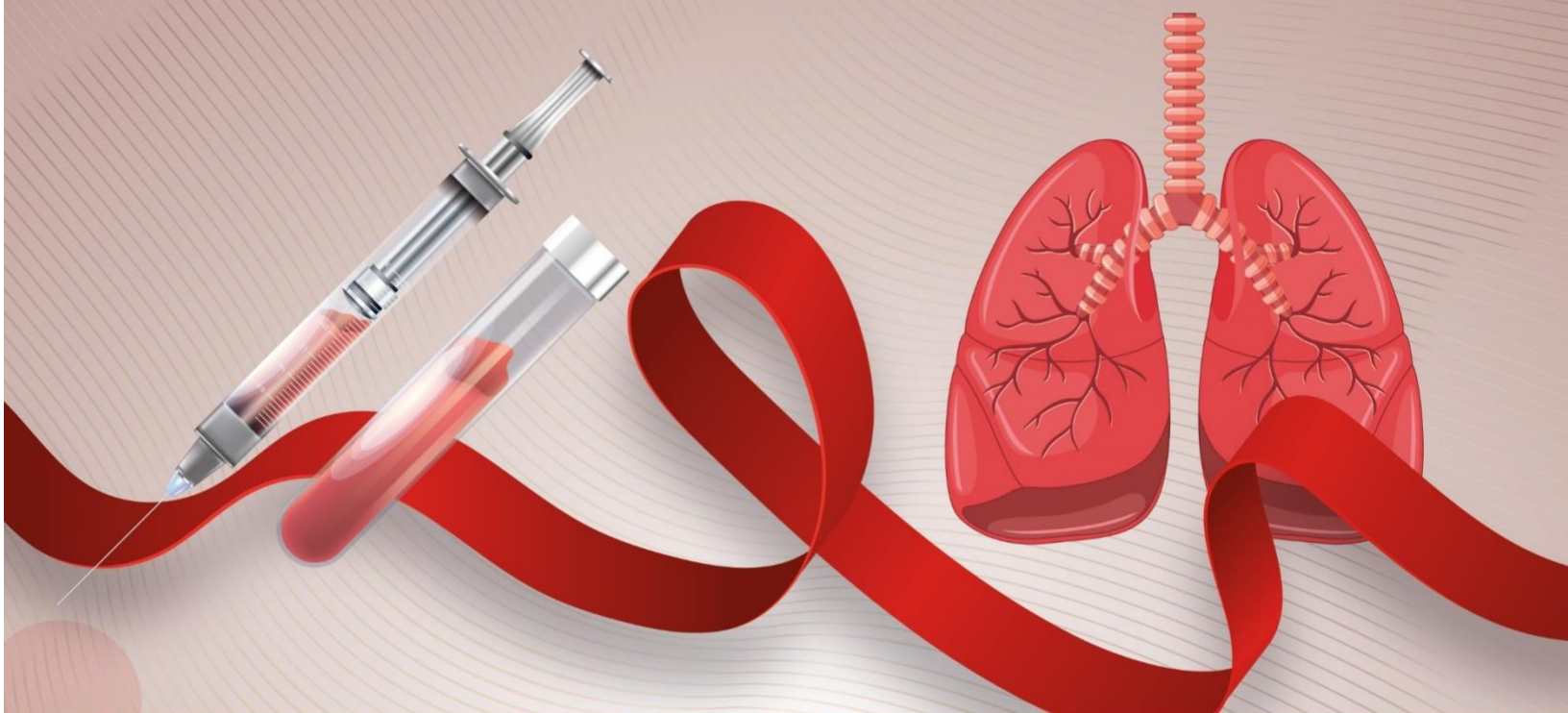


Subvención VIH/TB

Moviendo las respuestas al VIH y la Tuberculosis hacia el 90-90-90 y la sostenibilidad con enfoque en poblaciones clave y vulnerables 2019-2022



Estudio de factibilidad y Prueba Piloto para el Autotest del VIH y la Profilaxis preexposición (PrEP)

Subvención VIH/TB

Moviendo las respuestas al VIH y la Tuberculosis hacia el 90-90-90 y la sostenibilidad con enfoque en poblaciones clave y vulnerables 2019-2022

Estudio de factibilidad y Prueba Piloto para el Autotest del VIH y la Profilaxis preexposición (PrEP)

<https://www.prepyautotesthonduras.com/login>

Informe Final

Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, Julio de 2022.

Cita sugerida:

Secretaría de Salud de Honduras. (2022). Informe Final:

“Estudio de factibilidad y piloto para el auto test del VIH y la Profilaxis preexposición (PrEP)”.

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 “Conjunto integrado de servicios de ITS y VIH para poblaciones clave y vulnerabilizadas en Honduras 2016-2019”, administrada y asistida técnicamente por Global Communities.



Receptor principal del estudio Secretaría de Salud

José Manuel Matheu
Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Nerza Gloria Paz
Subsecretario de Redes Integradas de Servicios de Salud

Suany Montalván
Subsecretario 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
Jefa de la Unidad de Vigilancia de la Salud

EQUIPO DE INVESTIGADORES

Altay Lino Suoza
Christian Ramos
Elsa Yolanda Palou
Fausto Muñoz
Helmis Cárdenas
Itzel Fuentes
Iveth Lorenzana
Juan Umanzor
Karina Santos
Ricardo Matamoros
Víctor Valladares
Lysien Zambrano

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

Oficina de 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

COLABORACION ESPECIAL

Elvia Ardón

Sandra Núñez

Sandra Lorenzana

Xiomara Oyuela

Rita Meza

Aron Bueso

Organización Panamericana de mercadeo social (PASMO)

Subsecretaria de Proyectos e inversiones-SESAL

Asociación Kukulcán

Colectivo Unidad Rosa

Asistencia técnica

Manuel Antonio Sierra Santos

Facultad de Ciencias Médicas

Lessa Medina

Global Communities

Apoyo administrativo y logístico

FUNDAUNAH

Karen Munguía

Linda Pérez

Jasmina Bonilla

Corrección de estilo y diagramación

Rony A. Amaya

Agradecimientos

Agradecemos 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 todos los que colaboraron con el apoyo administrativo y logístico.

Así mismo, se reconoce el liderazgo y compromiso del personal de las diferentes dependencias de la Secretaría de Salud de Honduras (SESAL), a los directores de los centros penales donde fue autorizado el desarrollo de la investigación, a los directores de las de los centros de salud y clínicas VICITS, al Comité de Bioética de la Facultad de ciencias médicas (CEIB) y a todas las ONG que apoyan a la población LGBTQIA+ a nivel nacional, sus líderes, a todo el personal de campo, involucrado en el desarrollo del estudio y de los representantes de la cooperación externa que participaron en diferentes etapas del proyecto de investigación.

Por supuesto, nuestro principal y especial agradecimiento a la toda la comunidad LGBTQIA+ que brindaron su tiempo y confianza en el buen propósito del presente estudio, en sus diferentes etapas.

1 Contenido

1	Contenido	7
2	Índice de Tablas.....	13
3	Índice de Gráficos	15
4	Índice de Figuras y Cuadros.....	16
5	Acrónimos.....	17
6	Presentación	20
7	Resumen Ejecutivo	22
8	Conceptos Básicos sobre Profilaxis Previa Exposición y Autotest	31
8.1	Elementos Básicos sobre PrEP.....	31
8.2	Estudios de costos y Factibilidad de PrEP.....	32
8.3	Contexto Internacional: La implementación.....	32
8.3.1	África.....	32
8.3.2	Reino Unido.....	32
8.3.3	Australia.....	33
8.3.4	China	34
8.3.5	Brasil.....	35
8.3.6	Autotest.....	36
8.3.7	Costos de Autotest.....	37
8.4	Estrategias Dirigidas: Población Clave.	39
8.4.1	Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	39
8.4.2	Mujeres Trabajadoras del sexo y TRANS	40
8.4.3	Población Privada de Libertad.....	40
8.4.4	Estudios realizados en población general y población clave	41

8.5	Estudios de conocimientos actitudes y practicas sobre el VIH	42
8.6	Puntos en discusión y recomendación.....	42
9	Panorama de VIH en la región	44
9.1	Contexto Nacional de Salud y VIH	46
9.1.1	Contexto: Sistema Sanitario en Honduras	46
9.1.2	Marco referencial Análisis Epidemiológico y Programático del VIH en Honduras.....	50
9.1.3	Situación Actual del VIH en Honduras	51
9.1.4	Ley especial sobre VIH/SIDA (DEC. 147 de 1999).....	54
9.2	Definición Población Clave	55
9.2.1	HSH	55
9.2.2	La Población Trans (MT)	56
9.2.3	Bisexual	56
9.2.4	Mujeres Trabajadoras del sexo	57
9.2.5	Población Garífuna	57
9.2.6	Población Privada de Libertad.....	58
9.2.7	Situación sociopolítica de población étnica y LGBTI	58
9.3	Organizaciones LGBTI existentes en Honduras.....	60
9.4	Aspectos Normativos	61
10	Aspectos Metodológicos	65
10.1	Tipo y Diseño del Estudio.....	65
10.2	Resumen de los procedimientos del Estudio	66
10.3	Consentimiento Informado	66
10.4	Notificación e Informes	67
10.5	Estructura del Sitio	67

10.5.1	Unidad de investigación Principal	67
10.5.2	Los sitios centinelas.....	68
10.6	Estudio Costo-Efectividad	69
10.6.1	Aspectos metodológicos.....	69
10.7	Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest (Estudio CAP)	71
10.7.1	Muestra y muestreo	71
10.7.2	Sitios centinelas.....	72
10.7.3	Cálculo de la muestra	73
10.8	Prueba Piloto para PrEP y Autotest en población clave y vulnerables de Honduras 2019-2022.....	75
10.8.1	Muestra y Muestreo Prueba Piloto PrEP y Autotest.....	75
10.8.2	Fase de contacto y enrolamiento	76
10.8.3	Población Clave	76
10.8.4	Esquema PrEP	79
10.8.5	Efectos adversos de la PrEP.....	79
10.8.6	Prueba de diagnóstico rápido: Autotest.	79
10.8.7	Criterios de inclusión	80
10.8.8	Criterios de exclusión definidos en la Prueba Piloto PrEP y Autotest: 81	
10.8.9	Fase de seguimiento Prueba piloto para la Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest del VIH en poblaciones clave.....	81
10.9	Estudio Cualitativo: Perspectivas del usuario.....	83
10.9.1	Metodología	83
10.9.2	Población clave y vulnerabilizada:	84
10.9.3	Muestra	86

10.9.4	Tamaño de la muestra.....	87
10.10	Manejo de datos	88
10.10.1	Levantamiento de encuestas en campo y equipo a utilizar:	89
10.10.2	Seguridad de la Información.....	89
10.10.3	Análisis Estadístico.....	90
10.10.4	Aseguramiento de la Calidad	90
10.11	Revisión Ética y Científica.....	90
11	Resultados del Estudio de factibilidad y Prueba Piloto para el Autotest del VIH y la Profilaxis preexposición (PrEP).....	92
11.1	Resultados de Estudio de Factibilidad Económica en Honduras	92
11.1.1	Presentación	92
11.1.2	VIH.....	94
11.1.3	PrEP	94
11.1.4	AUTO TEST	94
11.1.5	VIABILIDAD	94
11.1.6	INVERSIÓN	96
11.1.7	PrEP – Genérico	97
11.1.8	PrEP – No Genérico	98
11.1.9	Auto Prueba – Gota de sangre saliva	99
11.1.10	Campaña Publicitaria.....	101
11.1.11	Costo de monitoreo laboratorial:	101
11.1.12	Análisis Costo Beneficio	102
11.1.13	Conclusiones.....	111
11.2	Resultados Estudio CAP	119
11.2.1	Presentación	119

11.2.2	Principales resultados.....	120
11.3	Resultados Estudio Prueba piloto PrEP y Autotest.....	149
11.3.1	Presentación	149
11.3.2	Principales resultados.....	150
11.4	Resultados Estudio Cualitativo: Perspectiva del Usuario.	162
11.4.1	Presentación	162
11.4.2	Población entrevistada	163
11.4.3	Análisis gráfico de la muestra	167
11.4.4	La población clave y vulnerabilizada entrevistada en este estudio cualitativo está distribuida así:.....	168
11.4.5	Percepciones de los agentes tomadores de decisión	169
11.4.6	SAI y políticas públicas de atención.....	174
11.4.7	Alianzas con Cooperación Internacional.....	175
11.4.8	Atención diferencial	177
11.4.9	Investigación sobre VIH/Sida	180
11.4.10	Percepciones de la población clave y vulnerabilizada.	187
11.4.11	Respuesta de población clave y vulnerabilizada y agentes tomadores de decisión.....	197
12	Conclusiones.....	200
13	Recomendaciones Generales.....	202
	Bibliografía.....	207
14	Anexos.....	216
14.1	CAP y Mitos a nivel Nacional	216
14.2	Anexo del CAP y Mitos departamentos de Atlántida y Colon	216
14.3	Anexo del CAP y Mitos en el MDC	217

14.4	Informe de Precalificación de diagnóstico in vitro de OMS, pruebas Autotest.	217
14.5	Charlas y capacitación:	218

2 Índice de Tablas

Tabla 1. Población Clave de Honduras, distribución por año (2015-2021)	95
Tabla 2. Escenarios de intervención de la población clave.....	96
Tabla 3. Costo PrEP genérico para población clave, Honduras 2021	97
Tabla 4. Escenarios de Costo PrEP genérico, Honduras 2021	98
Tabla 5 Costos PrEP no genérico para población clave Honduras 2021.	98
Tabla 6 Escenarios de Costos PrEP no genérico, Honduras 2021	99
Tabla 7. Costos de Autotest prueba sanguínea en población clave Honduras 2021.	100
Tabla 8. Costos de Autotest prueba saliva en población clave Honduras 2021.	100
Tabla 9. Costos para Marketing, Honduras 2021.	101
Tabla 10. Estudio de Costos factibilidad, Autotest pruebas de laboratorio en la población clave Honduras 2021 (Costos estimados en Lempiras).....	102
Tabla 11. Gasto estimado en VIH, Honduras a valores de 2021.....	103
Tabla 12. Gasto estimado en atención y tratamiento para población clave, Honduras a valores de 2021.	104
Tabla 13. Viabilidad PrEP aéreo, Honduras 2021.	104
Tabla 14. Viabilidad PrEP marítimo, Honduras 2021.	105
Tabla 15. Viabilidad Autotest de sangre y saliva, Honduras 2021.	105
Tabla 16. Comparación de costos PrEP por individuo, Honduras 2021.....	106
Tabla 17. Comparación de costos Autotest por individuo, Honduras 2021.	106
Tabla 18. Comparación de costos PrEP para el 20% de la población clave, Honduras 2021.	107
Tabla 19. Comparación de costos PrEP + Autotest vía aérea en los escenarios para la población clave, Honduras 2021.	108
Tabla 20. Comparación de costos PrEP + Autotest vía marítima en los escenarios para la población clave, Honduras 2021.	108
Tabla 21 Comparación de costos PrEP por individuo, Honduras 2021.....	108
Tabla 22. Comparación de costos Autotest por individuo, Honduras 2021.	109
Tabla 23 Comparación de costos PrEP para el 20% de la población clave, Honduras 2021.	110
Tabla 24. Comparación de costos PrEP + Autotest vía aérea en los escenarios para la población clave, Honduras 2021.	111
Tabla 25. Comparación de costos PrEP + Autotest vía marítima en los escenarios para la población clave, Honduras 2021.	111
Tabla 26. Comparación de costos PrEP por individuo, Honduras 2021.....	113
Tabla 27. Comparación de costos Autotest por individuo, Honduras 2021.	113

Tabla 28. Comparación de costos PrEP para el 20% de la población clave, Honduras 2021.....	114
Tabla 29. Comparación de costos PrEP + Autotest vía aérea en los escenarios para la población clave, Honduras 2021.....	115
Tabla 30. Comparación de costos PrEP + Autotest vía marítima en los escenarios para la población clave, Honduras 2021.....	115
Tabla 31. Estudio de Costo Factibilidad PrEP genérico escenario por población Clave, Honduras 2021.	118
Tabla 32. Estudio de Costo Factibilidad PrEP No genérico escenario por Población Clave, Honduras 2021... 118	
Tabla 33. Estudio Costo Factibilidad PrEP, Autotest en saliva y sanguínea Población Clave en Honduras 2021.	119
Tabla 34. Características de los participantes del estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, distribución por población clave y parejas serodiscordantes de junio a noviembre de 2021.	123
Tabla 35. Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, distribución por población clave y parejas serodiscordantes junio a noviembre de 2021.	125
Tabla 36. Características sociodemográficas de los participantes del estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, distribución por departamento, junio a noviembre de 2021.	128
Tabla 37. Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, distribución por población clave y parejas serodiscordantes junio a noviembre de 2021.	130
Tabla 38. Análisis Factorial General del estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, distribución por departamento, junio a noviembre de 2021.	135
Tabla 39. Análisis Factorial Confirmatorio estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, distribución por departamento, junio a noviembre de 2021.	139
Tabla 40. Encuesta de Adherencia, Estudio Prueba Piloto para PrEP y Autotest, por Población clave: Garífuna, Gay, MTS junio a noviembre de 2021.	151
Tabla 41. Encuesta de Adherencia, Estudio Prueba Piloto para PrEP y Autotest por Población clave: PPL, TRANS, Serodiscordante junio a noviembre de 2021.....	154
Tabla 42. Matriz de respuestas de la población clave y vulnerabilizada entrevistada	196

3 Índice de Gráficos

Gráfico 1. Análisis Factorial por Población Clave, Estudio CAP, Junio- Noviembre de 2021,	142
Gráfico 2. Análisis Factorial, Necesidad de apoyo emocional por población Clave	143
Gráfico 3. Análisis Factorial, Apego de las medidas de seguridad de las prácticas sexuales por población clave, Estudio CAP	144
Gráfico 4. Análisis Factorial, Actitud frente a prácticas sexuales por pobla población clave	145
Gráfico 5. Análisis Factorial, Percepción de la sexualidad por población clave	146
Gráfico 6. Análisis Factorial. Patrones para seleccionar la pareja	147
Gráfico 7. Análisis Factorial. Protección en práctica sexual en los últimos 6 meses por población clave	148
Gráfico 8. Análisis Factorial. Conocimiento PrEP por población clave.....	149
Gráfico 9. Encuesta de Adherencia Piloto PrEP y Autotest, acerca de percepción de costos de medicamentos por población clave.	157
Gráfico 10 Encuesta de Adherencia Piloto PrEP y Autotest, acerca de percepción de efectos secundarios de la PrEP por población clave.....	159
Gráfico 11. Encuesta de Adherencia Piloto PrEP y Autotest, acerca de percepción de efectos secundarios de la PrEP: boca seca por población clave.	161

4 Índice de Figuras y Cuadros


Figura 1. Servicios de Atención Integral a Personas con VIH en Honduras, octubre 2021	50
Figura 2. Enrolamiento. Procedimiento de selección de los participantes para estudio CAP, piloto PrEP y uso de auto test en población clave.	70
Figura 3. Muestra de participantes seleccionados de población clave a través de un muestreo de asignación optima por criterio geográfico y muestra para el piloto PrEP y Autotest.....	71
Figura 4 Identificación de las ciudades centinelas propuestas para el estudio.	72
Figura 5. Imagen Mapa de participantes en CAP Plataforma PrEP-Honduras, 2021	75
Cuadro 1. Informe de Precalificación de diagnóstico in vitro de OMS	39
Cuadro 2. Continuación podrá encontrar un resumen de las estrategias para tratar VIH/SIDA en la región: ...	45
Cuadro 3. Informe estadístico de la Epidemia de VIH en Honduras período 1985- diciembre de 2020.	52
<i>Cuadro 4. Estructura de los sitios centinelas, mayo 2021</i>	<i>68</i>
Cuadro 5. Estructura de los sitios centinelas, mayo 2021	73
Cuadro 6. Muestra por criterio Geográfico	74
Cuadro 7. Submuestreo población clave, indicando la muestra con un mínimo de 40 por grupo.....	76
Cuadro 8. Integrantes de Mesa de dialogo PVIH, litoral Atlántico Honduras 2021.	77
Cuadro 9. Personal y Organizaciones que colaboraron para la realización de CAP en Tegucigalpa.....	78

5 Acrónimos

ARV:	Antirretroviral
AVAD:	Costo por infección de VIH evitada y el costo por año de vida ajustado por discapacidad.
CAP:	Conocimiento, Creencias, Actitudes y Prácticas
CDC:	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades
CEIB:	Comité De Investigación Biomédica
CEPROSAF:	Centro de Promoción en Salud y Asistencia Familiar
CERD	Comité de la Eliminación de la Discriminación Racial
CESPAD:	Centro de Salud para la Democracia
CHF:	Cooperative Housing Foundation
CONICET:	Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
COPEIXA:	Comité Comunitario para la Prevención de Embarazos en Adolescentes
CUP:	Clasificación Única de Procedimiento en Salud
DDHH:	Derechos Humanos
DGN:	Dirección General de Normalización
DP:	Desvió Padrón
ECOSALUD:	Asociación Ecología y Salud
ECVC	Encuesta de Vigilancia del Comportamiento Sexual
FDA:	Administración de Alimentos y Medicamentos
FLACSO:	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FM:	Fondo Mundial
FOROSIDA:	Asociación Foro Nacional de VIH/Sida
FRVIH	Farmacoresistencia del VIH
FTC:	Emtricitabina
FUNDAUNAH:	Fundación de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras
GC:	Global Communities
HSH:	Hombres que tienen sexo con Hombres
IC:	Intervalo de confianza
IES:	Información Económica en Salud
IHSS:	Instituto Hondureño de Seguridad Social
INTERSEX:	Intersexualidad
IP:	Inhibidores de la proteasa
ITS:	Infección de Transmisión Sexual

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

JADHES:	Jóvenes Accionando en pro de los derechos humanos y salud integral
LGBT:	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Intersexuales
MCP:	Mecanismo Coordinador de País
MDR:	Movimiento Diversidad en Resistencia
MT:	Mujeres Transgénero (población)
MTS:	Mujeres Trabajadoras del Sexo
NAC:	Neumonía Comunitaria del Adulto
NHS:	Instituto Nacional de Salud
NNRTI:	Inhibidores no análogos de la transcriptasa inversa de nucleótidos
NRTI:	Inhibidores de la transcriptasa inversa análogo de nucleótidos
OACNUDH:	Alto Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
ODECO:	organización de Desarrollo Étnico Comunitario
OFRANEH:	Organización Fraternal Negra de Honduras
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONG:	Organización No Gubernamental
ONUSIDA:	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPA-IRIS	Pan American Health Organizational-Institutional Repository for Information Sharing
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PASMO:	Pan American Social Marketing Organization (Organización Panamericana de Mercadeo Social
PBS:	Esquema de Beneficios Farmacéuticos
PENSIDA:	Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y Sida
PEP:	Profilaxis Postexposición
PEPFAR:	Plan de emergencia del presidente de los Estados Unidos para el alivio del sida.
PG:	Población Garífuna
PNUD:	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPL:	Población Privado de Libertad
PrEP:	Profilaxis Preexposición
PVIH:	Personas con VIH
RD:	Región Departamental
REDCA:	Red Centroamérica de Personas con VIH
REDMUDE:	Red de Mujeres Unidas por Nuestros Derechos
REDTRASEX:	Red de Trabajadoras Sexuales
SAI:	Servicios de Atención Integral
SC:	Sitio Centinela
SESAL:	Secretaría de Salud



SIG:	Sistema de Información Geográfica
TARGA:	Terapia Antirretroviral de Gran Actividad
TARV:	Tratamiento antirretroviral
TB:	Tuberculosis
TDF:	Fumarato de disoproxilo de tenofovir
UAPS:	Unidad de Atención Primaria en Salud
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
UNDP	United Nations Development Programme
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de EE. UU. Para el Desarrollo Internacional
UVS:	Unidad de Vigilancia en Salud
VICITS	Clínicas Centinelas de ITS
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida Humana

6 Presentación

En el marco de la subvención “Moviendo las respuestas al VIH y la Tuberculosis hacia el 90-90-90 y la sostenibilidad con enfoque en poblaciones clave y vulnerables”, la cual es financiada por Fondo Mundial, se realizó el estudio de factibilidad y pilotaje sobre Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest del VIH (Autotest) en poblaciones clave y parejas serodiscordantes con el fin de contribuir a la meta de reducción de nuevas infecciones y la detección oportuna de los casos de VIH, mejorando el acceso a servicios de atención integral.

Para asegurar el logro de los objetivos y la armonización de este estudio con el Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH en Honduras 2020-2024 (PENSIDA IV se contó con el acompañamiento de una Mesa Técnica conformada por la secretaria de Salud, Centros para el Control de Enfermedades (CDC-PEPFAR), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Facultad de Ciencias Médicas (FCM) - UNAH y Global Communities.


El protocolo contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB) de la FCM – UNAH. El estudio de campo se desarrolló en el periodo mayo – diciembre 2021 e incluyó varias etapas y metodologías de trabajo. Inicialmente se hizo un mapeo y contacto de organizaciones de la sociedad civil de poblaciones claves.

En la primera sección del informe se brinda una breve actualización de la situación epidemiológica del VIH en Honduras. También se provee una corta revisión sistemática mundial de la evidencia publicada en PrEP y Autotest, sobre la cual existe muy poca información de Centro América.

Posteriormente, se describe el estudio sobre conocimientos, actitudes, mitos y creencias sobre PrEP y Autotest en una muestra de poblaciones clave y parejas serodiscordantes.

Luego se describe el estudio cualitativo, que profundiza sobre las barreras y limitantes que tienen las poblaciones clave para acceder, de forma temprana y oportuna a servicios de PrEP y Autotest. De igual manera, se expone la opinión y recomendaciones de actores claves en la respuesta nacional al VIH para implementar ambos servicios en poblaciones clave, como parte de la respuesta nacional.

Con los pocos datos disponible en la SESAL sobre el gasto en VIH por servicios y poblaciones clave, el equipo consultor presenta un análisis del costo, la factibilidad económica y los recursos necesarios para implementar servicios de PrEP y Autotest del VIH en diferentes escenarios. Los resultados fueron revisados por el Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de UNAH.



Finalmente, se exponen los resultados de una prueba piloto realizada en poblaciones clave y parejas serodiscordantes implementando PrEP y Autotest. En la parte final del documento se describen las principales conclusiones y recomendaciones del estudio.

7 Resumen Ejecutivo

Panorama mundial, regional y nacional del VIH

Según la Hoja Informativa de ONUSIDA (Estadísticas mundiales sobre el VIH), para el 2021:

1. 37,7 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo en 2020.
2. 1,5 millones de personas contrajeron la infección por el VIH en 2020.
3. 680.000 de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida en 2020.
4. En 2020, los grupos de población clave (los/las trabajadores/as sexuales y sus clientes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que se inyectan drogas, las personas transgénero) y sus parejas sexuales representan el 65 % de las nuevas infecciones por VIH a nivel mundial.

La discriminación, el abuso, el acoso y la violencia son experiencias alarmantemente comunes para las poblaciones clave. El estigma y la discriminación se encuentran entre las muchas barreras que separan a estas poblaciones de los servicios de atención sanitaria de calidad que necesitan. Esto socava tanto su salud como su habilidad para gestionar sus enfermedades y sus emergencias sanitarias correctamente.

A pesar de que varios países latinoamericanos muestran una gran disminución en la incidencia del VIH, la cantidad de nuevas infecciones por VIH en la región aumentó un 7% entre 2010 y 2018. El 64% de infecciones nuevas en América Latina y el 45% en el Caribe ocurrieron en las poblaciones claves – trabajadores sexuales, hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres transgénero – y sus parejas. Entre los 13 países que proporcionaron información, la prevalencia del VIH fue más alta entre las personas transgénero, con un 30% o más en tres países y más del 20% en otros cinco. En América Latina hay cerca de 2.100.000 personas con VIH.

Según las estimaciones y proyecciones de la epidemia del VIH para el 2020, en Honduras, se estiman 24,957 PVIH, la prevalencia en la población de 15-49 años es de 0.28 %, mientras que la tasa de incidencia de nuevos casos fue de 0.1 por cada mil habitantes. La tasa estimada de mortalidad fue de 7.91 por cada 100,000 habitantes. La epidemia del VIH es concentrada en poblaciones clave: en Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) es de 11%, en mujeres trabajadoras sexuales (MTS) es 2%, en mujeres Trans es 11%, en población Garífuna es 3% y en personas privadas de libertad (PPL) es 1%.

Profilaxis Oral Previa a la Exposición al VIH (PrEP)

La PrEP son medicamentos que toman las personas que están en riesgo de infección por el VIH para prevenir contraerlo a través de las relaciones sexuales o el consumo de drogas inyectables. La PrEP es para personas sin VIH que tienen un riesgo muy alto de contraerlo y es el esfuerzo más reciente destinado a ampliar las opciones de prevención combinada del VIH en grupos de población clave. Las directrices vigentes de la OMS sobre la PrEP recomiendan la toma de una dosis diaria de PrEP a los hombres y las mujeres que presentan un riesgo considerable de contraer el VIH. La utilización diaria de la PrEP proporciona la concentración más alta de medicamentos en la sangre y los tejidos corporales y, por lo tanto, el grado más alto de protección. Reduce un 90% el riesgo de contraer el VIH. En las personas que se inyectan drogas, reduce el riesgo de VIH en un 70%. La PrEP es mucho menos efectiva si no la toma de manera consistente.

