizó un estudio retrospectivo, observacional descriptivo y analítico que incluyó la información de los registros de pacientes fallecidos con diagnóstico de infección por VIH hospitalizados en los Servicios de Atención Integral SAI; para la sección cualitativa se realizaron entrevistas en profundidad presenciales y/o virtuales en Servicios de Atención Integral a usuarios y prestadores de servicios de salud.

Resultados.

De los 537 registros de fallecimientos utilizados para el estudio, el 56.2% eran hombres y 43.8% mujeres, 41.2% procedían de Atlántida, 27% de los fallecimientos ocurrió en SAI E.S. Metropolitano, La Ceiba; el 23.5% de las muertes ocurrieron en el año 2019, 46% de los fallecimientos sucedieron en pacientes con un tiempo mayor de 5 años entre el inicio de TARV y la defunción. Además, el 68.7% no recibían TAR al momento de su muerte y el 52.3% de las causas de fallecimiento registradas se catalogan como eventos no definitorios de SIDA.

Discusión.

El fallecimiento en condición de diagnóstico tardío (23.84% de los casos) se asocia a la condición de seguimiento en TARV, por lo que el incentivo de las políticas públicas de visibilización y vinculación de las PVIH se muestra necesario de reforzar. La mortalidad hospitalaria además se asoció a la tuberculosis.

Palabras Clave.

VIH, sida, diagnóstico tardío, mortalidad hospitalaria.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



III. Contexto geográfico, demográfico y cultural de los centros de salud

Honduras se encuentra ubicada al medio de Centro América, tiene una extensión territorial de 112,492 Km²; y según el XVII Censo de Población, realizado por el INE, para el 2016 Honduras tenía una población estimada de 8.7 millones de habitantes.

Se divide política y administrativamente en 18 departamentos. Según el informe de Naciones Unidas cuenta con un IDH (Índice de Desarrollo Humano) de 0.634 en 2019, el país se encuentra en la posición 132 en la clasificación mundial. El aumento de la población en las áreas urbanas se ve agravado por los flujos migratorios desde el campo a la ciudad, para compensar necesidades insatisfechas que no necesariamente son suplidas, pues también en las ciudades hay hacinamiento, falta de acceso a los servicios básicos como agua, luz y saneamiento básico.

El idioma oficial es el español, aunque existe diversidad étnica donde algunos grupos conservan su lengua nativa como los garífunas y los misquitos ubicados en la zona costera atlántica de Honduras. De acuerdo con el informe del Banco Mundial, Honduras es un país de ingreso medio-bajo que se enfrenta a desafíos significativos, con cerca del 66 por ciento de la población viviendo en la pobreza en 2016, según datos oficiales. En zonas rurales aproximadamente uno de cada 5 hondureños vive en pobreza extrema o con menos de US\$1.90 al día¹.

A. El sistema de salud hondureño

De acuerdo con la información de la Secretaría de Salud SESAL, en Honduras el Sistema de Salud está conformado por todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones cuyo propósito principal es mejorar la salud de la población. Este sistema incluye organizaciones gubernamentales, grupos profesionales, agentes de financiamiento, organizaciones privadas, comunitarias y locales, y los proveedores de servicios públicos y privados.

El acceso a servicios permanentes de salud se sigue considerando que alrededor del 70 - 80% de los hondureños tienen algún tipo de cobertura como respuesta del sistema de salud, lo que incluye a los proveedores del sector público SESAL, IHSS y a los proveedores del sector privado, ya sea con fines de lucro, organizaciones de la sociedad civil (OSC), organizaciones no gubernamentales (ONG), y otras como las instituciones formadoras. De la población atendida, se estima que el 50-60% está cubierta por la SESAL, aproximadamente un 16% por el IHSS, y un 10-15% por el sector privado. Para el 2016, según datos proporcionados por la Dirección de Normalización de la Secretaría de Salud, el gasto total en salud fue de L.13, 557,860, 959 (USD589, 602,954).



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



B. Definición de caso SIDA

Fauci y Lane definen como Caso SIDA: a toda persona que presenta serología positiva para VIH con manifestaciones clínicas de inmunodeficiencia adquirida o con un conteo de linfocitos de TCD4 menos de 200 células/ml o con una carga viral mayor de 100,000 copias de ADN viral/mlⁱⁱ, ⁱⁱⁱ

C. El VIH y el SIDA en Honduras

La SESAL reporta un dato acumulado desde el año 1985 a abril de 2021 de 39,006 casos de VIH que incluyen los fallecidos desde el primer año, de los cuales 25,341 son infección avanzada y 13,665 son VIH asintomáticos. En los últimos 5 años el promedio de notificación de casos nuevos diagnosticados a nivel nacional fue de 1,100 casos por año. A finales de 2020 se han registrado por notificación, un total de 626 casos nuevos de VIH. Cabe mencionar, que la mayoría de los servicios que brinda atención en toda la red se vieron afectados por la pandemia de la COVID-19, en vista que el mayor número del personal de salud se integró a la implementación de estrategias de prevención ante dicha pandemia, además los desastres naturales de las tormentas que azotaron al país afectaron la detección y notificación de los casos de VIH.

Geográficamente, la epidemia se concentra en la zona atlántica y el corredor central, sin observarse cambios sustanciales en la tasa de notificación de casos VIH por departamento en los últimos 5 años. Comparando los años 2018 y 2019, se presenta una disminución en la notificación de casos en particular en el departamento de Cortés y Francisco Morazán, lo cual pudo estar influenciado tanto por los efectos de la pandemia por COVID-19 como los fenómenos naturales ETA e IOTA que disminuyeron las capacidades del país para realizar las pruebas de VIH para el diagnóstico de nuevos casos^{iv}

La epidemia del VIH en el país está concentrada en poblaciones clave, como un 11% de HSH, un 2% de mujeres trabajadoras sexuales, un 11% de mujeres trans, un 3% de población Garífuna y un 1% de personas privadas de libertad (PPL). A nivel general, en la población de 15-49 años, ésta es de 0.28 con una tasa de incidencia de nuevos casos fue de 0.1 por cada mil habitantes y una tasa estimada de mortalidad fue de 7.91 por cada 100,000 habitantes.^v



D. Personas vinculadas a la atención

De acuerdo con la SESAL los datos de las PVIH vivos en TAR y Pre TAR del total de personas que llegan al SAI, para el año 2019 se vincularon 11,885 (47%) PVIH y para el año 2020 fue de 11,967, lo que representa un 48% de las personas vinculadas.

El país continúa trabajando en aumentar el porcentaje de personas vinculadas por medio de estrategias como: tratamiento para todos, acompañamiento de las personas diagnosticadas por personal de las ONG's que apoyan la respuesta, y en algunos establecimientos por promotores de salud, navegadores en el caso específico de la población clave, fortalecimiento de la referencia respuesta, elaboración de material de información, educación y comunicación (IEC) para promocionar los servicios de atención de PVIH.

E. Personas en TAR

Según el registro de PVIH vinculadas y activas en TAR de la SESAL (personas que reciben su medicamento antirretroviral (ARV) menos de 90 días después de su última cita). En el 2019 se reportaron 11,849 (47%) PVIH en TAR incrementándose a 11,956 (48%) en el 2020. Para el año 2020 se tiene una brecha del 52% según las PVIH estimadas. En relación con las personas diagnosticadas y vinculadas a los SAI, el 99,9% se encuentra en TAR. La sobrevida de las personas a los 12 meses de iniciada la TAR (año 2019) es aceptable, si consideramos que alcanzó al 82.6%^{vi}.

Se continúa trabajando en aumentar el porcentaje de retención por medio de estrategias como son: Compra de ARV, monitoreo de abastecimiento en la red de servicios, apertura de nuevos SAI, ampliación de horario en la atención a PVIH, entrega comunitaria de medicamentos ARV (producto de la emergencia por la COVID-19 y los desastres naturales ETA e IOTA), búsqueda de personas perdidas en seguimiento y abandonos a la terapia, fortalecimiento en adherencia por medio de consejería de seguimiento, se elaboró el plan de Monitoreo Nacional de Optimización el uso del ARV Tenofovir 300mg, Lamivudina 300mg y Dolutegravir 50mg (TLD) que apoyará en mejorar la retención de las personas en TAR. Es necesario enfocar los esfuerzos en el tema del abandono y adherencia con el fin de cerrar la brecha ya que algunas de estas estrategias no están siendo implementadas en toda la red de servicios.



f) Supresión de la carga viral

Un Sub Estudio de la SESAL sobre la cascada del continuo de atención que toma información del Laboratorio Nacional de VIH indica que se reportaron 9,071 PVIH con carga viral suprimida en el 2019, disminuyendo a 8,196 en el año 2020, representando un 36% del total de PVIH estimadas, registrando una brecha de 64%. En relación con todas las personas que están recibiendo TAR en los SAI, el porcentaje es de 68% para el año 2020, registrando una brecha del 32%

Dentro de las intervenciones adoptadas para mejorar la supresión viral, se elaboró el Plan de Fortalecimiento de los servicios de carga viral de VIH en Honduras, con el fin de optimizar el monitoreo del TAR a través del uso eficiente de las pruebas de carga viral, siendo uno de los objetivos la implementación de la consejería intensificada en adherencia, identificándola como una estrategia que permite detectar o confirmar el fracaso virológico y el cambio de esquema de TAR de forma oportuna hasta lograr la supresión viral. Por lo cual en julio de 2020 se aprobó la Guía de Consejería Intensificada en Adherencia (CIA) para el fortalecimiento de la supresión viral en PVIH la cual tiene como objetivo brindar las orientaciones básicas para la aplicación del servicio de CIA para alcanzar la supresión viral en PVIH que reciben TAR.^{vii}

F. Mortalidad hospitalaria relacionada por causa de SIDA

Martin et al, refiere que, en 1996, la introducción de los esquemas antirretrovirales combinados con la terapia antirretroviral altamente activa (TARV) tuvo un gran impacto en la mejora del pronóstico de la infección por VIH. El uso continuo de la TARV produjo una disminución significativa en la morbilidad y mortalidad de los pacientes con VIH en los países donde se escaló rápidamente en el acceso a estos esquemas, principalmente en los de ingresos altos. En los primeros años del siglo XXI se desarrolló un movimiento internacional para incrementar el acceso a la TARV de pacientes en países de ingresos medios y bajos^{viii}.

Según la SESAL en Honduras, durante el período de 2016-2020, según datos proporcionados por los registros hospitalarios, se reportaron 825 muertes relacionadas al SIDA, presentándose una disminución en la tasa anual de mortalidad al comparar las tasas anuales en ambos períodos. En el 2020 se reportó una tasa de 0.8% por 100,000 habitantes^{ix}



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



El análisis epidemiológico de 2016 a 2020 realizado por la SESAL indica que el COVID-19 trae además, desafíos al país que se suman a la notificación tardía, el llenado incompleto del acta de defunción, usuarios que al momento de ingreso al hospital no informan su diagnóstico por el estigma y discriminación que limita categorizar la mortalidad relacionada a causas por SIDA, además de que no se cuenta con registro de las personas que mueren en la comunidad, lo cual representa grandes retos para el país en generar la información de mortalidad no solo a nivel hospitalario, sino también a nivel de las comunidades^x

Para el año 2019 en el país, un total de 11,667 personas recibieron terapia antirretroviral y 8,596 personas tuvieron examen de carga viral menor de 1000 copias/ml. En un estudio de resistencia del 2016-2017 de la SESAL, se determinó que existe resistencia del VIH en pretratamiento en el país, con una prevalencia de 29.1%. Es decir, 3 de cada 10 personas son resistentes a la terapia ARV con Efavirenz; resistencia adquirida a los 12 y 48 meses en personas con VIH con carga viral mayor a 1,000 copias/ml de 77% y 72.7%, respectivamente (Secretaría de Salud de Honduras, 2018). Eduardo H. Retes indica en su artículo publicado en 2020, que Honduras ha realizado avances importantes en el manejo del VIH. El país financia la compra del 98% de los medicamentos de ARV con fondos nacionales. Según su artículo, en 2019, el país introdujo el Dolutegravir para evitar la resistencia a los ARV, mejoró la atención en los servicios de salud e implementó intervenciones técnicas costo efectivas en proyectos piloto^{xii}.

Aunque no existen datos a nivel nacional, la referencia latinoamericana más cercana indica que en México, según Martín-Onraet et al, a pesar del acceso a la TARV por más de 10 años, las causas de muerte hospitalaria en pacientes con VIH siguen siendo eventos definitorios de SIDA. Se identificó un alto porcentaje de muertes potencialmente prevenibles que reflejan la existencia de pacientes graves con diagnóstico tardío que no fueron enlazados a la atención médica oportunamente.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



IV. Pregunta de Investigación

Durante este estudio, se pretende establecer ¿Cuáles son las características del diagnóstico de los pacientes con infección por VIH que fallecen durante una hospitalización?, así como las principales causas de muerte y el tiempo entre el diagnóstico de VIH y el ingreso a la atención médica, en Honduras.

V. Objetivos

A. Objetivo General

Caracterizar la Mortalidad Hospitalaria por VIH y Diagnostico Tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas VIH de Honduras.

B. Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada por VIH y su tendencia en los últimos cinco años, en una muestra representativa de centros que brindan servicios integrales de atención al VIH.
- Establecer los factores asociados con diagnóstico tardío y enfermedad avanzada por VIH y mortalidad hospitalaria por VIH.
- Profundizar sobre las barreras y limitantes que tienen las personas con VIH para acceder, de forma temprana y oportuna al diagnóstico de VIH, sus comorbilidades y a servicios de atención integral, por poblaciones clave.
- Determinar la tasa de mortalidad hospitalaria por VIH y su tendencia en los últimos cinco años.
- Establecer las características clínicas y epidemiológicas de la mortalidad hospitalaria por VIH en una muestra representativa de centros que brindan servicios integrales de atención al VIH.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



VI. Metodología

Para el cumplimiento de los objetivos planteados, se realizó la combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas para la recolección de la información necesaria, que permitió el análisis complementario de los datos.

A. Estudio cuantitativo

a. Fase documental

Para realizar la caracterización, asociación de factores y recolección de datos históricos de muertes por VIH, se realizó un estudio retrospectivo, observacional descriptivo y analítico que incluyó la información de los registros de pacientes fallecidos con diagnóstico de infección por VIH hospitalizados en los Servicios de Atención Integral SAI.

La revisión de estos expedientes ayudó a determinar los siguientes aspectos importantes de la investigación:

- Características clínicas y epidemiológicas de la mortalidad hospitalaria por VIH de centros que brindan servicios integrales de atención al VIH.
- Factores asociados con mortalidad hospitalaria por VIH.
- Frecuencia de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada por VIH y su tendencia en los últimos cinco años.
- Tasa de mortalidad hospitalaria por VIH y su tendencia en los últimos cinco años.

b. Fase descriptiva transversal

La fase descriptiva se enfocó principalmente en el levantamiento de la información por medio de un estudio transversal descriptivo a cara a cara para profundizar en la caracterización de las personas VIH positivo y su situación con respecto al diagnóstico recibido, comorbilidades y demás factores a encontrar.

La recolección de esta información permitió la comparación con la información de los registros mediante una metodología de casos y controles, para buscar factores de asociación tanto para mortalidad como para diagnóstico tardío.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



A través de las encuestas se determinó los siguientes aspectos importantes de la investigación:

- Frecuencia de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada por VIH.
- Factores asociados con diagnóstico tardío y enfermedad avanzada por VIH.
- Barreras y limitantes que tienen las personas con VIH para acceder, de forma temprana y oportuna al diagnóstico de VIH, sus comorbilidades y a servicios de atención integral, por poblaciones clave.

B. Estudio cualitativo

Se implementó un componente cualitativo mediante entrevistas en profundidad presenciales y/o virtuales en Servicios de Atención Integral. Dichas entrevistas en profundidad se realizaron con pacientes VIH positivos que se encuentran actualmente hospitalizados en las unidades de atención integral, las cuales fueron complementadas con entrevistas a informantes clave que forman parte de instituciones de salud, gobierno, ONGs y demás entes que están involucrados en el tema, así como con familiares de las personas que se encuentran hospitalizadas y/o que mueren a causa de la enfermedad.

A través de las entrevistas se pretende conocer y profundizar sobre las barreras y limitantes que tienen las PVIH para acceder, de forma temprana y oportuna al diagnóstico de VIH, así como sus comorbilidades.

C. Población y muestra

El universo total de estudio son las personas reportadas con un diagnóstico VIH positivo en los últimos 5 años, así como pacientes que ingresaron al sistema de salud, hospitalizados por síntomas de VIH u otra enfermedad o coinfección causada por su estatus de VIH positivo.

Para el componente documental cuantitativo se tomaron como base los registros de los pacientes que fallecieron en la institución hospitalaria del listado de los 58 Servicios de Atención Integral (ver tabla 1).

El universo para las encuestas del componente transversal serán los pacientes VIH positivo, reportados en los últimos 5 años a nivel país, una población aproximada de 5,600 personas, asumiendo un promedio anual de 1,100 casos nuevos, de acuerdo con los reportes de la Secretaría de Salud. Dentro de este universo se encuentran incluidos pacientes que forman parte de los Servicios de Atención Integral. Se complementó, además, con encuestas a informantes clave, personal calificado de los establecimientos de salud.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



Para el componente cualitativo, se utilizó como universo, quienes actualmente se encuentran internados en las instituciones con diagnóstico positivo para VIH o quienes reciben están registrados en el sistema de atención integral.

Tabla 1. Centros hospitalarios con PVIH.

SAI	Departamento	Fallecimiento por VIH 2020
SAI Hospital General Atlántida	Atlántida	0
SAI Hospital Tela	Atlántida	21
SAI Metropolitano La Ceiba	Atlántida	36
SAI Sambo Creek, Atlántida	Atlántida	2
SAI San Juan Pueblo, Atlántida	Atlántida	1
SAI Hospital Salvador Paredes		8
SAI Limón, Colón	Colón	4
SAI Tocoa	Colón	7
SAI Hospital Santa Teresa, Comayagua	Comayagua	7
SAI José María Ochoa, Comayagua	Comayagua	0
SAI MESU Siguatepeque, Comayagua	Comayagua	0
SAI Copan Ruinas	Colón	1
SAI Hospital de Occidente, Copan	Copan	13
SAI Choloma, Cortes	Colón	1
SAI Hospital Puerto Cortes	Cortes	16
SAI Villanueva, Cortes	Colón	0
SAI Cofradía, Cortes	Colón	1
SAI El Carmen, Cortes	Cortes	0
SAI Hospital Leonardo Martinez		0
SAI Hospital Mario Catarino Rivas		38
SAI IHSS San Pedro Sula	Cortés	7
SAI MESU SPS	Colón	7
SAI Miguel Paz Barahona		3
SAI El Triunfo, Choluteca	Choluteca	0
SAI Hospital del Sur, Choluteca	Choluteca	13
SAI Centro Penitenciario Moroceli La Tolva		0
SAI Hospital Gabriela Alvarado		10
SAI Luis Lazo Arriaga, Choluteca	Choluteca	0
SAI El Jicarito, Francisco Morazán	Francisco Morazán	0
SAI Guaimaca, Francisco Morazán	Francisco Morazán	2
SAI Sabanagrande, Francisco Morazán	Francisco Morazán	0
SAI Alonso Suazo, Tega	Tega	8
SAI El Carrizal, Tega	Tega	1



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud



SAI El Manchen, Tega	Tega	0
SAI El Pedregal, Tega	Colón	0
SAI Flor del Campo, Tega	Tega	0
SAI Hospital Escuela, Tega	Tega	23
SAI IHSS TGU	Colón	4
SAI INCP, Tega	Colón	21
SAI Brus Laguna, Gracias a Dios	Gracias a Dios	1
SAI Hospital Puerto Lempira	Lempira	8
SAI Raya, Gracias a Dios	Gracias a Dios	0
SAI Hospital Enrique Aguilar Cerrato	Cerrato	0
SAI Guanaja	Guanaja	1
SAI Hospital de Roatán	Islas de la Bahía	12
SAI Los Fuertes, Islas de la Bahía	Islas de la Bahía	0
SAI Oak Ridge, Islas de la Bahía	Islas de la Bahía	1
SAI Utila, Islas de la Bahía	Islas de la Bahía	0
SAI Hospital Roberto Suazo Cordova		3
SAI Hospital Juan Manuel Gálvez		1
SAI Hospital San Marcos de Ocotepeque	Ocotepeque	6
SAI Hospital San Francisco, Olancho	Olancho	1
SAI Hospital Santa Barbara	Santa Bárbara	10
SAI La Trinidad, santa Barbara	Santa Bárbara	0
SAI Hospital San Lorenzo, Valle	Valle	8
SAI Hospital Aníbal Murillo		13
SAI Hospital El Progreso, Yoro	Yoro	9
SAI Hospital Manuel de Jesus Subirana		3

Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud de Honduras.