De acuerdo con los compuestos químicos del medicamento, la PrEP puede ocasionar en algunas personas efectos inmediatos como dolor de cabeza, mareos, diarrea, alucinaciones, sueños vívidos, náuseas y/o vómitos. Muchos de estos efectos no duran más de 3 ó 4 días.

En julio del 2017, la OMS publicó una herramienta destinada a la ejecución de los programas de PrEP, con indicaciones sobre la introducción y la utilización de la PrEP fundamentadas en la evidencia y la experiencia disponibles. Según datos de OPS, en América Latina y el Caribe, a fines del 2018 se ofrecía la PrEP como política de salud pública en Bahamas, Brasil y Barbados. Además, 11 países estaban planificando estudios de demostración con diversas modalidades de prestación de servicios y fuentes de financiamiento. En el 2017 se fijó la nueva meta de que 200.000 personas que reciban PrEP en América Latina y el Caribe para el 2020. La OPS presenta en su página web, una actualización en el 2022 de un instrumento para estimar las necesidades de PrEP y costos de su implementación.

Entre los principales desafíos para implementar PrEP en América Latina y el Caribe se enumeran:

- 1) ¿quién dentro del equipo de salud será el proveedor del servicio, teniendo en cuenta la sobrecarga de los servicios de infectología y la renuencia de muchos generalistas a vincularse con el tema VIH?;
- 2) ¿quién financiará el costo de la medicación y el imprescindible monitoreo que la estrategia implica?
- 3) ¿cómo se evaluará la apropiada selección de los beneficiarios, según las recomendaciones de OMS/OPS?

La autopueba de VIH (Autotest)

Hay indicios de que, desde el inicio de la pandemia, el número de personas que se han realizado la prueba para detectar la infección por el VIH ha disminuido drásticamente tanto en el Caribe como en América Latina (ONUSIDA y OPS). “La COVID-19 plantea un desafío para la prevención, las pruebas, el tratamiento y los servicios de atención de salud para pacientes con VIH”. Cualquier desaceleración en la prestación de estos servicios dejará a muchos grupos particularmente vulnerables en mayor riesgo de infección por el VIH o muerte relacionada con el sida” (César Núñez, director regional de ONUSIDA para América Latina y el Caribe).


Datos recientes demuestran un aumento de casos de diagnóstico tardío del VIH en diversos grupos, especialmente en poblaciones clave. El diagnóstico tardío es un problema para la salud individual (ya que aumenta el riesgo de enfermedad) como para la salud poblacional (ya que aumenta el riesgo de transmisión). Entre las medidas para promover el diagnóstico precoz, se incluyen la PrEP y el Autotest de VIH.

La OMS recomienda las pruebas de autoadministración de detección del VIH como puerta de acceso al diagnóstico rápido en población de riesgo que de otro modo no accedería en un entorno clínico. Las auto pruebas mostraron en general rangos de sensibilidad entre 80% y 100% y especificidad 95-100%. La mayoría de los estudios tuvieron una alta positividad de VIH entre los participantes que se esperaba un valor predictivo positivo más alto que en poblaciones con menor prevalencia.

El Autotest para comprobar o descartar la presencia del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) en el organismo es una prueba simple y segura. Las pruebas utilizadas se dividen en dos categorías: las que usan una muestra de sangre o las que emplean muestra de la cavidad oral. Adicional al costo, la sensibilidad, especificidad y valores predictivos son elementos claves para las pruebas recomendadas.

Estudio de conocimientos, actitudes, mitos y creencias sobre PrEP y Autotest

El personal del estudio realizó el primer contacto por medio de organizaciones de sociedad civil. Las comunicaciones fueron ya sea por vía telefónica, reuniones programadas a través de plataformas (ZOOM®, WEBEX®) y entrevistas, a conveniencia de los participantes. El enrolamiento fue en julio y agosto del 2021. Se usó un muestreo no probabilístico en “bola de nieve”, invitando a personas



conocidas, amigos y familiares de los participantes del estudio. Una vez obtenido el consentimiento informado, a cada participante se le aplicó una entrevista usada un cuestionario estructurado.

En el estudio participaron 225 HSH, 108 Garífunas, 59 PPL, 72 MTS, 60 mujeres transgénero, 15 hombres bisexuales y 33 parejas serodiscordantes.

Para el análisis de datos, además de las técnicas descriptivas se aplicó un modelo multivariado factorial para identificar los principales componentes asociados. Desde el punto de vista económico el 18.8% de los participantes refirieron poder comprar pruebas de detección de estar disponible en una farmacia, el 58% estarían dispuestos a pagar y el 5% refirieron poder ordenar a través una aplicación virtual.

Utilizando un análisis factorial se determinó las principales dimensiones que explicaban las respuestas más significativas en torno al CCAP:

1. **Factor 1** Métodos de Protección en Prácticas sexuales
2. **Factor 2** Necesidad de Apoyo Emocional
3. **Factor 3** Apego de las medidas de seguridad de las prácticas sexuales
4. **Factor 4** Actitud frente a la vida
5. **Factor 5** Percepción de la sexualidad
6. **Factor 6** Patrones para seleccionar la pareja
7. **Factor 7** Nivel de protección en práctica sexual en los últimos 6 meses
8. **Factor 8** Conocimiento / percepción de PrEP y Autotest.

Se encontró un bajo conocimiento sobre PrEP y Autotest, pero una alta aceptación para el uso de PrEP y Autotest entre las poblaciones clave que participaron en el estudio.

Estudio cualitativo

La investigación se fundamentó en tres ejes: 1) sistema de salud en Honduras; 2) situación actual del VIH/SIDA; y 3) Situación actual de la población clave (HSH, Mujeres TRANS, MTS, PPL, población garífuna y parejas serodiscordantes. A partir de una revisión de estos tres ejes se elaboraron los parámetros de la metodología, de los guiones de entrevistas y para el análisis de los datos recogidos. Para la investigación se realizaron entrevistas semiestructuradas a poblaciones clave y vulnerabilizadas, actores con poder de decisión, actores que realizan incidencia política, prestadores de servicios de ITS-VIH y actores clave.


Se destaca entre los hallazgos principales que los grupos de población clave participantes en el estudio se caracterizan por:

1. Alta vulnerabilidad
2. Alta tasa de desempleo y bajos salarios
3. Violaciones constantes de sus derechos humanos
4. Víctimas de estigma y discriminación
5. Escaso conocimiento sobre PrEP y AutoTest
6. Prácticas sexuales de alto riesgo: bajo uso de condón, haber tenido una ITS, relaciones sexuales bajo efecto de sustancias

Entre las personas entrevistadas existe una aceptación de la implementación de PrEP y Autotest dentro de las estrategias ya existentes de prevención del VIH en el sistema de salud público de Honduras. Las personas registraron distintos puntos para que la implementación PrEP y Autotest sea la adecuada, entre las principales tenemos: la modificación del manual de prestación de servicios de prevención de VIH para incluir un protocolo claro de PrEP y Autotest, la necesidad de un proceso pedagógico para la eliminación del estigma contra personas que conviven con VIH y atención por pares en todas las instancias (enfoque de género y enfoque étnico). Una de las recomendaciones sobre las que se insistió fue que la adopción de PrEP y Autotest sea claramente comprendida dentro de la lógica de salud pública. Este estudio, en sintonía con las personas entrevistadas, apoya las decisiones tomadas para fortalecer el sistema público de salud y promover la garantía de los Derechos Humanos para las poblaciones clave y vulnerabilizadas.

Es generalizada la idea que el Autotest elimina la presencia o la importancia que tiene el sistema de salud tanto para atender, cuidar como para dar la información pertinente y hacer consejerías. Por tanto, es necesario aclarar que la alternativa de realizar Autotest no elimina la responsabilidad del sistema de salud en sus funciones, ni responsabiliza únicamente a las personas para seguir el procedimiento necesario. Tanto el kit que recibe la persona como las campañas informativas deben dejar explícito este punto, establecer canales de atención claros, inmediatos y permanentes.

También se corrobora la necesidad de elaboración de políticas públicas que permitan el avance hacia una prevención efectiva en la transmisión de enfermedades sexuales y VIH. Algunas de las personas entrevistadas, si bien usan y conocen los preservativos como métodos de prevención, no saben exactamente cómo funciona la transmisión del virus. Muy pocas personas pertenecientes a la población vulnerable y entrevistadas manifestaron en sus entrevistas, amplio conocimiento sobre el



VIH, algunas saben que existe una profilaxis preexposición, sin embargo, la gran mayoría lo desconoce, aunque la usaría.

Análisis del costo, la factibilidad económica y los recursos necesarios para implementar servicios de PrEP y Autotest del VIH en diferentes escenarios

Las investigaciones acerca de la rentabilidad de PrEP publicadas son escasas. En la revisión sistemática de estudios la mayoría de información fue acerca de la evaluación de PrEP en población de HSH, principalmente en Estados Unidos, Canadá y Australia. Además, el costo de implementar PrEP varía mucho para cada localidad dando como resultado diferentes relaciones costo-beneficio. En el caso del escenario brasileño, la PrEP, recientemente adoptada, aporta una buena perspectiva y es rentable para reducir los casos de VIH en el país en una población de alto riesgo, lo que genera expectativas de expansión del programa para los próximos años.

El precio de las auto pruebas de VIH con precalificación de la OMS o aprobación reglamentaria estricta varía considerablemente dependiendo del sector del mercado, entorno y formato de envasado del producto.

Las preguntas de Investigación formuladas son: ¿Cuál es el costo, la factibilidad económica y los recursos necesarios para implementar servicios de PrEP y Autotest en poblaciones clave y parejas serodiscordantes, como estrategia de prevención? ¿Se pueden desarrollar modelos matemáticos automatizados para diferentes escenarios de cobertura?

En 2019 el gasto total en sida (MEGAS) representó el 5.5% del presupuesto asignado a la SESAL en 2016 y 2019; el gasto público en sida representó el 45.6% y el 53.4% del gasto total en Sida, lo cual contrasta con la importancia del financiamiento Internacional y el financiamiento privado en lo referente al gasto total en sida para los mismos años (2016 y 2019). Al considerar las categorías del gasto, la inversión más importante se realizó en prevención. Atención y tratamiento del VIH, es la segunda inversión en importancia.

Para el modelo económico se desarrolló una tabla dinámica en MS Excel y se utilizaron diferentes escenarios:

1. PrEP genérico y no genérico
2. Autotest con fluido oral o con sangre
3. Tamaño y cobertura de poblaciones clave
4. Costos logísticos y de transporte
5. Tratamiento considerado durante 1 año por individuo

Una vez definida el tamaño de cada población clave, se plantean cinco escenarios de intervención, el primero, logrando que la intervención beneficie al 100% de la población clave

identificada, y cuatro escenarios donde la intervención beneficia al 5%, 10%, 20% y 50% de la población clave.

Adicionalmente se incluyen costos de mercadeo de la intervención y costos de monitoreo de laboratorio por individuo.

El costo estimado de tratamiento por persona utilizando transporte aéreo es (Tabla 21):

- Tenofovir + Emcitabina: \$ 297.06
- Tenofovir + Lamivudina: \$ 259.84
- Truvada: \$ 584.00

El costo de Autotest es (Tabla 22)

- Sangre: \$ 3.41
- Saliva: \$ 5.19

El costo de las pruebas de seguimiento mínimas que debe de realizarse por lo menos una vez al año cada individuo es (Tabla 10):

- Sin prueba de embarazo: \$ 187.60
- Con prueba de embarazo: \$ 194.38

El uso de compuesto genérico representa menos del 22% del presupuesto para prevención de VIH para el 2021 si se implementase para toda la población clave identificada. El costo para el uso de compuesto no genérico representaría el 49% del presupuesto para prevención del VIH para el mismo año.

Prueba piloto en poblaciones clave y parejas serodiscordantes implementando PrEP y Autotest del VIH

Los participantes de la cohorte CCAP que deseaban participar en la prueba piloto eran aproximadamente 800 personas (95%), todas de poblaciones clave. Sin embargo, para implementar el modelo de PrEP y AutoTest solo se disponía de materiales (Autotest y PrEP -Truvada-) para 50 participantes por un período de tres meses. Los insumos para Autotest y PrEP fueron proporcionados por SESAL. Se solicitó para el Autotest una prueba oral (Oraquick®) pero la SESAL proporcionó Insti, que usa una muestra de sangre.

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

Los participantes fueron seleccionados al azar tomando en cuenta población clave y zona geográfica y se distribuyeron así: 9 mujeres transgénero, 9 HSH, 9 MTS, 9 PPL, 9 Garífunas y 5 serodiscordantes. A las mujeres se les hizo prueba de embarazo y todas resultaron negativas.

Para facilitar el Autotest, se elaboró un video instructivo y el primer examen se hizo de forma presencial. En otros casos, los participantes enviaban un video para mostrar el procedimiento utilizado. Todos los participantes accedieron a realizarse un Autotest mensual. Se usaron 196 pruebas, 46 fueron inválidas y hubo 4 muestras positivas, que resultaron ser falsos positivos. Estas cuatro personas abandonaron PrEP. Entre los 46 participantes que mantuvieron adherencia, los efectos secundarios más frecuentes se presentaron en la primera semana de PrEP y fueron: náuseas (3), alergia (3), diarrea (2), dolor (2), dolor en cuello (2), dolor de estómago (2).

8 Conceptos Básicos sobre Profilaxis Previa Exposición y Autotest

8.1 Elementos Básicos sobre PrEP

Recientemente las intervenciones en prevención de alto impacto integran los enfoques conductuales, biomédicos y estructurales en la prevención de la infección entre personas con mayor riesgo. La PrEP es un enfoque biomédico prometedor para la prevención de alto impacto basado en fármacos antirretrovirales para prevenir la infección del VIH de personas susceptibles y no infectadas. (Hendrix 2013)

Según la OMS las indicaciones para el uso de PrEP de acuerdo a los antecedentes en los últimos 6 meses incluyen una serie de condicionantes clínicos y de factores de riesgo que deben considerarse ante la implementación, (1) Diagnóstico negativo de infección por VIH y (2) pareja sexual con infección por VIH y sin supresión viral o (3) persona sexualmente activa en un grupo poblacional con alta incidencia o prevalencia por el VIH y cualquiera de las siguientes circunstancias: Relaciones sexuales vaginales o anales sin preservativos con más de una pareja, o pareja sexual con uno o más factores de riesgo de contraer la infección por el VIH, o Antecedentes de infección de transmisión sexual (ITS) determinados mediante pruebas de laboratorio o indicados por la persona o tratamiento sintomático de ITS, o uso de profilaxis posterior a la exposición, o solicitud de PrEP. (PAHO OMS 2017b)

La OMS recomienda un esquema de PrEP por vía oral que contenga TDR dependerá de las combinaciones disponibles en cada país, costos relativos, situación regulatoria, orientación normativa del país. La combinación TDR y FCT resulta ser segura y eficaz en HSH, MTG, hombres y mujeres heterosexuales (combinación de fumarato de disoproxilo de tenofovir (TDF) 300 mg junto con emtricitabina (FTC) 200 mg al día). (PAHO OMS 2017b)

La quimioprofilaxis de dosis única tomadas antes o después de las relaciones sexuales (PrEP o PEP) resulta más cómodo y adaptable, la búsqueda de un régimen eficaz de dosis única requerirá de una concentración adecuada en tejidos y alta potencia además de definir el momento oportuno de dosificación, los datos farmacocinéticos en humanos y macacos demuestran que es una estrategia prometedora. (Massud et al. 2020)

Sobre los efectos secundarios uno de cada 10 usuarios de PrEP puede presentar efectos secundarios de la medicación, como náuseas, cólicos abdominales y cefalea; por lo general leves, resolviendo a lo largo del primer mes de administración. Uno de cada 200 usuarios presentase

elevación de la creatinina reversible y el 1% pérdida de densidad óseas recuperable tras suspender PrEP. (PAHO OMS 2017b)

8.2 Estudios de costos y Factibilidad de PrEP

Cercano a cumplirse diez años de las recomendaciones por OMS, Latinoamérica continua en la antesala para implementar PrEP. Países como Estados Unidos, Bélgica, Escocia, Perú y Canadá, la han comercializado en la red privada; en Francia, Sudáfrica y Brasil, se ofrece en el sistema público de salud.

En muchos estudios de efectividad para varios tipos de intervención, los escenarios que priorizaron subpoblaciones específicas en función de edad y/o factores de riesgo fueron más rentables que los escenarios dirigidos a la población en general.

8.3 Contexto Internacional: La implementación.


8.3.1 África

Hasta junio de 2018 sólo diez países africanos habían obtenido la aprobación reglamentaria para Truvada® (Tenofovir/emtricitavina) la aplicación de TARV ha llevado a la estabilización de los nuevos casos, a pesar de estos avances África subsahariana notificó más de un millón de nuevas infecciones de VIH en 2019, datos superiores a las metas propuestas para 2020, 69% pertenecían a la población clave. (Were et al. 2021)

A pesar de los resultados positivos observados, la asistencia sanitaria en África subsahariana continua dependiendo del gasto individual y la cooperación externa para implementar estrategias preventivas, o diversos enfoques innovadores, como segmentación del mercado, crear la economía para realizar intervenciones centradas en los usuarios de dos niveles como el adoptado en Kenia que dio acceso al PrEP a la población general, para fortalecer la aceptación y sensibilización entre grupos prioritarios (Sarkar, Supriya Corso, Phaedra Ebrahim-Zadeh, Shideh Kim, Patricia Charania, Sana Wall, Kristin 2019; Were et al. 2021).

8.3.2 Reino Unido

El Reino Unido se encuentra actualmente en el escenario de reducción en las nuevas infecciones por VIH con un 18% de los nuevos casos de 2015 a 2016. La disminución es más evidente en la población Clave, con una reducción del 21% de los nuevos casos en 2016, convirtiéndose en uno de



los primeros países europeos en ver una disminución significativa en esta población. (Health surveillance and reporting programmes 2015)

La principal razón de la reducción sería la gran inversión en pruebas de VIH y tratamiento de la población lo que resultaría en una disminución en el número de personas VIH positivas que no conocen su condición o que saben, pero no estaban en tratamiento.

En 2016 el 87% de la población conocía su estado, el 96% estaba en tratamiento antirretroviral y el 94% de los que se sometieron a tratamiento tenían carga viral indetectable, otra razón que ayudó en la caída en el número de transmisiones fue el uso de PrEP entre los HSH con alto riesgo de infección (Brown et al. 2017). En el Reino Unido, la disponibilidad de PrEP está fragmentada entre sus cuatro naciones.

En Escocia, el Servicio Nacional de Salud (NHS), encarga formulaciones genéricas de preparación en clínicas de salud sexual, en Gales la PrEP se implementó a través de estudios públicos con monitoreo, en Irlanda del Norte la situación es incierta debido a la situación política del país y en Inglaterra el NHS decidió en 2015 no encargar profilaxis para la población después del final del estudio PROUD (significa orgullo) debido a problemas con la rentabilidad del método y las responsabilidades legales del NHS. En 2017 se anunció un mega-estudio de implementación de PrEP llamado IMPACT que respondería preguntas no vistas en el estudio PROUD, debido al tamaño de la población. (Paparini et al. 2018)

El presupuesto para el tratamiento del VIH en 2016 en el Reino Unido fue de £ 450 millones (L 14 835 millones) y alcanzaría su pico de £ 850 millones (L 28 022 millones) en 30 años. Con la inclusión de la PrEP, este pico llegaría 10 años antes, demostrando un mayor gasto al inicio de la inclusión de la estrategia en salud pública, pero en 40 años de su adopción se estima que su relación costo-efectividad alcanza menos de 13 000 libras, resultando en ahorros de mil millones de libras en 80 años. (Cambiano et al. 2018)

8.3.3 Australia

Australia, en 2015, tenía 25 313 personas que vivían con VIH y se reportaron 1025 nuevos casos (Ryan et al. 2018) y hay una epidemia de VIH concentrada en la población de HSH, en casi tres cuartas partes (73%) de las nuevas infecciones que se reportan, mientras que la población heterosexual representa el 20% de los nuevos casos. Pero en este país, el 40% de las nuevas infecciones son de personas originarias de países con una alta prevalencia de VIH o de personas que han tenido parejas

de estos países (Wright, E., Grulich, A., Roy, K., Boyd, M., Cornelisse, V., Russell, D., O'Donnell, D., Whittaker, B., Crooks, L. y Zablotska, I. 2018)


El país respaldó su compromiso con las Naciones Unidas de erradicar las nuevas transmisiones del VIH para el año 2020. Para lograr este objetivo, ha estado adoptando varias estrategias de reducción de la transmisión durante años para fomentar el uso de condones, pruebas regulares de VIH, PrEP y tratamiento inmediato para aquellos diagnosticados seropositivos. (Wright, E., Grulich, A., Roy, K., Boyd, M., Cornelisse, V., Russell, D., O'Donnell, D., Whittaker, B., Crooks, L. y Zablotska, I. 2018) Pero incluso con estos esfuerzos, el número de nuevas infecciones se ha mantenido estable en los últimos cuatro años, lo que hace de la PrEP un método esencial para tratar de reducir los números. (Ryan et al. 2018).

En noviembre de 2017, las autoridades reguladoras australianas aprobaron la PrEP y se crearon pautas australianas para su uso basadas en el riesgo individual de adquisición del VIH. A partir del 1 de abril de 2018, la PrEP ha entrado en la lista de medicamentos del Esquema de Beneficios Farmacéuticos (PBS) que permite la compra de medicamentos con concesión gubernamental. Por lo tanto, es posible comprar el medicamento por AUD \$ 39.50 por mes (ZHOU, 2018). La compra también se puede realizar a través del sector privado donde el costo del medicamento es de AUD\$ 900 por mes, o por importación, donde el precio está entre US\$ 70 a US\$ 230 (Ryan et al. 2018).

8.3.4 China

En China, hay entre 5 y 10 millones de HSH viviendo en el país, y la incidencia reportada de VIH en esta población es una de las más altas a nivel mundial, con 6.78 por cada 100 personas (Zhang et al. 2019) que representa un tercio de todas las nuevas infecciones por VIH en China, convirtiéndose en un grupo líder para las políticas de prevención del virus. (Wei y Raymond 2018). La proporción de nuevos casos de VIH por transmisión sexual ha ido creciendo en el país, de 78.7% en 2011 a 94.5% en 2015, e incluso con altos niveles de conocimiento sobre el VIH, el uso de preservativos se considera subóptimo. (Wang et al. 2018).

En un estudio basado en la Población de Hong Kong, en el que la prevalencia del VIH entre la población clave es del 5%, se realizó un modelo para mostrar los beneficios del uso de la PrEP. Se observó que sin la adopción del método habrá un crecimiento continuo de nuevas infecciones de 2012 a 2021, donde la prevalencia aumentaría de 0.08 en 2011 a 0.19 en 2021, la incidencia aumentaría de 1.1 a 1.6 por 100 personas y el número de nuevas infecciones por año aumentaría de 395 en 2011 a 604 en 2021. Con el supuesto de la implementación de la PrEP en 2017, que



tendríamos un 90% de usuarios con alta adherencia, sería posible prevenir el 55% de las nuevas infecciones para 2021, pero si tuviera solo un 10% de alta adherencia, solo se evitaría el 8% de las nuevas infecciones. (Wong et al. 2018)

El conocimiento sobre la PrEP en China es bajo, alrededor de uno de cada cinco HSH conocía el método. Sin embargo, la intención de uso es alta con el 71.3% de la población dispuesta a utilizar la profilaxis, si está disponible en el país. Las principales razones para querer utilizar la PrEP serían: la prevención del VIH y una mayor responsabilidad por su propia salud. Las principales razones que impiden el uso son: los posibles efectos secundarios y la falta de voluntad para usar medicamentos durante un largo período de tiempo. (Wang et al. 2018)

Debido a la dependencia de la adherencia para el éxito de la terapia, se realizó un estudio en la población clave en China centrado en la observación de este parámetro. Se observó una adherencia media del 64.29%, y el porcentaje de personas con adherencia alta fue del 32.33%, adherencia intermedia del 38.97% y adherencia baja del 28.70%. Las principales razones de la baja adherencia de los participantes fueron el olvido de la medicación, la preocupación por las reacciones adversas y no llevar la medicación con ellas. (Qu et al. 2018)

Se realizó un modelo estadístico calibrado para predecir los costos futuros de la terapia basado en el supuesto de la adopción de la PrEP. Como resultado, se obtuvo que, sin la adopción de PrEP, China tendría, entre 2018 y 2037, 2.3 millones de nuevas infecciones y que 750 091 personas comenzarían el tratamiento con ARV. Además, se predice el número de 1 846 449 muertes por VIH y 3 331 255 años de vida ajustada por discapacidad (AVAI), lo que resulta en un costo de US \$ 5.143 millones en atención médica relacionada con el VIH (Zhang et al. 2019).

La profilaxis, si es adoptada y utilizada por el 50% de la población objetivo, permitiría la reducción de 256 200 nuevas infecciones, 155 100 muertes y 603 900 IES para 2037. Sin embargo, no se considera rentable en China, donde la PrEP cuesta US\$ 3 500/persona cada año, generando un gasto de US\$ 22.600 millones en los primeros 15 años. Resultado negativo se debió al alto costo del medicamento en el país (US\$ 3 500) y al bajo costo del tratamiento estándar con ARV. Por lo tanto, se concluyó que el precio de Truvada® debe reducirse a la mitad (US \$ 1 700), para que el tratamiento sea rentable (Zhang et al. 2019)

8.3.5 Brasil

El estudio PrEP Brasil realizado entre 2014 y 2016 demostró una alta retención y adhesión a la profilaxis entre grupos más jóvenes de participantes (18 a 24 años) y entre las personas que tenían

relaciones sero-discordantes, mostrando que las poblaciones más dirigidas al método, también, son las más adherentes al tratamiento, generando más efectividad de este. (Grinsztejn et al. 2018) Además, durante el estudio se observó que el comportamiento sexual de los participantes no cambió, observándose mayor incidencia de sífilis, similar a estudios internacionales (Grinsztejn et al. 2018)

En Brasil, la epidemia de VIH se concentra en las poblaciones clave más vulnerables, los HSM jóvenes y las mujeres transgénero; se realizó un estudio analítico en 2016 para predecir los beneficios clínicos y el impacto económico de la adopción de PrEP. Como resultado del modelo, si se adoptara la PrEP, habría una reducción en el riesgo de infección en la población objetivo de 50.5% a 40.1%, y la probabilidad de muerte de 22.3% a 11.1%, aumentando así la esperanza de vida en 4.2 años. El gasto en el método en cinco años por persona sería de \$ 890, mucho más alto que el gasto no PrEP de \$47. Cabe señalar, sin embargo, que solo el 38% de los gastos que impliquen la adopción del tratamiento serían para medicación y pruebas, ya que con la adopción del medicamento habría una mayor detección del virus entre la población lo que llevaría a mayores gastos con ARV, de US\$ 3.400 por persona a \$4.61 (Luz et al. 2018b)

8.3.6 Autotest

La OMS recomienda las pruebas de autoadministración de detección del VIH como puerta de acceso al diagnóstico rápido en población de riesgo que de otro modo no accedería en un entorno clínico. (Innovative WHO HIV testing recommendations aim to expand treatment coverage 2021) OMS ha llevado a cabo revisiones y metaanálisis centrados en la sensibilidad y especificidad tanto como en la validez del estándar de referencia. Las autopuebas mostraron en general rangos de sensibilidad entre 80% y 100% y especificidad 95-100%. La mayoría de los estudios tuvieron una alta positividad de VIH entre los participantes que se esperaba un valor predictivo positivo más alto que en poblaciones con menor prevalencia. (Figuroa et al. 2018)

Desde 2017 OMS aprobó pruebas para autodiagnóstico incluidas tres basados en sangre de Chembio Diagnostics (NY, USA), bioLytical (BC, Canada), Mylan (PA, USA) y un autodiagnóstico basado en fluidos orales OraSure Technologies (PA, EE.UU.), las pruebas autodiagnósticos basada en detección de p24 que ofrecen beneficios de la detección temprana están en las primeras etapas. (Pai et al. 2020) OraQuick® ha obtenido el permiso de comercialización en Europa, la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos aprobó el 03 de julio de 2012 la licencia de venta libre para la prueba de VIH en el hogar OraQuick® basada en saliva considerándose una

estrategia de prevención por parte de CDC recomendado en HSH de mayor riesgo cada 3 a 6 meses. (Lippman et al. 2014) (Ver cuadro 1)

El impacto negativo en la atención en salud de pacientes con VIH o de riesgos debido al confinamiento por la pandemia del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) ha permitido implementar las pruebas de autodetección en conjunto con telemedicina, un estudio llevado a cabo en Brasil en población clave durante el periodo de distanciamiento social demostró que la aceptabilidad del uso de Autotest entre usuarios de PrEP fue alto y los procedimientos como telemedicina muy aceptados por la población. (Hoagland et al. 2021) En una población de HSH de raza negra y mujeres trans se evaluó el uso de Autotest con un enfoque cualitativo describieron entre las razones para realizar el Autotest como una forma de minimizar el estigma social sin embargo la percepción de la precisión en comparación con otros métodos se consideró una de las barreras para su uso. (Naeem et al. 2020; Hoagland et al. 2021)

Los desafíos asociados al uso de Autotest incluyen la poca integración con los programas ya existentes y la incorporación insuficiente de autopruebas, la OMS recomienda esfuerzos comunitarios centrados en la realización de pruebas rápidas adoptando una estrategia estandarizada en las pruebas de detección de VIH que utilice tres pruebas reactivas secuenciales para dar un diagnóstico definitivo como parte de un algoritmo validado para dirigir a las personas seronegativas hacia la PrEP. (Innovative WHO HIV testing recommendations aim to expand treatment coverage 2021)

8.3.7 Costos de Autotest

El precio de las autopruebas de VIH con precalificación de la OMS o aprobación reglamentaria estricta varía considerablemente dependiendo del sector del mercado, entorno y formato de envasado del producto. En países de altos rendimientos, los precios en el sector privado oscilan entre 20 y 48 dólares EE.UU. por prueba, los precios en el sector público o de organizaciones no gubernamentales oscilan entre 7.5 y 15 dólares EE.UU. en países de bajos y medios ingresos los precios son más bajos USD 2.00 y USD 12.00 (Datos de 2018) (OMS y UNITAID 2018)

Los análisis de costo-efectividad realizados en países de bajos y medios ingresos demuestran que para implementar cualquier iniciativa es necesario enfocar los esfuerzos en grupos poblacionales con cobertura baja en este caso de las pruebas con alto riesgo de contraer la infección por el VIH.