D. Método de muestreo

Para cada tipo de estudio se realizó metodologías diferentes:

1. Componente cuantitativo:

a) Fase documental

Debido a la cantidad de muertes por año registradas y previendo que no todos los registros tengan toda la información adecuada para el análisis se realizó una metodología de uso de todos los datos “*take all approach*”, de manera que la información permitiese una *n* mayor y por lo tanto una mayor robustez al momento del análisis. Así mismo, esto permitió un mayor margen de flexibilidad en caso de información incompleta, no respuesta oportuna, los expedientes estén dañados o perdidos.

b) Encuesta transversal

(1) Método de muestreo

Probabilístico, cálculo del tamaño de muestra y asignación proporcional de la misma de acuerdo con las variables de interés.

(2) Cálculo del tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de muestra, se utilizó la fórmula muestral para la estimación de una proporción de poblaciones finitas

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}\right)}$$

Donde:

-
- Z** Cantidad de desviaciones estándar
 - P** es la prevalencia teórica (se coloca el valor máximo)
 - E** Es máximo error permisible (precisión)
 - N** es el tamaño poblacional
-



Los parámetros utilizados para la estimación de la muestra de personas VIH son los siguientes:

	PVIH
Z	1,96
P	0.5
E	5%
N	5,600
N	360

Estos resultados arrojan una muestra de 360 PVIH (denominado de ahora en adelante “muestra 1”, el cual fue el mínimo de encuestas de acuerdo al diseño propuesto, durante la aplicación se realizó 565 encuestas). De manera complementaria se realizó 46 encuestas a personal clave de las instituciones (desde ahora “muestra 2”), a voluntad de las personas informantes de participar en el estudio.

La tabla 2 detalla las características del diseño muestral:

Tabla 2. Diseño muestral

Cobertura Geográfica	Nivel Nacional, Honduras
Técnicas de recolección de datos	de Estudio Transversal Descriptivo de Encuestas cara a cara y/o telefónicas
Informantes	<ul style="list-style-type: none"> • Centros que brindan servicios de atención integral al VIH. • Hombres denominados “HSH” • Mujeres transexuales • Trabajadoras sexuales • Garífunas
Muestra	<p>Honduras registra en promedio 1,100 casos de VIH/SIDA a nivel nacional al año, según datos oficiales de la Secretaría de Salud, lo que hace un aproximado de 5,600 en los últimos 5 años.</p> <p>Contamos con 58 sitios en donde se brinda atención a las personas viviendo con VIH, pero en 25 de ellos se concentra aproximadamente el 80% de la población viviendo con VIH.</p> <p>Tomando en consideración estos datos, se realizó 400 encuestas con un margen de error de 5% y un 95% de confianza.</p> <p>Estas encuestas se segmentarán de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 360 encuestas a personas con VIH (muestra 1) • 40 encuestas a personal de los centros que brindan atención integral al VIH (muestra 2)

Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.



La cantidad de personal en campo para el presente estudio es de: 10 personas, dividida en parejas por cada centro. Dos personas por centro asistencial.

2. Componente cualitativo

Para que la información sea representativa de cada población a entrevistar, se realizó un total de seis entrevistas con cada población clave, para así tener distintos puntos de vista, y una base robusta al final de 30 entrevistas de país. Dentro del total de centros hospitalarios en donde se encuentran internados pacientes con VIH, se realizó una selección aleatoria para realizar una entrevista en cada centro. (ver tabla 3).

Tabla 3. Distribución de entrevistas en profundidad, según tipo de informante

Estratos	Cantidad de entrevistas
HSH	3
Trans	3
Trabajadoras Sexuales	3
Garífunas	3
Heterosexuales	3
Familiares de PVIH fallecidas (uno de cada tipo de población: HSH, Trans, Trabajadoras sexuales, Garífunas, Heterosexuales)	5
Población en riesgo con diagnóstico tardío (uno de cada población: HSH, Trans, TSF, Garífunas, Heterosexuales)	5
Población sobreviviente a enfermedad severa y hospitalización a causa del VIH (uno de cada población: HSH, Trans, TSF, Garífunas, Heterosexuales)	5
Total	30

Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

a) Método de recolección de datos

Para la recolección de datos se realizó:

- Hoja de recolección de datos de registros
- Encuesta cara a cara o vía telefónica (dependiendo de la disponibilidad del respondiente)
- Guía de entrevista a profundidad



E. Variables

Los indicadores generados en este estudio se basan en los objetivos de la investigación, por lo que se describen a continuación:

1. Definición conceptual/Definición operativa:

La tabla 4 muestra el indicador y su definición conceptual/operativa expuesta en la metodología.

Tabla 4. Operacionalización de indicadores

INDICADORES	DESCRIPCIÓN	MEDIDA	OBJETIVO
Diagnóstico tardío VIH	Porcentaje de personas que tuvieron un diagnóstico positivo al VIH de manera tardía.	Numerador: fallecimientos hospitalarios que ocurrieron en pacientes con menos de seis meses de TARV o sin tratamiento y que tuvieran cifras de linfocitos T CD4+ al momento del diagnóstico o del internamientos inferiores a 350 cel/mm3 <u>(si la información está disponible en registros)</u> Denominador: Total de personas con diagnóstico VIH positivo fallecidas, según los registros de 2016 a 2020.	Determinar la frecuencia de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada por VIH y su tendencia en los últimos cinco años
Mortalidad hospitalaria por VIH	Tasa de mortalidad hospitalaria en pacientes VIH positivos	Numerador: Fallecimientos de pacientes con un diagnóstico VIH positivo a nivel nacional de 2016 a 2020. Denominador: Total de casos VIH positivos reportados a nivel nacional de 2016 a 2020.	Determinar la tasa de mortalidad hospitalaria por VIH y su tendencia en los últimos cinco años.

Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



F. Consideraciones éticas

Fueron considerados y vigilados los principios éticos para garantizar los derechos humanos de los y las participantes en estudios de este tipo, por lo anterior el protocolo se sometió al Comité Nacional de Ética en Salud para su aprobación, para así salvaguardar la integridad de las personas que colaboran en el estudio.

Todos los aspectos de la encuesta se presentaron en la hoja de consentimiento informado, los cuales fueron obtenidos antes de cualquier procedimiento; es decir antes de haberse establecido la participación de cualquier persona. En el consentimiento informado se hizo explícitos los riesgos y beneficios tanto en la entrevista cualitativa, así como del levantamiento de los datos de registros. Una hoja de consentimiento se utilizó para la entrevista de comportamiento y se entregó una carta de compromiso a las instituciones hospitalarias que brinden acceso a los registros para el componente cuantitativo en la cual se establecen los procedimientos a seguir para mantener la confidencialidad de los datos.

La participación en las encuestas es voluntaria, de tal modo que los PVIH siempre tuvieron la oportunidad de rehusarse a participar al ser contactadas por primera vez, o después que el procedimiento de estudio haya sido explicado con detalle mediante el consentimiento.

El entrevistador preguntó si el contenido del documento ha sido comprendido. El consentimiento informado será firmado por las PVIH en un área privada para proteger su anonimato.

A todas las PVIH se les entregó una copia del consentimiento informado, para que tengan constancia de que su participación fue voluntaria, la cual también incluyó la información del responsable de la encuesta, para cualquier consulta posterior.

La hoja de consentimiento informado se almacenó por separado de la entrevista.

Para garantizar el anonimato de cada PVIH, los nombres de los y las participantes, e información de identificación no fueron incluidos en las entrevistas o en cualquier formato de seguimiento. Las entrevistas se marcaron con un código. Se usaron etiquetas con los números de los códigos: uno en la entrevista y los demás en los formatos de seguimiento de VIH.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



G. Análisis de los datos

Se obtuvieron de los expedientes los datos demográficos y clínicos disponibles, fecha de defunción, historia de TARV (inicio y finalización del tratamiento) y causas y circunstancias de defunción.

Se caracterizó cada deceso dentro del continuo de la atención médica estableciendo en qué momento de este continuo ocurrió la defunción con respecto al TARV. Se determinó el número de pacientes que fallecieron en condición de diagnóstico tardío según las variables propuestas (habiendo iniciado en forma reciente dentro de los últimos seis meses).

El análisis descriptivo se realizó utilizando medidas de tendencia central. Para las pruebas estadísticas, se utilizó pruebas de Chi cuadrado para las variables categóricas, o U de Mann Whitney para las variables continuas. Se realizó un modelo de regresión logística bivariado para identificar los factores relacionados con muertes potencialmente prevenibles. El análisis estadístico se llevó a cabo con el software SPSS versión 20.0.

H. Limitaciones

Se reconoce limitaciones contextuales y estructurales con los datos hallados. Principalmente en la recolección de datos desde los expedientes de personas fallecidas; por tanto, el análisis se fundamentó en la propuesta de este estudio del “*take all approach*”: abordar la mayor cantidad de información disponible. Es conocido el fenómeno del subregistro con respecto al tema del VIH/sida a nivel latinoamericano^{xiii} y es importante señalar los retos de registro para los esfuerzos de análisis de datos.

En este caso, la disponibilidad de la información en los expedientes consultados, se caracterizó de la siguiente manera:

Los expedientes contenían los registros de la atención brindada al fallecer, no necesariamente los registros de la atención dada previamente, conteo linfocitos CD4 sobre el diagnóstico u historial de la atención de comorbilidades. De esta, manera, los datos de los expedientes caracterizan, de mejor manera, la atención previa al fallecimiento y con base en esto; para satisfacer la variable propuesta de diagnóstico tardío, se consideró como elemento principal la diferencia entre la fecha de fallecimiento y la de inicio de TARV. De igual forma, los datos demográficos de los fallecidos no se detallaron en todos los expedientes, por lo que el registro de poblaciones vulnerables no es trazable desde esta fuente. De estas condiciones, se desprenden recomendaciones al respecto que incluso consideran el estigma sobre la enfermedad a la hora de registrar muertes que reconoce la OMS^{xiv}. Se intentó rescatar información sobre otras variables como la pertenencia a poblaciones vulnerables (HSH, trabajadoras de sexo, trans, garífunas) sin embargo, los registros son muy pocos y no se puede establecer análisis representativo.



VII. Resultados

A. Diagnóstico tardío y enfermedad avanzada por VIH

1. Caracterización de los centros de salud

A manera de contexto, se definen a continuación, características administrativas del conjunto de los centros de salud con los que se trabajó, así como características socioculturales de las comunidades para mayor comprensión del entorno social y físico.

Administrativamente, la SESAL cuenta con 28 hospitales, 252 Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO), 1058 Centros de Salud Rurales (CESAR), 32 Clínicas Materno Infantiles (CMI), 4 Clínicas Periféricas de Emergencia (CLIPER) y 14 Consejerías de Familia especializadas en el manejo de la violencia intrafamiliar^{xv}. Actualmente todos circunscritos en el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2018-2022 y el Plan Operativo Anual (POA), del cual se desprende el objetivo estratégico siete: “mejorar el control y manejo de enfermedades infecciosas priorizadas” y sus indicadores relacionados al VIH/Sida “Porcentaje de personas con VIH/Sida en terapia antirretroviral”, “Tasa de prevalencia de VIH/Sida en población de 15 a 49 años” y “Número de casos nuevos por VIH/Sida”^{xvi}, los cuales se han comportado de la siguiente manera de 2017 al 2022. (ver tabla 5).

Tabla 5. Indicadores del objetivo estratégico 7 relacionados al VIH (PEI)

Indicadores	2017	2018	2019	2020	2021
	(línea base)				
7.1 Porcentaje de personas con VIH/sida en terapia antirretroviral	78%	53%	60%	67%	74%
7.4 Tasa de prevalencia de VIH/sida en población de 15 a 49 años	0.4	0.33	0.32	0.31	0.30
7.5 Número de casos nuevos por VIH/sida	1164	823	620	563	535

Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021. Elaboración propia con datos del Plan Estratégico Insitucional 2018-2022 de la Secretaría Salud.^{xvii}

Por otro lado, según las personas encuestadas en este estudio, los SAI, hospitales u otros establecimientos de salud en los que se realizaron la prueba; 30% visitó el Hospital Escuela Universitario (HEU), el 12% en Hospital Mario Catarino Rivas, 7% no pudo especificar en cuál SAI se realizó la prueba, otro 7% acudió a una clínica o laboratorio privado, un 5% visitó el Centro de Salud Alonso Suazo, 4% acudió al Instituto Nacional Cardiopulmonar, 4% en el Hospital Seguro Social (IHSS), 3% en el Centro de Salud del Manchen y el porcentaje restante se distribuye entre otras ubicaciones con un reporte de 2% o 1% cada una (ver gráfico 1). Con esto, se perfilan las principales menciones como los SAI a caracterizar a continuación.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



a) Hospital Escuela Universitario (HEU)

Se ubica en el Distrito Central Francisco Morazán. Se fundó bajo convenio suscrito el nueve de agosto de 1968, entre la Universidad Autónoma de Honduras (UNAH) y la Secretaría de Estado en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Honduras. El HEU cuenta con capacidad instalada para 1125 camas censables, 79 no censables, distribuidas en 48 salas de hospitalización. Por sobredemanda, maneja un mayor número de camas (1,349). Ofrece servicios y asistencia en seis especialidades y 55 subespecialidades. Cuenta además con 3 clínicas periféricas para atender sectores de gran demanda: Las Crucitas en la zona Norte en Comayagüela, El Sitio en la salida al Municipio de Valle de Ángeles y Hato de En medio en la salida Oriente de Tegucigalpa.^{xviii}

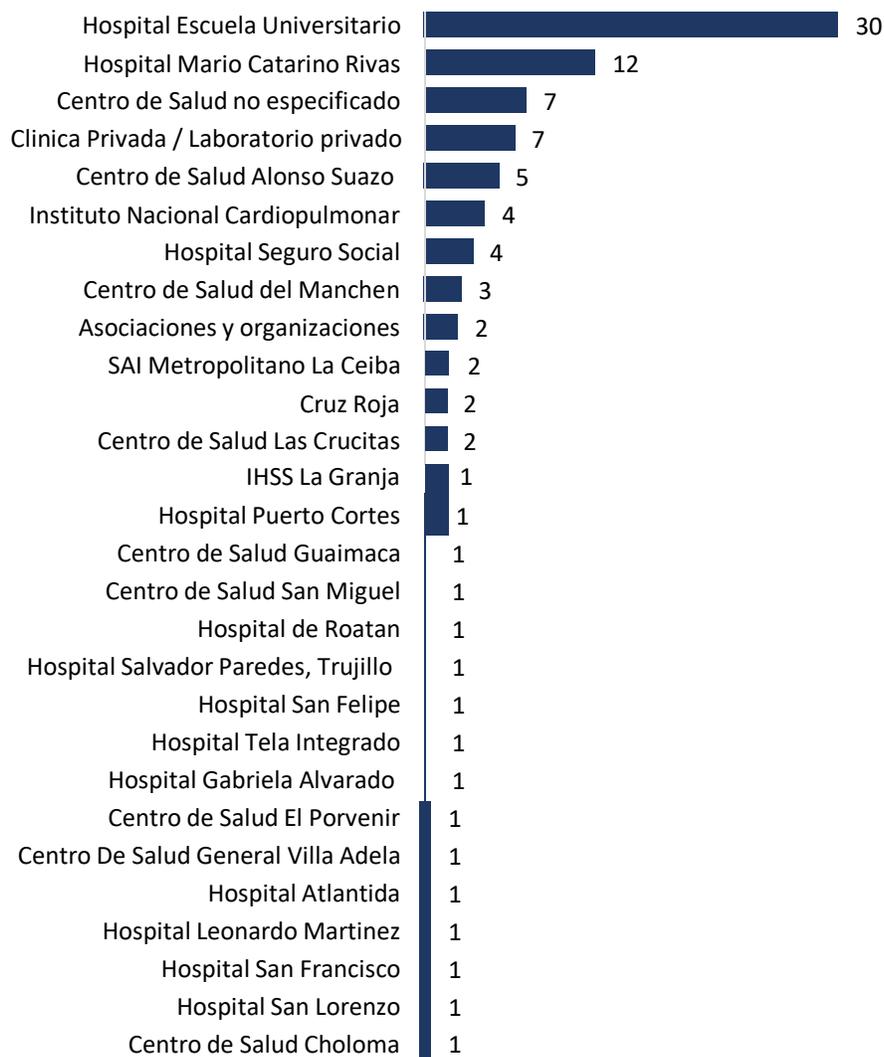
b) Hospital Mario Catarino Rivas (HMCR)

El HMCR se ubica en San Pedro Sula, en el Departamento Cortés Honduras. Fundado en 1990, se articula con otros establecimientos según la demanda de los usuarios de la zona noroccidental del país. Es el centro con la mayor cohorte de pacientes con VIH que reciben atención médica no solo por el control de VIH, sino también por otras infecciones oportunistas. Del total de estos pacientes que atiende, el 69% son hombres entre los 21 y 40 años.^{xix}



Gráfico 1. Centro de salud en el que se realizó su última prueba de VIH (muestra 1)

-Porcentajes, principales menciones-



Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Pregunta: ¿Cuál es la ocupación o tipo de trabajo que realiza?



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



c) *Centro de Salud*



Alonso Suazo (CSAS)

Conocido popularmente como “la sanidad”. Tiene más de 53 años de fundado y mensualmente atiende más de 13,000 consultas de pediatría, dermatología, odontología, vacunación infantil y en población de riesgo, atención a adolescentes, tercera edad, personas embarazadas, ultrasonido, laboratorio, atención a personas que viven con VIH-Sida, cirugía, entre otros. Cuenta con la Clínica de Vigilancia Centinela para las Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS) y con la clínica de atención a la mujer que sufre violencia.^{xx}

d) *Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP)*

Se fundó en 1948 bajo el nombre de Sanatorio para pacientes tuberculosos, sin embargo, según Decretos Ejecutivos, cambia su nombre a Instituto nacional del Tórax y posteriormente a Instituto Nacional Cardiopulmonar en 1992. En su línea No. 3 de investigación se destacan las enfermedades infecciosas y prioridades de investigación, cuyos temas número tres (tuberculosis MDR) y siete (antirretrovirales) y ocho (infecciones oportunidad en VIH/SIDA) se relacionan a lo tratado en este estudio.^{xxi}

e) *Hospital Seguro Social en Tegucigalpa Barrio Abajo (IHSS)*

En 1962 se inauguró el Hospital General del IHSS en Barrio Abajo, bajo la dirección del Dr. Juan Andoni Fernández. El desarrollo institucional del Hospital va de la mano al desarrollo de la seguridad social en Honduras^{xxii}; de esa forma, los retos de la salud pública en temas de financiamiento se manifiestan en la atención que ofrece el IHSS: según el Banco Mundial (BM) el país cuenta con 0.6 camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes^{xxiii}. El sistema de recaudación afecta a los hogares más pobres^{xxiv}, el desfalco de la institución mediante enriquecimiento ilícito por al menos 266 millones de dólares durante la administración 2010-2014 y los actos de corrupción de INVEST-H para con los fondos de la salud pública durante el manejo de la pandemia en 2020^{xxv} han afectado el cumplimiento de sus principios de universalidad, prevención, eficiencia, suficiencia y sostenibilidad, transparencia, planificación y corresponsabilidad^{xxvi}.

Con respecto al contexto sociocultural, se conoce^{xxvii} que el pueblo de San Pedro Sula (SPS) fue el primer centro de influencia de VIH/Sida en el país. SPS, como centro demográfico con cercanía a Comayagua, Olancho y El Paraíso; locaciones elegidas para el asentamiento de bases militares estadounidenses entre 1979 y 1989 por la guerra de la contrarrevolución nicaragüense. Para 1994 Tegucigalpa mostraba números similares a los ya vistos en SPS, los cuales fueron tratados con incredulidad por estadistas, líderes políticos y la población en general; aportando a un fuerte (auto)estigma; Fernández en su artículo caracteriza potentemente el fenómeno, del que aún la sociedad hondureña no puede librarse: “la muerte social y la biológica iban de la mano”^{xxviii}.



Durante la primera década del nuevo siglo se evidenció un cambio cualitativo en la atención estatal y social de la pandemia; en 2002 se atendía a 40 pacientes PVIH y para 2012 se brindaba servicios a más de 8,000 personas a través de la infraestructura de los SAI^{xxxix}. El enfoque institucional y de las organizaciones de la sociedad civil fue el de la democratización del acceso a tratamiento antirretroviral y la instauración de programas de prevención de transmisión materna-infantil. A partir de 2010, el desfaldo de los fondos para la salud pública, así como organizaciones del rubro con altibajos organizativos^{xxx} han dado una tónica, según Retes^{xxxix}, de olvido con efectos en el control de la pandemia.

Para 2019 se reportó que el 60% de las personas que viven con VIH en Honduras ha sufrido discriminación alguna vez y con respecto a los 12 meses previos a ese estudio, un tercio de las personas ha sido expuesto a eventos discriminatorios, con mayor incidencia entre personas transgénero^{xxxii}. El contexto sociocultural en el que, como sociedad hondureña, hemos generado estereotipos y prejuicios sobre las PVIH, ha afectado su capacidad de, por ejemplo, producir (aplicar y obtener un empleo)^{xxxiii}, de relacionarse en reuniones sociales o de buscar atención médica^{xxxiv}; generando que se aíslen y que se priven de relaciones sexuales y afectivas^{xxxv}. En este mismo Índice de Estigma en personas que viven con VIH. Índice 2.0, se evidenció que el autoestigma y el estigma externo intervienen en el alcance y retención de PVIH al diagnóstico y tratamiento antirretroviral con el sistema de salud, pues los conocimientos sobre los beneficios de TARV han sido socializados^{xxxvi}. Estas condiciones están relacionadas a lo que el conjunto de profesionales en salud (muestra 2) enunció sobre cuáles son las principales razones del diagnóstico tardío: el miedo a conocer el estado serológico (50.0%) y no reconocer síntomas a tiempo (26.1%) (ver gráfico 2).

Gráfico 2. Dificultades que enfrentan las PVIH para conocer su diagnóstico VIH positivo a tiempo, según informantes clave (muestra 2)

-Porcentajes, respuesta múltiple-



Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Pregunta: ¿Cuál considera que es la mayor dificultad para que las PVIH detecten a tiempo su estado positivo?



2. Frecuencia de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada por VIH

La frecuencia de diagnóstico tardío se determina según el indicador y su definición conceptual/operativa expuesta en la metodología (Tabla 4). Para su cálculo, se realizó una revisión de 1590 expedientes médicos, de los que se extrajo la mayor cantidad de datos posibles. Los expedientes no contaban con todos los datos asociados al diagnóstico tardío. Principalmente, no se pudo determinar valores de linfocitos CD4 en los registros ni fecha de diagnóstico (notificación) serológico positivo en VIH; de esa forma el tiempo en TARV con respecto a momento de la defunción (según la operacionalización) pasa a ser la principal característica del indicador. Del total de expedientes, se excluyeron los fallecimientos en 2021 y 2022, y anteriores al 2016. En la tabla 6 se sintetiza el reporte de expedientes según la información contenida:

Tabla 6. Caracterización de los expedientes según la información contenida

Expedientes a los que se pudo acceder*	1590
Expedientes cuyas defunciones ocurrieron entre 2016 y 2020	1412
Expedientes con datos sobre TARV (inicio y fin de TARV OR rechazo TARV)	875
Total expedientes que cumplen los criterios de los indicadores	537

Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud de Honduras.

*Aunque la información perteneciente a poblaciones vulnerables no se encontró como un criterio de registro en los expedientes, se resume de forma ilustrativa otros demográficos encontrados en el total de expedientes (n=1590) a los que se tuvo acceso: 18 personas garífunas (1.32%), 1 persona misquito (0.06%), 13 bisexuales (0.82%) y 46 homosexuales (2.89%). Debido al subregistro, no se puede establecer relaciones ni cálculos estadísticos, por lo que estas variables no se consideraron como criterios de selección.

De esa manera, se contó con 537 expedientes con los datos suficientes para determinar los indicadores del estudio. De estos, 219 expedientes (40.8%) son de SAI en Atlántida, 68 expedientes (12.7%) fueron fallecimientos en SAI de Choluteca, 61 expedientes (11.4%) de SAIS ubicados en Francisco Morazán, 51 expedientes (9.5%) del departamento de Colón, 45 expedientes (8.4%) de SAI del departamento de El Paraíso, 30 fallecimientos (5.6%) ocurrieron en el departamento de Valle, 20 decesos (3.7%) en Comayagua, 18 fallecimientos (3.4%) en Yoro, 17 (3.2%) en Islas de Bahía, 5 muertes (0.9%) en Cortés, 2 muertes (0.4%) en La Ceiba y finalmente, un fallecimiento (0.2%) ocurrió en el departamento de Santa Bárbara.

Según el SAI de donde provienen los expedientes, el SAI del E. S Metropolitano concentra la mayor proporción de ellos, con 147 (27.4%), seguido del H. Regional del Sur con 68 expedientes (12.7%) y el H. Tela con 56 expedientes (10.4%). Por otro lado, de acuerdo el sexo, se tuvo 302 expedientes de hombres (56.2%) y 235 expedientes de mujeres



fallecidas (43.8%). En la tabla 7 se sintetizan las características sociodemográficas del conjunto de expedientes de fallecidos.

Tabla 7. Características demográficas de los pacientes con VIH que fallecieron hospitalizados.

Departamento de defunción, n=537	n	(%)
Atlántida	221	41.2
Choluteca	68	12.7
Francisco Morazán	61	11.4
Colón	51	9.5
El Paraíso	45	8.4
Valle	30	5.6
Comayagua	20	3.7
Yoro	18	3.4
Islas de la Bahía	17	3.2
Cortés	5	0.9
Santa Bárbara	1	0.2
Institución del fallecimiento, n=537	n	(%)
SAI del E.S. Metropolitano, La Ceiba	147	27.4
H. Regional del Sur	68	12.7
H. Tela	56	10.4
HEU	45	8.4
H. Gabriela Alvarado El Paraíso	45	8.4
H. Salvador Paredes	35	6.5
H. San Lorenzo	30	5.6
H. Santa Teresa, Comayagua.	20	3.7
H. Aníbal Murillo, Olanchito, Yoro.	17	3.2
H. San Isidro Tocoa	16	3.0
H. General de Roatán	13	2.4
HCP	13	2.4
SAI, del E.S Sambo Creek, Atlántida	12	2.2
SAI Del E.S San Juan Pueblo	6	1.1
SAI IHSS	5	0.9
H. Oak Ridge	4	0.7
IHSS La Granja	3	0.6
H. Manuel de Jesús Subirana	1	0.2
H. Santa Bárbara	1	0.2
Sexo, n=537	n	(%)
Hombre	302	56.2
Mujer	235	43.8
Edad en años al momento de la defunción, promedio (rango), n=537	44 (7,88)	

Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud de Honduras.



Por lo tanto, según el indicador propuesto y la información disponible de los expedientes médicos se determina que el porcentaje de diagnóstico positivo al VIH de manera tardía como:

- Numerador: fallecimientos hospitalarios que ocurrieron en pacientes con menos de seis meses de TARV o sin tratamiento.
- Denominador: Total de personas con diagnóstico VIH positivo fallecidas, según los registros de 2016 a 2020.

En la siguiente tabla (tabla 8), la tabulación general de los datos obtenidos del de los expedientes para al cálculo del numerador del indicador. Se tiene que, del total de 537 expedientes; 113 personas estuvieron en TARV 6 meses o menos antes de morir y 15 personas no habían iniciado TARV al fallecer, en total 128 casos de diagnóstico tardío. Por tanto, el porcentaje de personas con diagnóstico tardío y enfermedad avanzada por VIH, entre 2016 y 2020 fue de 23.84%.

Tabla 8. Características demográficas de los pacientes con VIH que fallecieron hospitalizados.

Año de defunción, n=537	n	(%)
2016	84	15.6
2017	95	17.7
2018	122	22.7
2019	126	23.5
2020	110	20.5
<hr/>		
VIH como causante del fallecimiento, n= 537	n	(%)
VIH como causante 1 del fallecimiento	221	41.2
VIH como causante 2 del fallecimiento	39	7.3
VIH como causante 3 del fallecimiento	11	2.0
<hr/>		
Tiempo en meses entre el inicio del TARV y la defunción, n= 537	n	(%)
< o = 6 meses	113	21.0
6 meses a 1 año	29	5.4
1 año - 2 años	45	8.4
> 5 años	247	46.0
<hr/>		
Número de pacientes que no habían iniciado TARV al fallecer, n=537	15	2.8

Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud de Honduras.



a) Frecuencia del diagnóstico tardío y enfermedad avanzada porVIH en la muestra 1

El diseño de la encuesta para la muestra 1 consideró al diagnóstico tardío con respecto a la fecha de diagnóstico, el estar en TARV y los internamientos por complicaciones. Si bien los resultados generales con respecto a la muestra 1 se desarrollan de forma más detallada en el siguiente capítulo, en la tabla 9 se muestra la caracterización del diagnóstico tardío en la muestra, el cual alcanza el 39.72% de la muestra (145 casos). La principal característica del diagnóstico tardío en la muestra 1, fue recibir la notificación del diagnóstico VIH seropositivo al requerir atención médica por enfermedad. Le sigue la característica de enfermar y requerir hospitalización en los 6 meses posterior al diagnóstico y finalmente 1 caso (0.3%) que ha requerido hospitalización sin estar en TARV.

Tabla 9 . Caracterización del diagnóstico tardío en la muestra 1

Característica	n	%
Enfermó y en el hospital le diagnosticaron seropositivo VIH	120	32.9
Requirió hospitalización en los siguientes 6 meses del diagnóstico	24	6.6
No toma TARV y ha requerido hospitalización	1	0.3
Casos de PVIH que cumplen al menos una de las características anteriores	145	39.72

Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Pregunta: ¿Cuál fue la razón por la que se hizo una prueba de VIH en el momento que le diagnosticaron su resultado positivo?, ¿Hace cuánto fue entonces que usted fue diagnosticado por primera vez como positivo para el VIH?, ¿Se encuentra actualmente tomando tratamiento antirretroviral?, ¿Cuántas veces se ha enfermado?

* Se considera estar en TARV al fallecer como la diferencia entre la fecha de defunción y la fecha de finalización de TARV, si es mayor a 28 días, los llamados perdidos en seguimiento, según el Manual de Atención Integral al Adulto y al adolescente con VIH^{xxxvii}



3. Tendencia de la

frecuencia de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada por VIH en los últimos 5 años

La frecuencia de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada por VIH en los últimos años se calculó de la misma forma que el general expresado en el apartado anterior. Se tienen los expedientes según el año de defunción y los que se clasificaron como diagnóstico tardío; el detalle en la tabla 10 y la tendencia graficada en el gráfico 3.

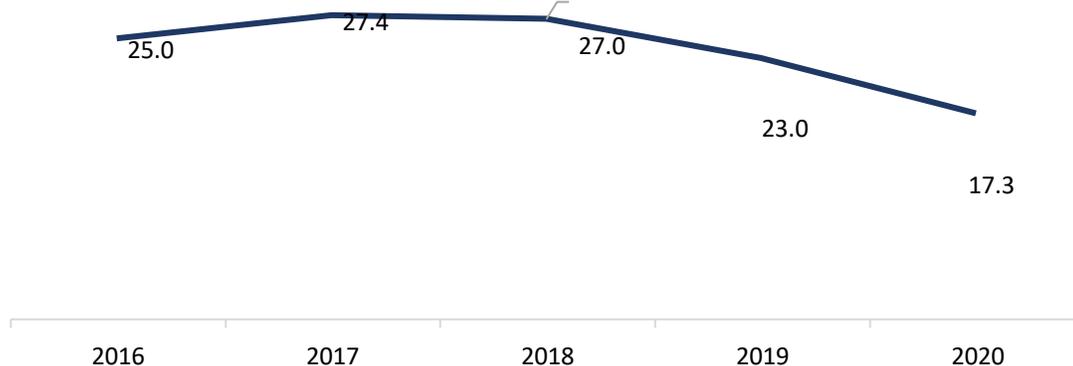
Tabla 10 . Frecuencia del diagnóstico tardío, entre 2016 y 2020

Año	Cantidad de expedientes	Casos de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada	Porcentaje de personas que tuvieron un diagnóstico tardío y enfermedad avanzada
2016	84	21	25.0
2017	95	26	27.4
2018	122	33	27.0
2019	126	29	23.0
2020	110	19	17.3

Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021. Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud de Honduras.

Gráfico 3. Tendencia del diagnóstico tardío, entre 2016 y 2020

-Porcentajes-



Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021. Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud de Honduras.



Finalmente, con tal de caracterizar el fallecimiento según el continuo de atención y en consideración de los datos disponibles. Se tomó en cuenta el total de PVIH en el país por año, así como el total de fallecimientos reportados por la SESAL. En los siguientes niveles se reportan los expedientes a los que se pudo acceder y que contaran con los datos suficientes para el análisis (descritos anteriormente). El total de PVIH que falleció con más de 6 meses de haber iniciado TARV y el último peldaño es el total de PVIH en TARV al fallecer (tabla 11). Se muestra también la graficación de los absolutos (gráfico 4) y porcentual (gráfico 5).

Tabla 11 . Caracterización del fallecimiento según el continuo de atención

	2016	2017	2018	2019	2020
PVIH	21,461	21,461	23,142	25,264	24,957
PVIH fallecidas	304	415	488	345	333
PVIH fallecidas de las que se contó información en sus expedientes, n=537	84	95	122	126	110
PVIH que falleció con más de 6 meses de haber iniciado TARV, n=409	63	69	89	97	91
PVIH en TARV al fallecer*, n=151	22	48	47	44	27

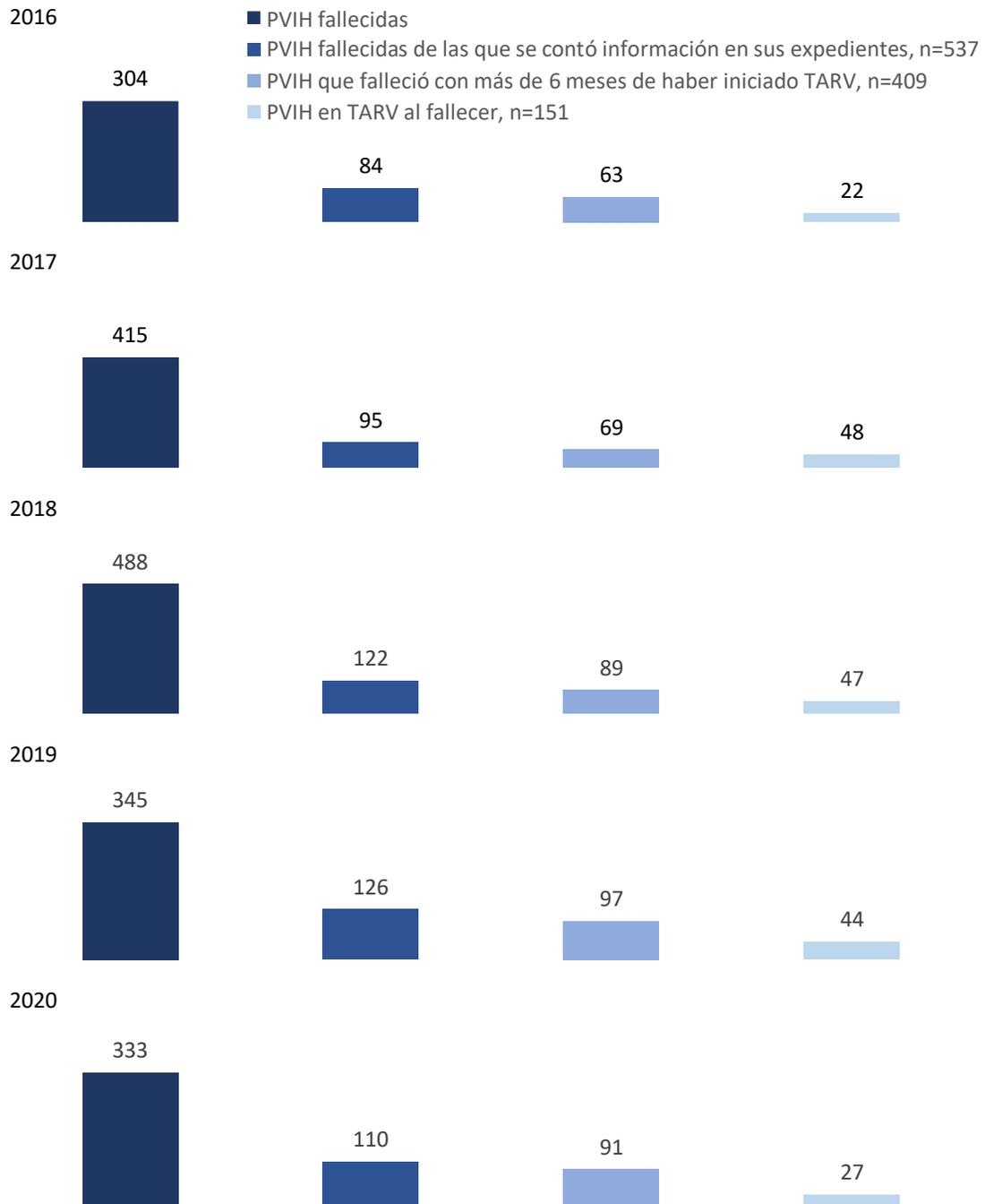
Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud de Honduras.

*Se considera estar en TARV al fallecer como la diferencia entre la fecha de defunción y la fecha de finalización de TARV cuando es mayor a 28 días, los llamados perdidos en seguimiento, según el Manual de Atención Integral al Adulto y al adolescente con VIH^{xxxviii}



Gráfico 4. Caracterización del fallecimiento según el continuo de atención, entre 2016 y 2020

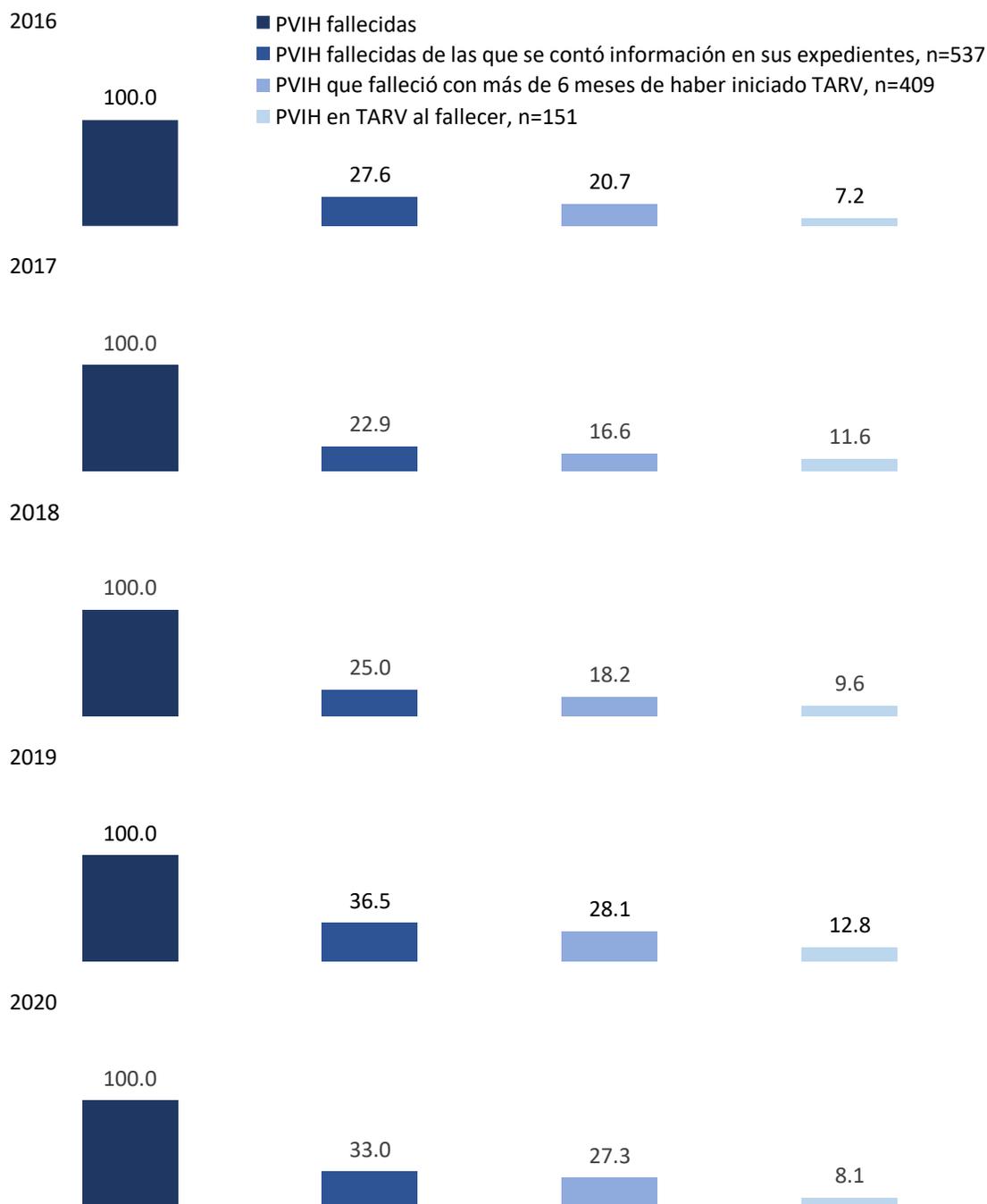


Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021. Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud de Honduras



Gráfico 5. Caracterización del fallecimiento según el continuo de atención, entre 2016 y 2020

-Porcentajes-



Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021. Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud de Honduras.