En un estudio de estimación de costos y rentabilidad de los Autotest del VIH en HSH para el año 2019, ensayo eSTAMP (AIDSVU.org), proporcionó información de interés sobre la implementación en

sus diversas fases de las pruebas Autotest en los Estados Unidos utilizando cuatro pruebas dos con fluidos orales y dos con sangre que se enviaban a los participantes del brazo de intervención.

El ensayo proporcionó datos detallados de los gastos sobre el desarrollo del proyecto desde su inicio en 2014 hasta 2016, calculando el costo total del programa en USD 449 510 para 3 477 pruebas realizadas. Demostró además que, el programa de Autotest evitó 3.34 transmisión de VIH y ahorro casi 1.6 millones de dólares en costos de tratamiento del VIH. Concluyen con el potencial de usar los Autotest para ahorrar costos en tratamiento y otros escenarios, para lograr acceder a más población las pruebas de Autotest deben ser simples, accesibles y rutinarias. (Shrestha et al. 2020)

La mayor evidencia de países con bajos y medianos ingresos ha sido proporcionada por países de África Subsahariana, un ejemplo, Zimbabwe ha introducido eficazmente los servicios de pruebas del VIH aportando datos que fueron utilizados para fijar objetivos, presupuesto y costos.

En la detección del VIH las pruebas de Autotest son necesarias para llegar a un mayor número de usuarios, población clave y vulnerable. Realizar estudios acerca de la aceptabilidad explorando mitos y creencias acerca del uso de autopruebas para VIH, analizar la situación económica del país en relación con las nuevas estrategias de diagnóstico temprano por medio de estudios de costo-efectividad asequible en población clave y vulnerable, fortalecer e integrar las pruebas de VIH con las demás estrategias implementadas son parte de los métodos y formas que deben optarse para la planificación en el país.

Cuadro 1. Informe de Precalificación de diagnóstico in vitro de OMS

LABORATORIOS	AUTOPRUEBAS	DESCRIPCIÓN	LISTADO DE DIAGNÓSTICO PRECALIFICADO OMS	SENSIBILIDAD ESPECIFICIDAD
CHEMBIO DIAGNOSTICS (NY, USA)	SURE CHECK® (Irena 2019b)	Prueba cualitativa única para detección de anticuerpos VIH-1 y VIH-2 en sangre	29 de noviembre de 2019	100% / 100%
BIOLYTICAL (BC,CANADA),	INSTI VIH® (Irena 2019a)	Inmunoensayo cualitativo en sangre para detectar VIH-1 y anticuerpos VIH-2	27 de noviembre de 2018.	100% / 100%
ATOMO DIAGNOSTICS (PA, USA)	Mylan VIH® (ARDURA-GARCIA 2019)	Prueba de diagnóstico in vitro rápida inmunocromatográfica para la detección de anticuerpos VIH-1 y VIH-2 en sangre	03 de julio de 2019	100% / 99.8%
ORASURE TECHNOLOGIES (PA,EE.UU.)	OraQuick® VIH (Anita 2019)	Prueba de diagnóstico in vitro que detecta anticuerpos VIH-1, VIH-2 en fluido oral	20 de julio de 2017	93% / 99%

8.4 Estrategias Dirigidas: Población Clave.

Como hemos revisado anteriormente la cobertura eficaz de la PrEP debe basarse en la demanda suficiente y sostenida garantizada por los países, esto dependerá de condicionantes poblacionales y características socioeconómicas definidas, podemos observar que muchas de las estrategias utilizadas en África Subsahariana para implementar PrEP se basaron en dos escenarios utilizando una estrategia global y la generación de demanda del producto dirigida a población con altos beneficios, (Were et al. 2021) es decir existe una dinámica de identificación de personas potenciales para el uso de PrEP accediendo o retirándose en base a la clasificación de riesgo estacional que, en otros modelos comporta la integración de las recomendaciones del uso de PrEP a grupos en riesgo por medio de guías de consenso. (Ayerdi Aguirrebengoa et al. 2019)

8.4.1 Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

Los HSH son parte de la población clave para prevenir las infecciones, fue la primer población afectada por el SIDA en la década de los 80,s y su situación pese a los cambios sanitarios trascendentales de finales de siglo XX y XXI en materia de tratamientos, aumento de la esperanza de

vida y estrategias preventivas, siguen siendo similares, la versatilidad biológica y social del rol sexual en HSH podría potenciar la propagación del VIH en esta población, incluyendo el comportamiento individual como la depresión y uso de sustancias. (Mayer et al. 2021)

8.4.2 Mujeres Trabajadoras del sexo y TRANS

La marginación del trabajo sexual ocasiona vulnerabilidad y exposición al VIH, Las MTS son una población clave para quien, el acceso a estrategias de prevención se ve seriamente limitado. Existe una alta prevalencia de la infección por VIH tanto en mujeres transgénero y mujeres que venden sexo. La prevalencia de VIH en mujeres transgénero en Estado Unidos fue de 14.7%, de las transgéneros que se dedican al trabajo sexual 27.3%, en trabajadores sexuales masculinos 15.1% y en trabajadoras sexuales 4.5%. (Baral et al. 2013) , el 46.9% de mujeres que participaron en un estudio observacional en Cataluña consumían drogas con una prevalencia de VIH de 3.0%, Clamidia 1.8%, y gonococia 0.5% (Lopez-Corbeto et al. 2020)

En América Latina Las mujeres transgénero son la población más vulnerable al VIH con prevalencias entre 18 y 38%, tienen el riesgo 50 veces más que población general de contraer la infección de VIH. las nuevas infecciones entre mujeres transgénero pueden representar del 1 al 10% de todas las infecciones nuevas y que la tasa de transmisión puede ser superior a la de los HSH en algunos países. (Silva-Santisteban et al. 2016)

8.4.3 Población Privada de Libertad.

Con la población penitenciaria las condiciones de reclusión, hacinamiento, violencia y situaciones de alto riesgo para la propagación de enfermedades transmisibles, los hace especialmente vulnerables y cuestiona las pocas políticas sanitarias orientadas a la prevención y seguimiento de las personas privadas de libertad con problemas de salud.

Los riesgos para infectarse con VIH en Estados Unidos se encontraron particularmente altos en los detenidos que fueron liberados y reencarcelados en comparación con presos encarcelados continuamente, las personas que se inyectan drogas sin antecedentes de encarcelamiento y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), la prevalencia fue también tres veces mayor que en población general. (Gough et al. 2010; Dolan et al. 2016) Las cárceles siempre han sido reservorios potenciales para la transmisión de enfermedades infecciosas, un hecho preocupante son los diversos brotes de VIH uno de los primero ocurrido en 1988 fue en Bangkok identificado una vez

liberados, se han producido grandes brotes en Rusia, Irán, Ucrania concomitante con brotes de Tuberculosis, Hepatitis B (VHB) (Dolan et al. 2016)

8.4.4 Estudios realizados en población general y población clave

Peterson et al. De 2004-2006 había dado pautas sobre eficacia y seguridad en su ensayo clínico de Fase II aleatorizado, doble ciego contra placebo acerca del fumarato de disoproxilo de tenofovir para la prevención de la infección por VIH en mujeres de Tema, Ghana, Douala, Camerún, Ibadan y Nigéria, demostrando también un perfil de efectos aceptables (Peterson et al. 2007), la eficacia y seguridad del gel de tenofovir al 1% para la prevención llevado a cabo por el AIDS, Program of Research in South África (CAPRISA) en 445 mujeres sexualmente activas no infectadas tuvo un alto grado de adherencia y baja incidencia de VIH en el grupo del gel de tenofovir. (Abdool Karim et al. 2010)

El primero en demostrarlo en hombres que tienen sexo con hombres fue el estudio multinacional llamado Preexposure Prophylaxis Initiative (iPrEx), realizado en 2,499 hombres seronegativos al VIH o mujeres transgénero de 2007 a 2009 en siete países, la formulación oral utilizada fue emtricitabina y tenofovir disoproxil fumarato (FTC-EDF) o placebo resultando una reducción del 44% en la incidencia de VIH en el grupo de la intervención (IC 95%, 15ª 63; p=0.005) (Grant et al. 2010).

Estudio PARTNER de 2010 a 2014 y la extensión PARTNER2 en 2018 reclutó y dio seguimiento a parejas serodiscordantes heterosexuales y homosexuales, estudio observacional multicéntrico en 75 centros clínicos en 14 países europeos. Brindaron evidencia que el riesgo de transmisión del VIH a través del sexo anal cuando se suprime la carga viral del VIH es efectivamente cero. (Rodger et al. 2019)

El Ensayo HPTN 052 por sus siglas en inglés realizado de 2011 a 2016 proporcionó evidencia en el contexto de TAR, concluyendo que el inicio temprano de TAR redujo las tasas de transmisión sexual del VIH-1 y los eventos clínicos. (Cohen et al. 2011)

En 2015 el estudio IPERGAY realizado en Francia y Canadá demostró de la PrEP a demanda (PrEP-AD) que recibieron una dosis doble de TDF/FTC tomada entre 2 horas y 24 horas antes de la actividad sexual seguido de un tercer comprimido 24 horas después de la primera dosis seguido de un cuarto comprimido 48 horas después de las dos iniciales se asoció a una disminución relativa del 86% del riesgo de contraer VIH en comparación con placebo. (PAHO OMS 2019)

En el estudio ADAPT 2018 en mujeres la dosis diaria daba lugar a una mejor adhesión (cobertura PrEP) El estudio IPERGAY que incluía población de riesgo los HSH.

En 2019 La incidencia de infección por VIH notificada en el estudio Prevenir en población clave usando TDF/FTC diaria vrs TDF/FTC a demanda fue 0 (0-0,3) y 0,18 (0,02-0,6) con IC 95% respectivamente (Molina J-M, Ghosn J, Algarte-Genin M, Roas-Castro D, Beniguel L, Pialoux G et al. 2019) que apoya el uso de PrEP-AD (a demanda) en población HSH.

Diversos ensayos clínicos aleatorizados (ECA) han obtenido resultados variables en el uso de PrEP (desde un 75% de protección) no existiendo aún un biomarcador del efecto del fármaco en individuos susceptibles que podría medir esas diferencias, pese a esta situación los ECA de PrEP han demostrado mejor eficacia a una mayor concentración de fármaco como se observó en el estudio iPrEP en HSH, el ensayo Partners in preventions en parejas serodiscordantes donde se median concentraciones plasmáticas.

El éxito de las intervenciones y la efectividad de la PrEP dependen también de la implementación coordinada con intervenciones de prevención conductuales. (Garcia et al. 2015; Hendrix 2013) Lo evidente en toda la disertación acerca de estrategias de alto impacto son los resultados prometedores del uso de PrEP en población expuesta y los argumentos que ofrece a nuevas investigaciones en prevención.(Radix und Vail 2021)


8.5 Estudios de conocimientos actitudes y practicas sobre el VIH

Una forma de abordar la situación es a través de un análisis del conocimiento, actitudes y prácticas, herramienta útil en las primeras fases de planificación de un proyecto identificando actores, problemas y factores de comportamiento lo cual, permite enfocar toda una serie de esfuerzos, sin perder la perspectiva general, basados en la información y comprensión de los diversos escenarios y población clave para quienes se destinen las estrategias.

8.6 Puntos en discusión y recomendación

Aunque resultados del estudio iFACT sobre PrEP-D demostraron una menor exposición al tenofovir (TFV) en plasma sanguíneo en presencia de terapia hormonal feminizaste lo cual podría afectar la eficacia de PrEP, se necesita más estudios para determinar si esta reducción del TFV es clínicamente significativas, aun así, las mujeres transgénero pueden tomar la PrEP-D. (Hiransuthikul et al. 2019)

Durante el ensayo Parners PrEP se observó que TDR en monoterapia y la combinación de TDR y FTC son comprables en cuanto a seguridad y eficacia en hombres y mujeres heterosexuales, usuarios de drogas inyectables siendo el riesgo de farmacoresistencia bajo, sin embargo, la evidencia del éxito



de la monoterapia en HSH es escasa y su recomendación es para la prevención de la transmisión heterosexual del VIH. (PAHO OMS 2019; Massud et al. 2020)

Actualmente la evidencia del uso de PrEP-AD (a demanda) es una opción en población HSH y no se recomienda en otros grupos de riesgo por falta de evidencia, la PrEP diaria continúa recomendándose en toda persona que presenta un riesgo de contraer la infección. (PAHO OMS 2019) la prescripción de proporcionarla el mismo día reduce las barreras de inicio de PrEP en centros especializados que tengan capacidad de realizar pruebas de detección, pruebas de creatinina y embarazo, contacto con los usuarios, acceso a programas de asistencia y seguimiento, recibiendo una considerable aceptación por parte de los usuarios. (Rowan et al. 2021) (PAHO OMS 2019)

Como parte de las estrategias de prevención, la terapia de preexposición presenta el desafío de la aceptación y la eficacia, recomendándose encarecidamente el uso en pacientes con alto riesgo de contraer el VIH logrando disminuir las posibilidades de contraerlo, a través de exposiciones sexuales y por consumo de drogas. Sin embargo, solo aproximadamente el 10% de las personas que podrían beneficiarse de la terapia preexposición la están recibiendo actualmente. Los estudios de implementación temprana de la Terapia preexposición ofrecen información que explican la poca adherencia y resultados decepcionantes, con barreras notorias que incluyen:

1. La falta de conciencia,
2. El estigma,
3. La desconfianza en el sistema médico y
4. El acceso limitado a los proveedores.

Estos desafíos en la prevención solo deben motivar a mejorar las herramientas de implementación de proyectos de investigación, y en base a los resultados se apoyen los programas de prevención y control para cumplir las metas propuestas en la disminución de casos y muertes por VIH. (Lutz et al. 2021; Rutstein et al. 2020)

9 Panorama de VIH en la región

El primer caso registrado en Honduras fue en el año 1985, sin embargo, es a partir del 2002 que el Fondo Mundial empieza los programas de apoyo económico, a través de las subvenciones, para tres enfermedades: VIH, Tuberculosis y Malaria. El especialista en gestión de proyectos de USAID indicó que el panorama de la enfermedad ha cambiado, al inicio no se contaban con suficientes medicamentos y actualmente se puede atender al grueso de la población. La iniciativa PEPFAR está presente en 50 países, el representante de CDC para Centroamérica explicó que donde la epidemia es generalizada hay una oficina bilateral específica para ese país, donde la epidemia es concentrada PEPFAR tiene oficinas regionales. También tienen una rama de actividades incipientes en Suramérica en Brasil, Perú y Colombia para atención en VIH para población migrante venezolana.

La estrategia VICITS que está presente en Centroamérica ha demostrado que el servicio basado en pares es exitoso, los indicadores muestran que las personas asisten más a consultar estos servicios que los convencionales, como explica el representante de CDC, “Ha sido una estrategia exitosa, actualmente la implementan todos los ministerios de salud de Centroamérica y en un año promedio en general son atendidas entre 30 mil a 50 mil personas de población clave”. Además, es una forma de tener presencia extramuros y atender población que aún no está vinculada o tiene inconvenientes para acercarse a los establecimientos de salud. Finalmente se resalta que hay más conciencia en la atención especializada que tiene en cuenta las condiciones que la población clave y vulnerabilizada vive cuando convive con el virus de VIH, esto es un enfoque basado en salud pública y derechos humanos que se ha profundizado en la región.

Por otro lado, en los países centroamericanos la adopción de las recomendaciones de la OMS ha sido lenta, inclusive el Gestor de proyectos de USAID afirmó que el marco normativo muchas veces impedía implementar los programas. Los entrevistados reconocen que se ha mejorado la atención, hay más establecimientos, se ha reducido el tiempo de vinculación al tratamiento y se ha optimizado el tratamiento. Ahora bien, en el caso de PrEP, como indica el director de subvenciones de Global Communities es algo novedoso en la región.

Sobre el uso de la PrEP en la región, el representante de CDC relató que Guatemala comenzó a ser implementada en 2019 por medio de una ONG, no en el sistema público de salud, los ministerios de Panamá, Honduras y el Salvador han expresado estar comprometidos con esta alternativa de prevención. Todos los países, menos Honduras van a incorporar PrEP a nivel de gobierno por medio de

las clínicas VICITS, lo ideal es que después de este estudio pase lo mismo en Honduras. El objetivo en todos los países, como indica el representante de Global Communities, es que se normalice la estrategia.

Cuadro 2. Continuación podrá encontrar un resumen de las estrategias para tratar VIH/SIDA en la región:

PrEP América Latina. Estrategias para tratar VIH/SIDA en la región.					
PAÍS	DESDE	PROYECTO	FINANCIADORES	POLITICA PUBLICA	FUENTE
México	2018	ImPrEP	Fundação Oswaldo Cruz, Unitaid	Si	https://www.imss.gob.mx/pivihimss/PrEP https://www.PrEPwatch.org/country/mexico https://www.imss.gob.mx/pivihimss/PrEP
Perú	2018	ImPrEP	Fundação Oswaldo Cruz, Unitaid	Si	http://imPrEP.org/peru/duvidas-frequentes/
Colombia	2019	Haz tu parte	OPS/OMS, PNUD, UNFPA	No	https://PrEP-colombia.org/preguntas-frecuentes/#faq2
Argentina	2020	Quiero PrEP ya!	OPS/OMS	Si	https://drive.google.com/file/d/1HhJKYEROnzfkylprKw10daH7SQuCCBVX/view
Brasil	2017	ImPrEP	Unitaid, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde	Si,	https://www.PrEPwatch.org/in-practice/country-updates/
Chile	2019	Chile Positivo	Ministerio de la Salud	Si, Plan Nacional de VIH/Sida	https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programa-vih-sida-e-its/informacion-a-la-comunidad-vih-sida-e-its/
Costa Rica	2021	PrEP+Condón ¡Vas a la segura!	Ministerio de la Salud	No	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/746-noticias-2021/2131-medicamento-para-la-prevencion-del-vih-estara-disponible-en-sector-privado-y-en-plan-piloto-de-ccss
Ecuador	2019	NA	Fondo Mundial de la Lucha contra el VIH, Tuberculosis y Malaria, Corporación Kimirina	Si	https://www.kimirina.org/index.php/servicios/servicios-comunitarios/PrEP
Panamá	2021	NA	OMS, Ministerio de Salud	No	https://www.PrEPwatch.org/in-practice/country-updates/
Guatemala	2019	NA	OMS	No	https://www.PrEPwatch.org/in-practice/country-updates/

9.1 Contexto Nacional de Salud y VIH

9.1.1 Contexto: Sistema Sanitario en Honduras


El sistema sanitario y de salud en Honduras se ha venido organizando desde inicios del Siglo XX, con la fundación de la Secretaría de Salud, órgano encargado de los procesos de formulación, ejecución y coordinación de políticas públicas en el país, relacionadas con los procesos de Atención Primaria en Salud, restitución y rehabilitación de la salud de la población, las regulaciones sanitarias que incluyen la producción y distribución de alimentos, el tratamiento de aguas negras y residuos, la disposición de excretas, adecuado manejo de los procesos de inhumación, cremación y similares; se encarga también del control y vigilancia de la producción y distribución de productos farmacéuticos.

Esta entidad, como parte del Poder ejecutivo hondureño, cuyos objetivos incluyen garantizar las condiciones favorables de salud para los conciudadanos, ha venido descentralizando sus funciones a lo largo de la última década. El sector público del Sistema Nacional de Salud se compone de la Secretaría ya mencionada y del Instituto Hondureño de Seguridad Social, paralelamente se ha fortalecido el sistema de salud privado, cuyos servicios son pagos por los usuarios. Si bien, este sistema privado logra ofrecer alternativas de atención para algunas personas, es también una muestra de la fragilización y minimización estatal, ya que la cobertura del sistema público no es suficiente para todo el país, ni en términos de centros de atención ni de procedimientos médico-hospitalares.

Es imprescindible tomar esto en consideración dado que, según el XVII Censo de Población y VI de Vivienda de 2013¹, el 46% de la población hondureña está distribuida en las zonas rurales lo que dificulta, en muchos casos, el acceso a los centros de atención médica. En el ámbito de la salud sexual y reproductiva se han encontrado fallas estructurales que incluyen, no sólo aspectos relacionados al VIH o a las infecciones de transmisión sexual, como también al uso de anticonceptivos e inclusive el acceso a los mismos. Esta es una discusión relevante ya que, entre las principales causas de muerte en el país, tenemos que el 18,8% suceden en el periodo perinatal y el 4,4% son como consecuencia del VIH/SIDA², ocupando el primer y sexto lugar de las principales causas de mortalidad en el país. Del número total de casos de VIH reportados en Centroamérica, 40% corresponden a casos en Honduras, posicionándolo como uno de los países con mayores incidencias de esta enfermedad.

¹ XVII Censo de Población y VI de Vivienda, año 2013, en: *Informe República de Honduras. Tercera conferencia de las naciones unidas sobre la vivienda y el desarrollo urbano sostenible. Habitat III. Abil 2016.*

² Consultado en: https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-017/?post_t_es=honduras&lang=es



El Centro de Salud para la Democracia (CESPAD) indica que el presupuesto destinado a la Secretaría de Salud y en general al sistema público se ha estancado en la última década, de este modo, los avances hacia la privatización de los servicios primarios, la atención primaria en salud y otros servicios asociados han sido rápidos. Considerando que la población del país es una de las más pobres de la región, el aumento de centros de salud y la consecuente cesión de procesos, antes correspondientes a la Secretaría, tendrían unas consecuencias nefastas en los objetivos de tal entidad, llevando a que menos hondureños tengan atención de calidad en salud y a consecuencias sanitarias y epidemiológicas nefastas.

Finalmente, el fortalecimiento de los servicios privados de salud, cuyo costo es asumido por el usuario, se dio a partir de la década de 1990 como resultado de procesos de minimización estatal, consecuencia del afianzamiento de las políticas neoliberales en la región. Uno de los mayores riesgos identificados, sobre el derecho a la salud y a la vida, se relaciona a la administración de los hospitales públicos por parte de entidades privadas o mixtas, sean fundaciones o juntas interventoras, lo que no garantiza que los principios de la Secretaría de Salud sean cumplidos, aun cuando la entidad hace traspasos de dinero público.

Diagrama 1. Fragmentación y segmentación del sistema de salud en Honduras. (Pavón & Estrada, 2017)

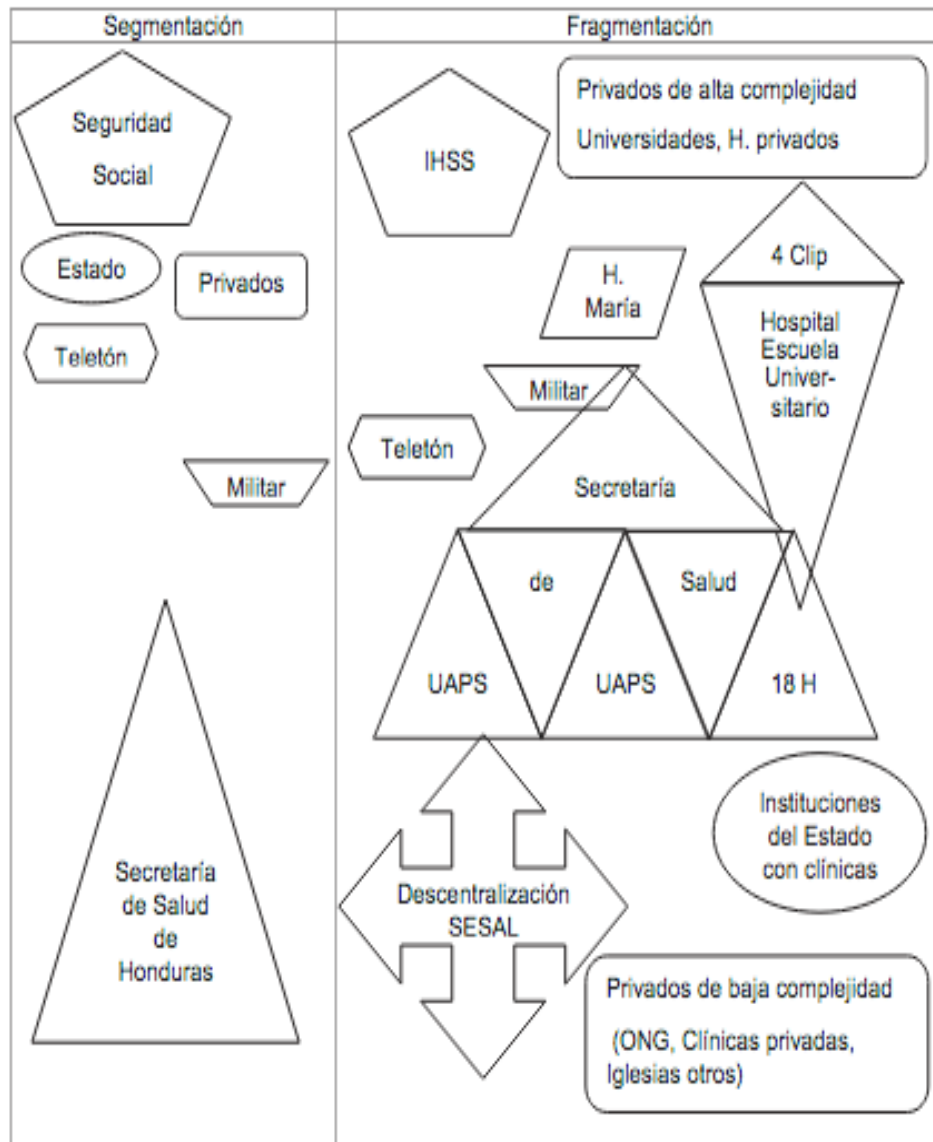


Diagrama 2. Caracterización de la fragmentación y segmentación del mapa del Sistema de Salud de Honduras. (Pavón & Estrada, 2017)