4. Factores asociados con diagnóstico tardío y enfermedad avanzada por VIH

Posterior a la clasificación de los datos disponibles, se aplicó un modelo de regresión logístico bivariado para determinar los factores asociados con el diagnóstico tardío y enfermedad avanzada por VIH. De manera descriptiva se presenta la siguiente tabla (tabla 12), con las frecuencias y proporciones de las variables disponibles, según diagnóstico tardío o no diagnóstico tardío.

Tabla 12. Características del fallecimiento y su relación con diagnóstico tardío y enfermedad avanzada hospitalaria

Institución del fallecimiento	Fallecimientos en diagnóstico tardío, n=128		Fallecimientos en diagnóstico no tardío, n=409	
	n	(%)	n	(%)
HEU	40	31.3	5	1.2
SAI del E.S. Metropolitano	24	18.8	123	30.1
H. Regional del Sur	12	9.4	56	13.7
H. Gabriela Alvarado	10	7.8	35	8.6
H. Tela.	9	7.0	47	11.5
H. Salvador Paredes	7	5.5	28	6.8
H. San Lorenzo	5	3.9	25	6.1
SAI, del E.S Sambo Creek	4	3.1	8	2.0
H. General de Roatán	3	2.3	10	2.4
H. Santa Teresa	3	2.3	17	4.2
H. San Isidro Tocoa	3	2.3	13	3.2
H. Aníbal Murillo, Olanchito	3	2.3	14	3.4
IHSS La Granja	2	1.6	1	0.2
HCP	2	1.6	11	2.7
Oak Ridge	1	0.8	3	0.7
H. Manuel de Jesús Subirana	0	0.0	1	0.2
SAI Del E.S San Juan Pueblo	0	0.0	6	1.5
H. Santa Bárbara	0	0.0	1	0.2
SAI IHSS	0	0.0	5	1.2
Sexo masculino	66	51.6	236	57.7
Sexo femenino	62	48.4	173	42.3

(Continúa)



Recibía TARV al fallecimiento*				
Sí	60	46.9	128	31.3
No	68	53.1	281	68.7
Principal causa de muerte				
Eventos definitorios de sida	76	59.4	195	47.7
Eventos no definitorios de sida	52	40.6	214	52.3
Edad al fallecimiento, mediana (rango)		41 (7, 86)	45 (18, 88)	

Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.
Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud de Honduras.
* Se considera estar en TARV al fallecer como la diferencia entre la fecha de defunción y la fecha de finalización de TARV, cuando es mayor a 28 días, los llamados perdidos en seguimiento, según el Manual de Atención Integral al Adulto y al adolescente con VIH^{xxxix}

Entre las variables disponibles, se generó una batería utilizando la caracterización de los casos según diagnóstico tardío (categórica) y las variables dependientes de: sexo, estar en TARV al fallecer¹, VIH/sida como causante de muerte² y la edad. El modelo de regresión logística clasifica correctamente el 76.7% de los casos, evidenciando que solo dos de las variables disponibles son significativas estadísticamente: la edad (OR = 1.023, IC95% [1.007 a 1.040], p=0.007) y el estar en TARV al fallecer (OR=-0.599, IC95% [0.359 a 0.842], p=0.006)(ver tabla 13).

Tabla 13. Características asociadas con mortalidad hospitalaria

Variables en la ecuación	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I para Exp(B)	
				Inf.	Sup.
Sexo	-0.164	0.432	0.849	0.563	1.278
Estaba en TARV al fallecer	-0.599	0.006	0.549	0.359	0.842
VIH/SIDA como causante del fallecimiento	-0.358	0.102	0.699	0.455	1.074
Edad	0.023	0.005	1.023	1.007	1.040

Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.
Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud de Honduras.

¹ Se considera estar en TARV al fallecer como la diferencia entre la fecha de defunción y la fecha de finalización de TARV, cuando es mayor a 28 días, los llamados perdidos en seguimiento, según el Manual de Atención Integral al Adulto y al adolescente con VIH

² Como bien se definió anteriormente, con tal de ampliar el registro, se delimita en este estudio como el registro de causa de muerte entre las causas 1, 2 y 3 de los expedientes médicos.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



Es importante señalar que los datos disponibles limitan los modelos posibles por generar, pues las variables que se pudieron extraer de los expedientes médicos son pocas (subregistro), y a pesar de que el OR de la variable “edad” se representa cerca de 1, se acepta por el nivel de significancia que, por cada incremento de un año de edad, los OR del diagnóstico tardío aumentan en 2.3%.

Se puede aseverar, además, que los OR de tener un diagnóstico oportuno antes de morir, son 1.66 veces mayores para quienes estaban en TARV al menos 28 días antes de morir.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



B. Barreras y limitantes que tienen las personas con VIH para acceder, de forma temprana y oportuna al diagnóstico de VIH y comorbilidades a servicios integrados de TARV

El análisis de las barreras y limitantes se basa en las dimensiones transversales del estudio, principalmente en lo que se denominó muestra 1 en la metodología de este estudio, y cuya profundidad en los temas tratados, se aborda desde entrevistas a PVIH de distintas poblaciones priorizadas, así como información proveída por personal en salud. De esa forma, se propone la caracterización de la muestra 1 a continuación, con tal de denotar en primera instancia, las características sociodemográficas de esa muestra. Posteriormente se desarrollan las barreras y limitaciones identificadas. Se considera a las barreras como las circunstancias externas y las limitaciones como los conflictos internos^{xl} de las PVIH con respecto al acceso temprano y oportuno al diagnóstico de VIH y comorbilidades a los servicios integrados de TARV.

1. Caracterización de personas que participaron en el estudio

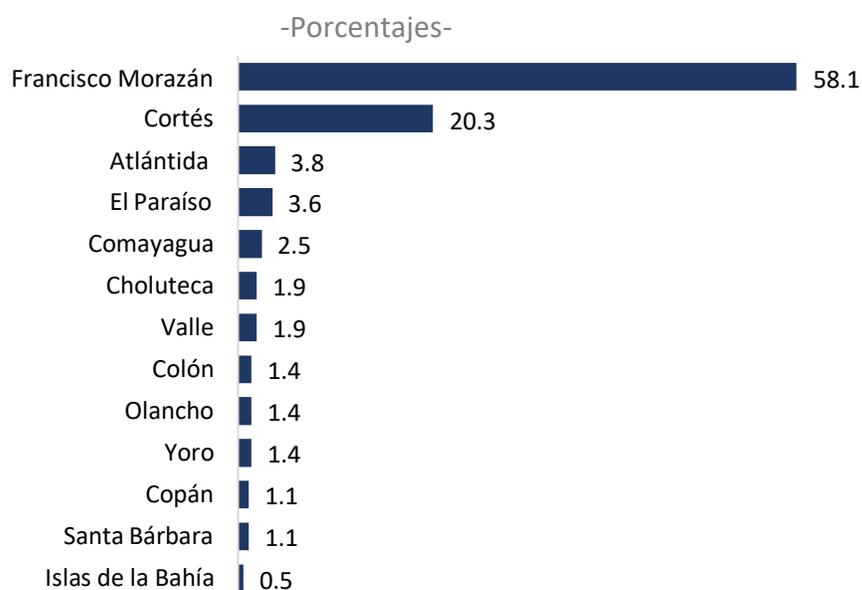
En esta sección se presentan las características de las personas encuestadas, con respecto a sus condiciones sociodemográficas, entre las que se tiene el departamento de residencia, la edad, el nivel educativo, el estado civil, entre otros.



a) *Departamento*

Según el departamento de residencia de las personas encuestadas, tres de cada cinco informantes (58.1%) se concentran en el departamento de Francisco Morazán. Por otro lado, 20.3% habita en Cortés, 3.8% en Atlántida y otro 3.6% en El Paraíso. La distribución detallada se muestra a continuación (ver gráfico 6).

Gráfico 6. Departamento de residencia PVIH (muestra 1)



Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Pregunta: ¿En cuál departamento vive usted?

b) Edad

La edad de las personas participantes, de la encuesta, se distribuyen entre los 25 y los 54 años principalmente; los cuales se segregan: de 25 a 34 años el 2.03%, de 35 a 44 años el 22.7% y de 45 a 54 años el 23.8%. Los mayores de 54 años son el 18.9%. Por otro lado, el 11.5% tenía entre 18 y 24 años (ver gráfico 7).

Gráfico 7. Edad en años PVIH (muestra 1)

-Porcentajes-



Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

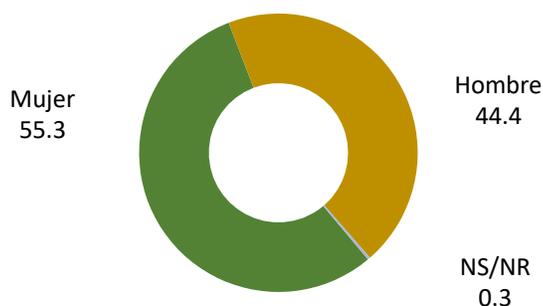
Pregunta: Anote el rango de edad

c) Sexo

Más de la mitad de las personas consultadas (55.3%) es mujer dentro de la muestra, mientras que un 44.4% de los entrevistados fueron hombres. Se denota un caso (0.3%) que respondió NS/NR (ver gráfico 8).

Gráfico 8. Sexo (muestra 1)

-Porcentajes-



Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Pregunta: Sexo de la persona entrevistada.



d) Nivel educativo

El nivel educativo de los encuestados es principalmente primario (47.4%). Se tiene un 38.7% de informantes con educación secundaria. El 7.9% cuenta con información superior y 6.0% no cuenta con educación formal (ver gráfico 9).

Gráfico 9. Nivel educativo PVIH (muestra 1)
-Porcentajes-

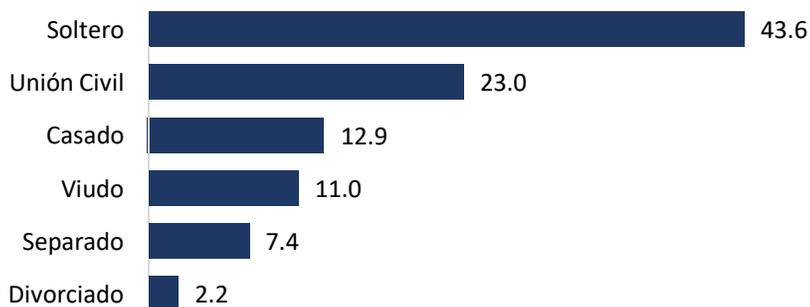


Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.
Pregunta: ¿Cuál fue el último grado de educación que usted completó?

e) Estado civil

El 43.6% de los informantes reportan ser solteros, seguidos de quienes están en unión civil (23.0%), las personas casadas (12.9%), personas viudas (11.0%), separadas (7.4%) y divorciadas (2.2%) (ver gráfico 10).

Gráfico 10. Estado civil PVIH (muestra 1)
-Porcentajes-



Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.
Pregunta: ¿Es usted soltero(a), casado(a), en unión libre, divorciado(a), separado(a) o viudo(a)?



f) Ocupación

La ocupación principal de los encuestados es el trabajo doméstico (34%) y trabajos de comercio y servicios (25%). Otras ocupaciones son administrativas (8%) y oficiales, operaciones y artesanos mecánicos (7%), construcción (5%) y sector primario (5%) (ver gráfico 11).

Gráfico 11. Ocupación PVIH (muestra 1)

-Porcentajes-



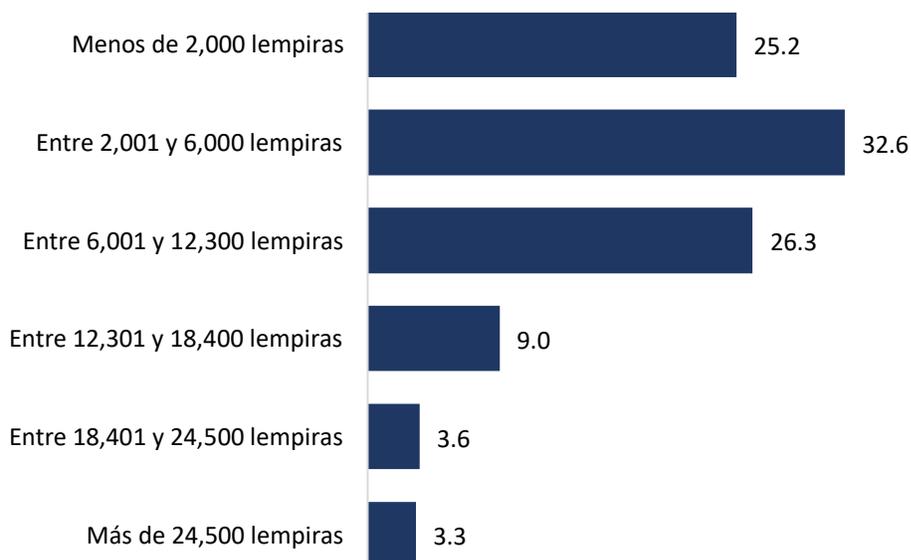
Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.
Pregunta: ¿Cuál es la ocupación o tipo de trabajo que realiza?



g) Ingreso

Tres de cada cinco hogares consultados (58%), reporta un ingreso mensual menor a 6,000 lempiras. Un cuarto de los hogares (26%) reporta ingresos entre 6,001 y 12,300 lempiras al mes. El 9% genera entre 12,301 y 18,400 lempiras, y 7% reporta ingresos superiores a 18,400 lempiras (ver gráfico 12).

Gráfico 12. Ingreso de los hogares (muestra 1)
-Porcentajes-



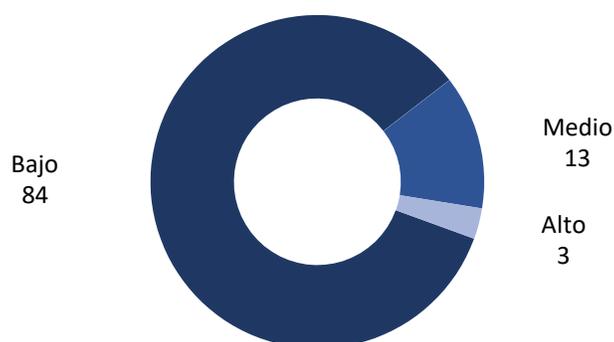
Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Pregunta: Ahora le voy a leer una lista con montos de ingresos en lempiras sírvase indicar si los ingresos mensuales de su hogar se ubican dentro de alguna de estas categorías.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE)^{xli}, para mayo de 2021, el costo de la canasta básica (en lempiras al mes, por persona) fue de 3,829 en la zona urbana y 1,917 para la zona rural. En donde los hogares se componen de cuatro personas en promedio. De esto se desprende que, según el enfoque de línea de pobreza, el ingreso promedio mensual, para satisfacer las necesidades básicas por hogar es de 15,316 lempiras. Al equiparar las categorías de nivel de ingreso (bajo, medio y alto) con los rangos mostrados en el gráfico anterior, se tiene a una mayoría (84%) con ingresos insuficientes y en pobreza. El 13% se ubica en un nivel de ingreso medio y un 3% encuestados con un nivel de ingreso alto (ver gráfico 13).

Gráfico 13. Nivel de ingreso PVIH (muestra 1)

-Porcentajes-



Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Pregunta: Ahora le voy a leer una lista con montos de ingresos en lempiras sírvase indicar si los ingresos mensuales de su hogar se ubican dentro de alguna de estas categorías.

La muestra 1 permite identificar a personas con edades concentradas entre los 25 y los 54 años, o sea personas en edad productiva para la economía. En su mayoría (53.4%) poseen un nivel educativo de primaria (o sin estudios) y generan bajos ingresos (84.1%) según la satisfacción de las necesidades básicas, es decir en condición de pobreza. Se puede denotar un fuerte componente de trabajo doméstico para sostener los hogares (34.2%) y de empleos en atención en comercios y servicios (24.9%); que realizan en los cascos urbanos de los departamentos de residencia: Francisco Morazán (58.1%) y Cortés (20.3%). Si bien hay una mayoría de mujeres (55.3%) en la muestra, las proporciones con respecto al sexo son muy similares.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



2. Barreras

Las barreras expuestas en este subapartado se refieren a las condiciones del entramado institucional, económico y social que se interponen entre las PVIH y el acceso oportuno y temprano a diagnóstico y vinculación al sistema de salud. Si bien, con fines analíticos, se establecen distinciones categóricas entre barreras y limitantes, en los relatos de los informantes se encuentran ambos fenómenos entrelazados.

En estos apartados se incluyen los resultados del análisis temático cualitativo de las entrevistas en profundidad, por motivos narrativos se les han asignado seudónimos a las personas tratadas a continuación mediante un algoritmo de generación aleatoria de nombres^{xlii}. Acompañadas de las encuestas realizadas a PVIH y al personal de salud que brinda servicios a esta población.

Saray no supo por mucho tiempo que vivía con VIH, cuando presentó manchas en la piel y ardor genital visitó un SAI, nos cuenta un familiar de ella a quien se entrevistó. De esa manera se enteró de su diagnóstico. Ella, como mujer heterosexual y casada, desconocía que podía adquirir el virus. Todo esto ocurrió después de que falleciera su esposo, quien sí estaba enterado de su propio diagnóstico seropositivo y de quien adquirió el virus. El caso de Saray muestra un lado violento de las relaciones desiguales basadas en género. Se sabe que en Honduras existe correlación entre la infección por VIH y experiencias de desigualdad de poder, abuso físico, abuso psicológico, sexual y verbal, así como la incapacidad de rechazar relaciones sexuales con la pareja y de negociar sexo seguro^{xliii}

Las diferencias estructurales basadas en género, se reproducen desde los espacios privados como el hogar y las relaciones de pareja^{xliv}, hasta las relaciones estructurales con las instituciones sociales y económicas, como las brechas de acceso reportadas por la Comisión Interamericana de Derechos humanos sobre el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres^{xlv}.

Las barreras económicas también se identificaron. Se entrevistó a PVIH hospitalizadas, las que comparativamente se apegan al tratamiento de forma diferenciada. Si bien no puede establecer generalizaciones a la población, las personas garífunas todas se han apegado al TARV desde que fueron diagnosticadas (el rango del tiempo desde el diagnóstico fue desde 4 días hasta 18 años). Entre las personas trabajadoras del sexo, trans y las heterosexuales ha habido abandono intermitente del TARV debido a depresión y otras afectaciones psicológicas. Entre los HSH se encontró que la pandemia del COVID-19 afectó la economía del hogar de uno de estos informantes, limitando la capacidad adquisitiva del tratamiento:

Aquí me lo estoy tomando, lo suspendí a finales de 2020 por cuestiones de la pandemia y por trabajo, por cuestiones de dinero me fue imposible, por eso los descontinué, pero el tiempo que no lo consumí me cuidé demasiado, en visitas, aseo y alimento.

PVIH hospitalizada

El 99% (362 PVIH) de la muestra 1 ha estado en TARV; de este grupo el 21% ha dejado el tratamiento en algún momento (gráfico 14). Según el personal de salud entrevistado, este porcentaje alcanza 91%. O sea que, el personal de salud que atiende PVIH en su diagnóstico y tratamiento, estima que la adherencia al tratamiento es mayor de lo que las PVIH afirman. Socializar información sobre el acceso al TARV y datos sobre la cascada del continuo entre el personal de salud ayudarían a cerrar las brechas entre lo percibido por estas personas y las condiciones reales de la población PVIH.

Gráfico 14. Ha dejado de tomar el tratamiento antirretroviral (muestra 1)

-Porcentajes, n=362-



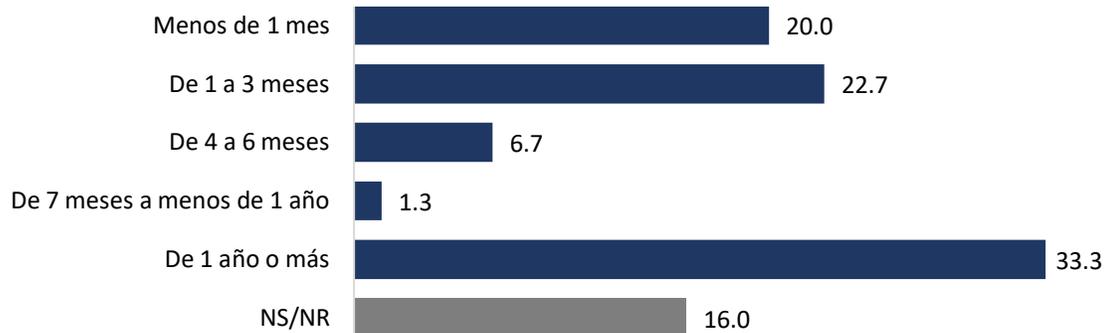
Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Pregunta: ¿Ha dejado de tomarlo algún período?

Entre quienes han dejado de tomar el tratamiento por algún periodo, el 33.3% lo abandonó por un año o más, el 22.7% de uno a tres meses, el 20% por menos de un mes, el 6.7% de 4 cuatro a seis meses, 1.3% de siete meses a menos de un año y finalmente, 16.0% no supo o no respondió (ver gráfico 15).



Gráfico 15. Tiempo por el que dejó de tomar el tratamiento (muestra 1)
-Porcentajes, n=75-



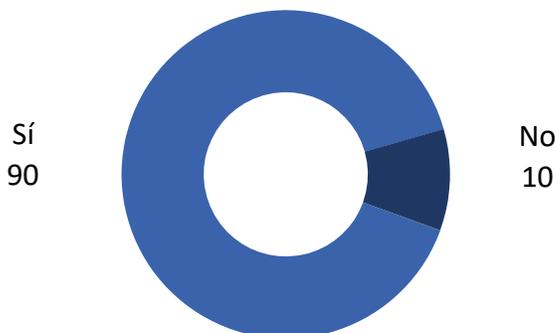
Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.
Pregunta: ¿Por cuánto tiempo?

Todas las PVIH entrevistadas en profundidad reportaron que se les realizó los exámenes de diagnóstico (conteo/CD4) y haber conversado con al menos una persona sobre atención psicológica o sobre cómo llevar su vida con normalidad. A excepción de una de las personas trans entrevistadas, que no recibió acompañamiento psicológico y otra que afirmó tomar todos los medicamentos brindados, sin embargo, desconocía qué tipo de tratamientos eran. Lo cual se manifiesta como una barrera de conocimiento. La responsabilidad de la institución en salud, de informar y educar sobre cada parte y elemento del tratamiento, debe considerar elementos de comunicación que alcancen todas las personas.

Con respecto a la muestra 1, se encontró que el 10% no recibió orientación sobre cómo llevar su vida de manera normal al recibir el diagnóstico positivo de VIH (gráfico 16). En contraste al personal en salud, quienes aseguran que este tipo de orientación se le brinda al 100% de las personas diagnosticadas.

Gráfico 16. Recibió orientación sobre cómo llevar su vida de una manera normal al recibir diagnóstico positivo de VIH (muestra 1)

-Porcentajes, n=365-



Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Pregunta: Al momento de haber recibido su diagnóstico positivo al VIH ¿Recibió orientación sobre cómo llevar su vida de una manera normal?

3. Limitantes

Las limitantes son las condiciones internas, tanto individuales como de la población de PVIH para acceder a un diagnóstico temprano y oportuno, así como vinculación al sistema de salud. Como una de las primeras limitaciones encontradas se tiene la poca visibilización de la pandemia por VIH/sida desde el control recurrente de la población en general. Precisamente una de cada tres personas consultadas (32.9%) se enteró de su diagnóstico seropositivo hasta que enfermó y visitó un hospital en el que le realizaron los exámenes pertinentes (gráfico 17). O sea que, se denota una brecha con respecto a las prácticas para el control y seguimiento de ITS; el recibir un diagnóstico en estas condiciones afectó en mayor proporción a las personas según aumentó su edad, según disminuyó su nivel educativo, y a las personas con un alto nivel de ingreso (tabla 14). Por otro lado, realizarse pruebas constantemente para conocer su estado con respecto al VIH, fue más común entre hombres (10.4%) que entre las mujeres (4.3%), según disminuyó la edad, y según aumentó los niveles, educativo y de ingreso.

Otras razones principales fueron tener sospechas por prácticas sexuales de riesgo a la transmisión (17.3%), por parejas sexuales o familiares con diagnóstico seropositivo (10.7%) y por embarazo (6.8%).



Gráfico 17. Razón por la que se realizó la prueba (con la que recibió el diagnóstico positivo) (muestra 1)



Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Pregunta: ¿Cuál fue la razón por la que se hizo una prueba de VIH en el momento que le diagnosticaron su resultado positivo?



Tabla 14. Prácticas del conocimiento del estado serológico con respecto al VIH, según sexo, edad, nivel educativo y nivel de ingreso (muestra 1)

Porcentajes, n=365

Como se entero	Sexo		Edad			Educación			Ingreso		
	Hombre	Mujer	18-24	25-39	40+	Prim	Sec	Sup	Bajo	Medio	Alto
Enfermó y en el hospital le hicieron la prueba como parte de sus exámenes.	35.1	35.9	11.9	23.4	43.2	36.2	31.4	17.2	34.2	21.7	41.7
Constantemente se hacía/hace pruebas para saber su estado con respecto al VIH	10.4	4.3	19.0	12.1	6.0	7.1	12.1	13.8	7.8	17.4	25.0

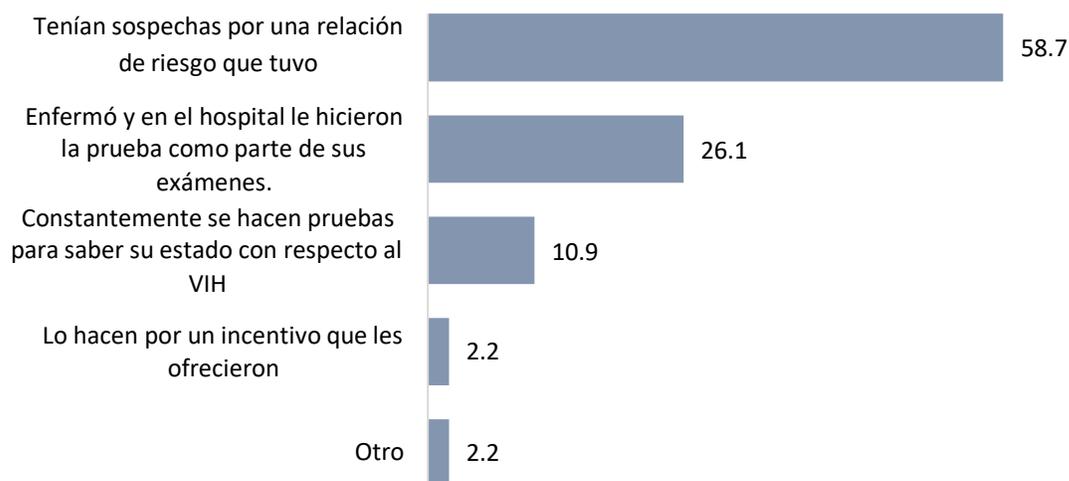
Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Pregunta: ¿Cuál fue la razón por la que se hizo una prueba de VIH en el momento que le diagnosticaron su resultado positivo?

Existe diferencia entre las condiciones del diagnóstico de las PVIH y la percepción de las personas que ofrecen servicios en salud. Según el personal en salud (gráfico 18), la razón principal por la que las PVIH se realizan la prueba en la que se les diagnostica su condición seropositiva con respecto a VIH es por sospechas luego de haber tenido relaciones de riesgo a la transmisión del VIH (58.7%).

Gráfico 18. Razones para hacer la prueba de las personas que han recibido un diagnóstico VIH positivo, según informantes clave (muestra 2)

-Porcentajes-



Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Pregunta: Según su experiencia, al momento de diagnosticar a una persona positiva respecto al VIH, nos podría decir ¿Cuál considera que fue la razón por la que las personas se hacen una prueba de VIH?

El estigma es un tema recurrente en la literatura de la situación sociocultural hondureña con respecto al VIH/sida, y que reaparece en las entrevistas en profundidad. El estigma (ejercido tanto por el entorno y la comunidad, como por la persona misma) contribuye a la separación de cada paciente con el sistema de salud y con el manejo de las emociones; afectando en su conjunto la salud integral de las PVIH.

“La gente iba hablar de ella, la gente la señalaba por la enfermedad. Unas vecinas la miraban delgada y decían: ‘a saber que enfermedad tenía’. Ella decía que no quería seguir con ese tratamiento, que no quería andar en esos hospitales, ella no había día que no llorara y botaba el medicamento.”

Persona amiga/familiar de PVIH fallecida.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



Minerva, persona trabajadora del sexo, fallecida por complicaciones del VIH/sida, evitaba estar en TARV. Según los relatos recogidos, desde su punto de vista tomar el tratamiento significaba aceptar que había contraído el virus. El autoestigma como disonancia cognitiva^{xlvi}, se le presentaba como una disyuntiva con la realidad de su diagnóstico. Esta condición se expone como una limitación, sin embargo, el enfoque psicosocial establece que hay relación entre el entorno cultural y las manifestaciones más individuales de este tipo^{xlvii}. En otras palabras, aunque se manifieste como un fenómeno individual, hay una cultura que ha dado lugar y permiso a estas conductas: como sociedad latinoamericana y nación hondureña, generamos el asidero psicosocial que permitió la discriminación de las vecinas de Minerva, así como los sentimientos al diagnóstico y TARV que ella misma negó.

Los nuevos enfoques de salud integral, de la ONU por ejemplo^{xlviii}, quieren hacer eco del mensaje de que el estado serológico con respecto al VIH de una persona es una característica más y que la visibilización de la pandemia como un asunto de salud pública debe informar con datos e información científica actualizada. Los problemas del estigma son problemas sociales, y como tales afectan individuos y comunidades. Por lo tanto, las acciones para la intervención deben considerar lo micro y lo macro.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



C. Mortalidad hospitalaria por VIH

1. Caracterización de centros de participación en el estudio

El Área Estadística de la Salud de la SESAL brindó a este proceso investigativo, la información detallada de las “Defunciones hospitalarias en VIH/Sida” por Región departamental y hospital, según sexo y grupo de edad (décadas), entre 2015 y setiembre de 2020. De forma tal, que la caracterización de los centros de salud con respecto a la mortalidad, se puede detallar para los años que atañen a este estudio, comprendidos entre 2016 y 2019, pues 2020 muestra datos parciales (hasta setiembre de ese año).

Por otro lado, la misma oficina brindó otra base de datos titulada “PVIH fallecidos en TAR 2016-2020”, de forma tal que se contó también con las defunciones de las personas vinculadas al sistema de salud (con respecto al tratamiento). En esta segunda base se cuenta con datos para todo el año 2020, sin embargo, los datos según edad comprenden únicamente dos categorías: 15 años o menos y mayores de 15 años. En esta misma base, los datos de 2016 se muestran segmentados por región, SAI y sexo únicamente (no hay grupos de edades). Esta segunda base de datos presenta un mayor número de personas fallecidas. Por apego al numerador del indicador “Tasa de mortalidad hospitalaria en pacientes VIH positivos”, se utilizará esta última base mencionada. Concentrando el análisis general, por sexo y por SAI en los cinco años propuestos; además del análisis por edades en los años entre 2017-2020. Detalladas en los siguientes subapartados.

Con respecto a los SAI, se tiene en la tabla siguiente (tabla 15), el conjunto de fallecimientos según SAI, año de defunción y sexo en números absolutos. Así como la distribución proporcional total y por sexo en esos centros de salud (gráfico 19). Se reporta 1086 (56.7%) fallecimientos de hombres y 799 (42.4%) fallecimientos de mujeres en TARV. De los 53 SAI con muertes reportadas, 18 de ellos concentran 1514 (80.3%) fallecimientos. De estos principales SAI, se observa una proporción mayor de fallecimientos de mujeres en: HMCR, E. S Metropolitana, HEU, Hospital El Progreso, Hospital de Roatán y Hospital San Isidro.



Tabla 15. Fallecimientos de personas en TARV entre 2016-2020, según año y sexo

Centros de Salud	2016		2017		2018		2019		2020		Totales	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
HMCR	10	19	65	39	38	24	17	16	20	18	150	116
E. S Metropolitana	6	15	20	18	19	19	21	15	16	20	82	87
H. Cortés	5	8	8	7	57	30	7	4	7	9	84	58
INCP	9	9	9	4	14	11	17	10	14	7	63	41
HEU	3	10	7	11	6	10	19	6	11	12	46	49
H. Progreso	15	18	8	10	12	5	10	5	6	3	51	41
Hospital de Tela	9	3	9	9	10	8	9	7	10	11	47	38
Hospital del Sur	10	5	6	6	11	4	17	4	11	2	55	21
IHSS S.P.S.	9	6	15	4	12	4	5	1	4	3	45	18
H. Aníbal Murillo	8	2	10	5	7	3	3	5	8	5	36	20
H. Salvador Paredes	8	8	3	1	11	7	3	4	4	4	29	24
H. Santa Teresa	9	5	4	3	7	6	4	6	4	3	28	23
H. Roatán	4	3	3	4	4	9	6	4	4	8	21	28
H. Gabriela Alvarado	6	3	5	3	7	1	8	4	9	1	35	12
IHSS, Tegucigalpa	10	4	8	2	9	4	5	0	4	0	36	10
H. Occidente	4	2	1	5	6	5	2	4	8	5	21	21
H. San Isidro	7	2	1	1	5	13	5	7	0	0	18	23
H. San Lorenzo	2	2	3	3	5	3	6	5	7	1	23	14
H. Puerto Lempira	5	2	4	3	4	3	3	3	4	4	20	15
H. Santa Bárbara	3	0	3	3	4	2	1	2	7	3	18	10
E. S Alonso Suazo	1	1	4	3	7	0	2	1	4	4	18	9
H. San Francisco	3	1	2	4	3	3	4	3	1	0	13	11
E. S MESU SPS	0	0	5	1	2	2	6	1	4	3	17	7
E. S MESU Siguatepeque	3	4	3	3	3	1	2	2	0	0	11	10
E. S el Pedregal	0	0	11	8	0	1	0	0	0	0	11	9
H. Juan Manuel Gálvez	1	1	2	1	3	3	2	4	1	0	9	9
H. Manuel de Jesús Subirana	2	0	3	2	2	2	1	1	1	2	9	7

(continúa)



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



**Global
Communities**

E. S de Guaimaca	2	0	1	2	3	2	1	1	2	0	9	5
E. S Sambo Creek	2	0	0	2	2	1	0	2	2	0	6	5
H Roberto S. Córdova	0	0	2	1	1	1	1	2	2	1	6	5
E. S Miguel Paz Barahona	1	0	3	3	0	0	0	1	2	1	6	5
E. S Oak Ridge	0	0	0	0	1	4	3	1	0	1	4	6
H. San Marcos de Ocotepeque	1	0	0	0	0	0	2	1	2	4	5	5
E. S de Limón	1	0	1	0	1	0	1	1	1	3	5	4
E. S Brus Laguna	0	0	0	1	2	2	1	1	1	0	4	4
E.S Villanueva	0	0	0	1	0	1	3	2	0	0	3	4
E. S el Carrizal	1	0	2	0	1	1	1	0	1	0	6	1
E. S Cofradía	1	0	0	0	3	1	0	1	1	0	5	2
SAI Tocoa	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	4	3
E. S San Juan Pueblo	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	4	1
E. S Las Vegas	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	4	1
Penitenciaria Nacional Tamara FM	0	0	1	0	1	0	2	0	1	0	5	0
H. Leonardo Martinez	0	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	5
E.S Copan Ruinas	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	2	2
E. S Choloma	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	3	1
E. S El Carmen	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	3
E. S Raya	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	2	1
H. Enrique A. Cerrato	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1
E. S Guanaja	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
E. S Sabana Grande	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0
H. de Emergencias Policiales	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Hospital Atlántida	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
E. S Los Fuertes	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Totales	166	138	238	177	287	201	204	141	191	142	1086	799

Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud de Honduras.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



Gráfico 19. Distribución de los fallecimientos según SAI y sexo
(Porcentajes, principales SAI)



Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.
Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud de Honduras.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDÚRAS



Salud
Gobierno de la República



Según las edades, esta base contó con registros aglomerados en dos grupos (15 años o menos y mayores de 15 años) para los años de 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020 (tabla 15). En el año 2018 se contabilizaron 27 (0.95%) fallecidos de 15 años o menos, el año con más muertes en ese grupo de edades en comparación a los años: 2017 con cinco muertes (0.32%), 2019 con dos muertes (0.13%) y 2020 con tres fallecidos (0.19%). Con respecto a mayores de 15 años, las proporciones se comportan de la misma forma que los datos segregados en la tabla 16.



Tabla 16. Fallecimientos de personas en TARV entre 2016-2020, según año, grupos de edad y sexo

Centros de Salud	2017				2018				2019				2020				Totales			
	< 15		> 15		< 15		> 15		< 15		> 15		< 15		> 15		< 15		> 15	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
HMCR	1	1	64	38	10	9	28	15	0	0	17	16	1	0	19	18	12	10	128	87
E. S Metropolitana	0	0	20	18	0	0	19	19	0	0	21	15	0	0	16	20	0	0	76	72
H. Cortés	0	0	8	7	0	0	57	30	0	0	7	4	0	0	7	9	0	0	79	50
INCP	0	0	9	4	0	0	14	11	0	0	17	10	0	0	14	7	0	0	54	32
HEU	1	0	6	11	0	0	6	10	0	0	19	6	1	0	10	12	2	0	41	39
H. de Tela	1	0	8	9	0	1	10	7	0	0	9	7	0	0	10	11	1	1	37	34
H. del Sur	0	0	6	6	0	0	11	4	0	0	17	4	0	0	11	2	0	0	45	16
h. Progreso	0	0	8	10	0	1	12	4	0	0	10	5	0	0	6	3	0	1	36	22
IHSS S.P.S.	0	0	15	4	0	0	12	4	0	0	5	1	0	0	4	3	0	0	36	12
H. Aníbal Murillo	0	0	10	5	1	0	6	3	0	0	3	5	0	0	8	5	1	0	27	18
H. Roatán	0	0	3	4	0	0	4	9	1	0	5	4	0	0	4	8	1	0	16	25
H. Gabriela Alvarado	0	0	5	3	0	0	7	1	0	0	8	4	0	0	9	1	0	0	29	9
H. Salvador Paredes	0	0	3	1	0	0	11	7	0	0	3	4	0	0	4	4	0	0	21	16
H. Santa Teresa	0	0	4	3	0	0	7	6	0	0	4	6	0	0	4	3	0	0	19	18
H. Occidente	0	0	1	5	0	1	6	4	0	0	2	4	0	0	8	5	0	1	17	18
H. San Lorenzo	0	0	3	3	0	0	5	3	0	0	6	5	0	0	7	1	0	0	21	12
H. San Isidro	0	0	1	1	1	2	4	11	0	0	5	7	0	0	0	0	1	2	10	19
IHSS, Tegucigalpa	0	1	8	1	0	0	9	4	0	0	5	0	0	0	4	0	0	1	26	5
H. Puerto Lempira	0	0	4	3	0	0	4	3	0	0	3	3	0	0	4	4	0	0	15	13
H. Santa Bárbara	0	0	3	3	0	0	4	2	0	0	1	2	0	1	7	2	0	1	15	9
E. S Alonso Suazo	0	0	4	3	0	0	7	0	0	0	2	1	0	0	4	4	0	0	17	8
E. S MESU SPS	0	0	5	1	0	0	2	2	0	0	6	1	0	0	4	3	0	0	17	7
H. San Francisco	0	0	2	4	0	0	3	3	0	0	4	3	0	0	1	0	0	0	10	10
E. S el Pedregal	0	0	11	8	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	9
H. Juan Manuel Gálvez	0	0	2	1	0	0	3	3	0	0	2	4	0	0	1	0	0	0	8	8
E. S MESU Siguatepeque	0	0	3	3	0	0	3	1	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	8	6

(Continúa)



H. Manuel de Jesús Subirana	0	0	3	2	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	1	2	0	0	7	7
E. S de Guaimaca	0	0	1	2	0	0	3	2	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	7	5
H Roberto S. Córdova	0	0	2	1	0	0	1	1	0	0	1	2	0	0	2	1	0	0	6	5
E. S Oak Ridge	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	3	1	0	0	0	1	0	0	4	6
E. S Miguel Paz Barahona	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	5	5
E. S Sambo Creek	0	0	0	2	0	0	2	1	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	4	5
H. San Marcos de Ocotepeque	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	2	4	0	0	4	5
E. S de Limón	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	3	0	0	4	4
E. S Brus Laguna	0	0	0	1	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	4	4
E.S Villanueva	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	3	4
Tocoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	0	0	4	3
E. S el Carrizal	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	5	1
E. S Cofradía	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	4	2
Penitenciaria Nacional Tamara FM	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	5	0
E. S San Juan Pueblo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	3	1
E. S Choloma	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	1
H. Leonardo Martinez	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
E.S Copan Ruinas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1
E. S Raya	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1
E. S Las Vegas	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
E. S El Carmen	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
H. Emergencias Policiales	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
H. Atlántida	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
H. Enrique A. Cerrato	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
E. S Los Fuertes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
E. S Guanaja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
E. S Sabana Grande	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Totales	3	2	235	175	12	15	275	186	1	1	203	140	2	1	189	141	18	19	902	642

Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021. Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud de Honduras.



2. Frecuencia de mortalidad hospitalaria por VIH

Previo a señalar la frecuencia de la mortalidad hospitalaria por VIH propuesta, se plantea en primer lugar el cálculo de la mortalidad por VIH según los datos brindados por la Secretaría de Salud de Honduras y las estimaciones poblacionales del Departamento de Asunto Económicos y Sociales de las Naciones Unidas^{xlix}.