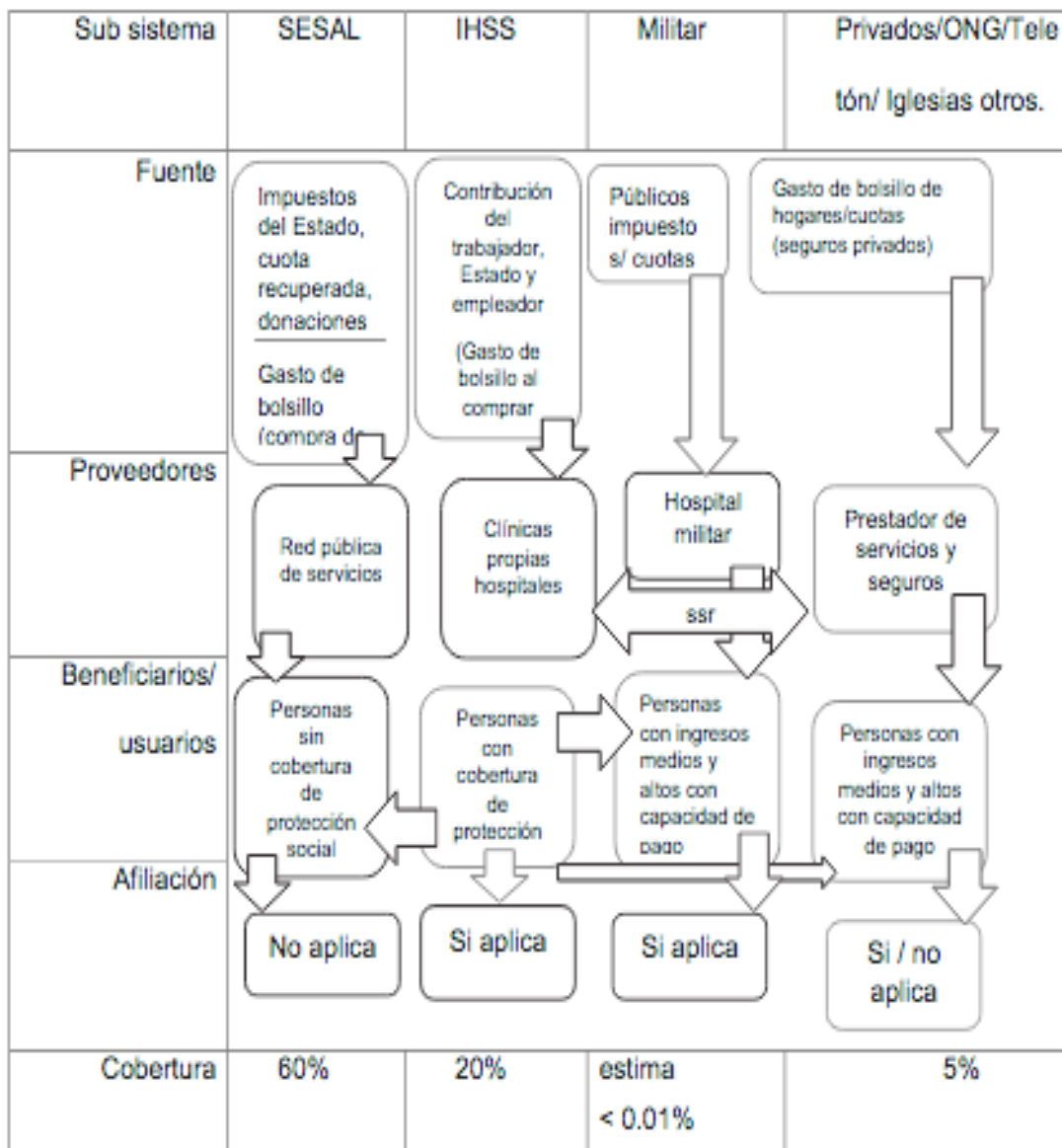
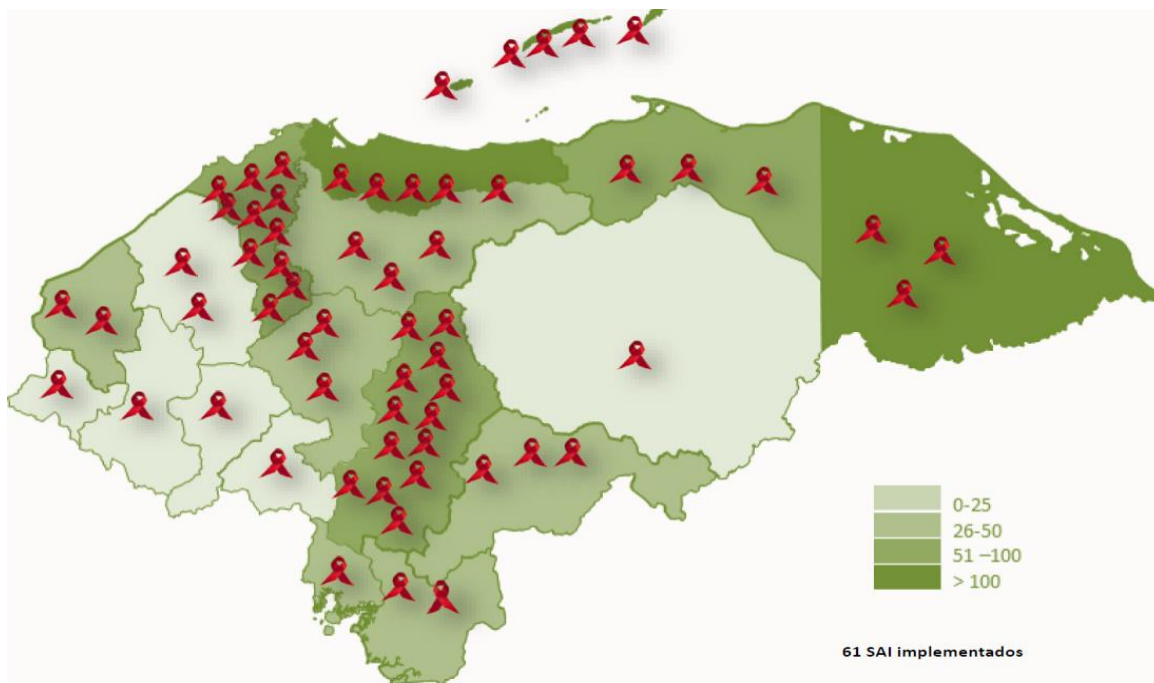


Figura 1. Servicios de Atención Integral a Personas con VIH en Honduras, octubre




2021

SESAL 2021

9.1.2 Marco referencial Análisis Epidemiológico y Programático del VIH en Honduras

Según las estimaciones y proyecciones (Secretaría de Salud, 2020) de la epidemia del VIH para el 2020 se estiman 24,957 personas con VIH, la prevalencia en la población de 15-49 años fue de 0.28 %, mientras que la tasa de incidencia de nuevos casos fue de 0.1 por cada mil habitantes. La tasa estimada de mortalidad fue de 7.91 por cada 100,000 habitantes. La epidemia del VIH es concentrada en poblaciones clave, la prevalencia del VIH en HSH 11%, en mujeres trabajadoras sexuales 2% y en mujeres Trans 11%, población Garífuna 3% y PPL 1%. La Secretaría de Salud reporta un dato acumulado desde el año 1985 a diciembre de 2020 de 38,765 casos de VIH que incluyen los fallecidos desde el primer año, de los cuales 25,239 son infección avanzada y 13,526 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.

Del total de casos, el 45% (17,425/38,765) corresponden al sexo femenino y el 55% (21.340/38.765) al sexo masculino. Para el año 2019 de 1089 casos notificados de VIH, el 71% (775/1089) fueron en el sexo masculino y el 28% (314/1089) en el sexo femenino; en el 2020 de 626 casos de VIH notificados el 71% (446/626) fueron del sexo masculino y el 29% del sexo femenino. Durante el período 2016-2020, los grupos de edad más afectados se sitúan en el rango de 20-49 años, población joven, en edad reproductiva y económicamente activa.

Los casos nuevos reportados por autoidentificación sexual se redujeron para heterosexuales de 62% en el 2019 a 58% en el 2020. En el mismo período, los casos notificados por auto identificación HSH incrementaron de 18% en 2019 a 22% en 2020, la auto identificación bisexual del 13% disminuyó al 11% entre 2019 a 2020, en cuanto a la población Trans se mantiene en ambos años en 2%.

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 puede observar 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

9.1.3 Situación Actual del VIH en Honduras

Los primeros casos reportados de VIH en Honduras se dieron a mediados de la década de 1980. Desde entonces la epidemia ha causado un gran impacto en la sociedad hondureña, a tal punto que prevalecen el estigma y la discriminación, incluso de los propios familiares y de los trabajadores de la salud hacia la población afectada, lo que atenta directamente contra sus derechos humanos, impide que tengan un tratamiento adecuado de la enfermedad y que se disminuyan las situaciones de riesgo.

El "Informe estadístico de la Epidemia de VIH en Honduras período 1985-diciembre de 2020" (Tabla 1), de la Unidad de Vigilancia en Salud de la Secretaría de Salud, apunta que la cantidad de casos positivos de VIH en el país, en los últimos 35 años (1985-2020), es de 38.765 infectados entre niños/as y adultos, mujeres y hombres. En los últimos años observamos que: en 2018 fueron contabilizadas un total de 1164 casos, en 2019 1089 casos y para 2020, 586 casos. Según el mismo

informe, el segmento de la población más afectada se encuentra entre los 20 y los 45 años, siendo predominante entre los 25 y 35 años. Los departamentos con mayores índices de contagio son Islas de la Bahía, Atlántida y Cortés.

Cuadro 3. Informe estadístico de la Epidemia de VIH en Honduras período 1985 diciembre de 2020.


Casos	2018			2019			2020			Total, acumulado			Razón H:M
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	
1. VIH Asintomático	497	223	720	490	185	675	259	103	362	6525	7001	13526	0,9
2. Infección Avanzada	300	144	444	285	129	414	155	69	224	14815	10424	25239	1,4
3. Total	797	367	1164	775	314	1089	414	172	586	21340	14425	38765	1,2

Según los informes de la Secretaría y los datos de ONUSIDA (2021) el ritmo de infecciones viene decreciendo lentamente. Actualmente existen aproximadamente 22 mil personas conviviendo con la enfermedad en Honduras. Además, según el citado informe de ONUSIDA, el uso de retrovirales para la prevención en mujeres embarazadas llegó a cerca de 2500 por año, en la década de 1990. Actualmente son menos de 500 personas.

La cantidad de niños reportados que contrajeron el virus es de cerca de 200 desde 2015. El número de adultos mayores de 15 años, contagiados recientemente, es hoy de aproximadamente 700 personas. Según los mismos informes, el ritmo de muertes viene decayendo, siendo los últimos cinco años los que menos casos han reportado.

En 1999 se aprobó la Ley Especial sobre VIH/SIDA, decreto: no. 147-99 (República de Honduras, 1999) con el propósito de proteger la salud de las personas portadoras de este virus, mediante la adopción de medidas para la prevención, así como el incentivo a la investigación sobre el control y el tratamiento del virus y la educación e información sobre el tema para la población en general.

En 2015 esta ley fue reformada con el Decreto 25 de 2015 (República de Honduras, 2015), sin embargo, aún no se ha aprobado el reglamento. Con la reforma de la ley se espera que mejore el acceso a los servicios relacionados con el tratamiento y la atención, además de mejorar la educación y el conocimiento sobre la enfermedad para grupos vulnerables y a la población en general. De esa manera se espera reducir índices de discriminación y violación a los derechos que agravan la



vulnerabilidad de los grupos de riesgo, hechos que los afectan directamente en su capacidad de llevar una vida plena y digna.

A pesar de los avances que dio la ley de 1999 y la reforma estipulada en 2015, el país actualmente no cuenta con un sistema de información oportuno que permita hacer un seguimiento adecuado a esta epidemia. Los reportes epidemiológicos realizados por CONASIDA evidencian alta vulnerabilidad en los estándares de riesgo en la población indígena del país. Según esta institución, los grupos que se encuentran en la frontera con Guatemala y El Salvador reportan su situación de salud en estos países porque prefieren desplazarse hasta allá para obtener tratamiento y mejores servicios. En la zona fronteriza se han visto ONG como Médicos sin Fronteras que han dado mejor respuesta en la región centroamericana a la población afectada.

Desde el 2008 el CONASIDA, asumió la responsabilidad de orientar el proceso de elaboración del PENSIDA- Plan Estratégico de Respuesta al VIH y Sida en Honduras. El tercer plan puso las bases definitivas para orientar el fortalecimiento de acciones de prevención, ampliación de cobertura, involucrar otros actores de la sociedad civil y de las personas afectadas por VIH/Sida. En 2015 se presentó el IV PENSIDA (2014) que a los conocimientos y logros anteriores añade un gran componente de lucha contra la discriminación en todos los ámbitos contra personas con el virus.

Comparando el desarrollo del VIH entre los países de la región centroamericana no se ve una diferencia notable. De manera general, en el contexto de la pandemia por el Covid-19, se ha bajado la guardia a lo que está aconteciendo en la región con respecto al VIH. El país realizó estrategias para continuar atendiendo a las poblaciones claves y vulnerabilizadas, además se realizaron actividades comunitarias en coordinación con la SESAL y Organizaciones de la sociedad civil. Sin embargo, hay países de la región como Costa Rica que ya poseen acceso a la PrEP y a la Pos prueba. En El Salvador se encuentran organizaciones como la REDCA- Red Centroamericana de Personas con VIH³, que promueve el bienestar y dignidad de las personas con VIH, y demandan garantía de derechos humanos. En términos generales, en la región, puede haber avances, pero no hay una mejora representativa. Hay, por el contrario, un denominador común que es el estigma y la discriminación en la región que es Preponderante, independientemente de los esfuerzos de las organizaciones. Tanto en Honduras como en la región centroamericana, los temas relacionados con el tratamiento, la información, la prevención, el seguimiento y el monitoreo de la enfermedad han sido fuertemente

³ Ver más información en www.redca.org

sostenidos con recursos de Cooperación Internacional. Lo que llama la atención si consideramos que el 40% de la incidencia de VIH en Centroamérica corresponde a Honduras.

Para claridad sobre los temas levantados anteriormente se presenta a continuación un resumen de los principales puntos de la legislación hondureña en materia de VIH/SIDA.

9.1.4 Ley especial sobre VIH/SIDA (DEC. 147 de 1999)

LEY ESPECIAL SOBRE VIH/SIDA (DEC. 147 de 1999)

1. El objetivo es proteger la salud de las personas portadoras de VIH, mediante la adopción de medidas para la prevención, así como el incentivo a la investigación sobre el control y el tratamiento del virus y la educación e información sobre el tema para la población en general
2. Crea la Comisión Nacional del Sida (CONASIDA). (Artículo 7)
3. Estipula que la prevención de la transmisión del VIH es responsabilidad del
4. Estado, sus instituciones y la sociedad civil organizada (Artículo 34).
5. Otorga derechos y deberes a las personas infectadas por VIH o enfermas de SIDA, como el derecho a una vida digna o la no discriminación (Título VI, Ley 1999).
6. Sistema de Atención Integral: creación de una red estructurada de servicios de atención. El conocimiento del estatus de VIH es fundamental para tener acceso a los servicios de atención integral, incluyendo la terapia antirretroviral, así como para prevenir la transmisión de VIH e ITS (tratamiento como prevención).

DECRETO 25 DE 2015

1. Entre las nuevas disposiciones la ley establece que las personas que viven con VIH quedan exentas del pago de la cuota de recuperación para los medicamentos antirretrovirales o cualquier otro cobro por la prestación de servicios, garantizando de esta manera el derecho al acceso gratuito a la salud. La ley modificada garantiza también el derecho de las personas que viven con VIH al acceso y permanencia en el trabajo y al sistema educativo. De la misma manera se le reconoce a esta población el derecho a la adopción.
2. Se definen sanciones de responsabilidad administrativa, civil y penal a cualquier violación a la ley, que incluye negativa o retraso en la atención a las personas con VIH en los servicios. Finalmente, se establece como obligatoria la coordinación del trabajo entre instituciones del Estado y la sociedad civil que trabajan en el tema de VIH y la reforma de la estructura de la Comisión Nacional de Sida para fortalecer su rol rector en la respuesta a la epidemia.

IV PENSIDA

1. El impacto de la respuesta nacional al VIH y SIDA ha sido limitado ya que las tasas de VIH en las poblaciones clave no han disminuido significativamente. La prevención del VIH se ha enfocado en algunas estrategias prioritarias, tales como la promoción de condones, la prueba de VIH con consejería, la prevención en las poblaciones clave y la prevención de la transmisión de madre a hijo/a.
2. Estableció que la población de Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Mujeres trabajadoras del sexo (MTS) y Hombres y mujeres garífunas son sujetos clave, Personas privadas de libertad y Parejas discordantes de alto riesgo de infección.

9.2 Definición Población Clave

Son grupos específicos con gran susceptibilidad de contraer el VIH independiente del tipo de epidemia y del contexto local. Tienen características en común muy a menudo poco acceso a los servicios de salud, problemas de tipo jurídico social y discriminación. Esta población es importante para la dinámica de transmisión del VIH, en Latinoamérica los más afectados son los HSH y mujeres Transgénero. (PAHO y OMS 2021) La participación política de las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales (LGBTI) en Honduras es un proceso de décadas que ha ido transformando la visión, cultura y políticas.

9.2.1 HSH

La población de hombres que tienen sexo con hombres incluye hombres homosexuales y bisexuales, así como otros hombres que tengan relaciones sexuales con hombres. (Herramienta técnica OMS;2017; PAHO OMS 2019) la principal vía de transmisión del VIH sigue siendo por sexual y continúa concentrada en Población Clave.

Según la Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y prevalencia de VIH/ITS de Población Clave de Honduras, 2012 (ECVC) estima la prevalencia en HSH entre 6.9 y 11.7% sólo después de las MTS (17.2 a 33.3%). Los problemas socioeconómicos, los estigmas sociales y marginalidad que ocasiona ser un HSH hace complejas las medidas de intervención contribuyendo al poco acceso y la atención sanitaria basada en sus necesidades sin tabú ni discriminación.

9.2.2 La Población Trans (MT)

Personas que su identidad de género no corresponde con su sexo biológico. La situación de violencia y transfobia que vive esta población es una parte de la lucha social que debe enfrentar los grupos organizados de mujeres Transgénero. (Ghoshal)

La violencia se hace patente incluso a nivel policial, los informes de los cientos de casos de violación a derechos humanos cuentan de las víctimas de asesinato y tortura a la que fueron sometidos. Trans Murder Monitoring ha documentado el registro de más de 2000 asesinatos en 66 países entre 2008 y 2016, para 2021 375 asesinatos fueron registrados, un 7% más en comparación a 2020. (TvT 2021) según el Observatorio de Muertes Violentas de Honduras, las muertes violentas de mujeres transexuales continua con tendencia al descenso sin embargo no muestran los cambios significativos con respecto años previos, demostrando la latencia de la transfobia y el mensaje explícito de odio. (Catrachas 2013)

En esta panorámica de defensa por los derechos, el acceso a los sistemas privados de salud es casi inexistente, dependiendo en su totalidad de los servicios ofertados por el Estado. Según reportes de las VICITS para el año 2015 la prevalencia de VIH en MT fue 15.1%, en 2016 la prevalencia reportada fue 11.7% y en 2018 de 8.4%. En Tegucigalpa el 17.2% resultaron positivos por VIH y el 33% resultó positivo para una ITS, en SPS la prevalencia de VIH fue mayor en 23.6% y en la Ceiba un 33.3% (CONASIDA 2019c) lo que denota la necesidad de enfocar los planes y estrategias hacia la reducción acelerada en esta población unísono a la lucha social que garantice el máximo bienestar.

9.2.3 Bisexual

Hombre y /o mujer que se reconoce como tal y siente atracción erótica y afectiva por personas de ambos sexos, no necesariamente en el mismo momento. El impacto de las estrategias de prevención del VIH en este grupo determinado esta menos caracterizado, los datos pueden ser comparables con población heterosexual sin embargo el tener múltiples parejas sexuales hombre y mujeres a la vez puede significar una mayor exposición incluso de transmisión a la pareja heterosexual “estable” o parejas serodiscordantes cuando es el hombre quien sostiene relaciones sexuales con hombres. Es necesario ahondar en esta situación de transmisión a mujeres amas de casa que tienen una pareja con promiscuidad y tendencias bisexuales.

9.2.4 Mujeres Trabajadoras del sexo

En Honduras la situación de las MTS ha sido de discriminación y victimización, considerando que el ejercicio del trabajo sexual para personas mayores de edad y autónomas es legal (artículo 85 ley de policía y de convivencia social) los reglamentos relativos a la prostitución son reglamentados por las corporaciones Municipales y las autoridades de las Secretarías de Estado de los Despachos de Salud y del Interior dentro del más amplio respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas que ejerzan esta actividad, con el objetivo de preservar la salud, el orden y la seguridad. (REDTRASEX 2013)

Hay que vencer el estigma y la violencia que sufren estas mujeres, en su totalidad tienen como principal cobertura el sistema de salud público y pese al estigma social en los últimos años las MTS asisten a los servicios para obtener preservativos (92%), controles ginecológicos (68.8%), anticonceptivos (59.4%) (REDTRASEX 2013) Según la Encuesta Centroamericana de Vigilancia Comportamientos y Prevalencia de VIH e ITS en Población Clave (ECVC) la prevalencia de VIH en MTS para el años 2012 fue en la Ceiba de 15.3%, San Pedro Sula (SPS) 6.7% y Tegucigalpa 3.3%. (CONASIDA 2019c)

9.2.5 Población Garífuna

En nuestro país la situación del pueblo Garífuna es precaria, la marginación y pobreza ha condicionado las respuestas a diferentes estrategias que abordan el tema de VIH, según datos aportados por el Fondo Mundial, 100 000 personas de la población Garífuna tienen acceso a intervenciones del VIH y esto es un logro incluso en materia de derechos humanos. Los líderes comunitarios, las organizaciones amigas y el apoyo de SESAL ha sido fundamental en la prevención de ITS, relaciones sexuales a edad temprana, embarazos en adolescencia, etc.

Según el perfil epidemiológico de VIH para 2009 La prevalencia es mayor entre ciertos grupos étnicos, como los garífunas, con una prevalencia del VIH informada del 8% con altas prevalencias de ITS (Paz-Bailey et al. 2009), 2017 en PG se estimó en 1,956 personas garífunas con VIH, la mayor tasa de prevalencia se reportó en hombres del área urbana 3.1%, en mujeres del área urbana se reportó 1.3%, en área rural correspondió a hombres 0.25% y mujeres 0.7%, con prevalencia general de 1.6%. (CONASIDA 2019a)

La mayor prevalencia en zona urbana que supera el 1% marca la preponderancia geográfica en este grupo de población clave y muestra a lo largo de 2006 a 2017 una disminución de casos en especial en mujeres, pero estas cifras pueden estar sesgadas al encontrarse los casos en ciudades

donde existen altas tasas. (SPS, DC, La Ceiba, etc.) Lo que puntualiza la necesidad de estudios diseñados en factores de riesgo para esta población y el impacto de los programas de prevención implementados. (CONASIDA 2019a)

9.2.6 Población Privada de Libertad.

Con la población penitenciaria las condiciones de reclusión, hacinamiento, violencia y situaciones de alto riesgo para la propagación de enfermedades transmisibles, los hace especialmente vulnerables y cuestiona las pocas políticas sanitarias orientadas a la prevención y seguimiento de las personas privadas de libertad con problemas de salud.


La población privada de libertad tiene derechos respaldado por numerosas fuentes internacionales de derechos humanos que ratifican el derecho a la atención médica óptima, oportuna, preventiva; que se brinde atención de salud mental, profesional, a consentir rechazar o aceptar recibir un determinado tratamiento, etc. (Rubenstein et al. 2016) Son una población con sus propias circunstancias, factores de riesgos, de difícil acceso y de fácil coerción, en sí mismos son un reto para la implementación e investigación, necesitando suplir ese vacío de evidencia no sólo en materia de salud como de derechos humanos.

En 2015, 74 de 196 países reportaban prevalencias importantes de VIH en la población penitenciaria, las regiones más afectadas África oriental, meridional, occidental y central; Europa oriental, occidental y Asia central, la transmisión a través del consumo de drogas inyectables es contribuyente en esta población a la prevalencia e incidencia de VIH (Dolan et al. 2016).

Según estudios de prevalencia en Honduras, para 2015 la prevalencia de VIH en población penitenciaria fue de mayor de 1% en hombres tanto en SPS como en Tegucigalpa y cercano al 1% en mujeres de ambas ciudades. Según informes de SESAL los casos de VIH en PPL han mostrado una tendencia de ascenso para 2017 en comparación con 2015, el número de casos reportado en 2018 fue de 32. (CONASIDA 2019c) sin embargo los estudios son escasos y limitados para definir la tendencia y evaluar los programas de prevención del VIH en esta población.

9.2.7 Situación sociopolítica de población étnica y LGBTI

Aunque la mayor parte de la población hondureña se reconoce como mestiza, hay una considerable población étnica entre indígena y negra. Según el INE- Instituto Nacional de Estadística, (2013) Honduras tiene una población de 9.464.407 personas, el censo de 2013 contó 601.824 indígenas, 61.617 afro hondureños, y 54.178 negros pertenecientes a uno de los grupos étnicos



reconocidos por el Estado: Maya-Chorti, Lenca, Miskito, Náhuatl, Pech, Tolupán, Tawahka, Garífuna y negro de habla inglesa. Entre los indígenas el grupo Lenca es mayoritario con una población de 453.672 personas y entre los negros el grupo garífuna lo es con una población de 43.111 personas. Esto quiere decir que aproximadamente el 8,64% de la población hondureña se reconoce como perteneciente a alguna población étnica, mientras que el 82,93% se reconoce mestiza y el 7,58% blanca.

En lo referente a la población LGBT se debe tener en cuenta que, como lo afirman diversas organizaciones de derechos humanos, Honduras ha tenido fallas al salvaguardar la vida y dignidad de quienes pertenecen a esta comunidad (La diversidad, 2020). Lo que tiene consecuencias negativas en cuanto a la participación política (NDI, 2017), al acceso a servicios básicos como salud y educación y exposición a tratos violentos y crímenes de odio. Lo que nos lleva a pensar en las condiciones estructurales que exponen a estas personas a condiciones de vulnerabilidad que impiden el goce de los derechos. Para el caso que nos interesa, en términos de salud, principalmente, pero también de educación y de empleo.

Según el Diagnóstico de Derechos Humanos realizado por OACNUDH en 2012 entre los temas centrales para los pueblos indígenas en Honduras están: la tenencia, propiedad y titulación de tierras, el acceso al sistema de justicia, el desarrollo de programas de educación intercultural y la creación de mecanismos de complementariedad entre la medicina indígena y la facultativa.

La Agencia de Naciones Unidas resalta la ausencia de políticas públicas y legislación específica para esta población. Si bien en 2016 el gobierno hondureño diseñó una política contra el racismo y la discriminación racial, el comité de la Eliminación de la Discriminación Racial identificó en el informe de 2019 que las condiciones de las poblaciones indígenas y afro hondureñas se habían deteriorado (CERD/C/HND/CO/6-8). Esta situación de vulnerabilidad ha tenido incidencia en los índices de VIH entre pueblos indígenas, principalmente el pueblo misquito y tawahka en el Departamento de Gracias a Dios (OACNUDH, 2012).

La población afro hondureña comparte situaciones de vulnerabilidad con la población indígena. Además de la situación de vulnerabilidad, estas poblaciones han sido gravemente afectadas por el extractivismo. El pueblo garífuna ha sido un actor clave en las luchas por la defensa del territorio, sufriendo también agresiones por parte de quienes ven sus intereses afectados.

Según el informe del observatorio de derechos humanos de la ONG Cultural Survival (2014) entre las amenazas para este pueblo están la construcción de "ciudades modelo", la expansión del agronegocio y la explotación de petróleo. El estado se ha quedado corto en ofrecer protección y

alternativas al pueblo garífuna, aunque es signatario de los tratados internacionales para la protección de los derechos étnicos.

9.3 Organizaciones LGBTI existentes en Honduras

La población HSH está organizada y ha venido vinculando otras poblaciones LGBTI en sus acciones de defensa de derechos humanos, formación, capacitación y empoderamiento. Estas organizaciones son verdaderos baluartes de la defensa y respeto de la identidad de género, citamos algunas de ellas que apoyaron el Estudio convirtiéndose en aliados para la implementación de PrEP en Honduras.

Liga de la Lactancia Materna de Honduras, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de vida de la familia hondureña más vulnerable por problemas de desnutrición, ITS/VIH-SIDA, riesgo reproductivo y social.

Colectivo Diamantes Limeños de la comunidad LGTBIQ brindando capacitaciones sobre VIH/SIDA, ley de identidad de género, derechos humanos, brigadas de pruebas rápidas.

Colectivo Unidad Color Rosa, organización en pro de los derechos humanos de la población Trans, especializada en VIH/SIDA.

Asociación Kukulcán organización que contribuye a generar cambios en el programa social y político a nivel nacional e internacional que propician mejores condiciones de vida de la población Gay, Lesbiana, Bisexual y Trans.

Muñecas arcoíris grupo creado por varias mujeres Trans de la ciudad de Tegucigalpa y Comayagüela con la finalidad de crear un espacio de reunión para las chicas Trans-trabajadoras sexuales de dichas ciudades para lograr una unión e informar a cada una de ellas en diferentes temas de importancia para la población Trans.

CEPROSAF: Organización que impulsa el desarrollo de las familias y comunidades para el disfrute de una vida plena ofreciendo servicios de prevención VIH/ITS mujeres en Movimiento, pruebas de VIH/ITS, etc.



9.4 Aspectos Normativos

Las guías y protocolos nacionales de VIH contemplan la profilaxis post exposición (PEP) para prevenir la exposición ocupacional y no ocupacional estableciendo que la PEP es una respuesta de urgencia médica y no preventiva ante aquellas exposiciones que conllevan alto riesgo de transmisión, la administración de un régimen de ARV por 28 días y la evaluación por otros riesgo de infección VHB, ITS se protocolizan; implementar la PrEP es un reto en salud pública y una recomendación que ante toda la evidencia puede ser el punto de infección para disminuir la transmisión, que sea parte de las nuevas normativa en prevención del VIH en nuestro país es una meta de fundamental importancia.

La Secretaria de Salud de Honduras (SESAL) a través de la Dirección General de Normalización dentro del marco de la reforma del sector y específicamente en el replanteamiento Estratégico en el abordaje de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH y SIDA, como parte del Plan Estratégico Nacional de VIH y SIDA (Extensión PENSIDA IV 2020-2024) por el logro del objetivo 90-90.90 en el país en el marco internacional orientado a poner fin a la pandemia de SIDA en el año 2030, formula en 2020 el “Manual de Atención Integral de adulto y adolescente con VIH” en 2021 se actualiza el “Manual de Atención Integral a la Embarazada para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo e hija” en la lucha de prevenir nuevas infecciones por el virus en niños y niñas; y “ Manual de Atención Integral del niño y niña con VIH” enfatizando en la prevención de la transmisión materno-neonatal al iniciar tratamiento temprano a todas las gestantes con VIH. (Norma SESAL)

La política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) fue elaborada en 2016 trata del desarrollo máximo del individuo basados en la autonomía de las personas para tomar decisiones

sobre su vida, cuerpo, sexualidad, salud y bienestar. Fundado en la premisa que, para ejercer el derecho a la salud son esenciales los derechos reproductivos lo que incluye utilizar servicios de salud reproductiva integrales y de buena calidad. (Norma SESAL)

Las Normas Nacionales orientan la evaluación clínica, diagnóstico y tratamiento del VIH con el enfoque preventivo mejor explicado en la prevención secundaria de la transmisión madre a hijo (a) y la consejería en Salud sexual y reproductiva; lo relacionado con la mujer embarazadas y VIH se resume de la siguiente forma (Norma SESAL):

1. La prueba de VIH debe ofrecerse a toda embarazadas en el momento de su captación
2. Evaluación periódica
3. El embarazo es un criterio de inicio de TAR independiente de edad gestacional y conteo CD4
4. Se debe tener una CV no detectable a las 34 semanas de embarazo para parto vaginal Enfoque integral

Figura. Normas y Guías de la SESAL relacionadas con el abordaje de VIH



PPE es definido según el protocolo elaborado en 2017 como la respuesta de urgencia médica para aquellas personas que se han expuesto o han sido expuestos al VIH y/u otras ITS por exposición ocupacional o exposición no ocupacional incluyendo violación sexual. Consistiendo en la administración de un régimen de ARV por 28 días inmediatamente de un contacto potencial para evitar la transmisión de la infección y de otras ITS incluyendo VHB.