La población nacional hondureña entre 2016 y 2020, según la ONU^l, ha aumentado de forma constante. El número de muertes absolutas por VIH/sida en cambio, asciende entre los años 2016 y 2018, llegando a 488 muertes ese último año. Y posteriormente, se comporta descendentemente en los siguientes dos años (2019 y 2020). La pendiente de la tasa de mortalidad por VIH/sida tiene el mismo comportamiento que los valores absolutos de los fallecimientos por VIH: en 2016= 0.0331, en 2017= 0.0444, en 2018=0.0513, en 2019=0.0357 y en 2020= 0.0339. En la tabla 17 el detalle y en el gráfico 20 la graficación de las tasas para evidenciar la tendencia.

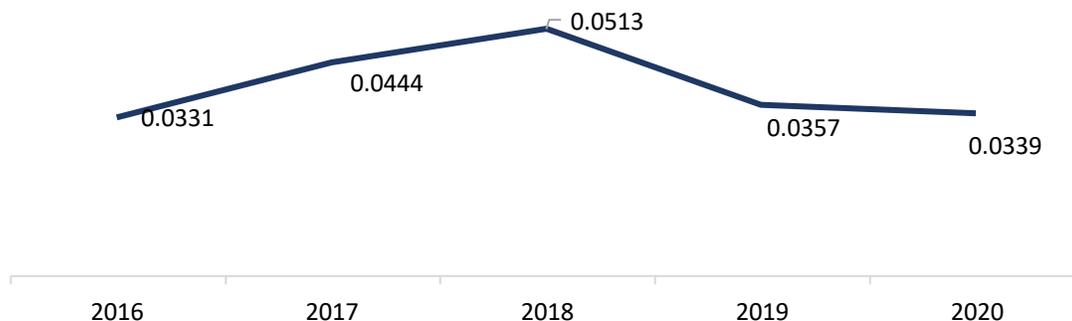
Tabla 17. Tasa mortalidad* del VIH/sida a nivel nacional, entre 2016 y 2020

Año	Población nacional	Muertes por VIH/sida	Tasa de mortalidad del VIH/sida a nivel nacional
2016	9,192,280	304	0.0331
2017	9,350,555	415	0.0444
2018	9,508,921	488	0.0513
2019	9,667,471	345	0.0357
2020	9,825,795	333	0.0339

Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021. Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud de Honduras y del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas.

*Por cada mil habitantes

Gráfico 20. Tendencia de la mortalidad* por VIH a nivel nacional, entre 2016 y 2020
-Tasas anuales de mortalidad por VIH-



Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud de Honduras.

*Por cada mil habitantes

Ahora bien, en la siguiente tabla (18), se puede observar los datos expuestos en el apartado anterior (sobre las muertes por VIH/sida), según el año y sexo.

Tabla 18. Resumen de fallecimientos por año entre 2016 y 2020

Año	Fallecimientos		
	Total	Hombres	Mujeres
2016	304	166	138
2017	415	238	177
2018	488	287	201
2019	345	204	141
2020	333	191	142

Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021

Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud de Honduras.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



Además, se muestran el número de personas que vivían con VIH^{li} para cada uno de los años enunciados³ (ver tabla 19).

Tabla 19. PVIH en Honduras entre 2016 y 2020

Año	PVIH en Honduras
2016	21,461
2017	21,461
2018	23,142
2019	25,264
2020	24,957

Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.^{lii}

Según el indicador propuesto (numerador: Fallecimientos de pacientes con un diagnóstico VIH positivo a nivel nacional de 2016 a 2020 y denominador: Total de casos VIH positivos reportados a nivel nacional de 2016 a 2020), se puede genera la tasa por cada 1000 personas. Las tasas de mortalidad por año (tabla 20) se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 20. Tasa de mortalidad hospitalaria* por VIH, entre 2016 y 2020

Año	PVIH en Honduras
2016	14.17
2017	19.34
2018	21.09
2019	13.66
2020	13.34

Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021

Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud de Honduras.

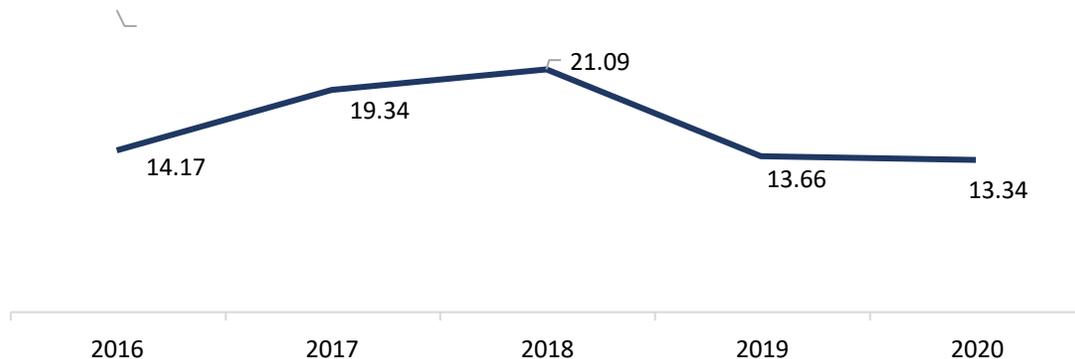
*Por cada mil PVIH

³ Para algunos de estos años se obtuvo la información de los reportes proveídos por la SESAL, otros de estos se encontraron en fuentes de información secundarias. No se pudo hallar datos segregados por edad ni por grupos de edad, por lo que se elabora las tasas “crudas” o “brutas. Como tales, son comparables entre sí partiendo del supuesto que las poblaciones de PVIH en cada uno de los años no muestran cambios drásticos en su composición poblacional-demográfica. Por tanto, la mortalidad hospitalaria por VIH se obtuvo en su

3. Tendencia de la mortalidad hospitalaria por VIH en los últimos cinco años

De acuerdo a las tasas anuales calculadas anteriormente, se plantea de forma gráfica, la tendencia de la mortalidad hospitalaria por VIH entre 2016 y 2020. La tasa tuvo un aumento constante entre 2016, 2017 y 2018. Llegando en ese punto a 21.09 muertes hospitalarias por cada 1000 PVIH. En 2019 hay un descenso en la tasa anual en más de un tercio con respecto al año anterior (13.66 por cada 1000 PIVH). Para 2020, la tasa decrece a 13.34, la más baja de los cinco años en cuestión (ver gráfico 21) En el cálculo de las tasas, el denominador de los cocientes no muestra cambios demográficos (las poblaciones no cambian su composición), por lo tanto, los datos son comparables entre sí sin necesidad de ajustes de comparación.^{liii}

Gráfico 21. Tendencia de la mortalidad* hospitalaria por VIH entre 2016 y 2020
-Tasas anuales de mortalidad hospitalaria por VIH-



Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud de Honduras.

*Por cada mil PIVH

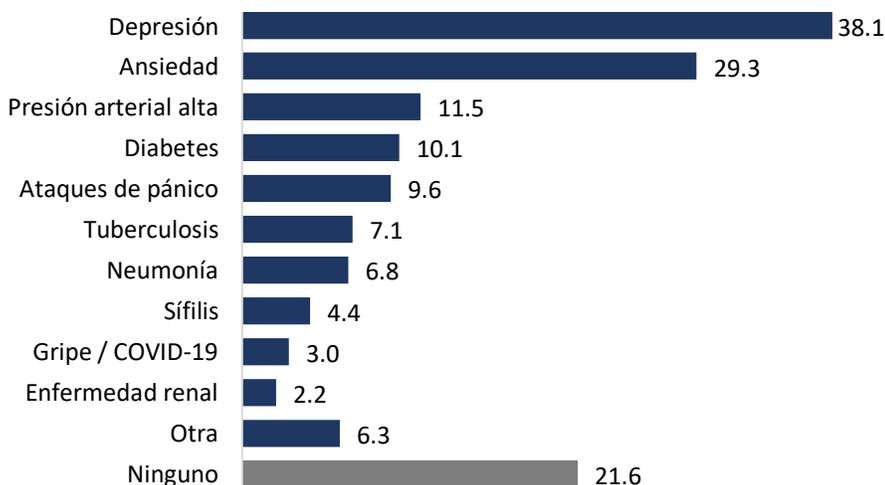
4. Factores asociados con mortalidad hospitalaria por VIH

Según el capítulo 1, se identificó las características clínicas y epidemiológicas de los fallecimientos hospitalarios por VIH (Tabla 12). Además, se determinó que el diagnóstico tardío y enfermedad avanzada por VIH en PVIH fallecidas se explica por la edad y el estar en TARV al fallecer, en otras palabras; estar desvinculado al sistema de salud mediante TARV y según aumente la edad del hospitalizado, el diagnóstico tardío es significativamente más frecuente, y por tanto la mortalidad hospitalaria^{iv}. Para ampliar el análisis, se contrastó la literatura disponible con los datos en la muestra de personas fallecidas, las muestras cuantitativas (PVIH y personal de salud) así como las entrevistas en profundidad. En donde la tuberculosis, como infección oportunista se asoció significativamente con la mortalidad hospitalaria por VIH.

Como bien se sabe, el acceso a TARV y el diagnóstico tardío inciden directamente en la mortalidad de PVIH^{iv}. La literatura disponible también identifica la coinfección de VIH/tuberculosis como uno de los retos en salud de la población PVIH en el país^{vi}. Precisamente, dos de cada cinco entrevistados de la muestra 1 (38.1%) ha tenido depresión, uno de cada cinco (29.3%) ansiedad y 9.6% ataques de pánico. La presión alta (11.5%) y diabetes (10.1%) son otras condiciones frecuentes. Les sigue la tuberculosis (7.1%), neumonía (6.8%) y sífilis (4.4%). El detalle de las condiciones en el gráfico 22.

Gráfico 22. Condiciones y enfermedades experimentadas (muestra 1)

-Porcentajes, respuesta múltiple, principales menciones, n=365-



Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Pregunta: ¿Qué tipo de padecimientos o enfermedades ha experimentado?



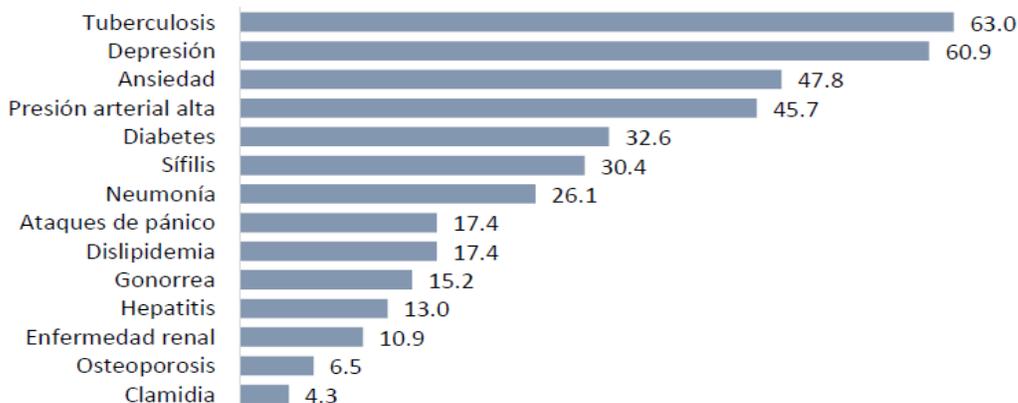
Según el personal en salud consultado, las condiciones de depresión, ansiedad, presión alta, diabetes y sífilis se ubican entre las principales condiciones con las que se enfrentan las PVIH. Sin embargo, las proporciones son mayores; además que ubican a la tuberculosis como la principal condición (63.0%), en comparación a lo reportado por la población (7.1%). Como ya se presentó en las barreras y limitaciones del capítulo 2, la depresión y el autoestigma afectan negativamente la adherencia al TARV, por tanto se amplía la complejidad y la necesidad de políticas públicas que reconozcan ambas condiciones para su tratamiento. El personal de salud experto, en atención de las PVIH y condatos de la atención hospitalaria reconoce que la tuberculosis como la principal y más frecuente coinfección en PVIH. La diferencia entre la percepción de las PVIH y el personal de salud se explica desde la información y conocimientos disponibles para ambas muestras. O sea que, las PVIH consultadas pueden reportar los síntomas como el diagnóstico, por ejemplo, hablar de neumonía, bronquitis, tos y padecimientos del pecho, desconociendo la condición detrás de esas apreciaciones. La percepción se demuestra en los porcentajes y cantidad de respuestas brindadas por ambas muestras (ver gráfico 22 y 23).

“Le hicieron unos exámenes en el Seguro Social porque él pasaba enfermo con tos, pensaron que era porque él trabajaba en construcción. Por la tos le dio, un paro cardiaco y lo ingresaron al hospital, en ese momento le hicieron la prueba y salió positivo.”

Persona amiga/familiar de PVIH garífuna fallecida.

Gráfico 23. Condiciones y enfermedades experimentadas, según informantes clave (muestra 2)

-Porcentajes, respuesta múltiple, principales menciones -



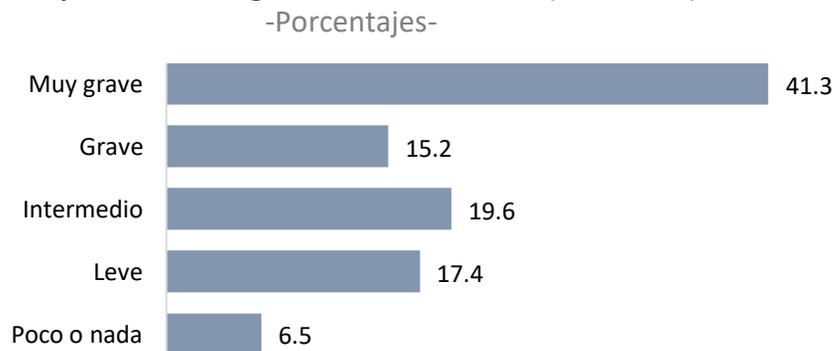
Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Pregunta: ¿Qué tipo de padecimientos o enfermedades experimentan frecuentemente los PVIH?



De la misma manera, según el 56.5% del personal de salud consultado, las PVIH que ingresan al hospital con alguna complicación lo hacen en estado grave o muy grave (gráfico 24).

Gráfico 24. Gravedad del estado de salud de las PVIH, al ingresar al hospital por complicaciones, según informantes clave (muestra 2)



Fuente: CID Gallup. FUNDAUNAH. Caracterización de la mortalidad hospitalaria por VIH y diagnóstico tardío de la infección por VIH y sus factores asociados en personas con VIH de Honduras, junio 2021.

Pregunta: Cuando una PVIH ingresa al hospital por alguna complicación ¿Qué tan grave es su estado de salud?

En este marco, para evidenciar la relación, se cruzaron las frecuencias entre el reporte de muertes por VIH y por tuberculosis entre las causas de muerte 1, 2 y 3; según prueba de chi cuadrado en la muestra de PVIH fallecidas existe asociación significativa entre ambas causas de muerte, en donde 17 muertes (6.3%) de las muertes directamente relacionadas a VIH/sida ocurrió por coinfección con tuberculosis ($\chi^2 = (1, N=537) = 10.113, p=0.001$).



VIII. Discusión y contraste de resultados

Debido a la naturaleza de los resultados (cualitativos y cuantitativos) no solo expresaron los resultados en los capítulos anteriores de manera expositiva, si no que se vincularon de manera narrativa y temática. De esta manera, el contraste de los resultados en los apartados anteriores ya estableció relaciones entre los hallazgos y el contexto hondureño. En este apartado de discusión y contraste, se sintetizan las relaciones principales entre estos resultados, con miras a la elaboración de las conclusiones y las recomendaciones de los siguientes segmentos.

El estudio y los resultados sobre el diagnóstico tardío, enfermedad avanzada por VIH y la mortalidad hospitalaria en Honduras enfrenta los retos del registro en los expedientes médicos, la sistematización de la información y la publicación actualizada de la misma. Este es el mayor desafío para la generación de conocimientos que alimenten la comprensión de los fenómenos, del estado de la pandemia por VIH en el país, así como las acciones y políticas institucionales del tema.

Los datos apuntan que en el quinquenio 2016-2020 el diagnóstico tardío y enfermedad avanzada, así como la mortalidad hospitalaria tuvo una frecuencia mayor en 2017 y 2018. De la misma forma que los fallecimientos de PVIH registradas por la SESAL acumulan mayores absolutos en ambos años. Según la caracterización del continuo de atención, en 2019 hubo una mayor proporción de personas en TARV al momento de fallecer y con más de 6 meses entre el fallecimiento y el inicio de TARV. Por lo que 2019 representó un mayor alcance de la vinculación al sistema de salud.

Las barreras y limitaciones para obtener un diagnóstico oportuno y acceso a los servicios de salud, van desde las condiciones estructurales hasta las personales. El diagnóstico oportuno y el seguimiento del TARV son tareas urgentes para la institucionalidad, debido al alcance evidenciado en los años estudiados en este informe.

El fallecimiento en condición de diagnóstico tardío (23.84% de los casos) se asocia a la condición de seguimiento en TARV, por lo que el incentivo de las políticas públicas de visibilización y vinculación de las PVIH se muestra necesario de reforzar. La mortalidad hospitalaria además se asoció a la tuberculosis, al mismo tiempo que se encontró una diferencia entre el reporte de coinfección por tuberculosis y la percepción de esta última entre las PVIH. Evidenciando la necesidad de comunicar a la sociedad los conocimientos de las comorbilidades del VIH/sida y su impacto en la calidad de vida.



IX. Conclusiones

- Según los registros a los que pudo acceder y analizar (n=537), la mortalidad hospitalaria por VIH entre 2016 y 2020, se caracteriza de un 56.2% de muertes de hombres y 43.8% muertes de mujeres; un 41.2% de ellas ocurrieron en el departamento de Atlántida, 12.7% en Choluteca y 11.4% en Francisco Morazán. También, un 27.4% ocurrió el SAI del E.S. Metropolitano La Ceiba. El 15.6 de las defunciones ocurrió en 2016, el 17.7% en 2017, el 22.7% en 2018, el 23.5 en 2019 y el 20.5% en 2020.
- Se encontró que 113 personas estuvieron en TARV 6 meses o menos antes de morir y 15 personas no habían iniciado TARV al fallecer, en total 128 casos de diagnóstico tardío. Por tanto, el porcentaje de personas con diagnóstico tardío y enfermedad avanzada por VIH, entre 2016 y 2020 fue de 23.84%.
- El porcentaje de personas que tuvieron un diagnóstico tardío y enfermedad avanzada en 2016 fue: 25.0%, en 2017: 27.4%, 2018: 27.0%, 2019: 23.0% y 2020: 17.3%. De esa forma la tendencia entre esos años, se comportó de manera ascendente entre 2016 y 2018, descendiendo entre 2018 y 2020. Con su punto máximo en 2017 y su punto mínimo en 2020.
- Según la caracterización del fallecimiento de acuerdo al continuo de atención, del total de PVIH fallecidas por año, el 2019 fue el año con mayor proporción de expedientes disponibles (36.5%), con mayor proporción de PVIH fallecidas con más de 6 meses en TARV (28.1%) y con PVIH en TARV (12.8%). La cobertura del sistema de salud se muestra mayor ese año, seguido de 2020, 2016, 2018 y 2017.
- El diagnóstico tardío, además, es mayor en el HEU, seguido del SAI del E.S Metropolitano, las proporciones según sexo fueron: hombres 66% y mujeres 62%; el 46.9% de las personas en diagnóstico tardío estaba en TARV al fallecer y el 53.1% no lo estaba. El 76% se registró como eventos definitivos del sida. El rango de edades fue de 7 a 86 años, con un promedio de 41 años.
- De esta forma, la edad (OR = 1.023, IC95% [1.007 a 1.040], p=0.007) y el estar en TARV al fallecer (OR=0.599, IC95% [0.359 a 0.842], p=0.006) se correlacionan al diagnóstico tardío. O sea que, por cada incremento de un año de edad, los OR del diagnóstico tardío aumentan en 2.3% y que los OR de tener un diagnóstico oportuno antes de morir, son 1.66 veces mayores para quienes estaban en TARV al menos 28 días antes de morir.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



- Se debe generar registro de datos y sistematización más robusta de esta información por parte de la SESAL. Los expedientes médicos consultados no contenían toda la información consistente sobre las variables de relevancia para estudios como el presente.
- Los datos de PVIH fallecidas disponibles se segregaban por sexo y edad (mayores y menores de 15 años) para algunos de los años de interés. De la misma forma, no tuvo acceso a las estimaciones de PVIH viviendo en Honduras según sexo o edad, por lo que las tasas se calcularon en totales (brutas) lo cual las hace comparables entre sí sin necesidad de ajuste.
- En la muestra de PVIH, se halló que uno de cada cinco PVIH ha dejado el TARV al menos una vez en su vida, principalmente por más de un año (33.3%).
- El 32.9% de los encuestados en esta muestra recibió su diagnóstico VIH seropositivo cuando visitó un SAI al enfermar. De manera tal que, al determinar el diagnóstico tardío en la muestra 1, se reportó un 39.72% de casos de diagnóstico tardío.
- La tasa de mortalidad hospitalaria por VIH en Honduras fue mayor en 2018 (21.09 por cada 1000 PVIH) y menor en 2020 (13.34 por cada 1000 PVIH). La tasa de mortalidad fue mayor un año después del año del que se reportó el mayor porcentaje de diagnóstico tardío.
- Los factores asociados a la mortalidad hospitalaria en Honduras son la vinculación al sistema de salud mediante el TARV además la coinfección por tuberculosis ($\chi^2 = (1, N=537) = 10.113, p=0.001$).
- La cohorte de fallecimientos de PVIH a nivel nacional, según datos de la SESAL, se concentra en el HMCR, seguido del E.S Metropolitano y el H. Cortés.
- La salud mental de las PVIH se ve muy afectada por el diagnóstico, siendo de las principales razones por hospitalización. Comorbilidades crónicas frecuentes son diabetes y presión arterial alta.
- Hay factores socioculturales que afectan además la calidad de vida de las PVIH, así como la frecuencia de un diagnóstico oportuno y la adherencia a TARV. Se halló en los relatos recaudados, que la discriminación y el autoestigma limita a las PVIH en tomar su tratamiento pues las comunidades les aísla y la autopercepción les impide aceptar su diagnóstico para la toma de decisiones.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



H
Salud
Gobierno de la República



- Hay barreras de género en la sociedad hondureña que reproducen la victimización de las mujeres, tanto en sus derechos reproductivos como sexuales. Es frecuente que las mujeres tengan menos oportunidades para decidir sobre las relaciones sexuales que tienen con sus maridos y por tanto su exposición a la transmisión de ITS.
- También se encontró de manera cualitativa, buena adherencia al TARV en los garífunas. Mientras que hubo abandono al tratamiento en los casos analizados de mujeres trans, trabajadoras del sexo y mujeres heterosexuales.
- Entre las entrevistas a HSH se halló el impacto de la crisis sanitaria por COVID-19 en la economía del hogar, y como esto incide de manera indirecta en el acceso al TARV. Uno de estos pacientes abandonó TARV durante un año debido a esta razón.

X. Recomendaciones

- **Promover el registro uniforme y digital de los datos demográficos desde las instituciones de salud.** El acceso a los datos e información relacionada denota desafíos con respecto al conocimiento público de estadísticas en salud. Se recomienda que haya unidad de acción de la red institucional en salud a nivel nacional para reforzar las prácticas de registro de mortalidad por VIH, siguiendo las recomendaciones por los organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud^{lvii}. Además de, la implementación de un registro digital único, para el seguimiento del historial de atención de pacientes independiente a los SAI. Además de contar con plataformas de acceso público a la información demográfica para generar productos científicos con mayor alcance.
- **Reforzar el diagnóstico oportuno en todas las edades, enfatizando en las poblaciones priorizadas y de bajo ingreso económico y baja escolaridad.** Así como considerar estas condiciones de vulnerabilidad social para una comunicación efectiva: educar sobre prácticas de sexo seguro ante ITS, así como la importancia de realizarse pruebas de manera regular. Esta comunicación debe ir acompañada de conocimientos en educación sexual afectiva, de autocuidado y reconocimiento de las desigualdades basadas en género.
- **Realizar campañas educativas que sean comprensivas y con objetivos medibles, para reforzar la adherencia al TARV entre las PVIH:** las PVIH como población tienen características demográficas identificables, por lo tanto, la información generada para cada uno de sus estos segmentos debe considerar elementos de la comunicación comprensiva y asertiva. Las buenas prácticas y eliminación de los prejuicios deben ser comunicadas de forma clara para el grueso de la población que por ejemplo tiene bajo nivel educativo. El autoestigma existe en la sociedad hondureña y ante tal efecto, se debe empoderar a las PVIH con conocimiento de su condición, de las posibles infecciones oportunistas y sus síntomas, de la importancia del seguimiento con los SAI para alcanzar que el virus sea indetectable en al menos el 90% de la población de PVIH, para ello se necesita que la adherencia al tratamiento sea una práctica aceptada, vista sin estigma y desde el amor propio. Las comunidades deben llevar acompañamiento psicosocial.
- Priorizar la dirección de recursos a la lucha contra el VIH/sida desde la actualización de los conocimientos: Si bien, se reconocen las limitaciones institucionales para el tratamiento de la pandemia por VIH/sida en el país, la toma de decisiones para el enfoque de los recursos debe acompañarse de datos de calidad y públicos. Las decisiones deben acompañarse de conocimientos actualizados que incluyan de manera participativa a las comunidades.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



H
Salud
Gobierno de la República



XI. Anexos

A. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD Y ENCUESTAS

Buenos días/tardes/noches, soy parte de la empresa de investigación CID Gallup y la Fundación de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (FUNDAUNAH) nos ha contratado para desarrollar un estudio en esta área.

Estamos llevando a cabo un estudio de investigación sobre poblaciones vulnerables por el VIH en Honduras. La información recopilada se utilizará para mejorar la atención que se les da. Ahora estamos buscando personas que:

- Sean VIH positivos
- Tengan 18 años o más

Este estudio ayudará a mejorar los servicios de salud y los servicios gratuitos para las personas con VIH en Honduras y obtener mejores beneficios para la salud.

¿Usted cumple con todas estas características?

Si **No**

Dado que cumple todas las características deseadas, le invitamos a participar en este estudio. Si usted decide participar, usted será uno de los [25] participantes en el estudio, y se le pedirá responder a un cuestionario que contiene preguntas sobre cuestiones sociodemográficas, actitudes, comportamientos y prácticas ante el VIH. El cuestionario dura entre 10 y 15 minutos.

- Un riesgo relevante es la pérdida de la confidencialidad, si la información proporcionada durante la encuesta se conoce por terceras personas. Sin embargo, todo se hará para reducir estos riesgos. La agencia de recolección de la información y todo el personal de investigación es / será entrenado en sujetos humanos para guardar confidencialidad de la información proporcionada por los participantes.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



- No hay ningún beneficio directo individual por participar en este estudio. Las ventajas son indirectas, ya que con la información que usted proporciona, podemos tomar mejores programas para mejorar la salud de los hombres y mujeres, que tradicionalmente han sido olvidados por los programas de salud.



B. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD Y ENCUESTAS

Buenos días/tardes/noches, soy parte de la empresa de investigación CID Gallup y la Fundación de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (FUNDAUNAH) nos ha contratado para desarrollar un estudio en esta área.

Estamos llevando a cabo un estudio de investigación sobre poblaciones vulnerables por el VIH en Honduras. La información recopilada se utilizará para mejorar la atención que se les da. Ahora estamos buscando personas que:

- Sean VIH positivos
- Tengan 18 años o más

Este estudio ayudará a mejorar los servicios de salud y los servicios gratuitos para las personas con VIH en Honduras y obtener mejores beneficios para la salud.

¿Usted cumple con todas estas características?

Si No

Dado que cumple todas las características deseadas, le invitamos a participar en este estudio. Si usted decide participar, usted será uno de los [25] participantes en el estudio, y se le pedirá responder a un cuestionario que contiene preguntas sobre cuestiones sociodemográficas, actitudes, comportamientos y prácticas ante el VIH. El cuestionario dura entre 10 y 15 minutos.

- Un riesgo relevante es la pérdida de la confidencialidad, si la información proporcionada durante la encuesta se conoce por terceras personas. Sin embargo, todo se hará para reducir estos riesgos. La agencia de recolección de la información y todo el personal de investigación es / será entrenado en sujetos humanos para guardar confidencialidad de la información proporcionada por los participantes.
- No hay ningún beneficio directo individual por participar en este estudio. Las ventajas son indirectas, ya que con la información que usted proporciona, podemos tomar mejores programas para mejorar la salud de los hombres y mujeres, que tradicionalmente han sido olvidados por los programas de salud.



- La participación en este estudio de investigación es voluntaria. Usted puede dejar de participar en cualquier momento sin ninguna consecuencia. También se puede saltar a cualquier pregunta que usted desee.
- Su decisión de participar o no participar en el estudio de investigación no afectará los beneficios que usted puede tener derecho a recibir de las instituciones.

Confidencialidad

- Ninguna información de contacto se requiere de usted.
- Le pediremos que nos proporcione en la encuesta, un código único compuesto por letras de su apellido, su identificación de género, y dos dígitos de su día y año de nacimiento. Esa información como cualquier otra información que proporcione aquí no será compartida con nadie que no sea parte del personal de investigación. Sólo servirá para saber si una persona, sin saber quién es, ha participado en diferentes programas de salud y el número de veces que ha participado. Esto es importante para nosotros, para conocer el éxito de los programas de salud. No hay forma de que la persona que analiza los datos pueda saber específicamente quién es usted.
- Una vez que tengamos el código que mencionamos, el equipo de investigación de CID Gallup coincidirá con los registros de participaciones anteriores en actividades como "1 a 1" intervenciones de sensibilización de los educadores; " intervenciones de sensibilización de grupo; y referencias a otros servicios, como la prueba del VIH, grupos de apoyo, la salud y el asesoramiento jurídico, etcétera.
- Este código único permanecerá en nuestra base de datos para futuros análisis, sin embargo, como hemos mencionado, se ha diseñado para mantener su confidencialidad, ya que no será posible vincularlo con usted o su información personal. Su información se fusionará con la información proporcionada por otros (tamaño de muestra) participantes y será presentado en forma agregada.
- El estudio analizará las encuestas como un grupo y ningún juicio será hecho en la información individual.
- La información individual o de la base de datos no serán compartidos con terceros.
- No se proporcionará ninguna compensación económica, dada la limitación de los recursos de este estudio.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



Si usted tiene alguna pregunta o siente que ha sido perjudicado en modo alguno por participar en este estudio, por favor póngase en contacto con el equipo de investigación regional de CID Gallup y de FUNDAUNAH escribiendo a:

Equipo de CID Gallup:	Datos del Comité Ético
Georgina Pelaez – gpelaez@cidgallup.com Gissela Mayorquín – gmayorquin@cidgallup.com Damariz Andino - dandino@cidgallup.com Kenia González - kgonzales@cidgallup.com Ana Patricia Alfonso – aalfonso@cidgallup.com Carmen Crespo – ccrespo@galluppanama.com	Dra. Eleonora Espinoza Secretaria Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB) eleonora.espinoza@unah.edu.hn ; eleo22@hotmail.com

Antes de dar su consentimiento, por favor puede hacer cualquier pregunta sobre cualquier aspecto de este estudio que no esté claro para usted. Usted puede tomar todo el tiempo que sea necesario para pensarlo. Podemos pasar a otra área o asignar otro encuestador si se siente más cómodo.

Usted está haciendo una decisión sobre si participar o no en este estudio. Su consentimiento oral indica que usted entiende la información proporcionada y han tenido todas sus preguntas contestadas y ha decidido participar.

El estudio fue aprobado a nivel local por Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB). Siguiendo sus instrucciones, una firma será requerida de usted para confirmar su consentimiento para participar. Una copia del documento firmado se mantendrá en la Oficina de País de CID Gallup y otra copia la tendrá usted, y sólo al personal de investigación se le permitirá acceder a los registros.

Los registros se mantendrán durante 3 a 5 años, después de lo cual serán destruidos. El contacto del Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB) local está incluido en el consentimiento informado por si hay alguna queja, para que también puedan ser contactados.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



Investigador obtuvo el consentimiento del sujeto:

Iniciales del entrevistador

Fecha

Testigo presente



C. Instrumentos de recolección

Instrumento 1. GUÍA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Proyecto:	Guía de Preguntas para entrevistas a profundidad con Personas VIH positivo
Cliente:	FUNDAUNAH
Objetivo:	Conocer y profundizar sobre las barreras y limitantes que tienen las PVIH para acceder, de forma temprana y oportuna al diagnóstico de VIH, así como sus comorbilidades.
Temas:	<ul style="list-style-type: none">• Actual hospitalización• Sentimiento al ser diagnosticado• Tratamiento antirretroviral• Padecimientos
Informante:	<ul style="list-style-type: none">• Personas mayores de edad VIH positivo, SAI-SESAL
Duración:	Aproximadamente 15 minutos
Fecha:	XX febrero de 2022

Introducción:

Buenas tardes, noches señor(a)(ita) mi nombre es _____ y trabajo para la empresa CID Gallup, especializada en nuestro país en estudios sociales y de opinión pública. Agradeciendo su apoyo y participación en este estudio, quisiera hacerle unas preguntas con respecto a sus padecimientos, tratamiento y apoyo recibido desde que ha sido diagnosticado con VIH, por lo que me gustaría que me cuente:

Identificación informante: SAI-SESAL

- ¿Qué edad tiene?
- ¿Usted es VIH positivo?

Como le indiqué, esta entrevista es confidencial y anónima, por lo tanto, todo lo que aquí tratemos será confidencial y muchas gracias por su apoyo- Si le parece empezamos:

1. Respecto a su actual hospitalización:

- a. ¿Hace cuánto se encuentra hospitalizado/a?
- b. ¿Por qué padecimiento lo ingresaron?



- c. ¿Cuántas veces ha sido padecimiento?
- d. ¿Qué otros padecimientos han experimentado en el último año?

2. Ahora quisiera conocer un poco más sobre el momento en que supo que era una persona con diagnóstico positivo al VIH:

- a. ¿Hace cuánto lo supo?
- b. ¿Cómo se enteró?
- c. ¿Qué le llevó a hacerse una prueba para verificar su estado con respecto al VIH?
- d. (Si no es mencionado en las razones para hacerse la prueba) ¿Tuvo algún síntoma o enfermedad que le llevó a buscar atención médica y a hacerse la prueba?

3. Al momento de recibir su diagnóstico:

- a. ¿Recibió orientación sobre cómo llevar su vida de una manera normal?
- b. ¿Recibió asesoría psicológica? ¿alguien más le ayudó?
- c. ¿Fue referido a una unidad nacional de salud para brindarle su tratamiento antirretroviral?
- d. ¿Le hicieron exámenes de laboratorio para medir su carga viral y CD4?
- e. ¿Hubo algo más que usted esperaba recibir y no lo obtuvo en esos momentos?

4. En cuanto a tratamiento antirretroviral:

- a. ¿Se encuentra actualmente tomándolo? ¿Cuánto tiempo lleva con el mismo?
- b. ¿Ha dejado de tomarlo algún período? ¿Por cuánto tiempo? ¿Cuántas veces?

5. Ahora hablando un poco sobre padecimientos a nivel general desde que le dieron un diagnóstico VIH positivo:

- a. ¿Qué tipo de padecimientos o enfermedades ha experimentado?
- b. ¿Cuántas veces ha sido hospitalizado/a desde que le diagnosticaron VIH?

Agradezca y termine



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud



Instrumento 2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN REGISTROS HOSPITALARIOS

Ficha de recolección de datos

Estudio de mortalidad en pacientes con VIH de Honduras

Nombre de centro hospitalario: _____ Departamento: _____

Fecha de recolección de datos: _____ Nombre del recolector: _____ Cod: _____

No. Registro	Fecha de defunción	Edad al fallecer	Sexo	Grupo poblacional	Enfermedad y comorbilidades	Códigos de causas	Tiempo en TARV



Instrumento 3. CUESTIONARIO EXPLORATORIO PARA PVIH DE HONDURAS

PREGUNTAS	RESPUESTAS
[TIPO] Tipo de entrevista:	<1> Presencial <2> Telefónica
[RESULTADO_TEL] Resultado telefónica	<1> Contesta <2> Otro resultado
[FECHA] Fecha:	
[INICIO] Hora:	
<p>Buenos días/tardes/noches. Mi nombre es... (Enseñar carné) y trabajo para la empresa CID Gallup conocida por sus estudios en Opinión Pública. Estamos llevando a cabo otro de nuestros estudios y es de mucho interés conocer las opiniones de personas como usted que ha sido seleccionado/a al azar. Le ruego prestarme unos pocos minutos de su tiempo para contestar algunas preguntas de importancia- Quiero asegurarle que toda la información que usted nos brinde se mantendrá en forma confidencial y anónima.</p> <p>¿Desea participar?</p> <p><1> Sí <2> No</p>	
INFORMACIÓN PERSONAL	
[Sexo] Sexo: Género (Anotar, NO PREGUNTE)	<1> Hombre <2> Mujer <3> Otro - Anote
P1 ¿En cuál Departamento vive Usted?,	<1> Francisco Morazán <2> Atlántida <3> Choluteca <4> Colón <5> Comayagua <6> Copán <7> Cortés <8> El Paraíso <9> Gracias a Dios <10> Intibucá <11> Islas de la Bahía <12> La Paz <13> Lempira

	<14> Ocotepeque <15> Olancho <16> Santa Bárbara <17> Valle <18> Yoro
P2: Y antes de seguir, por favor ¿Cuál es su edad en años cumplidos?	
P2a: Anote el rango de edad (ÚNICAMENTE POR OBSERVACIÓN, NO PREGUNTE)	18-24 25-34 35-44 45-54 55+
P3: ¿Cuál fue el último grado de educación que usted completó?	<1> Ninguno/No tengo educación <2> Terminé parte de la educación primaria <3> Terminé la educación primaria (años 1 - 6) <4> Terminé mis primeros años de secundaria (7 - 9 años) <5> Terminé mi educación secundaria <6> Terminé una formación técnica o vocacional <7> Terminé mis estudios universitarios <8> Terminé mis estudios postgrado <9> No sabe (NO LEER) <10> No responde (NO LEER)
P4: ¿Es usted soltero(a), casado(a), en unión libre, divorciado(a), separado(a) o viudo(a)?	<1> Soltero(a) <2> Casado(a) <3> Unión Civil(a) <4> Divorciado(a) <5> Separado(a) <6> Viudo(a) <7> NS/NR
Agradeciendo su apoyo y participación en este estudio, quisiera hacerle unas preguntas con respecto a sus padecimientos, tratamiento y apoyo recibido desde que ha sido diagnosticado con VIH.	
P5: ¿Me podría contar cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de VIH?	<1> 0-1 mes <2> 1-3 meses <3> 3-6 meses <4> 6-9 meses

	<p><5> 9-12 meses</p> <p><6> Más de 12 meses</p>
P6: 2. ¿En dónde se realizó esa última prueba de VIH?	Anote:
P7: ¿Fue en esta última prueba que lo/la diagnosticaron por primera vez su estado positivo con respecto al VIH?	<p><1> Si (Pasar a P9)</p> <p><2> No</p>
P8: ¿Hace cuánto fue entonces que usted fue diagnosticado por primera vez como positivo para el VIH?	<p><1> 0-1 mes</p> <p><2> 1-3 meses</p> <p><3> 3-6 meses</p> <p><4> 6-9 meses</p> <p><5> 9-12 meses</p> <p><6> 12-24 meses</p> <p><7> Más de 24 meses</p>
P9: ¿Cuál fue la razón por la que se hizo una prueba de VIH en el momento que le diagnosticaron su resultado positivo? MOSTRAR LISTA	<p><1> Tenía sospechas por una relación de riesgo que tuvo</p> <p><2> Lo hizo por acompañar a alguien</p> <p><3> Lo invitaron como parte de un estudio</p> <p><4> Lo hizo por un incentivo que le ofrecieron</p> <p><5> Constantemente se hacía/hace pruebas para saber su estado con respecto al VIH</p> <p><6> Enfermó y en el hospital le hicieron la prueba como parte de sus exámenes.</p> <p><7> Otro (No leer) Anote:</p>
P10: Al momento de haber recibido su diagnóstico positivo al VIH ¿Recibió orientación sobre cómo llevar su vida de una manera normal?	<p><1> Si</p> <p><2> No</p>
P11: ¿Recibió asesoría psicológica?	<p><1> Si</p> <p><2> No</p>
P12: ¿Recibió otro tipo de ayuda?	<p><1> Si – Anote:</p> <p><2> No</p>
Al confirmar su diagnóstico positivo	
P13: ¿Le hicieron exámenes de laboratorio para medir su carga viral y CD4?	<p><1> Si</p> <p><2> No</p>
P14: ¿Fue referido a una unidad nacional de salud para brindarle su tratamiento antirretroviral?	<p><1> Si</p> <p><2> No</p>