El protocolo describe los procedimientos técnicos requeridos para aplicar PPE, es importante recalcar que la transmisión ocupacional de VIH es menos datada, necesitamos una estrecha vigilancia sobre esta situación, y acerca del impacto del uso de PPE en el contexto de violación sexual. (Protocolo PPE)

La Profilaxis Post Exposición también esta normado en la Norma Técnica Hondureña del sector Salud de 2014 que establece los requisitos a cumplir para la armonización y prestación de servicios de salud en promoción, prevención, atención integral a las personas, vigilancia epidemiológica e investigación relacionada con el VIH, normatiza la consejería en VIH proporcionada en por los servicios de salud público y no público que integren el sector salud y brinden servicios de consejería pre prueba y post prueba. (Norma Técnica Hondureña del Sector Salud NTHSS 04)

Partimos que la administración de antirretrovirales ha logrado prevenir la transmisión del VIH y demostrado su eficacia en ciertos contextos como la prevención vertical, ha logrado reducir la mortalidad y mejorar la expectativa de vida, reducir los nuevos casos, abarcando todas las posibles opciones de prevención es una meta alcanzable.

La PrEP resulta una estrategia crucial en la prevención de la transmisión por vía sexual en población de riesgo. la Estrategia no debe ser sustitutiva de otras estrategias preventivas ya establecidas debe ser un pilar más para fortalecer la lucha por la erradicación de la pandemia de VIH.(Fernández-Montero und Soriano 2011)

10 Aspectos Metodológicos

10.1 Tipo y Diseño del Estudio

Para alcanzar los objetivos, el estudio utilizó técnicas cuantitativas y cualitativas en poblaciones clave en las ciudades con antecedente de mayor prevalencia de VIH:

1. Evaluamos la factibilidad económica por medio del análisis de costo-efectividad de la implementación de la Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest del VIH en poblaciones clave.
2. Mediante un estudio de Conocimientos Actitudes, Mitos y Creencias (CAP) se determinaron los conocimientos, actitudes, mitos y creencias sobre Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest del VIH en una muestra representativa de poblaciones clave, parejas serodiscordantes y prestadores de servicios de salud.
3. Realizamos una prueba piloto de PrEP y Autotest del VIH con pruebas de Autotest evaluadas por SESAL INSTI (Prueba cualitativa en sangre) y OralQuik (en fluido oral), consensado con el equipo técnico de SESAL utilizamos Tenofovir + Emtricitabina (una sola capsula V.O por día) donada por FM.
4. Estudio Cualitativo, Perspectiva del usuario. Se realizó en tres etapas, la primera se dedicó a construir la base teórica que permitió reconocer el contexto para el posterior análisis. La segunda etapa fue la de aplicación de las entrevistas con la finalidad de conocer las narrativas, ideas preestablecidas y expectativas alrededor del VIH, el sistema de salud público de Honduras y las posibilidades de prevención y tratamiento. La tercera y última etapa comprendió el análisis de las entrevistas a partir de características comunes y específicas de los participantes. Las categorías que se repetían en las entrevistas permitieron mayor aproximación a los conocimientos que la población clave y vulnerabilizada tiene sobre el VIH y el sistema de salud, así como también permitieron identificar los vacíos que existen todavía sobre el tema y que deberán ser abordados en las recomendaciones del "Estudio de factibilidad y Prueba Piloto para el Autotest del VIH y la Profilaxis preexposición (PrEP)".

El levantamiento de información se hizo por medio de encuestas electrónicas. Cada encuesta fue procesada de forma electrónica y georreferenciada mediante un Sistema de Información Geográfica (SIG), el cual será compartido con las instituciones autorizadas. Este SIG estará disponible para que

pueda ser utilizado de manera eficiente en todas aquellas actividades de planificación y cumplimiento de metas de esta consultoría.

10.2 Resumen de los procedimientos del Estudio

1. Estudio CCAP
 1. Preparación de los sitios centinelas
 2. Contacto con población clave y tamizaje
 3. Enrolamiento y consejería, consentimiento informado.
 4. Llenado del consentimiento informado para participar en el estudio.
 5. Asignación de código a los participantes.
 6. Llenado de Formulario de datos sociodemográficos y Localización.
 7. Llenado de Formularios en línea para el estudio CCAP cuantitativo (Ver en Protocolo)
 8. Preparación para Terapia Preexposición (PrEP).
2. Prueba Piloto para PrEP y Autotest.
 1. Etapa de contacto y Enrolamiento.
 2. Etapa de seguimiento.
3. Estudio cualitativo: Perspectiva del usuario.
 1. Entrevista en profundidad

10.3 Consentimiento Informado

Documento legal que explica de forma clara los objetivos del estudio en sus diferentes etapas, el participante firmará el consentimiento previo a cualquier realización de procedimientos, y obtendrá una copia del consentimiento. Los contactos del estudio, correo electrónico y teléfonos estuvieron disponibles en el documento copia del consentimiento.

1. Consentimiento informado previo Autotest
2. Consentimiento informado Estudio CCAP
3. Consentimiento informado Prueba Piloto PrEP
4. Consentimiento informado Estudio Perspectiva del usuario.

10.4 Notificación e Informes

1. Informes semanales del sitio. Contendían el tamizaje y enrolamiento semanal de los participantes, incluyendo discrepancias y retroalimentando con el sitio principal del estudio cualquier error en el envío de los documentos.
2. Informes mensuales del sitio. Consolidado de los envíos correspondiente a cada sitio fue entregarse el último día de cada mes.
3. Respuesta discrepancias. Cualquier error identificado por el sitio principal del estudio fue respondido durante la semana correspondiente, enviando respuesta inmediata

10.5 Estructura del Sitio

10.5.1 Unidad de investigación Principal

<i>Nombre del investigador</i>	<i>Especialidad</i>	<i>Asignación</i>
<i>Lysien Ivania Zambrano</i>	MD,MSc,PhD	Investigador principal
<i>Itzel Carolina Fuentes Barahona</i>	MD, Ginecología y Obstetricia	Coordinador de Monitoreo y Evaluación
<i>Elsa Yolanda Palou García</i>	MD, Infectología	Especialista VIH
<i>Fausto Muñoz Lara</i>	MD, Medicina Interna	Especialista en MI
<i>Iveth Lorenzana</i>	BSc. MSc Especialista en Virología	Especialista en Pruebas Diagnósticas
<i>Víctor Valladares</i>	Ing. En Sistema	Coordinador de Datos y aplicaciones informáticas
<i>Altay Lino de Souza</i>	PhD, Psicología	Investigación cualitativa
<i>Paula Pinto e Silva</i>	PhD, Antropología	
<i>Karina Santos</i>	PhD, Economía	Especialista en Economía en Salud

La UIP con sede en Tegucigalpa se encargó de la gestión, dirección, organización de los sitios centinelas y la contratación del personal del estudio (SAI, u otro servicio prestador de atención para VIH.), monitoreo de las actividades diarias de los sitios centinelas, siendo el principal centro de datos realizando monitorias y supervisiones a los diferentes sitios centinelas, elaborando informes de avance y seguimiento. Se realizaron reuniones semanales con los sitios centinelas utilizando plataformas (ZOOM®, WEBEX®, etc.)

10.5.2 Los sitios centinelas

Constituyeron unidades de investigación encargadas de organizar y poner en marcha el estudio en sus diversas Fases y etapas con la participación de las unidades de servicios de salud elegidas por el estudio en la región designada.

SAI: Servicios de Atención Integral que implementan los programas de VIH proporcionando atención de salud centrada en las personas y organizada en torno a las necesidades, preferencias y expectativas del individual y comunidad, ofreciendo servicios clínicos y no clínicos seguros, aceptables y oportunos con el objeto de reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a la infección por el VIH. (PAHO OMS 2017a)

SITIO CENTINELA (SC)	REGIÓN DEPARTAMENTAL (RD)	CIUDAD
SAI-1	Norte	San Pedro Sula
SAI-2	Norte	Choloma
SAI-3	Norte	Tela
SAI-4	Norte	La ceiba
SAI-5	Centro	Distrito Central
SAI-6	Sur	Choluteca

Cuadro 4. Estructura de los sitios centinelas, mayo 2021

10.6 Estudio Costo-Efectividad

10.6.1 Aspectos metodológicos

Para Ávila Martínez (2018), la evaluación económica en el área de la salud se define como un comparativo entre el costo (todos aquellos gastos económicos) y las diferentes acciones alternativas en pro de la salud. Además, identifica cuatro tipos de análisis de costos en la economía de la salud:

1. Análisis de costo-minimización,
2. Análisis costo-efectividad,
3. Análisis de costo-utilidad y
4. Análisis de costo beneficio.

Estos cuatro tipos de análisis emplean una metodología similar para estimar los costos, sin embargo, se diferencian en el método implementado para estimar lo beneficios.

El análisis de costo-minimización, compara exclusivamente los costos de dos alternativas de intervención que se suponen poseen un nivel de beneficio equivalente. Mientras que, el análisis de costo-efectividad, los beneficios no son equivalentes y se miden en unidades naturales de morbilidad, mortalidad o calidad de vida.

Por su parte, el análisis de costo-beneficio, requiere expresar los beneficios de la intervención en términos monetarios, lo que permite establecer una comparación directa entre ambas alternativas. Finalmente, el análisis de costo-utilidad, toma en consideración el valor de las preferencias o utilidades de los individuos y su satisfacción expresada en calidad de años de vida.

Por lo tanto, dadas las limitaciones encontradas durante la realización del presente estudio que permitan determinar la magnitud del impacto que tendría la implementación del PrEP y el Autotest, en relación con la mortalidad o calidad de vida de la población ante la infección del VIH; Así como la carencia de datos que permitan determinar los beneficios en términos monetarios para comparar las diversas alternativas de intervención, el estudio se centra en un análisis de costo-minimización.

Es decir, se busca comparar los costos de las tres alternativas de implementación del PrEP, dos genéricas y una no genérica, por tipo de transporte (aéreo o marítimo); Así como las dos alternativas para implementación del Autotest, por tipo de transporte, bajo el supuesto de que estas alternativas presentan beneficios (médicos) equivalentes entre sí. Sin embargo, también se realiza un análisis de viabilidad de implementar el programa PrEP y Autotest, bajo las condiciones de recursos financieros existentes, al comparar los diferentes escenarios y combinación del PrEP con la implementación del AutoTest en relación con el presupuesto estimado que se destina para la prevención del VIH.

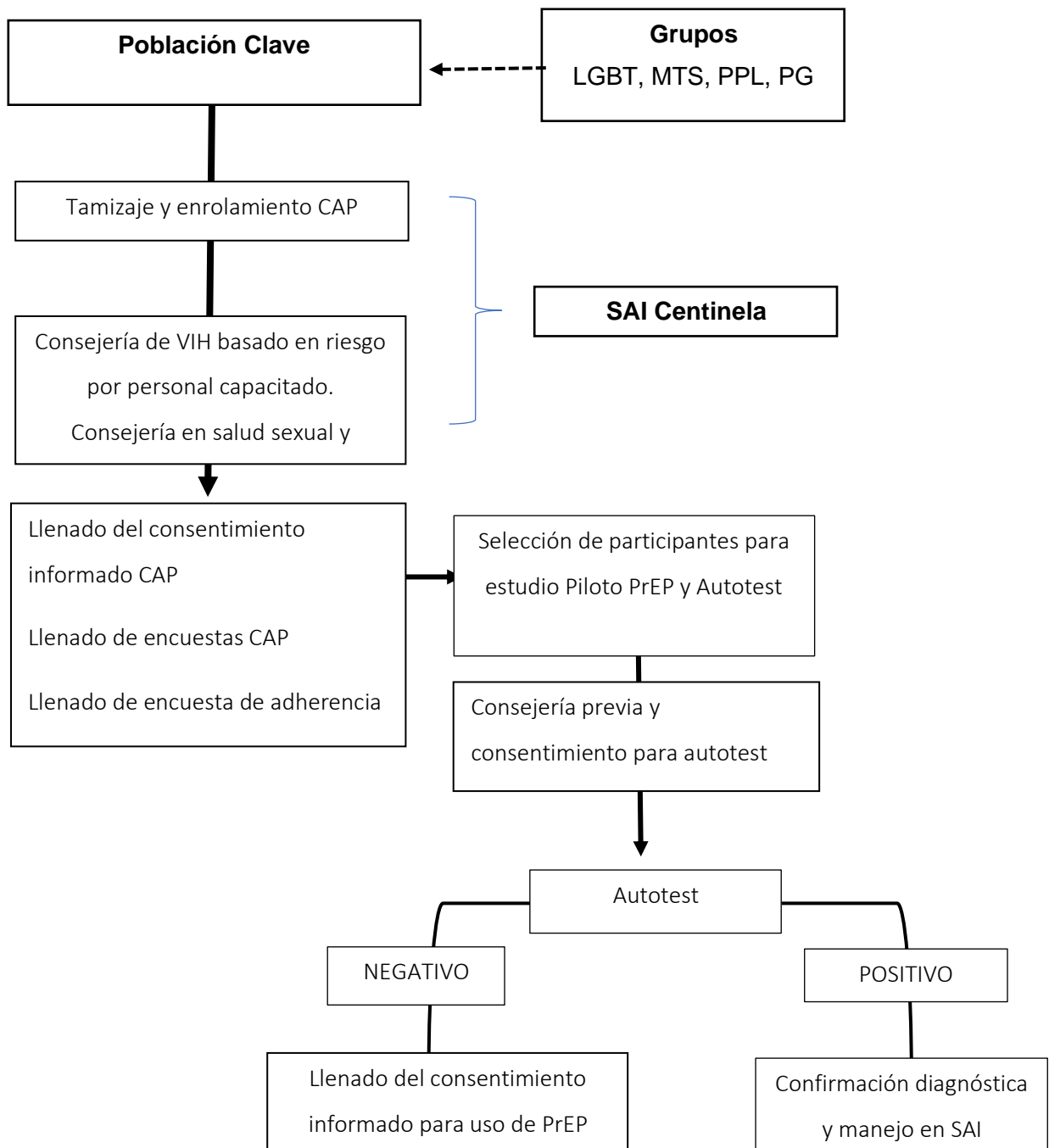


Figura 2. Enrolamiento. Procedimiento de selección de los participantes para estudio CAP, piloto PrEP y uso de auto test en población clave.

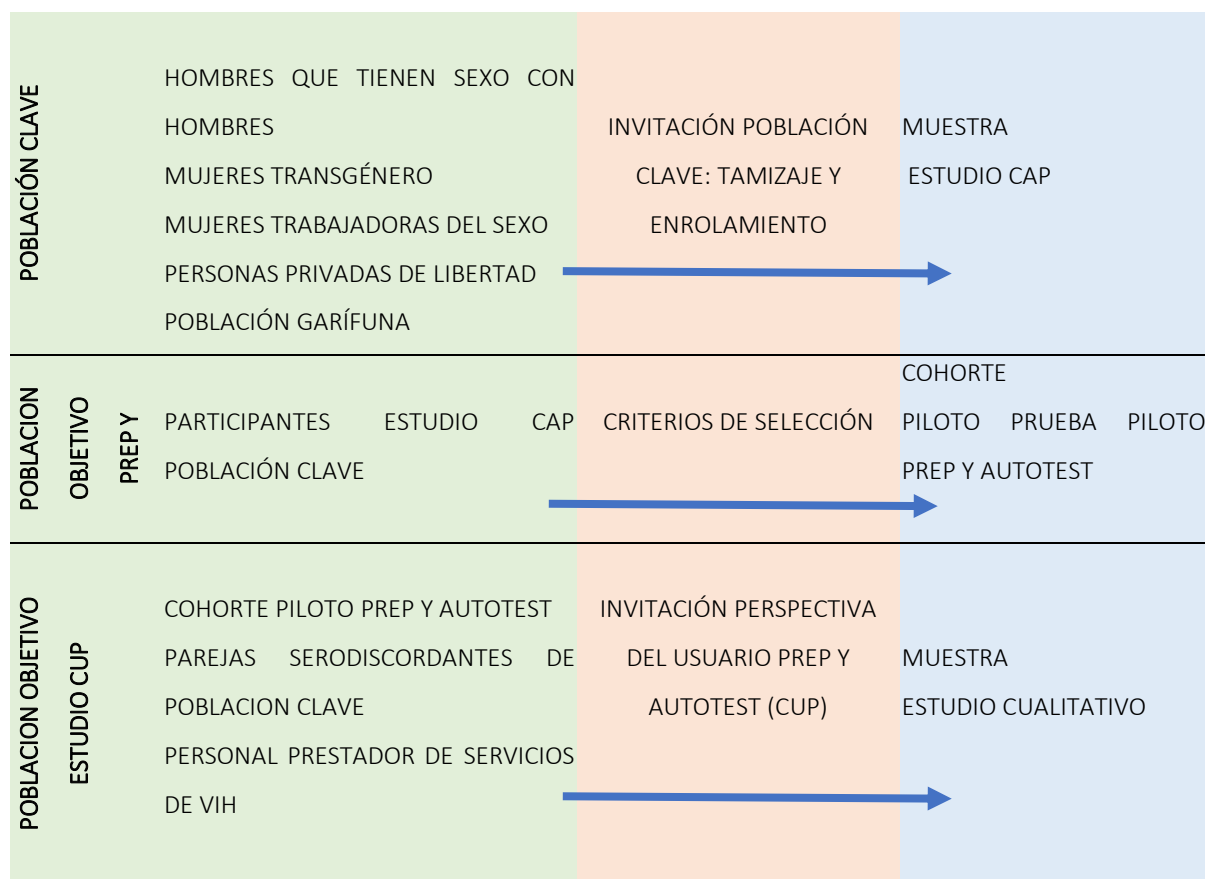


Figura 3. Muestra de participantes seleccionados de población clave a través de un muestreo de asignación óptima por criterio geográfico y muestra para el piloto PrEP y Autotest.

10.7 Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest (Estudio CAP)

10.7.1 Muestra y muestreo

Selección de los sitios del estudio: Basados en el último informe de la secretaria de Salud (SESAL), se trabajó con las principales ciudades con infección asintomática, En orden descendente según los casos acumulados desde 1985, (Ver Fig #1):

- San Pedro Sula
- Tegucigalpa
- La Ceiba
- Tela
- Choluteca
- Choluteca
- Choloma
- El Progreso
- Colon

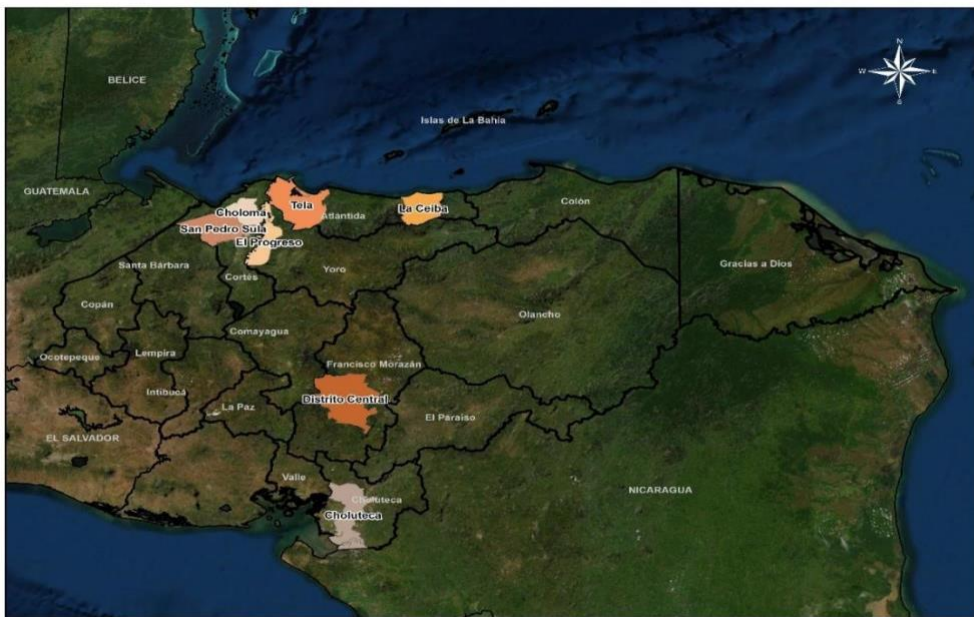


Figura 4 Identificación de las ciudades centinelas propuestas para el estudio.

10.7.2 Sitios centinelas.

Los sitios centinelas constituyen unidades de investigación encargadas de organizar y poner en marcha el estudio en sus diversas Fases y etapas con la participación de las unidades de servicios de salud elegidas por el estudio en la región designada.

SAI: Servicios de Atención Integral que implementan los programas de VIH proporcionando atención de salud centrada en las personas y organizada en torno a las necesidades, preferencias y expectativas del individual y comunidad, ofreciendo servicios clínicos y no clínicos seguros, aceptables y oportunos con el objeto de reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a la infección por el VIH. (PAHO OMS 2017a) De acuerdo con los datos que brindó el sistema de información de la Secretaría de Salud para 2013 en su red de servicios contaba con un total de 49 Servicios de Atención Integral que brindan terapia antirretroviral. (CONASIDA 2019b) la elección de los sitios centinelas se basó en el último informe de la SESAL según casos acumulados desde 1985.

Para efectos del proyecto los SAI centinelas tuvieron las siguientes funciones:

1. Centro de enrolamiento. Cada SAI centinela fue un centro de enrolamiento de los estudios CAP, piloto PrEP y Autotest, perspectivas del usuario. El personal capacitado y contratado por el proyecto invitó previamente a población clave para ser parte de los diferentes estudios, realizando actividades de promoción en los grupos de población clave formados en la comunidad.

2. Centro del Estudio piloto para PrEP y Autotest. Los SAI Centinela regularon por medio de registros actualizados el estado óptimo de los fármacos, su distribución y seguimiento en los participantes del proyecto.
3. Seguimiento de los participantes. Tareas de seguimiento, llamadas, visitas al SAI fueron debidamente registradas en formularios en línea tanto de participantes como de cualquier otro registro pertinente a efectos secundarios, resultados de Autotest, abandono de PrEP, dudas, reclamos y el cese de participación de un usuario en el proyecto.
4. Centro de control de calidad y monitoria de datos del área. A través de informes diarios, semanales y mensuales a la UIP.
5. Enlace con la comunidad. Todas las actividades de promoción, consejería y capacitación fueron definidas, desarrolladas y reguladas por el SAI Centinela, realizando reportes correspondientes a la UIP.

Cuadro 5. Estructura de los sitios centinelas, mayo 2021

SITIO CENTINELA (SC)	REGIÓN DEPARTAMENTAL (RD)	CIUDAD
SAI-1	Norte	San Pedro Sula
SAI-2	Norte	Choloma
SAI-3	Norte	Tela
SAI-4	Norte	La ceiba
SAI-5	Centro	Distrito Central
SAI-6	Sur	Choluteca

10.7.3 Cálculo de la muestra

Se utilizó el software GPower 3.1 (Alemania) considerando un 80% de poder estadístico, 5% de nivel de significancia, utilizando la prueba GLM, se generó un tamaño de **muestra de 450 pacientes**. Tamaño de muestra mínimo para la primera fase (400) además de agregar el 20% por perdida, tenemos un poder del 80%, muestreo por asignación optima, por criterio geográfico agregando las regiones adyacentes a los centros geográfico y se agregaron de la siguiente manera:

La muestra de Islas de la Bahía (7), Colon (20), Gracias a Dios (7), suman 34 más los 41 de Atlántida, total **75 participantes**. Al Departamento de Valle (7) se le agregara a Choluteca 18, Total **25 participantes**. A Francisco Morazán (82) se le agregara Comayagua (12), La Paz (02), Olancho (6), El

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

Paraíso (09), Intibucá (02), total **115 participantes**, Yoro **24 participantes**, al Departamento de Cortes (140) se le agregara Ocotepeque (02), Lempira (03), Santa Barbara (09), Copan (9): Total **163 participantes**, totalizando 400.4

Cuadro 6. Muestra por criterio Geográfico

DEPARTAMENTO	NUMERO PACIENTES	%	N TOTAL (7 REGIONES, CON 400 POR REGIÓN- TOTAL = 3600)
ISLAS DE LA BAHIA	605	1.5	7
ATLÁNTIDA	4010	11.0	41
CORTES	13866	35.0	140
COLON	1935	5.0	20
FCO MORAZÁN	8060	21.0	82
GRACIAS A DIOS	677	2.0	7
YORO	2369	6.0	24
VALLE	638	1.6	7
CHOLUTECA	1697	4.3	18
COMAYAGUA	1176	3.0	12
COPAN	805	2.0	9
SANTA BÁRBARA	812	2.0	9
EL PARAÍSO	835	2.1	9
OLANCHO	586	1.9	6
OCOTEPEQUE	148	0.4	2
LA PAZ	153	0.4	2
LEMPIRA	228	0.6	3
INTIBUCÁ	108	0.3	2
TOTAL	39765	100.0	400

10.8 Prueba Piloto para PrEP y Autotest en población clave y vulnerables de Honduras 2019-2022

10.8.1 Muestra y Muestreo Prueba Piloto PrEP y Autotest.

Los participantes de la cohorte CAP que decidieron aceptar llenaron el cuestionario de adherencia farmacológica para ser contactados y seguidos en el estudio piloto de PrEP y Autotest. (Ver Figura 8) de esta muestra de participantes realizamos un submuestreo por población clave, definido como muestreo de Conveniencia en población clave de la zona norte, departamento de Cortés, Atlántida y Colón, y de la zona centro, departamento de Francisco Morazán basados en la media de población de los reportes:

1. Encuesta de Vigilancia del comportamiento sexual y prevalencias de infecciones de transmisión sexual (ITS) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) En poblaciones clave de Honduras 2012 (ECVC).
2. Sistematización de Información, 2013 Aproximaciones al tamaño de las poblaciones de mujeres trabajadoras sexuales y hombres que tienen sexo con hombres aplicables a Honduras y Centro América.
3. Artículos citados debajo de la tabla, referencias específicas del tema

Cuadro 7. Submuestreo población clave, indicando la muestra con un mínimo de 40 por grupo.

GRUPO CLAVE	POBLACIÓN	POB. CON VIH (ESTIMATIVA)	POB. PONDERADA	PESO PARA CADA GRUPO	MUESTRA	MUESTRA CON UN MÍNIMO DE 40 POR GRUPO
PRIVADOS DE LIBERTAD	20,700	0.26	5,382.00	0.09	35	40
MTS	30,000	0.15	4,500.00	0.07	30	40
HSH	6,500	0.04	234.00	0.00	2	40
TRANSEXUAL	48,730	0.38	18,517.40	0.30	122	122
GARÍFUNA	200,000	0.08	16,000.00	0.26	106	106
SERO DISCORDANTES	10,000	1.00	10,000.00	0.16	66	66
TOTAL					400	414

10.8.2 Fase de contacto y enrolamiento

El personal del estudio realizó el primer contacto por medio de las organizaciones sociales que integran la mesa de dialogo representantes de Población Garífuna, HSH, MTS, PPL convocando a líderes y personas pertenecientes a los diferentes grupos de población clave a participar en el Estudio.