P15: ¿Se encuentra actualmente tomando tratamiento antirretroviral?	<1> Si <2> No (Pase a P18)
P16: ¿Cuánto tiempo lleva con el mismo?	<1> 0-1 mes <2> 1-3 meses <3> 3-6 meses <4> 6-9 meses <5> 9-12 meses <6> 12-24 meses <7> Más de 24 meses
P17: ¿Ha dejado de tomarlo algún período?	<1> Si – Anote: ¿Por cuánto tiempo? <2> No
Ahora hablemos un poco sobre su salud... cuénteme, a nivel general desde que le dieron un diagnóstico VIH positivo...	
P18: ¿Cuántas veces se ha enfermado?	Anote:
P19: De esta cantidad de veces que ha enfermado, ¿Cuántas han requerido hospitalización?	Anote:
P20: 1. ¿Qué tipo de padecimientos o enfermedades ha experimentado? Mostrar tarjeta/Mostrar lista	Cuadro de opciones múltiples: <1> Depresión <2> Ansiedad <3> Ataques de pánico <4> Neumonía <5> Presión arterial alta <6> Osteoporosis <7> Tuberculosis <8> Hepatitis <9> Gonorrea <10> Sífilis <11> Clamidia <12> Dislipidemia <13> Enfermedad renal <14> Diabetes <15> Otra(s) – Anote:
P21: ¿Cuántas veces ha sido hospitalizado/a desde que le diagnosticaron VIH?	<1> 1 vez <2> 2-3 veces <3> 4-5 veces <5> Más de 6 veces

	<6> Ninguna (Agradezca y termine)
P22: Desde su primer diagnóstico positivo, ¿Cuánto tiempo pasó hasta que fue hospitalizado por primera vez?	<1> 0-1 mes <2> 1-3 meses <3> 3-6 meses <4> 6-9 meses <5> 9-12 meses <6> 12-24 meses <7> Más de 24 meses
PREGUNTAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre su ocupación actual. Recuerde, todas sus respuestas son confidenciales.	
D1: ¿Cuál es la ocupación o tipo de trabajo que realiza?	<1> Directores y gerentes <2> Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados <3> Manufactura <4> Personal de apoyo administrativo <5> Trabajo doméstico remunerado (tipo ama de casa) <6> Construcción <7> Agricultores y trabajadores agropecuarios, forestales y pesqueros <8> Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios <9> Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores <10> No sabe [NO LEER] <11> No responde [NO LEER]
P9: ¿Cuál es su principal fuente de ingreso?	<1> Trabajo Asalariado <2> Remesas <3> Fuentes Informales <4> Otros -Anote:
Ahora le voy a leer una lista con montos de ingresos en dólares sírvase indicar si los ingresos mensuales de su hogar se ubican dentro de alguna de estas categorías.	<1> Menos de L 2,000 lempiras <2> Entre L 2,001 y L 6,000 lempiras <3> Entre L 6,001 y L 12,300 lempiras <4> Entre L 12,301 y L 18,400 lempiras <5> Entre L 18,401 y L 24,500 lempiras <6> Más de L 24,500 lempiras
AGRADEZCA Y TERMINE	

Anote la hora final	
Minutos	
Certifico bajo juramento que personalmente entrevisté a la persona cuyo nombre aparece arriba, quien cumple las especificaciones del estudio y que las respuestas son las dadas por él o ella. Cualquier variación puede ser considerado falso o fraude y ser penalizado por las leyes respectivas de nuestro país Además debo pagar los costos incurridos	<1> Sí <2> No certifica
Anote encuestador:	
Nombre entrevistador	
Número de Cedula	
Nombre de supervisor	
Validación: GPS está funcionando: {0}	
Datos GPS:	
A1: coordenada n:	
A2: coordenada w:	
Entrevista aprobada	Si... Código de validador No... Código de validador
Validador	

Instrumento 4. CUESTIONARIO

EXPLORATORIO

**PARA ACTORES CLAVE EN POBLACIÓN PVIH DE
HONDURAS**

Pregunta	Respuesta
[TIPO] Tipo de entrevista:	<1> Presencial <2> Telefónica
[RESULTADO_TEL] Resultado telefónica	<1> Contesta <2> Otro resultado
[FECHA] Fecha:	
[INICIO] Hora:	
<p>Buenos días/tardes/noches. Mi nombre es... (Enseñar carné) y trabajo para la empresa CID Gallup conocida por sus estudios en Opinión Pública. Estamos llevando a cabo otro de nuestros estudios y es de mucho interés conocer las opiniones de personas como usted que ha sido seleccionado/a al azar. Le ruego prestarme unos pocos minutos de su tiempo para contestar algunas preguntas de importancia- Quiero asegurarle que toda la información que usted nos brinde se mantendrá en forma confidencial y anónima.</p> <p>¿Desea participar?</p> <p><1> Sí <2> No</p>	
Información Personal	
[Sexo] Sexo: Género (Anotar, NO pregunte)	<1> Hombre <2> Mujer
¿En cuál Departamento vive Usted?,	<1> Francisco Morazán <2> Atlántida <3> Choluteca <4> Colón <5> Comayagua <6> Copán <7> Cortés <8> El Paraíso <9> Gracias a Dios <10> Intibucá <11> Islas de la Bahía <12> La Paz <13> Lempira <14> Ocotepeque <15> Olancho

	<16> Santa Bárbara <17> Valle <18> Yoro
P2: Y antes de seguir, por favor ¿Cuál es su edad en años cumplidos?	
P2a: Anote el rango de edad <u>(SOLO OBSERVACIÓN: de acuerdo con pregunta P2)</u>	<1> 18-24 <2> 25-34 <3> 35-44 <4> 45-54 <5> 55+
P3: ¿Cuál fue el último grado de educación que usted completó?	<1> Ninguno/No tengo educación <2> Terminé parte de la educación primaria <3> Terminé la educación primaria (años 1 - 6) <4> Terminé mis primeros años de secundaria (7 - 9 años) <5> Terminé mi educación secundaria <6> Terminé una formación técnica o vocacional <7> Terminé mis estudios universitarios <8> Terminé mis estudios postgrado <9> No sabe (NO LEER) <10> No responde (NO LEER)
P4: ¿Cuál es la ocupación o tipo de trabajo que realiza para la Salud?	Anote:
P5: ¿Para qué organización trabaja?	Anote:
Agradeciendo su apoyo y participación en este estudio, quisiera hacerle unas preguntas con respecto a las personas que han sido diagnosticadas con VIH. Para hablar de sus padecimientos, tratamiento y apoyo recibido desde que han sido diagnosticados con VIH.	
P6: Según su experiencia, al momento de diagnosticar a una persona positiva respecto al VIH, nos podría decir ¿Cuál considera que fue la razón por la que la persona se hacen una prueba de VIH? Mostrar lista/tarjeta	<1> Tenían sospechas por una relación de riesgo que tuvo <2> Lo hicieron por acompañar a alguien <3> Lo invitaron como parte de un estudio <4> Lo hacen por un incentivo que les ofrecieron

	<p><5> Constantemente se hacen pruebas para saber su estado con respecto al VIH</p> <p><6> Enfermó y en el hospital le hicieron la prueba como parte de sus exámenes.</p> <p><7> Otro (NO LEER) Anote:</p>
P7: Al momento de que las personas sean diagnosticadas VIH positivo ¿Reciben orientación sobre cómo llevar su vida de una manera normal?	<p><1> Si</p> <p><2> No</p>
P8: ¿Reciben asesoría psicológica?	<p><1> Si</p> <p><2> No</p>
P9: ¿Reciben otro tipo de ayuda?	<p><1> Si – Anote: ¿Cuál?</p> <p><2> No</p>
Al confirmar su diagnóstico positivo	
P10: ¿A las PVIH le hacen exámenes de laboratorio para medir su carga viral y CD4?	<p><1> Si</p> <p><2> No</p>
P11: ¿Son referidos a una unidad nacional de salud para brindarle su tratamiento antirretroviral?	<p><1> Si</p> <p><2> No</p>
P12: ¿Son adherentes a su tratamiento antirretroviral?	<p><1> Si</p> <p><2> No</p>
Ahora hablemos un poco sobre la salud. Cuénteme, a nivel general cuando a los pacientes les dan un diagnóstico VIH positivo:	
P13: Según su experiencia ¿Cuántas veces ha enfermado una persona VIH positivo?	Anote:
P14: De esta cantidad de veces que han enfermado, ¿Cuántas han requerido hospitalización?	Anote:
P15: ¿Qué tipo de padecimientos o enfermedades experimentan frecuentemente los PVIH? Mostrar lista – Mostrar tarjeta	<p>Cuadro de opciones múltiples:</p> <p><1> Depresión</p> <p><2> Ansiedad</p> <p><3> Ataques de pánico</p> <p><4> Neumonía</p> <p><5> Presión arterial alta</p> <p><6> Osteoporosis</p> <p><7> Tuberculosis</p>

	<p><8> Hepatitis</p> <p><9> Gonorrea</p> <p><10> Sífilis</p> <p><11> Clamidia</p> <p><12> Dislipidemia</p> <p><13> Enfermedad renal</p> <p><14> Diabetes</p> <p><15> Otra(s) – Anote:</p>
P16: ¿Cuántas veces en promedio es hospitalizado/a una persona desde que le diagnostican VIH?	<p><1> 1 vez</p> <p><2> 2-3 veces</p> <p><3> 4-5 veces</p> <p><5> Más de 6 veces</p> <p><6> Ninguna (Agradezca y termine)</p>
P17: Desde que se diagnostica un positivo, ¿cuánto tiempo pasa hasta que les hospitalizan por primera vez?	<p><1> 0-1 mes</p> <p><2> 1-3 meses</p> <p><3> 3-6 meses</p> <p><4> 6-9 meses</p> <p><5> 9-12 meses</p> <p><6> 12-24 meses</p> <p><7> Más de 24 meses</p>
P18: Desde que se diagnostica un positivo ¿cuánto tiempo pasa desde su última hospitalización hasta la hospitalización en la que se encuentra actualmente?	<p><1> 0-1 mes</p> <p><2> 1-3 meses</p> <p><3> 3-6 meses</p> <p><4> 6-9 meses</p> <p><5> 9-12 meses</p> <p><6> 12-24 meses</p> <p><7> Más de 24 meses</p>
Me gustaría además saber un poco más sobre otras dificultades que tienen las PVIH para acceder oportunamente a su tratamiento	
P19: ¿Cuál considera que es la mayor dificultad para que las PVIH detecten a tiempo su estado positivo? RM - Mostrar tarjeta/lista	<p><1> No ven/tienen síntomas a tiempo</p> <p><2> No saben del virus</p> <p><3> Les da miedo hacerse una prueba o el resultado</p> <p><4> No saben que están en riesgo</p> <p><5> Otro (No leer) – Anote:</p>

P20: Cuando una PVIH ingresa al hospital por alguna complicación ¿Qué tan grave es su estado de salud? RU - mostrar tarjeta	<1> Muy grave <2> Grave <3> Intermedio <4> Leve/curable <5> Poco o nada
P21: ¿Qué tan probable es que una persona que ingresa al hospital por una complicación debido a su estado VIH positivo logre recuperarse y salir del hospital? RU - mostrar tarjeta	<1> Muy probable <2> Algo probable <3> Poco probable <4> Nada probable
P22: ¿Cuál considera usted qué es la principal razón por la que una PVIH que ingresa al hospital pueda morir durante su estadía?	Anote:
AGRADEZCA Y TERMINA	
Anote la hora final	
Minutos	
Certifico bajo juramento que personalmente entrevisté a la persona cuyo nombre aparece arriba, quien cumple las especificaciones del estudio y que las respuestas son las dadas por él o ella. Cualquier variación puede ser considerado falseo o fraude y ser penalizado por las leyes respectivas de nuestro país Además debo pagar los costos incurridos	<1> Sí <2> No certifica
Anote encuestador:	
Nombre entrevistador	
Número de Cedula	
Nombre de supervisor	
Validación: GPS está funcionando: {0}	
Datos GPS:	
A1: coordenada n:	
A2: coordenada w:	
Entrevista aprobada	Si... Código de validador No... Código de validador
Validador	



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



-
- i BM. Honduras Panorama General. Recurso Online recuperado de <http://www.bancomundial.org/es/country/honduras/overview>
- ii Fauci AS, Lane HC. Human Immunodeficiency Virus Disease: AIDS and Related Disorders. En: Harrison Principles of Internal Medicine. 16th edition. United States of America. McGraw-Hill. 2005. 1076-113
- iii Ministerio de Salud Pública. Normas de Atención Clínica del paciente adulto con VIH/SIDA. Tegucigalpa, Honduras, 2003.
- iv Informe de Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH, Secretaría de Salud, Honduras, .
- v Tablas de Salida Estimaciones de Datos, Spectrum v6.06, Secretaría de Salud Honduras, 2020.
- vi Registro de PVIH vinculadas y activas en TAR, SESAL 2019
- vii Sub Estudio 3 Cascada del Continuo de Atención del VIH, Secretaría de Salud de Honduras, 2017
- viii Martín-Onraet A, Piñeirua-Menéndez A, Perales-Martínez D, Ortega-Pérez R, Barrera-García A, Sierra-Madero J, Volkow-Fernández P. Mortalidad hospitalaria en pacientes con infección por VIH: a diez años del acceso universal a TARAA en México. Salud Publica Mex 2015;57 supl 2:S163-S170
- ix Secretaría de Salud, Honduras 2020
- x Análisis Epidemiológico y Programático del VIH en Honduras 2016-2020
- xi Secretaría de Salud, Honduras 2018
- xii VIH-Sida: La epidemia olvidada en Honduras HIV-AIDS: 2020. Eduardo H. Retes1. www.unitec.edu/innovare
- xiii OMS. Alonso, Mónica y Soliz, Patricia. Reunión de América Latina y el Caribe sobre información estratégica del VIH. Mortalidad por VIH: Recomendaciones para la mejora de la calidad de la información. Ciudad de Panamá. 2016.
- xiv Ibid XIII.
- xv Secretaría de Estado en el Despacho Salud; Instituto Hondureño de Seguridad Social. Plan Nacional de Salud 2021. 2005. Recuperado de https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/hn_0311.pdf
- xvi Secretaría de Salud. Plan Estratégico Insitucional 2018-2022. Documento online actualizado al 2022. Recuperado de https://portalunico.iaip.gob.hn/portal/ver_documento.php?uid=NTUyMjgzODkzNDc2MzQ4NzEyNDYxOTg3MjM0Mg==
- xvii Ibid xiv.
- xviii Portal Único de Transparencia. Hospital Escuela Universitario (HEU). Recuperado de <https://portalunico.iaip.gob.hn/portal/index.php?portal=363>
- xix Erazo, Karen y Lujan, Karen. Limitantes Diagnósticas de infecciones oportunistas en Pacientes con VIH. Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud 4 (2): 63-67. 2017. Recuperado de <http://www.bvs.hn/RCEUCS/pdf/RCEUCS4-2-2017.pdf>



- xx Secretaría de Salud. Emblemático Alonso Suazo celebra su 53 Aniversario. 2018. Recuperado de <http://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/k2/item/914-emblematico-alonso-suazo-celebra-su-53-aniversario>
- xxi Dirección de Docencia e Investigación. Instituto Nacional Cardiopulmonar. 2012. Recuperado de <https://www.paho.org/hon/dmdocuments/Folleto%20INCP%202012%20Feb24.pdf>
- xxii IHSS. Historia de la Seguridad Social en Honduras. PAHO. 2009. Recuperado de <https://www.paho.org/hon/dmdocuments/HISTORIA%20DE%20LA%20SEGURIDAD%20SOCIAL%20EN%20HONDURAS.pdf>
- xxiii Banco Mundial. Camas Hospitalarias por cada 1,000 personas – Honduras. Dashboard Online. Sitio del Banco Mundial. Consultado en mayo de 2022. Recuperado de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS?view=chart&locations=HN>
- xxiv Secretaría de Salud - SESAL. Guía para la configuración y delimitación de redes integradas de salud. Tegucigalpa. Secretaría de Salud. 2015.
- xxv Consejo Nacional Anticorrupción (CNA). La “estratégica” compra de ventiladores mecánicos que llegarían para navidad. Recurso Online del sitio web de CNA. Tegucigalpa. Recuperado de <https://www.cna.hn/la-corrupcion-en-tiempos-covid-parte-iv/>
- xxvi Instituto Hondureño de Seguridad Social. El IHSS en cifras 2005-2021. Recurso Online del IHSS. Tegucigalpa. 2021. Recuperado de <https://www.ihss.hn/index.php/el-ihss-en-cifras-2005-2021/#Filosof%C3%ADa%20Institucional!A1>
- xxvii Vásquez JA. Cronología de la lucha contra el sida en Honduras. Revista Médica Hondureña. 2019 Dec 23;87(2):90-3.
- xxviii Ibid xxv (90).
- xxix Ibid xxv (92)
- xxx Retes E. VIH-Sida: La epidemia olvidada en Honduras. Innovare: Revista de ciencia y tecnología. 2020 Abr. 30;9(1):60-1.
- xxxi Ibid XXIX
- xxxii Sánchez, Alba. Investigación del Índice de Estigma en Personas que viven con VIH (INDEX), versión 2.0 Honduras. REDCA+ Proyecto Regional “Asegurando a través de Acciones de Incidencia Política el Acceso Universal a la Salud y el Respeto de los Derechos Humanos en la Respuesta al VIH en Centroamérica, para Mejorar la Calidad de Vida de las Personas con VIH.2019. Tegucigalpa. Recuperado de <https://www.redca.org/wp-content/uploads/2019/10/Final-INDEX-Honduras-2019-REDCA.pdf>
- xxxiii Ibid XXX (31).
- xxxiv Ibid XXX (44).
- xxxv Ibid XXX (44).
- xxxvi Ibid XXX (50).
- xxxvii SESAL. Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH. Servicio de Atención Integral. Tegucigalpa. 2020.
- xxxviii SESAL. Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH. Servicio de Atención Integral. Tegucigalpa. 2020.



xxxix SESAL. Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH. Servicio de Atención Integral. Tegucigalpa. 2020.

xl Torres Ramírez FD. Percepción de barreras y limitaciones para realizar una tesis de pregrado en estudiantes de dos facultades de Medicina Humana de la región de Lambayeque en el período agosto-noviembre 2015.

xli <https://www.ine.gob.hn/v3/ephpm/>

xlii Generador de nombres de personas aleatorios en español. Recurso Online en <https://generadordenombres.online/>

xliii Fondo Mundial. Ampliación de programas para reducir los obstáculos relacionados con los derechos humanos al acceso humanos al acceso a los servicios de VIH. Tegucigalpa. 2018.

xliv Ibid xliii p.35

xlv Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Organización de Estados Americanos. (2015). Situación de los derechos humanos en Honduras

xlvi Festinger, Leon (1962-10). «Cognitive Dissonance». *Scientific American* 207 (4): 93-106.

xlvii Quintana-Abello, I., Mendoza-Llanos, R., Bravo-Ferretti, C., & Mora-Donoso, M. (2018). Enfoque psicosocial. Concepto y aplicabilidad en la formación profesional de estudiantes de Psicología. *Revista Reflexión E Investigación Educativa*, 1(2), 89–98. Recuperado a partir de <http://revistas.ubiobio.cl/index.php/REINED/article/view/3623>

xlviii ONUSIDA. Undetectable = Untransmittable: Public health and HIV Viral load suppression. Recurso Online recuperado de <https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2018/july/undetectable-untransmittable>

xlix Organización de las Naciones Unidas. 2019 Revision of World Population Prospects. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Consultado en mayo de 2022. Recurso online recuperado de <https://population.un.org/wpp/>

I Ibid XXVII.

li Datos de: Conasida. Estudio de Medición del gasto en sida (MEGAS). Honduras 2016, Fundación Llavés. Relatoría de V Conferencia Nacional sobre DDHH y VIH. Honduras, 2017, E, Retes. VIH-Sida La pandemia olvidada. Honduras, 2020 y con datos de la Secretaría de Salud de Honduras

lii Ibid XLIV.

liii Epidat. Sección Ajuste de Tasas del Programa para Análisis Epidemiológico de Datos. Galicia (20).

liv Agencia EFE (2018). Diagnóstico tardío de VIH se asocia a mayor mortalidad en primeros años. Recurso Online recuperado de <https://www.efe.com/efe/america/mexico/diagnostico-tardio-de-vih-se-asocia-a-mayor-mortalidad-en-primeros-anos/50000545-3643414#:~:text=El%20diagn%C3%B3stico%20tard%C3%ADo%20de%20infecci%C3%B3n,mismo%2C%20dijo%20hoy%20una%20especialista.>

lv Pineda, Román. Mortalidad del Paciente pediátrico con ViH, Centro de Atención Integral, Hospital Dr. Mario Catarino Rivas. San Pedro Sula, 2015. Wolff R Marcelo, Bustamante M



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Salud
Gobierno de la República



Claudia, Bidart H Teresa, Dabanch P Jeannette, Diomedi P Alexis, Northland A Rebeca.
Impacto de la terapia anti retroviral en la mortalidad de pacientes VIH (+) chilenos: estudio caso-control (MORTAR). Rev. méd. Chile [Internet]. 2000 Ago [citado 2022 Jun 13] ; 128(8): 839-845. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000000800002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000000800002>.
^{lvi} Palou, Elsa. Tuberculosis y Sida: una co-infección eficiente. Revista Médica de Honduras. 78(1):33-37 Tegucigalpa.
^{lvii} Ibid xiii.