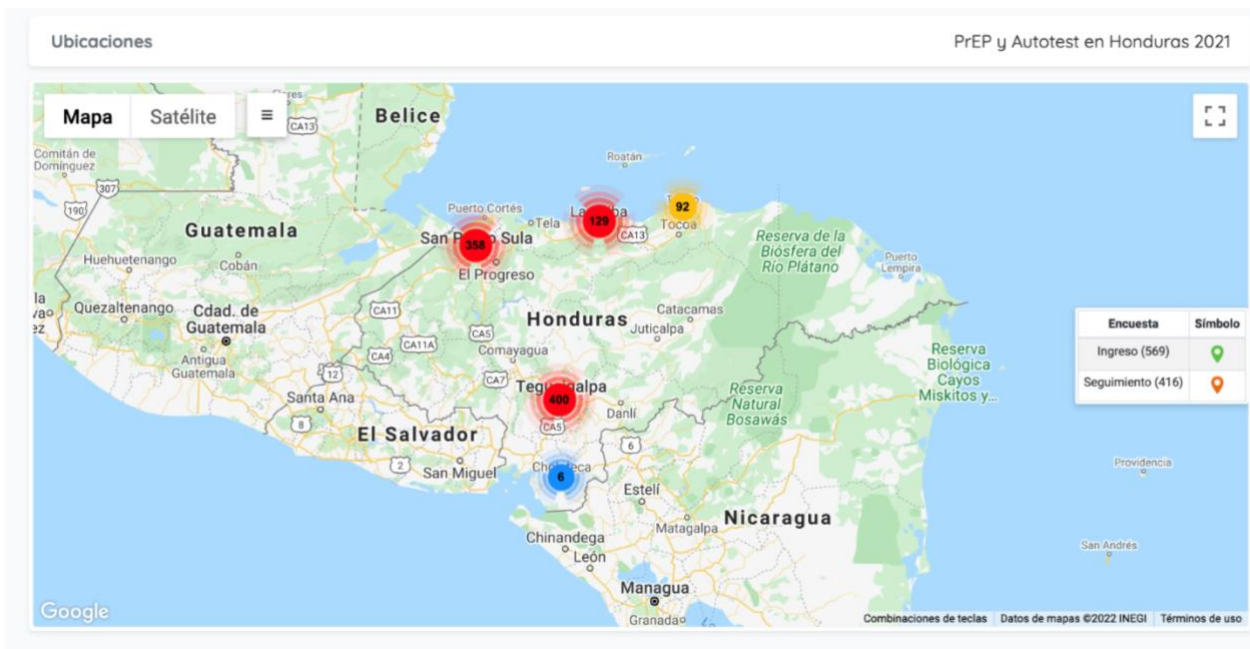


Figura 5. Imagen Mapa de participantes en CAP Plataforma PrEP-Honduras, 2021

10.8.3 Población Clave

Se refiere a la población que tiene más probabilidad de estar expuesta al VIH o de transmitirlo, por lo que su participación es fundamental en respuesta de éxito frente al VIH: Hombre que tienen sexo con otros Hombres (HSH): Bisexuales y Transgénero, Mujeres trabajadoras del Sexo (MTS), Personas Privadas de Libertad (PPL), Población Garífuna, parejas serodiscordantes que cumplan con criterios de elegibilidad y acepten participar en el estudio. Relaciones sexuales de riesgo: Relaciones sexuales vaginales y/o anales sin preservativo con más de una pareja o una o más parejas sexuales con uno o más factores de riesgo de contraer la infección por VIH. La población clave será contactado por el personal del estudio a través de las organizaciones donde se encuentren los grupos de riesgo. (Ver sección 9.4 Definición de Población Clave en Honduras)

Consejería en salud sexual y reproductiva. El VIH constituye una causa importante de defunción en edad reproductiva, los programas de atención deben enmarcarse en el derecho al acceso de servicios en Salud Sexual Reproductiva (SSR) bajo este enfoque el personal del estudio será

capacitado para proporcionar este servicio vital para el desarrollo de conductas sexuales saludables y prevenir ITS e infección por VH. (Norma Técnica Hondureña del Sector Salud NTHSS 04)

Cuadro 8. Integrantes de Mesa de dialogo PVIH, litoral Atlántico Honduras 2021.

	INSTITUCIÓN	POBLACIÓN
1.	LÍDER COMUNITARIA Y DE SALUD EN COROZAL	Garífuna
2.	LÍDER COMUNITARIA Y DE SALUD EN LA CEIBA	Garífuna
3.	ECOSALUD	Garífuna
4.	PASMO	Garífuna
5.	LÍDER GARÍFUNA DEL TRUJILLO	Garífuna
6.	LÍDER GARÍFUNA Y DEFENSORA DE DDHH	Garífuna
7.	CEPROSAF	SR
8.	CEPROSAF	SR
9.	SOMOS CDC- LGTB	HSH
10.	ASOCIACIÓN ARCO IRIS- LGTB	HSH
11.	SOMOS CDC- LGTB-MCP	HSH
12.	SOMOS CDC- LGTB	HSH
13.	DGN/SESAL	SESAL
14.	FORO NACIONAL DE SIDA	DDHH
15.	KUKULCAN	HSH
16.	GC/CHF	RP
17.	COZUMEL TRANS- TRANS	TRANS
18.	COZUMEL TRANS	TRANS
19.	COZUMEL TRANS-MCP	TRANS
20.	CHF/GC	PR
21.	SECRETARIA DE DERECHOS HUMANOS	DDHH
22.	CHF/GC	PR
23.	FORO NACIONAL DE SIDA	DDHH
24.	UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN-SESAL	SESAL
25.	ASOCIACIÓN FEMINISTA TRANS, SPS	TRANS
26.	COLECTIVO UNIDAD COLOR ROSA SAN PEDRO SULA	TRANS
27.	REDMUDE, LA CEIBA	MTS
28.	REDMUDE, LA CEIBA	MTS
29.	INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO	PPL

Cuadro 9. Personal y Organizaciones que colaboraron para la realización de CAP en Tegucigalpa

NOMBRE	CARGO	ORGANIZACIÓN
1. YACKELIN LIZETH CASTRO	Directora	Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales
2. LIC. DANY MONTECINOS	Coordinador Técnico	Asociación Kukulcán
3. JLO CÓRDOBA	Directora	Colectiva de Mujeres Trans-Muñecas de arcoíris
4. ESDRA SOSA	Directora	Asociación Arcoíris

En esta fase se presentó a los líderes y organizaciones el protocolo del estudio **Estudio de factibilidad económica, Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes en Honduras de junio a noviembre de 2021**. Las comunicaciones fueron vía telefónico y reuniones programadas a través de plataformas (ZOOM®, WEBEX®), a la petición de cada uno de los participantes.

El **segundo contacto** se realizó con las personas de población clave convocadas e invitadas por el personal del estudio a participar por medio de la firma del consentimiento informado. Se invitaron también a contactos que pertenecían a población clave personas conocidas, amigos y familiares de los participantes del estudio CAP, este método en “bola de nieve” nos permitió acceder a potenciales participantes que al cumplir con los criterios de elegibilidad: 1. Ser parte de población clave, 2. Contar con documentación que acreditará identidad y 3. Desear voluntariamente ser participantes, proporcionó más del 30% de la muestra requerida. El enrolamiento inició el 27 de agosto de 2021 en los departamentos de Cortes, Atlántida y Colón, en el Distrito Central se inició el 31 de agosto de 2021. A continuación, el procedimiento para el tamizaje y enrolamiento se resume:

1. Contacto con población clave en los sitios centinelas, lugares de referencia de los grupos organizados de LGBT, MTS, PPL, PG y Prestadores de servicios.
2. Invitación a participar en el estudio CAP, Reclutamiento y tamizaje. Este procedimiento se realizó dentro de los grupos organizados de población clave, la invitación a los PPL se hizo en la misma área.
3. Enrolamiento en estudio CAP, aplicación del consentimiento informado. Se Proporcionó copia del documento firmado por el participante.
4. La codificación del participante y Llenado de formulario de localización respetando la confidencialidad.

5. Llenado de formularios en línea del estudio CAP.
6. Invitación a participar al piloto PrEP y auto test.
7. Reportes de avances y reportes semanales de cada sitio.

10.8.4 Esquema PrEP

Es una intervención biomédica para la prevención de la infección por VIH que está recomendada por la Organización Mundial de Salud:

1. La PrEP debería utilizarse a diario durante los períodos de riesgo significativo de contraer la infección por el VIH y puede interrumpirse en los períodos de riesgo bajo.
2. OMS recomienda un esquema de PrEP vía oral que contenga fumarato de disoproxilo de tenofovir (TDF) en dosis de 300 mg junto con emcitribina (FTC) dosis 200 mg al día vía oral. (Terapia PrEP OMS,2017; Ayerdi-Aguirrebengoa et al. 2017)

Se define el siguiente esquema de profilaxis PrEP:

ARV	DOSIS	VÍA	TIEMPO	RESPONSABLE
FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR (TDF)	300 mg	Oral	90 días	UIC
EMCITRABINA (FTC)	200 mg	Oral	90 días	UIC

10.8.5 Efectos adversos de la PrEP

Los efectos adversos de la PrEP fueron explicados en un lenguaje entendible y sencillo al participante durante la invitación y enrolamiento en el estudio, registrado en el consentimiento informado, cualquier efecto según la gravedad del problema se remitió para recibir atención en el centro asistencial correspondiente. El monitoreo de reacciones adversa y cumplimiento fue monitoreado en el SAI centinela por medio de registros interno del estudio con entrega de reportes semanales del nivel de adherencia a la profilaxis.

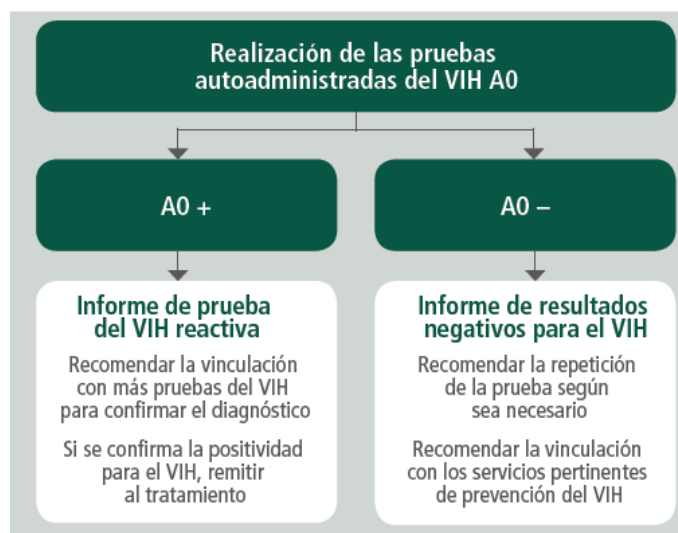
10.8.6 Prueba de diagnóstico rápido: Autotest.

La autodetección del VIH es un procedimiento realizado en un entorno privado utilizando una muestra biológica (sangre a través de pincharse un dedo) los resultados se interpretan en menos de 20 minutos, la notificación la realiza el paciente. Se utilizará la estrategia de pruebas para el

diagnóstico de la infección por el VIH en los entornos con prevalencia alta, como se detalla en la siguiente figura. (OPS/OMS 2016)

Las Pruebas fueron proporcionadas por el equipo de campo a cada participante del estudio ya sea distribuido desde el SAI o enviado vía correo o encomienda con línea telefónica abierta con el estudio para consejería pre y post, orientación sobre cómo realizar la prueba, despejar cualquier duda y monitorear efectos secundarios.

Autotest constituye un proceso de obtener la propia muestra (secreción bucal o sangre) utilizando una prueba de detección del VIH sencilla y rápida. (OPS/OMS 2016)



10.8.7 Criterios de inclusión

Se invitó a participar en PrEP y Autotest a todo participante de la cohorte CAP que cumpliera con los siguientes criterios:

1. Ser población clave: HSH, Trans, MTS, PPL, PG.
2. Factores de riesgo: Relaciones sexuales vaginal o anal sin preservativos con más de una pareja, antecedentes de infección de transmisión sexual (ITS).
3. No haber usado profilaxis posterior a exposición.
4. Ser mayor de 18 años.
5. No estar embarazada.
6. Desear participar en la prueba piloto, seguimiento previa explicación de los objetivos y finalidad de la prueba piloto PrEP y Autotest con la firma del consentimiento informado para participar en la prueba piloto PrEP.

7. VIH negativo por prueba Autotest y/o confirmado con pruebas de detección de ácido nucleico, inmunoquimioluminiscencia, electroquimioluminiscencia, enzimoimmunoanálisis.
8. Proporcionar datos de localización y número telefónico para ser seguido durante la etapa definida en la prueba piloto garantizando la confidencialidad de los datos. Esta información se llenará en el formulario en línea de localización.
9. Llenar el cuestionario de Adherencia Farmacológica.
10. Codificación del participante para el llenado de los formularios de seguimiento, al mes y a los tres meses.

10.8.8 Criterios de exclusión definidos en la Prueba Piloto PrEP y Autotest:

1. Que no cumpla criterios para el uso PrEP.
2. Participante que tenga un resultado confirmado por VIH.
3. Ser menor de 18 años.
4. No aceptar participar en el estudio por medio de consentimiento informado.
5. Embarazo
6. Exposición al VIH en las primeras 72 horas con el uso de terapia postexposición (PEP) Situaciones especiales:
 - a. Embarazo: Si una participante de la Prueba piloto para PrEP y Autotest resulta con prueba de embarazo durante el seguimiento se deberá retirar a la participante y se referirá al SAI correspondiente para continuar con el PrEP y recibir atención.

10.8.9 Fase de seguimiento Prueba piloto para la Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest del VIH en poblaciones clave.

Durante esta fase nos contactamos con el participante de la prueba piloto PrEP y Autotest por vía teléfono en un lapso estimado de tres meses, el contacto para el seguimiento se realizó principalmente por teléfono (Exceptuando centro penitenciario) sin embargo ante cualquier efecto secundario o evaluación requerida por el participante se reporta desde los sitios centinelas y se deriva al SAI o unidad de salud correspondiente. (figura 7) Durante el período de tres meses se contactó al participante una vez al mes (treinta, sesenta y noventa días).

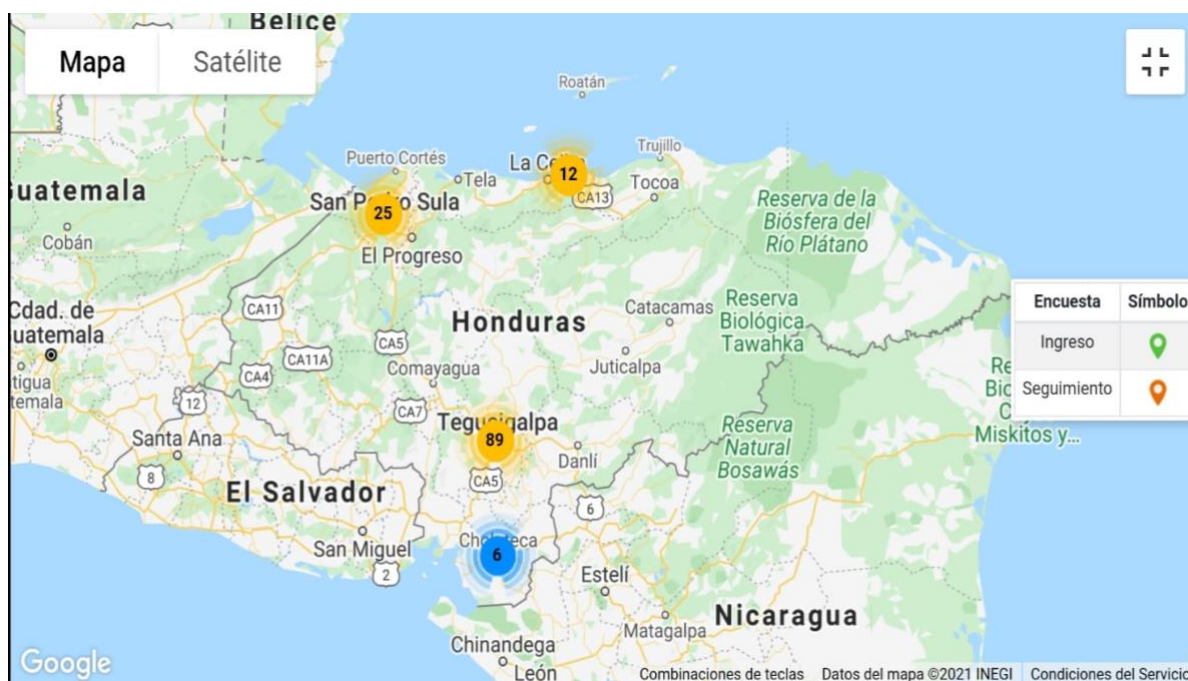
En cada contacto, se tomó la siguiente información:

1. Registro de llamadas, fecha, día y hora.

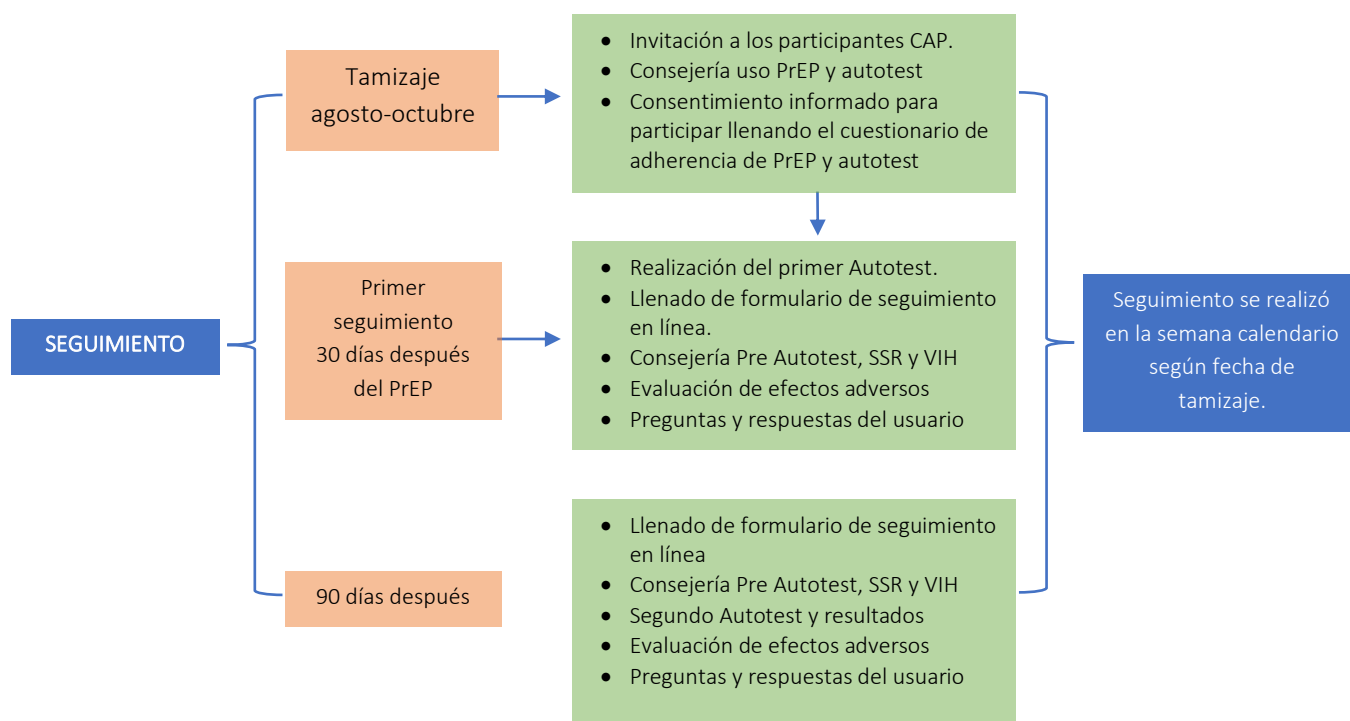
Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

2. Llamada telefónica desde el número del estudio, en casos especiales se realizó el seguimiento con cita en el sitio centinela para evaluación.
3. Reporte semanal del seguimiento de cada Sitio centinela.
4. Análisis de la información recolectada por parte de UIP
5. Dentro de los 90 noventa días de la profilaxis preexposición el participante realizó el Auto test reportando el resultado al personal del sitio por medio del contacto telefónico del estudio y/o asistiendo al SAI centinela, en caso de resultado positivo se refirió para confirmación al SAI correspondiente a su domicilio y de confirmarse se procederá con el tratamiento respectivo (TAR).

Figura 7. Imagen Mapa de seguimiento Plataforma PrEP-Honduras, 2021



Fuente: Estudio PrEP y Autotest, Plataforma 2021

Diagrama 3. Seguimiento Piloto PrEP y Autotest

10.9 Estudio Cualitativo: Perspectivas del usuario.

10.9.1 Metodología

Con el fin de aportar la dimensión cualitativa al “Estudio de factibilidad y Prueba Piloto para el Autotest del VIH y la Profilaxis preexposición (PrEP)” se han elaborado dos guías de preguntas para la ejecución de entrevistas semi-dirigidas que tienen como objetivo conocer conductas subyacentes, actitudes, percepciones y rasgos culturales frente al VIH, así como reconocer la factibilidad de uso del Autotest y la PrEP (Profilaxis pre-exposición) en poblaciones claves y vulnerabilizadas tales como Hombres que tienen Sexo con Hombres, Mujeres Trabajadoras Sexuales, población Trans en especial Mujeres Trans, población garífuna y parejas serodiscordantes. Además de esta población directamente involucrada, se tomó en cuenta las autoridades y tomadores de decisión, entre éstos, al viceministro de salud y al director de Global Communities y a la coordinadora de la ONG Forosida, un agente que realiza incidencia política. Cabe resaltar que los efectos de la política pública resultan de las acciones de quienes tienen bajo su responsabilidad el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de esta (Silva, 2017). De esta manera, se caracterizaron los elementos mencionados para contribuir con este estudio de pilotaje y factibilidad que busca evidenciar

mecanismos que permitan reducir el número de nuevas infecciones, aplicar la profilaxis preventiva, la detección oportuna de casos de VIH y mejorar el acceso a los servicios de atención.

Este estudio cualitativo fue realizado en tres etapas, la primera de ellas se dedicó a construir la base teórica que permitió reconocer el contexto para el posterior análisis. En esta etapa, se recogieron informaciones sobre el sistema de salud en Honduras (localización, alcance, niveles de atención por región, condiciones de acceso, servicios prestados, profesionales asociados), la composición censitaria de la población clave y vulnerabilizada, según los datos recogidos previamente por otros investigadores del proyecto y se hizo la comparación estadística tomando como referencia el último censo oficial nacional y se indagó sobre los procesos organizativos de la sociedad civil y la actuación de ONGs relacionadas a la salud pública de las poblaciones claves y vulnerabilizadas. Los tomadores de decisión, identificados en las etapas previas de este proyecto, fueron clasificados según su actuación en los procesos de prevención y atención, de este modo, se facilitará el proceso de recolección de información y análisis de las etapas posteriores.

La segunda etapa fue la de aplicación de las entrevistas con la finalidad de conocer las narrativas, ideas preestablecidas y expectativas alrededor del VIH, el sistema de salud público de Honduras y las posibilidades de prevención y tratamiento. Fueron realizadas dos tipos de entrevistas semiestructuradas: una, diseñada para conversar con la población clave y vulnerabilizada y otra, para los tomadores de decisiones. Los ejes abordados fueron los siguientes:

10.9.2 Población clave y vulnerabilizada:

1. Biografía y contexto.
2. Comportamientos asociados a la percepción de riesgos.
3. Descripción de situaciones problema basados en teoría para verificar si la persona tuvo o no experiencias similares y su percepción de ésta.
4. Evaluación de sentimientos en relación con experiencias: estigma, tradición y pertenencia a un grupo.
5. Verificación de perfiles generales de comportamiento, o verificación de la variación individual de diferentes estrategias frente a la percepción de riesgo para VIH, uso de medicamentos y búsqueda de tratamiento.
6. Descripción de las principales estrategias relacionadas con cada perfil.

Autoridades y tomadores de decisión:

1. Contexto profesional y laboral.
2. Conocimiento y percepciones acerca del virus de VIH.
3. Conocimiento y percepciones acerca de tratamientos para el virus de VIH
4. Descripción de la población que es atendida por la institución. Énfasis en percepción de riesgos y tratamientos de VIH para esta población.
5. Actitud frente al sistema de salud público y percepción frente a la implementación de Auto test del VIH y la Profilaxis preexposición (PrEP).

Las entrevistas fueron realizadas en la plataforma Google Meets⁶. Todas las entrevistas fueron grabadas para su posterior análisis, con previa autorización y consentimiento de los y las entrevistadas involucradas en el proceso. El uso y archivo del material grabado será dado conforme la normativa del área de la investigación en ciencias sociales y requisitos del equipo de trabajo. El equipo investigador fue el responsable de hacer la mediación necesaria entre las personas entrevistadas y las entrevistadoras para generar mayores índices de confianza.

La tercera y última etapa comprendió el análisis de las entrevistas a partir de características comunes y específicas de los participantes. Las categorías que se repetían en las entrevistas permitieron mayor aproximación a los conocimientos que la población clave y vulnerabilizada tiene sobre el VIH y el sistema de salud, así como también permitieron identificar los vacíos que existen todavía sobre el tema y que deberán ser abordados en las recomendaciones del "Estudio de factibilidad y Prueba Piloto para el Autotest del VIH y la Profilaxis preexposición (PrEP)". Aquellas categorías que sean específicas deberán ilustrar sobre las necesidades que cada población clave y vulnerabilizada experimenta. Esta etapa se compone de la transcripción de entrevistas y del análisis de estas según las categorías identificadas anteriormente.

Parte de la documentación consultada proviene de los informes ya producidos por la oficina de Honduras OPA-IRIS (Pan American Health Organization Institutional Repository for Information Sharing, disponible en: <https://iris.paho.org/>), la documentación publicada por la oficina de Global Communities de Honduras, en especial la referente al estudio sobre los "servicios integrados de ITS

⁶ Se definió esta plataforma por ser la usada ampliamente por la población hondureña, los intentos iniciales de emplear otras plataformas fueron infructuosos, por ser más exigentes en términos de conexión, no funcionar adecuadamente en los teléfonos celulares y no ser lo suficientemente amigables para su uso.

y VIH para poblaciones específicas y vulnerables"; y de las actividades realizadas para el "fortalecimiento de la respuesta nacional para la promoción de la salud y la protección de la salud en el VIH/SIDA". Así como los documentos de trabajo del CONICET sobre análisis de datos cualitativos (Borda et al, 2017) y el permanente contacto con el equipo que compone esta investigación.

Finalmente, para garantizar la confidencialidad y un tratamiento estricto de la información, los participantes tuvieron conocimiento de los objetivos y alcances del estudio, se les informó antes de cada entrevista sobre los propósitos y uso de datos generados durante la entrevista. De esta manera, las personas entrevistadas han sido conscientes de la grabación de la entrevista para su posterior análisis y se les garantizó que no se dará ningún uso además del explicado.

El equipo de trabajo fue conformado por tres profesionales de las ciencias humanas, con formación doctoral completada o en curso y con experiencia en investigación cualitativa, estas profesionales están comprometidas con la confidencialidad y exclusividad sobre el manejo de la información recolectada. El equipo investigador hará la mediación necesaria para generar confianza entre las personas entrevistadas y las entrevistadoras.

Al final del documento encontrará anexo:

1. Guion de entrevista para población clave y vulnerabilizada.
2. Guion de entrevista para autoridades y tomadores de decisión.

10.9.3 Muestra

Una de las herramientas más acertadas para el análisis y diseño de política pública es el "mapeo cualitativo de actores" (Silva, 2017). Permite, como será evidente a continuación, analizar problemas sociales complejos y evaluar una política pública desde un enfoque plural. Como indica Silva (ibid.) Esta herramienta permite entender las percepciones y comprensiones de una diversidad de actores clave sobre un problema común. De ese modo, para este estudio se definió una muestra representativa que abarca tomadores de decisión y población clave de cada sector.

El grupo compuesto por tomadores de decisión privilegió aquellas personas que han desarrollado su trayectoria de investigación y laboral en el sistema de salud público de Honduras, con especial relevancia al área de Servicios de Atención Especial porque es el punto de referencia para la población en temas de VIH e infecciones de transmisión sexual, además de estar distribuidos territorialmente de forma que son más accesibles a la ciudadanía.

Para componer un cuadro más amplio, fueron citadas a actores clave de la sociedad civil que han actuado en espacios decisorios como FOROSIDA y organizaciones que actúan en los territorios junto

a la sociedad civil como la Asociación Kukulcán, CEPROSAF y la Liga de la Lactancia Materna de Honduras. Finalmente, dada la importancia de la cooperación internacional para la investigación, la implementación y el sostenimiento en el tiempo de la política pública fueron convocados actores con poder de decisión, actores que realizan incidencia política, prestadores de servicios de ITS-VIH que tienen amplia trayectoria en este sector. Es interesante notar que estas personas están ubicadas en Tegucigalpa, salvo la coordinadora del SAI que está en la región insular de Honduras.

El grupo de población clave y vulnerabilizada está compuesto por: Hombres que tienen Sexo con Hombres, población Mujeres Transgénero, población serodiscordante, Mujeres Trabajadoras Sexuales y población garífuna. Estas personas fueron seleccionadas por el equipo médico y por las personas del trabajo de campo presencial en Honduras, su participación, por tanto, fue informada y autorizada.

La muestra seleccionada es lo suficientemente amplia para dar un panorama sobre las condiciones de vida de la población vulnerable, sus conocimientos, prácticas y análisis de la implementación de Autotest y PrEP en el país. Vale la pena decir que se dio atención a la región de San Pedro Sula, la capital industrial de Honduras, siendo ésta una zona de tránsito para personas migrantes y personas desplazadas, así como un lugar donde muchas personas LGBTI van en busca de opciones laborales.

10.9.4 Tamaño de la muestra

La investigación cualitativa no se atiene a la cantidad sino a la calidad del material recogido, sin relegar la importancia de los números para establecer un parámetro en investigaciones mixtas, como la presente. De ese modo, se han definido perfiles de todos los sectores.

Estas entrevistas son amplias, pero no ambiguas, por lo que el material recogido da cuenta del problema tratado. Ahora bien, como esta es una etapa posterior del proyecto, la selección de personas entrevistadas no es aleatoria, sino que sigue criterios como: tener la capacidad de dar cuenta de un sector y ser representativas dentro del mismo; tener conocimiento e información histórica, política y experiencia relevante para el estudio.

Finalmente, dado que las poblaciones consideradas no son mayoritarias, viven en condiciones de vulnerabilidad y el estudio es novedoso, las entrevistas a perfiles previamente seleccionados siguen una metodología semi- direccionada que permiten entender quiénes son las personas, cuáles son sus percepciones, y cuáles son sus ideas respecto del problema planteado. Líderes, representantes, portavoces que tienen la capacidad de hacer análisis históricos y panorámicos sobre

la temática de interés, así como citar experiencias específicas de la población que representan, del contexto en el que viven y del estado en el que se encuentran.

10.10 Manejo de datos

Se utilizó una aplicación informática para el desarrollo del estudio CAP determinando los conocimientos, actitudes, mitos y creencias sobre Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest del VIH, también durante la prueba piloto para la Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest del VIH en poblaciones clave. En la aplicación informática se incluyó el consentimiento informado, la consejería pre y post prueba, materiales de información, educación y comunicación para cada población clave y el seguimiento de cada participante.

La recolección de la información usando encuesta electrónica. Para la elaboración de encuestas se realizó lo siguiente:

1. Se Capacitación del personal para la elaboración de la encuesta.
2. Se utilizó un celular o tableta por cada Encuestador.
3. La información se grabó en tiempo real en servidores en la nube.
4. Se almacenó en MySQL, generando al final un respaldo de la base de datos para ser entregada en cualquier formato solicitado.

Para la realización de encuestas:

1. Levantamiento de encuestas
2. Control de Calidad de Gabinete
3. Control de Calidad de Campo
4. Trabajo de Gabinete
5. Personal asignado al Proyecto
6. Control de Calidad

10.10.1 Levantamiento de encuestas en campo y equipo a utilizar:

Para poder realizar esta actividad, se contó con el personal necesario para realizar tanto las actividades de campo, gabinete, control, supervisión y seguimiento, se utilizará el siguiente equipo:

1. Tablet. Se desarrolló una aplicación para el control de esta actividad, identificando las coordenadas de donde se realizó la encuesta y conteniendo parámetros y validaciones que aseguren que las encuestas realizadas sean de calidad.
2. Servidores en la nube. Toda información de los dispositivos móviles grabada en un servidor donde estará alojada la base de datos con todas las encuestas realizadas, las cuales se grabarán en tiempo real.
3. Canal de Datos. Para visualizar la aplicación y el Sistema de Información Geográfica actualizado en tiempo real.

10.10.2 Seguridad de la Información

El activo más importante que se posee es la información y, por lo tanto, se utilizaron técnicas que la aseguren, más allá de la seguridad física que se establezca sobre los equipos en los cuales se almacena. Estas técnicas brindaron la seguridad lógica, la aplicación de barreras y procedimientos que resguardan el acceso a los datos y sólo permiten acceder a ellos a las personas autorizadas para hacerlo. Se implemento Firewalls en hardware y software, utilizándolos para evitar que los usuarios de Internet no autorizados tengan acceso a la información.

Los medios utilizados son:

1. Restringir el acceso a los programas y archivos. (uso de usuarios y contraseñas)
2. Asegurar que los operadores no puedan modificar los programas ni los archivos que no correspondan (sin una supervisión minuciosa).
3. Asegurar que se utilicen los datos, archivos y programas correctos.
4. Asegurar que existan sistemas y pasos de emergencia alternativos de transmisión entre diferentes puntos.
5. Organizar los usuarios por jerarquía informática, con claves distintas y permisos bien establecidos, en todos y cada uno de los sistemas o aplicaciones empleadas. Cada uno de los actores del proyecto, se les creó usuarios para poder supervisar los avances, en cada una de las fases.
6. Actualizar constantemente las contraseñas de accesos a los sistemas de cómputo.

10.10.3 Análisis Estadístico.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS (versión 20.0). Para verificar si las variables continuas tienen una distribución normal, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para la caracterización de los grupos se utilizó la prueba del Modelo Lineal General (GLM) comparación entre grupos. Para el análisis descriptivo de las variables del estudio y del cuestionario se utilizó la prueba de la t de Student y para las variables categóricas se utilizará la prueba de Chi-Cuadrado. Los datos se presentaron como media \pm DE (desviación estándar), además de realizar un análisis factorial con los cuestionarios aplicados, el cual genero los propios factores de riesgo para la población en Honduras.

10.10.4 Aseguramiento de la Calidad

El equipo de investigación recibió capacitación sobre el diseño del estudio, el aseguramiento de la calidad, los mecanismos de presentación de informes y las herramientas de recolección de datos y ética de investigación. Los recolectores de datos también fueron capacitados para utilizar el cuestionario de estudio / herramienta para la recolección de datos de las instituciones y el ingreso de los datos de la encuesta Los encuestadores fueron capacitados en la recolección de datos, transmisión, verificación, almacenamiento y análisis primario para evaluar los errores.

10.11 Revisión Ética y Científica

El Estudio de factibilidad económica, Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre Profilaxis Preexposición (PrEP) y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave en Honduras de junio a noviembre de 2021 se llevó a cabo en virtud de la Declaración de Helsinki, cumpliendo con la preparación y ejecución plena con los principios éticos de autonomía, justicia, Beneficencia. Presentando a la mesa técnica evaluadora y Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH).

El proyecto consta de cuatro estudios interrelacionados: Estudio de Costo Factibilidad, Estudio Conocimientos, Actitudes, Mitos y Creencias (CAP), una Prueba piloto de PrEP-Autotest y un Estudio cualitativo de perspectiva del usuario (CPU) con enfoque psicológico y antropológico. Todos los participantes fueron invitados voluntariamente al estudio, explicando los objetivos y las características de su participación, se obtuvo el consentimiento informado por escrito entregando a cada participante una copia del consentimiento informado. Se respetó la confidencialidad de los datos, la información será codificada. Se brindó consejería pre y post atención por personal calificado

refiriendo oportunamente al SAI los casos seropositivos para iniciar o continuar tratamiento. Aunque en este estudio los participantes no obtuvieron beneficios directos, la información brindada permite medir la aceptación y barreras ante las pruebas Autotest y profilaxis PrEP entre la población, también se conoció la opinión de los prestadores de servicio para implementar la profilaxis PrEP.

Los participantes invitados a participar en entrevistas a profundidad se les preguntó acerca de barreras y limitantes que tienen las personas con VIH para acceder, de forma temprana y oportuna al diagnóstico de VIH, se ahondó en la percepción de su enfermedad y comorbilidades, la percepción que tienen de los servicios de atención integral que visitan. Ante un diagnóstico positivo confirmado el equipo investigador refirió al paciente a su atención especializada como corresponde.

11 Resultados del Estudio de factibilidad y Prueba Piloto para el Autotest del VIH y la Profilaxis preexposición (PrEP)

1. Estudio de Factibilidad Económica
2. Estudio Conocimiento Actitudes y Prácticas en VIH
3. Estudio Piloto PrEP y Autotest
4. Resultados del Estudio Cualitativo

11.1 Resultados de Estudio de Factibilidad Económica en Honduras

11.1.1 Presentación

Cada enfermedad genera una carga importante en el sistema sanitario, el equilibrio entre prevención, enfermedad y recuperación es necesario en el marco de establecer estrategias funcionales y basadas en la realidad nacional. La cobertura eficaz de PrEP debe basarse en la demanda suficiente y sostenida garantizada de una estrategia probada como herramienta indispensable en la prevención del VIH, las directrices mundiales refieren el uso de PrEP bajo el contexto de población vulnerable en aquellas poblaciones con más prevalencia de la enfermedad y riesgo de contraerla, los escenarios se priorizan para varios tipos de intervenciones rentabilizando en países como el nuestro las metas 90-90-90.

A continuación, sintetizamos en población clave en Honduras, los costos por implementación de PrEP genérico y no genérico, el uso del Autotest en saliva y sanguíneo aporte indispensable en las estrategias de testeo individual y privado, el precio de las autopuebas de VIH con precalificación de la OMS o aprobación reglamentaria varía considerablemente dependiendo del sector mercado, entorno y formato de envasado del producto, oscilando entre 20 y 40 dólares por prueba. (Ver anexo 17.4 resumen pruebas precalificadas, OMS).

En los siguientes segmentos expondremos los resultados:

- Población Clave de Honduras, distribución por año (Tabla 1)
- Escenarios de Intervención de la Población Clave (Tabla 2)
- Costo PrEP genérico para Población Clave, Honduras (Tabla 3)
- Escenario de costo PrEP genérico (Tabla 4)
- Costos PrEP no genérico para Población Clave (Tabla 5)

- Escenarios de Costos PrEP no genérico (Tabla 6)
- Costos de Autotest prueba sanguínea en Población Clave (Tabla 7)
- Costos de Autotest prueba saliva en Población Clave (Tabla 8)
- Costos para Marketing (Tabla 9)
- Estudio de Costo Factibilidad, Autotest pruebas de laboratorio en Población clave (Tabla 10)
- Gasto estimado en VIH (Tabla 11)
- Gasto estimado en Atención y tratamiento para Población Clave (Tabla 12)
- Viabilidad PrEP aéreo (Tabla 13)
- Viabilidad PrEP marítimo (Tabla 14)
- Viabilidad Autotest de sangre y saliva (Tabla 15)
- Comparación de costos PrEP por individuo (Tabla 16)
- Comparación de costos Autotest por individuo (Tabla 17)
- Comparación de costos PrEP para el 20% de la Población Clave (Tabla 18)
- Comparación de costos PrEP + Autotest vía área en los escenarios para Población Clave (Tabla 19)
- Comparación de costos PrEP+Autotest vía marítima en los escenarios para la Población Clave (Tabla 20)
- Comparación de costos PrEP por individuo (Tabla 21)
- Comparación de costos Autotest por individuos (Tabla 22)
- Comparación de costos PrEP para el 20% de la Población Clave (Tabla 23)
- Comparación de costos PrEP + Autotest vía área en los escenarios para la Población clave (Tabla 24)
- Comparación de costos PrEP + Autotest vía marítima en los escenarios para la Población clave (Tabla 25)
- Comparación de costos PrEP por individuo (Tabla 26)
- Comparación de costos Autotest por individuo (Tabla 27)
- Comparación de costos PrEP para el 20% de la Población Clave (Tabla 28)
- Comparación de costos PrEP +Autotest vía aérea en los escenarios para población clave (Tabla 29)
- Comparación de costos PrEP + Autotest vía marítima en los escenarios para población clave (Tabla 30)

- Estudio de Costo Factibilidad PrEP genérico escenario por Población clave (tabla 31)
- Estudio de Costo Factibilidad PrEP no genérico escenario por Población Clave (Tabla 32)
- Estudio Costo Factibilidad PrEP, Autotest en saliva y sanguínea Población Clave (Tabla 33)

11.1.2 VIH

Al igual que la epidemia del VIH lo hizo antes, la pandemia de la COVID-19 está exponiendo las fragilidades de nuestro mundo, incluidas las desigualdades económicas y sociales persistentes y las inversiones lamentablemente inadecuadas en salud pública. En muchas partes del mundo, la COVID-19 está sumándose a la epidemia de VIH en curso. Como lo muestra el último informe de ONUSIDA, la epidemia del VIH sigue siendo un asunto enorme e inconcluso. Las desigualdades de género, la violencia de género, y la criminalización y marginación de los grupos vulnerables siguen impulsando el VIH. **(António Gutiérrez, secretario general de Naciones Unidas).**

11.1.3 PrEP

PrEP - Genérico

1. Tenofovir + Entricitabina
2. Tenofovir + Lamivudina

PrEP - No genérico

En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) proporciona a los pacientes la formulación genérica que es:

1. Tenofovir + Entricitabina

11.1.4 AUTO TEST

A diferencia de PrEP, que es un tratamiento utilizado antes de la exposición a la enfermedad, la autocomprobación ya se usa para verificar si está infectado. En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) proporciona a los pacientes dos tipos de pruebas:

1. Auto Test – Fluido Oral (Saliva)
2. Auto Test – Gota de sangre

11.1.5 VIABILIDAD

Actualmente Honduras cuenta con 9.4 millones de habitantes, El último reporte de VIH realizado por la Secretaría de Salud desde el año 1985 hasta abril 2021, reporta un total de 39 006 casos de

VIH + en todo el país, y distribuido en población clave y población vulnerable como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1. Población Clave de Honduras, distribución por año (2015-2021)

Grupo /Año	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
HSH	137	225	254	274	268	136	48	1342
MTS	79	72	90	93	70	33	11	448
TRANS	2	12	26	29	14	12	3	98
PPL	25	41	51	37	28	29	6	217
Embarazadas	81	71	69	94	72	43	9	439
Total	324	421	490	527	452	253	77	2544

En este sentido, se plantean diversos escenarios considerando la población clave beneficiaria (0.14%) de la población general del país (9.4 millones), resultando un total de 12,784 personas como población meta. A partir de esta estimación, se plantean cinco escenarios de intervención, el primero, logrando que la intervención beneficie al 100% de la población clave identificada, y cuatro escenarios donde la intervención beneficia al 5%, 10%, 20% y 50% de la población clave, como se muestra en la tabla 2.

Considerando el porcentaje de infectados que tiene el país y que la mayoría son individuos entre 25 y 29 años, tanto en el caso asintomático como de infección avanzada, esto ya hace evidente la factibilidad de la implementación de un sistema de PrEP y Auto test, pues cuanto más tarde el diagnóstico estos números solo tienden a aumentar, contribuyendo fuertemente a que la vida estimada de los pacientes con VIH del país disminuya.

Tabla 2. Escenarios de intervención de la población clave

ESCENARIOS			MILLONES DE HABITANTES			
DATOS DE LA POBLACION			9,400,000			
POBLACIÓN CLAVE			ESCENARIOS			
			PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CLAVE			
POBLACIÓN	%	PERSONAS	5%	10%	20%	50%
TRANS	0.005%	432	22	43	86	216
HSH	0.027%	2,557	128	256	511	1,278
MTS	0.003%	282	14	28	56	141
PLL	0.002%	141	7	14	28	71
BISSEXUAL	0.090%	8,460	423	846	1,692	4,230
PG	0.010%	912	46	91	182	456
POBLACIÓN CLAVE TOTAL	0.14%	12,784	639	1,278	2,557	6,392

Actualmente la vida estimada en el país es de 75.27 años; 77.55 años en mujeres, 72.27 años en hombres si no se toman medidas para controlar la infección por el virus VIH, en los próximos 10 años el promedio de vida tenderá a caer, en este grupo de pacientes ya que el 5% de los jóvenes entre 25 y 29 años no tendrán acceso a ningún tratamiento y llegarán como máximo hasta los 39 años.

Aumentando la calidad de vida y la supervivencia de las personas, a medida que los tratamientos consolidan su eficacia, los nuevos problemas, tanto desde el punto de vista médico y psicológico, como desde el punto de vista social, muestran que las personas infectadas con VIH necesitan mucho más que una indicación adecuada de regímenes terapéuticos y acceso a pruebas de laboratorio, con la accesibilidad al tratamiento y la prevención, estas necesidades disminuyen, tanto de las personas que están en riesgo de infectarse como de las que ya están infectadas.

11.1.6 INVERSIÓN

Las premisas utilizadas para analizar la inversión para la implementación de PrEP y AutoTest fueron las siguientes:

1. Ser fabricante y proveedor de SESAL;
2. Poseer todos los registros sanitarios requeridos por SESAL;
3. Contar con todos los registros técnicos requeridos por SESAL;

Son las aplicadas por el SUS, y podría ser aplicada por la SESAL

11.1.7 PrEP – Genérico

Con el fin de determinar el costo beneficio de implementar el programa PrEP en Honduras, primero, se presentan los costos en dólares estadounidenses de las diferentes soluciones genéricas de acuerdo con el tipo de transporte (aéreo o marítimo) y los costos asociados al transporte local para beneficiar a los grupos de la población clave identificada, como se muestra en la tabla 3.

1. Posteriormente, la tabla 4, se hace una comparación de los costos unitarios en dólares estadounidenses de estas soluciones para cada uno de los cuatro escenarios descritos en la tabla 2, el costo de estos según el tipo de transporte (aéreo o marítimo) y el costo de transporte local.

Condiciones:

El estudio tuvo en cuenta los escenarios, descritos en la Tabla 1(pág. 38), Tabla 2 (pág. 14), y Tabla 3 (pág. 15).

1. Tratamiento considerado durante 1 año por individuo (365 comprimidos).
2. Precios sujetos a condiciones del mercado.

Tabla 3. Costo PrEP genérico para población clave, Honduras 2021 7.

PrEP -GENÉRICO								
DATOS DE LA POBLACION				9,400,000	MILLONES DE HABITANTES			
TRATAMIENTO PARA 01 AÑO - POR PERSONA				365	DOSIS			
ESCENARIO - 1								
POBLACION CLAVE								
SOLUCIÓN				U\$ - UNITARIO	U\$ - UNITARIO - AÉREO	U\$ - UNITARIO - MARÍTIMO	U\$ - UNITARIO - LOCAL	
TENOFOVIR + ENTRICITABINA	PERSONAS	DOSIS		\$ 0.69	\$ 0.71	\$ 0.70	\$ 0.10	
TRANS	432	157,826.00	\$	109,384.36	\$	112,665.89	\$	15,782.60
HSH	2,557	933,232.00	\$	646,794.46	\$	666,198.29	\$	93,323.20
MTS	282	102,930.00	\$	71,337.62	\$	73,477.75	\$	10,293.00
PLL	141	51,465.00	\$	35,668.81	\$	36,738.88	\$	5,146.50
BISSEXUAL	8,460	3,087,900.00	\$	2,140,128.71	\$	2,204,332.57	\$	308,790.00
PG	912	332,807.00	\$	230,658.32	\$	237,578.07	\$	33,280.70
TOTAL - TENOFOVIR + ENTRICITABINA	12,784	4,666,160.00	\$	3,233,972.28	\$	3,330,991.45	\$	466,616.00
TENOFOVIR + LAMIVUDINA	PERSONAS	DOSIS		\$ 0.59	\$ 0.61	\$ 0.60	\$ 0.10	
TRANS	432	157,826.00	\$	93,758.02	\$	96,570.76	\$	15,782.60
HSH	2,557	933,232.00	\$	554,395.25	\$	571,027.10	\$	93,323.20
MTS	282	102,930.00	\$	61,146.53	\$	62,980.93	\$	10,293.00
PLL	141	51,465.00	\$	30,573.27	\$	31,490.47	\$	5,146.50
BISSEXUAL	8,460	3,087,900.00	\$	1,834,396.04	\$	1,889,427.92	\$	308,790.00
PG	912	332,807.00	\$	197,707.13	\$	203,638.34	\$	33,280.70
TOTAL - TENOFOVIR + LAMIVUDINA	12,784	4,666,160.00	\$	2,771,976.24	\$	2,855,135.52	\$	466,616.00

7 Cambio del dólar al 8 de mayo de 2022.

Tabla 4. Escenarios de Costo PrEP genérico, Honduras 2021 8.

PrEP -GENERICO							
DATOS DE LA POBLACION				9,400,000	MILLONES DE HABITANTES		
TRATAMIENTO PARA 01 AÑO - POR PERSONA				365	DOSIS		
ESCENARIO - 1 POBLACION CLAVE							
SOLUCIÓN	% POB CLAVE	PERSONAS	U\$ - UNITARIO	U\$ - UNITARIO - AÉREO	U\$ - UNITARIO - MARÍTIMO	U\$ - UNITARIO - LOCAL	
	5%	639	\$ 0.69	\$ 0.71	\$ 0.70	\$ 0.10	
TENOFOVIR + ENTRICITABINA	10%	1,278	\$ 161,698.61	\$ 166,549.57	\$ 164,124.09	\$ 23,330.80	
	20%	2,557	\$ 323,397.23	\$ 333,099.14	\$ 328,248.19	\$ 46,661.60	
	50%	6,392	\$ 646,794.46	\$ 666,198.29	\$ 656,496.37	\$ 93,323.20	
TOTAL - TENOFOVIR + ENTRICITABINA	85%	10,866	\$ 2,748,876.44	\$ 2,831,342.73	\$ 2,790,109.58	\$ 396,623.60	
	5%	639	\$ 0.59	\$ 0.61	\$ 0.60	\$ 0.10	
TENOFOVIR + LAMIVUDINA	10%	1,278	\$ 138,598.81	\$ 142,756.78	\$ 140,677.79	\$ 23,330.80	
	20%	2,557	\$ 277,197.62	\$ 285,513.55	\$ 281,355.59	\$ 46,661.60	
	50%	6,392	\$ 554,395.25	\$ 571,027.10	\$ 562,711.18	\$ 93,323.20	
TOTAL - TENOFOVIR + LAMIVUDINA	85%	10,866	\$ 2,356,179.80	\$ 2,426,865.20	\$ 2,391,522.50	\$ 396,623.60	

11.1.8 PrEP – No Genérico

De igual manera, la tabla 5 presenta los costos unitarios en dólares estadounidenses de la solución no genérica (TRUVADA) los costos unitarios según el transporte (aéreo o marítimo) y el costo del transporte local. Mientras, que en la tabla 6, se muestran los costos para los cuatro escenarios de intervención planteados.

Condiciones:

1. El estudio tuvo en cuenta 5 escenarios.
2. Tratamiento considerado durante 1 año por individuo (365 comprimidos).

Tabla 5 Costos PrEP no genérico para población clave Honduras 20219.

PrEP -NO GENERICO							
DATOS DE LA POBLACION				9,400,000	MILLONES DE HABITANTES		
TRATAMIENTO PARA 01 AÑO - POR PERSONA				365	DOSIS		
POBLACION CLAVE							
SOLUCIÓN	PERSONAS	DOSIS	U\$ - UNITARIO	U\$ - UNITARIO - AÉREO	U\$ - UNITARIO - LOCAL		
TRUVADA			\$ 1.45	\$ 1.50	\$ 0.10		
TRANS	432	157,826.00	\$ 228,847.70	\$ 236,739.00	\$ 15,782.60		
HSH	2,557	933,232.00	\$ 1,353,186.40	\$ 1,399,848.00	\$ 93,323.20		
MTS	282	102,930.00	\$ 149,248.50	\$ 154,395.00	\$ 10,293.00		
PLL	141	51,465.00	\$ 74,624.25	\$ 77,197.50	\$ 5,146.50		
BISSEXUAL	8,460	3,087,900.00	\$ 4,477,455.00	\$ 4,631,850.00	\$ 308,790.00		
PG	912	332,807.00	\$ 482,570.15	\$ 499,210.50	\$ 33,280.70		
TOTAL - TRUVADA	12,784	4,666,160.00	\$ 6,765,932.00	\$ 6,999,240.00	\$ 466,616.00		

8 Cambio del dólar al 8 de mayo de 2022.

9 Cambio del dólar al 8 de mayo de 2022.

Tabla 6 Escenarios de Costos PrEP no genérico, Honduras 2021 10.

PrEP -NO GENERICO						
DATOS DE LA POBLACION			9,400,000	MILLONES DE HABITANTES		
TRATAMIENTO PARA 01 AÑO - POR PERSONA			365	DOSIS		
POBLACION CLAVE						
SOLUCIÓN	% POB CLAVE	PERSONAS	U\$ - UNITARIO	U\$ - UNITARIO - AÉREO	U\$ - UNITARIO - LOCAL	
			\$	1.45	\$	1.50
TRUVADA	5%	639	\$ 338,296.60	\$ 349,962.00	\$ 23,330.80	
	10%	1,278	\$ 676,593.20	\$ 699,924.00	\$ 46,661.60	
	20%	2,557	\$ 1,353,186.40	\$ 1,399,848.00	\$ 93,323.20	
	50%	6,392	\$ 3,382,966.00	\$ 3,499,620.00	\$ 233,308.00	
TOTAL - TRUVADA			\$ 5,751,042.20	\$ 5,949,354.00	\$ 396,623.60	

11.1.9 Auto Prueba – Gota de sangre saliva

Con respecto a las auto pruebas de sangre y saliva, en las tablas 7 y 8, se presentan los costos unitarios en dólares estadounidenses para auto pruebas, el costo según el tipo de transporte (aéreo o marítimo) y el costo de transporte local asociado, para el 1% de la población.

Condiciones:

1. El estudio tuvo en cuenta el escenario en: Población Clave

Tabla 7. Costos de Autotest prueba sanguínea en población clave Honduras 202111.

PRUEBA- SANGUÍNEA							
DATOS DE LA POBLACION				9,400,000	MILLONES DE HABITANTES		
POBLACION CLAVE							
	%	PERSONAS	PRUEBAS	U\$ - UNITARIO	U\$ - UNITARIO - AÉREO	U\$ - UNITARIO - MARÍTIMO	U\$ - UNITARIO - LOCAL
SURECHECK HIVST	1.00%	94,000	94,000	\$ 2.99	\$ 3.31	\$ 3.07	\$ 0.10
TOTAL				\$ 281,060.00	\$ 311,140.00	\$ 288,580.00	\$ 9,400.00
TOTAL - POBLACION CLAVE				\$ 281,060.00	\$ 311,140.00	\$ 288,580.00	\$ 9,400.00

PROVEEDOR : CHEMBIO

Tabla 8. Costos de Autotest prueba saliva en población clave Honduras 202112.

TESTE - SALIVA							
DATOS DE LA POBLACION				9,400,000	MILLONES DE HABITANTES		
POBLACION CLAVE							
	%	PERSONAS	PRUEBAS	U\$ - UNITARIO	U\$ - UNITARIO - AÉREO	U\$ - UNITARIO - MARÍTIMO	U\$ - UNITARIO - LOCAL
DETECT	1.00%	94,000	94,000	\$ 4.31	\$ 5.09	\$ 4.74	\$ 0.10
TOTAL				\$ 405,140.00	\$ 478,460.00	\$ 445,560.00	\$ 9,400.00
TOTAL - POBLACION CLAVE				\$ 405,140.00	\$ 478,460.00	\$ 445,560.00	\$ 9,400.00

PROVEEDOR : ECODIAGNOSTICA

11 Cambio del dólar al 8 de mayo de 2022.

12 Cambio del dólar al 8 de mayo de 2022.

11.1.10 Campaña Publicitaria

Adicionalmente a la implementación del PrEP y el AutoTest como métodos de prevención, se establecen los costos en dólares estadounidenses para la fabricación de 10,000 panfletos de 10x15 mm, para concienciar a la población clave sobre los beneficios e importancia de estos métodos de prevención.

Condiciones:

Panfleto o Folleto informativo (Papel satinado, 90 Gramos, 150 x 100 mm).

Tabla 9. Costos para Marketing, Honduras 2021.

Trifolio o folleto	
TOTAL	10,000 MIL
Escenario- 1	
Trifolio o folleto	
Trifolio o folleto	U\$ - UNITARIO
10 X 15 mm	\$ 0.02
TOTAL	\$ 200.00

Se ha elaborado una tabla dinámica en Excel, la cual se hará entrega y se puede observar el modelo en el anexo #1.

11.1.11 Costo de monitoreo laboratorial:

Descripción:

1. Nitrógeno ureico
2. Creatinina
3. Antígeno de superficie hepatitis B
4. Antígeno de Hepatitis C
5. Prueba de embarazo
6. Carga viral de VIH

Condiciones:

Costos en lempiras, cotizados en laboratorio privado, certificado para la realización de estas pruebas de laboratorio.

Tabla 10. Estudio de Costos factibilidad, Autotest pruebas de laboratorio en la población clave Honduras 2021 (Costos estimados en Lempiras).

Examen Solicitado	Método/Prueba	Precio Unitario en Lps.	Tiempo entrega resultado	Costo para la población Total *	Costo para el 50%**	Costo para el 20%***	Costo para el 10%****	Costo para el 5%*****
Nitrógeno	enzimatico-colorimetrico	168.00	mismo día	2,147,712.00	1,073,856.00	429,576.00	214,704.00	107,352.00
Creatinina	enzimatico-colorimetrico	100.00	mismo día	1,278,400.00	639,200.00	255,700.00	127,800.00	63,900.00
Antígeno de superficie hepatitis B	Electroquimioluminiscencia (ECLIA)	530.00	1 día hábiles	6,775,520.00	3,387,760.00	1,355,210.00	677,340.00	338,670.00
Antígeno de Hepatitis C	ELISA	630.00	martes y jueves	8,053,920.00	4,026,960.00	1,610,910.00	805,140.00	402,570.00
Prueba de embarazo	Inmunoensayo cromatográfico	165.00	mismo día	2,109,360.00	1,054,680.00	421,905.00	210,870.00	105,435.00
Carga viral de VIH	PCR-tiempo real	3150.00	3 días hábiles	40,269,600.00	20,134,800.00	8,054,550.00	4,025,700.00	2,012,850.00
			Gran Total	60,634,512.00	30,317,256.00	12,127,851.00	6,061,554.00	3,030,777.00

Población: *100%=12,784, ** 50%= 6,392, *** 20%=.2,557, ****10%=1,278, *****5%=639

11.1.12 Análisis Costo Beneficio

El análisis costo beneficio de la implementación de un programa PrEP y Autotest en Honduras presenta diversos inconvenientes, si bien se poseen los datos para cuantificar los costos de la adquisición de las diferentes soluciones en diferentes escenarios, la carencia de datos sobre la prevalencia que permitan estimar una tasa de infecciones evitadas, así como la falta de información actualizada sobre el gasto destinado a la prevención y tratamiento del VIH en Honduras, condicionan la precisión de dicho análisis.

Considerando estas limitaciones, se realizó una estimación del gasto en VIH realizado en 2019, según el Informe de Medición del Gasto en VIH/SIDA (MEGAS) (SESAL, 2019), a valores de 2021 utilizando la fórmula del valor futuro:

$$VF = VP(1 + r * n)$$

Donde:

VF = Valor futuro

VP = Valor presente

r = La tasa de descuento

n = Número de periodos

Dado que el presupuesto destinado a salud en 2020 y 2021 ha sido alterado por la irrupción de la pandemia del COVID-19, la tasa de descuento sólo considera la inflación promedio del rubro de salud (8.67%) entre 2020 y 2021.

La tabla 11, presenta los valores estimados para 2021 bajo estos supuestos. En este sentido, se estima que el gasto total destinado para prevención del VIH en 2021 sería de aproximadamente 15,4 millones de dólares estadounidenses, mientras que el gasto para atención y tratamiento de aproximadamente 14.9 millones de dólares estadounidenses, siendo la principal fuente de fondos privados en el área de prevención, y públicos en cuanto a la atención y tratamiento del VIH/SIDA.

Tabla 11. Gasto estimado en VIH, Honduras a valores de 2021.

GASTO EN VIH - A VALORES DE 2021				
PERIODOS DESDE 2019	2			
INFLACIÓN PROMEDIO 2020-2021	8.67%			
	PREVENCIÓN		ATENCIÓN Y TRATAMIENTO	
FUENTE	MONTO	%	MONTO	%
PÚBLICO	\$ 4,992,940.22	32%	\$ 11,651,192.85	78%
PRIVADO	\$ 7,974,851.55	52%	\$ -	0%
INTERNACIONAL	\$ 2,398,682.14	16%	\$ 3,268,218.16	22%
TOTAL	\$15,366,473.90	100%	\$14,919,411.00	100%

De igual manera, la tabla 12, presenta el gasto estimado de atención y tratamiento a valores de 2021 para los grupos de población clave. El total destinado a la población clave identificada es de aproximadamente 3.2 millones de dólares estadounidenses, siendo el grupo de Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) el grupo que mayor proporción de fondos recibe con un estimado de 1.7 millones de dólares estadounidenses.

Esto permite dimensionar las implicaciones que en términos de recursos financieros supone la implementación del PrEP y el Autotest como políticas públicas sanitarias. Las tablas 13 y 14, presenta la comparación del costo del PrEP por transporte aéreo y marítimo respectivamente (costo unitario aéreo/marítimo + costo de transporte local) para cada uno de los escenarios en comparación con el presupuesto estimado a valores de 2021. Es decir, que porcentaje del gasto destinado a prevención del VIH representa la implementación del PrEP.

Tabla 12. Gasto estimado en atención y tratamiento para población clave, Honduras a valores de 2021.

GASTO EN VIH - POBLACIÓN CLAVE - 2021				
PERIODOS	2			
INFLACIÓN PROMEDIO 2020-2021	8.67%			
	FUENTE			
POBLACIÓN CLAVE	PÚBLICO	PRIVADO	INTERNACIONAL	TOTAL
TRANS	\$ 6,575.71	\$ -	\$ 351,740.57	\$ 358,316.28
HSH	\$ 173,293.90	\$ -	\$ 1,518,501.46	\$ 1,691,795.35
MTS	\$ 81,695.57	\$ -	\$ 468,048.77	\$ 549,744.34
PLL	\$ 9,876.12	\$ -	\$ 15,021.44	\$ 24,897.56
BISSEXUAL	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
PG	\$ 13,195.02	\$ -	\$ 578,814.01	\$ 592,009.04
TOTAL	\$ 242,084.46	\$ -	\$ 2,359,302.25	\$ 3,216,762.57

Cabe destacar, que, tanto en el traslado aéreo como marítimo, el compuesto Tenofovir + Lamiduvina representan menos del 22% del presupuesto para prevención de VIH a valores de 2021 si se implementase para toda la población clave identificada. Además, el costo para el compuesto no genérico representaría el 48.6% del presupuesto para prevención del VIH estimado a valores de 2021.

Tabla 13. Viabilidad PrEP aéreo, Honduras 2021.

PrEP - ÁREO							
PRESUPUESTO PREVENCIÓN VIH A VALORES DE 2021		\$ 15,366,473.90					
PORCENTAJE DE POBLACIÓN CLAVE	PERSONAS	TENOFОВIR + ENTRICITABINA		TENOFОВIR + LAMIVUDINA		TRUVADA	
		MONTO	% PRESUPUESTO	MONTO	% PRESUPUESTO	MONTO	% PRESUPUESTO
5%	639	\$ 189,880.37	1.2%	\$ 166,087.58	1.1%	\$ 373,292.80	2.4%
10%	1,278	\$ 379,760.74	2.5%	\$ 332,175.15	2.2%	\$ 746,585.60	4.9%
20%	2,557	\$ 759,521.49	4.9%	\$ 664,350.30	4.3%	\$ 1,493,171.20	9.7%
50%	6,392	\$ 1,898,803.72	12.4%	\$ 1,660,875.76	10.8%	\$ 3,732,928.00	24.3%
100%	12,784	\$ 3,797,607.45	24.7%	\$ 3,321,751.52	21.6%	\$ 7,465,856.00	48.6%

Tabla 14. Viabilidad PrEP marítimo, Honduras 2021.

PrEP - MARÍTIMO								
PRESUPUESTO PREVENCIÓN VIH A VALORES DE 2021		\$ 15,366,473.90						
PORCENTAJE DE POBLACIÓN CLAVE	PERSONAS	TENOFIVIR + ENTRICITABINA			TENOFIVIR + LAMIVUDINA		TRUVADA	
		MONTO	% PRESUPUESTO	MONTO	% PRESUPUESTO	MONTO	% PRESUPUESTO	
5%	639	\$ 187,454.89	1.2%	\$ 164,008.59	1.1%			
10%	1,278	\$ 374,909.79	2.4%	\$ 328,017.19	2.1%			
20%	2,557	\$ 749,819.57	4.9%	\$ 656,034.38	4.3%			
50%	6,392	\$ 1,874,548.93	12.2%	\$ 1,640,085.94	10.7%			
100%	12,784	\$ 3,749,097.86	24.4%	\$ 3,280,171.88	21.3%			

Por otro lado, la tabla 15 presenta el costo del Autotest de sangre y saliva según tipo de traslado (aéreo o marítimo) incluyendo los gastos de transporte local. Es importante mencionar que los costos de implementar un programa de pruebas para el 1% de la población representaría un valor estimado menor al 3.2% del presupuesto para prevención del VIH.

Tabla 15. Viabilidad Autotest de sangre y saliva, Honduras 2021¹³.

AUTOTEST					
PRESUPUESTO PREVENCIÓN VIH A VALORES DE 2021		\$ 15,366,473.90			
TRANSPORTE	PERSONAS	TEST DE SANGRE		TEST DE SALIVA	
		MONTO	% PRESUPUESTO	MONTO	% PRESUPUESTO
AÉREO	94,000.00	\$ 320,540.00	2.1%	\$ 487,860.00	3.2%
MARÍTIMO	94,000.00	\$ 297,980.00	1.9%	\$ 454,960.00	3.0%

Esto indica que, la combinación del PrEP genérico para toda la población clave y el Autotest para el 1% de la población representaría menos del 30% del presupuesto para prevención del VIH a valores de 2021. Es decir, la implementación de un programa PrEP y Autotest es viable ante la posibilidad de reasignación de recursos ya existentes para la prevención del VIH.

Adicionalmente, la implementación de la profilaxis como política de sanidad pública, reduciría la probabilidad de infección del VIH, así como las probabilidades de muerte, como se ha observado en otros países. Lo cual tendría un impacto positivo tanto en la calidad de vida de la población clave, como en los recursos financieros destinados al tratamiento del VIH.

La comparación de costos PrEP por individuo, como se observa en la siguiente tabla, evidencia un ahorro significativo entre la solución genérica Tenofovir + Lamivudina de un 124.8%, mientras que el transporte marítimo significaría un ahorro de un 1.27% con respecto al envío aéreo, sin embargo,

13 Presupuesto del gasto para prevención del VIH estimado en base al gasto de 2019 a valores de 2021.

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

se recomienda que la primera compra se haga por vía aérea por la agilidad de la entrega y planificar las ordenes de pedido para las próximas compras de acuerdo con el tiempo de entrega por vía marítima.

Tabla 16. Comparación de costos PrEP por individuo, Honduras 2021.

Comparación costos PrEP por individuo						
SOLUCIÓN	COSTO		ECONOMÍA MARÍTIMO VS AÉREO		ECONOMÍA GENÉRICO VS NO GENÉRICO	
	MARÍTIMO	AÉREO	%	\$	%	\$
TENOFOVIR + ENTRICITABINA	\$ 293.26	\$ 297.06	1.29%	\$ 3.79	96.6%	\$ 286.94
TENOFOVIR + LAMIVUDINA	\$ 256.58	\$ 259.84	1.27%	\$ 3.25	124.8%	\$ 324.16
TRUVADA	\$ -	\$ 584.00				

Respecto a la autoprueba, la recomendación es el uso del tipo sanguíneo por mayor seguridad en el resultado, manejo practico, es lo recomendado por la OMS y actualmente los siguientes países utilizan el autodiagnóstico:

Filipinas - Taiwán - Sudáfrica - Uganda - Kenia - Brasil y Zambia.

El ahorro entre análisis de sangre y saliva es de aproximadamente un 52% y aunque el envío es menor recomendamos que la primera compra se realice por vía aérea por la agilidad de entrega.

Tabla 17. Comparación de costos Autotest por individuo, Honduras 2021.

Comparación costos Autotest por individuo						
SOLUCIÓN	COSTO		ECONOMÍA MARÍTIMO VS AÉREO		ECONOMÍA SANGRE VS SALIVA	
	MARÍTIMO	AÉREO	%	\$	%	\$
SANGRE	\$ 3.17	\$ 3.41	7.57%	\$ 0.24	52.2%	\$ 1.78
SALIVA	\$ 4.84	\$ 5.19	7.23%	\$ 0.35		

Considerando que el total de la población clave es 12,784 personas, detallado en la tabla # 3, asumiendo los precios actuales e iniciando la implementación en todos los grupos, teniendo una cobertura de un 20 % que representa: 2,557 personas, ver la tabla # 3, en un escenario de utilizar los medicamentos genérico: vía aérea \$ 759,521.49, vía marítima \$ 749,819.57 (tenofivir+entricitabina) o (tenofivir+lamivudina) vía aérea \$ 664,350.30, vía marítima \$ 656,034.38; si se decidiera utilizar la molécula original TRUVADA (tenofivir+entricitabina): vía aérea \$ 1,493,171.20, como se puede apreciar el costo del producto original duplica los costos, nuestra sugerencia seria utilizar un genérico de alta calidad.

En cuanto a la implementación de este recurso para la población depende de las necesidades financieras, y en el futuro esta transferencia debe ocurrir desde el Ministerio de Salud de Honduras

es prudente para la implementación escalonado, para adquirir maduración en forma de distribución y criterios para la población, para formar una base de datos con información socioeconómica sobre todos los datos relacionados con el VIH y datos sólidos y robustos para que el ministro de salud sea capaz de dirigir el porcentaje apropiado para estas transferencias.

Tabla 18. Comparación de costos PrEP para el 20% de la población clave, Honduras 2021.

Comparación costos PrEP - 20% Población clave							
SOLUCIÓN	COSTO		ECONOMÍA MARÍTIMO VS AÉREO		ECONOMÍA GENÉRICO VS NO GENÉRICO		
	MARÍTIMO	AÉREO	%	\$	%	\$	
TENOFOVIR + ENTRICITABINA	\$ 749,819.57	\$ 759,521.49	1.29%	\$ 9,701.92	96.6%	\$ -733,649.71	
TENOFOVIR + LAMIVUDINA	\$ 656,034.38	\$ 664,350.30	1.27%	\$ 8,315.93	124.8%	\$ -828,820.90	
TRUVADA	\$ -	\$ 1,493,171.20					

Finalmente, al realizar la comparación de combinaciones entre el costo PrEP + costo Autotest con respecto al presupuesto destinado a la prevención del VIH (\$15.36 millones), se evidencia que la combinación de compuestos genéricos con tres auto pruebas de sangre por individuo para iniciar el programa es más económica que la combinación del programa de un compuesto no genérico con el Autotest. Además, la combinación de PrEP Tenofovir + Lamivudina con Autotest vía marítima sería la combinación más económica para implementar, representando un 23.9% del presupuesto destinado a prevención de VIH a valores de 2021 como se muestra en las siguientes tablas.

Tabla 19. Comparación de costos PrEP + Autotest vía aérea en los escenarios para la población clave, Honduras 2021.

PrEP - ÁREO		AUTOTEST		TENOFIVIR + ENTRICITABINA		TENOFIVIR + LAMIVUDINA		TRUVADA	
PRESUPUESTO PREVENCIÓN VIH A VALORES DE 2021	\$15,366,473.90	PRUEBAS	COSTO	PrEP + AUTOTEST	% PRESUPUESTO	PrEP + AUTOTEST	% PRESUPUESTO	PrEP + AUTOTEST	% PRESUPUESTO
COSTO UNITARIO AUTOTEST SANGRE	\$ 3.41	PERSONAS							
AUTOTEST POR INDIVIDUO	3								
PORCENTAJE DE POBLACIÓN CLAVE									
5%	639	1,918	\$ 19,617.05	\$ 209,497.42	1.4%	\$ 185,704.62	1.2%	\$ 373,292.80	2.4%
10%	1,278	3,835	\$ 39,234.10	\$ 418,994.84	2.7%	\$ 371,409.25	2.4%	\$ 746,585.60	4.9%
20%	2,557	7,670	\$ 78,468.19	\$ 837,989.68	5.5%	\$ 742,818.50	4.8%	\$ 1,493,171.20	9.7%
50%	6,392	19,176	\$ 196,170.48	\$ 2,094,974.20	13.6%	\$ 1,857,046.24	12.1%	\$ 3,732,928.00	24.3%
100%	12,784	38,352	\$ 392,340.96	\$ 4,189,948.41	27.3%	\$ 3,714,092.48	24.2%	\$ 7,465,856.00	48.6%

Tabla 20. Comparación de costos PrEP + Autotest vía marítima en los escenarios para la población clave, Honduras 2021.

PrEP - MARÍTIMO		AUTOTEST		TENOFIVIR + ENTRICITABINA		TENOFIVIR + LAMIVUDINA		TRUVADA	
PRESUPUESTO PREVENCIÓN VIH A VALORES DE 2021	\$15,366,473.90	PRUEBAS	COSTO	COSTO	% PRESUPUESTO	COSTO	% PRESUPUESTO	COSTO	% PRESUPUESTO
COSTO UNITARIO AUTOTEST SANGRE	\$ 3.41	PERSONAS							
AUTOTEST POR INDIVIDUO	3								
PORCENTAJE DE POBLACIÓN CLAVE									
5%	639	1,918	\$ 19,617.05	\$ 207,071.94	1.3%	\$ 183,625.64	1.2%		
10%	1,278	3,835	\$ 39,234.10	\$ 414,143.88	2.7%	\$ 367,251.28	2.4%		
20%	2,557	7,670	\$ 78,468.19	\$ 828,287.76	5.4%	\$ 734,502.57	4.8%		
50%	6,392	19,176	\$ 196,170.48	\$ 2,070,719.41	13.5%	\$ 1,836,256.42	11.9%		
100%	12,784	38,352	\$ 392,340.96	\$ 4,141,438.82	27.0%	\$ 3,672,512.84	23.9%		

La comparación de costos PrEP por individuo, como se observa en la siguiente tabla, evidencia un ahorro significativo entre la solución genérica Tenofovir + Lamivudina de un 124.8%, mientras que el transporte marítimo significaría un ahorro de un 1.27% con respecto al envío aéreo, sin embargo, se recomienda que la primera compra se haga por vía aérea por la agilidad de la entrega y planificar las ordenes de pedido para las próximas compras de acuerdo con el tiempo de entrega por vía marítima.

Tabla 21 Comparación de costos PrEP por individuo, Honduras 2021.

SOLUCIÓN	COSTO		ECONOMÍA MARÍTIMO VS AÉREO		ECONOMÍA GENÉRICO VS NO GENÉRICO	
	MARÍTIMO	AÉREO	%	\$	%	\$
TENOFOVIR + ENTRICITABINA	\$ 293.26	\$ 297.06	1.29%	\$ 3.79	96.6%	\$ 286.94
TENOFOVIR + LAMIVUDINA	\$ 256.58	\$ 259.84	1.27%	\$ 3.25	124.8%	\$ 324.16
TRUVADA	\$ -	\$ 584.00				

Respecto a la autoprueba, la recomendación es el uso del tipo sanguíneo por mayor seguridad en el resultado, manejo practico, es lo recomendado por la OMS y actualmente los siguientes países utilizan el autodiagnóstico:

Filipinas - Taiwán - Sudáfrica - Uganda - Kenia - Brasil y Zambia.

El ahorro entre análisis de sangre y saliva es de aproximadamente un 52% y aunque el envío es menor recomendamos que la primera compra se realice por vía aérea por la agilidad de entrega.

Tabla 22. Comparación de costos Autotest por individuo, Honduras 2021.

Comparación costos Autotest por individuo						
SOLUCIÓN	COSTO		ECONOMÍA MARÍTIMO VS AÉREO		ECONOMÍA SANGRE VS SALIVA	
	MARÍTIMO	AÉREO	%	\$	%	\$
SANGRE	\$ 3.17	\$ 3.41	7.57%	\$ 0.24	52.2%	\$ 1.78
SALIVA	\$ 4.84	\$ 5.19	7.23%	\$ 0.35		

Considerando que el total de la población clave es 12,784 personas, detallado en la tabla # 3, asumiendo los precios actuales e iniciando la implementación en todos los grupos, teniendo una cobertura de un 20 % que representa: 2,557 personas, ver la tabla # 3, en un escenario de utilizar los medicamentos genérico: vía aérea \$ 759,521.49, vía marítima \$ 749,819.57 (tenofivir+entricitabina) o (tenofivir+lamivudina) vía aérea \$ 664,350.30, vía marítima \$ 656,034.38; si se decidiera utilizar la molécula original TRUVADA (tenofivir+entricitabina): vía aérea \$ 1,493,171.20, como se puede apreciar el costo del producto original duplica los costos, nuestra sugerencia sería utilizar un genérico de alta calidad.

En cuanto a la implementación de este recurso para la población depende de las necesidades financieras, y en el futuro esta transferencia debe ocurrir desde el Ministerio de Salud de Honduras es prudente para la implementación escalonado, para adquirir maduración en forma de distribución y criterios para la población, para formar una base de datos con información socioeconómica sobre todos los datos relacionados con el VIH y datos sólidos y robustos para que el ministro de salud sea capaz de dirigir el porcentaje apropiado para estas transferencias.

Tabla 23 Comparación de costos PrEP para el 20% de la población clave, Honduras 2021.

Comparación costos PrEP - 20% Población clave

SOLUCIÓN	COSTO		ECONOMÍA MARÍTIMO VS AÉREO		ECONOMÍA GENÉRICO VS NO GENÉRICO	
	MARÍTIMO	AÉREO	%	\$	%	\$
TENOFOVIR + ENTRICITABINA	\$ 749,819.57	\$ 759,521.49	1.29%	\$ 9,701.92	96.6%	\$ -733,649.71
TENOFOVIR + LAMIVUDINA	\$ 656,034.38	\$ 664,350.30	1.27%	\$ 8,315.93	124.8%	\$ -828,820.90
TRUVADA	\$ -	\$1,493,171.20				

Finalmente, al realizar la comparación de combinaciones entre el costo PrEP + costo Autotest con respecto al presupuesto destinado a la prevención del VIH (\$15.36 millones), se evidencia que la combinación de compuestos genéricos con un autoprueba de sangre por individuo para iniciar el programa es más económica que la combinación del programa de un compuesto no genérico con el Autotest. Además, la combinación de PrEP Tenofovir + Lamivudina con Autotest vía marítima sería la combinación más económica para implementar, representando un 21.6% del presupuesto destinado a prevención de VIH a valores de 2021 como se muestra en las siguientes tablas.

Tabla 24. Comparación de costos PrEP + Autotest vía aérea en los escenarios para la población clave, Honduras 2021.

PrEP - ÁREO		AUTOTEST		TENOFIVIR + ENTRICITABINA		TENOFIVIR + LAMIVUDINA		TRUVADA	
PRESUPUESTO PREVENCIÓN VIH A VALORES DE 2021		\$15,366,473.90							
COSTO UNITARIO AUTOTEST SANGRE		\$ 3.41							
AUTOTEST POR INDIVIDUO		1							
PORCENTAJE DE POBLACIÓN CLAVE	PERSONAS	PRUEBAS	COSTO	PrEP + AUTOTEST	% PRESUPUESTO	PrEP + AUTOTEST	% PRESUPUESTO	PrEP + AUTOTEST	% PRESUPUESTO
5%	639	639	\$ 2,179.67	\$ 192,060.04	1.2%	\$ 168,267.25	1.1%	\$ 373,292.80	2.4%
10%	1,278	1,278	\$ 4,359.34	\$ 384,120.09	2.5%	\$ 336,534.50	2.2%	\$ 746,585.60	4.9%
20%	2,557	2,557	\$ 8,718.69	\$ 768,240.18	5.0%	\$ 673,068.99	4.4%	\$ 1,493,171.20	9.7%
50%	6,392	6,392	\$ 21,796.72	\$ 1,920,600.44	12.5%	\$ 1,682,672.48	11.0%	\$ 3,732,928.00	24.3%
100%	12,784	12,784	\$ 43,593.44	\$ 3,841,200.89	25.0%	\$ 3,365,344.96	21.9%	\$ 7,465,856.00	48.6%

Tabla 25. Comparación de costos PrEP + Autotest vía marítima en los escenarios para la población clave, Honduras 2021.

PrEP - MARÍTIMO		AUTOTEST		TENOFIVIR + ENTRICITABINA		TENOFIVIR + LAMIVUDINA		TRUVADA	
PRESUPUESTO PREVENCIÓN VIH A VALORES DE 2021		\$15,366,473.90							
COSTO UNITARIO AUTOTEST SANGRE		\$ 3.41							
AUTOTEST POR INDIVIDUO		1							
PORCENTAJE DE POBLACIÓN CLAVE	PERSONAS	PRUEBAS	COSTO	COSTO	% PRESUPUESTO	COSTO	% PRESUPUESTO	COSTO	PrEP + AUTOTEST
5%	639	639	\$ 2,179.67	\$ 189,634.57	1.2%	\$ 166,188.27	1.1%	\$ -	\$ -
10%	1,278	1,278	\$ 4,359.34	\$ 379,269.13	2.5%	\$ 332,376.53	2.2%	\$ -	\$ -
20%	2,557	2,557	\$ 8,718.69	\$ 758,538.26	4.9%	\$ 664,753.06	4.3%	\$ -	\$ -
50%	6,392	6,392	\$ 21,796.72	\$ 1,896,345.65	12.3%	\$ 1,661,882.66	10.8%	\$ -	\$ -
100%	12,784	12,784	\$ 43,593.44	\$ 3,792,691.30	24.7%	\$ 3,323,765.32	21.6%	\$ -	0.0%

11.1.13 Conclusiones

En este estudio se analizaron las variables consideradas para determinar la factibilidad, económica-financiera para la implementación de PrEP y Autotest en población clave. Implementar estrategias de prevención de VIH es factible en una población con carga de VIH importante, joven, económicamente activa y con factores de riesgo que necesita todas las opciones para conocer su estado serológico y prevención. En un país donde hay altas tasas de pobreza es prioritario invertir en estrategias preventivas y tener acceso al 60% de la población cubierta por la red de la secretaria de salud, incluyendo el 16.8% por el IHSS y el 5% del sector privado. (SESAL 2019) Mejorar la calidad de vida es una meta continua en todas las políticas sanitarias, para los próximos 10 años, de no intervenir en reducir los nuevos casos y una detección temprana de VIH tendremos mayor prevalencia, aunque concentrada en población clave y vulnerable, la situación no sólo atañe a un grupo determinado, sino que a todos los hondureños y hondureñas.

Se pudo determinar que el proyecto de inversión es necesario, que será ampliamente aceptado por la población clave en todo el país.

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

Tenemos en el mercado múltiples opciones para la compra de los fármacos y diferentes proveedores, para PrEP y Autotest, con precios altamente competitivos.

Se determino diferentes tamaños de poblaciones para poder responder a la demanda, según la disponibilidad económica de la, y el aporte de los diferentes cooperantes internacionales, por lo cual se deja una proyección de costos con diferentes porcentajes en los escenarios analizados.

El Banco Mundial elabora un índice basado en datos oficiales de ingresos diarios, que tiene en cuenta tres factores: el número de personas con ingresos de hasta 1,90 dólares (línea de pobreza internacional), hasta 3,20 dólares (línea de pobreza para las economías de ingresos medios-bajos) y hasta 5,50 dólares (línea de pobreza para las economías de ingresos medios altos).

El primer límite, de US\$ 1,90, también se considera pobreza extrema, mientras que el último, de US\$ 5,50, es recomendado por el Banco Mundial para comparar con los países de América Latina, región considerada de ingresos medios-altos por la institución.

Honduras, registra tasas de 14.8%, 29.4% y 49.0% de sus poblaciones por debajo del límite de US\$ 5.50 por día, respectivamente, y según los datos más recientes de 2019.



Fuente: Banco Mundial/ Gráfico: Jhasua Razo, CNN

¿Qué recomienda el Equipo Consultor para PreP y AutoTest?

Para PrEP la recomendación es utilizar la formulación genérica ya que su costo es muy atractivo en comparación con la No Genérica, es una formulación que tiene el registro aprobado por OMS, OPS y ANVISA (Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria) del Ministerio de Salud de Brasil, referentes en el tratamiento del VIH.

El ahorro entre lo genérico y lo no genérico es de aproximadamente un 110% y aunque el envío marítimo es menor recomendamos que la primera compra se realice por vía aérea por la agilidad de entrega.

La comparación de costos PrEP por individuo, como se observa en la siguiente tabla, evidencia un ahorro significativo entre la solución genérica Tenofovir + Lamivudina de un 124.8%, mientras que el transporte marítimo significaría un ahorro de un 1.27% con respecto al envío aéreo, sin embargo,

se recomienda que la primera compra se haga por vía aérea por la agilidad de la entrega y planificar las ordenes de pedido para las próximas compras de acuerdo con el tiempo de entrega por vía marítima.

Tabla 26. Comparación de costos PrEP por individuo, Honduras 2021.

Comparación costos PrEP por individuo						
SOLUCIÓN	COSTO		ECONOMÍA MARÍTIMO VS AÉREO		ECONOMÍA GENÉRICO VS NO GENÉRICO	
	MARÍTIMO	AÉREO	%	\$	%	\$
TENOFOVIR + ENTRICITABINA	\$ 293.26	\$ 297.06	1.29%	\$ 3.79	96.6%	\$ 286.94
TENOFOVIR + LAMIVUDINA	\$ 256.58	\$ 259.84	1.27%	\$ 3.25	124.8%	\$ 324.16
TRUVADA	\$ -	\$ 584.00				

Respecto a la autoprueba, la recomendación es el uso del tipo sanguíneo por mayor seguridad en el resultado, manejo practico, es lo recomendado por la OMS y actualmente los siguientes países utilizan el autodiagnóstico:

Filipinas - Taiwán - Sudáfrica - Uganda - Kenia - Brasil y Zambia.

El ahorro entre análisis de sangre y saliva es de aproximadamente un 52% y aunque el envío es menor recomendamos que la primera compra se realice por vía aérea por la agilidad de entrega.

Tabla 27. Comparación de costos Autotest por individuo, Honduras 2021.

Comparación costos Autotest por individuo						
SOLUCIÓN	COSTO		ECONOMÍA MARÍTIMO VS AÉREO		ECONOMÍA SANGRE VS SALIVA	
	MARÍTIMO	AÉREO	%	\$	%	\$
SANGRE	\$ 3.17	\$ 3.41	7.57%	\$ 0.24	52.2%	\$ 1.78
SALIVA	\$ 4.84	\$ 5.19	7.23%	\$ 0.35		

Considerando que el total de la población clave es 12,784 personas, detallado en la tabla # 3, asumiendo los precios actuales e iniciando la implementación en todos los grupos, teniendo una cobertura de un 20 % que representa: 2,557 personas, ver la tabla # 3, en un escenario de utilizar los medicamentos genérico: vía aérea \$ 759,521.49, vía marítima \$ 749,819.57 (tenofivir+entricitabina) o (tenofivir+lamivudina) vía aérea \$ 664,350.30, vía marítima \$ 656,034.38; si se decidiera utilizar la molécula original TRUVADA (tenofivir+entricitabina): vía aérea \$ 1,493,171.20, como se puede apreciar el costo del producto original duplica los costos, nuestra sugerencia seria utilizar un genérico de alta calidad.

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

En cuanto a la implementación de este recurso para la población depende de las necesidades financieras, y en el futuro esta transferencia debe ocurrir desde el Ministerio de Salud de Honduras es prudente para la implementación escalonado, para adquirir maduración en forma de distribución y criterios para la población, para formar una base de datos con información socioeconómica sobre todos los datos relacionados con el VIH y datos sólidos y robustos para que el ministro de salud sea capaz de dirigir el porcentaje apropiado para estas transferencias.

Tabla 28. Comparación de costos PrEP para el 20% de la población clave, Honduras 2021.

Comparación costos PrEP - 20% Población clave

SOLUCIÓN	COSTO		ECONOMÍA MARÍTIMO VS AÉREO		ECONOMÍA GENÉRICO VS NO GENÉRICO	
	MARÍTIMO	AÉREO	%	\$	%	\$
TENOFOVIR + ENTRICITABINA	\$ 749,819.57	\$ 759,521.49	1.29%	\$ 9,701.92	96.6%	\$ -733,649.71
TENOFOVIR + LAMIVUDINA	\$ 656,034.38	\$ 664,350.30	1.27%	\$ 8,315.93	124.8%	\$ -828,820.90
TRUVADA	\$ -	\$1,493,171.20				

Finalmente, al realizar la comparación de combinaciones entre el costo PrEP + costo Autotest con respecto al presupuesto destinado a la prevención del VIH (\$15.36 millones), se evidencia que la combinación de compuestos genéricos con un auto prueba de sangre por individuo para iniciar el programa, es más económica que la combinación del programa de un compuesto no genérico con el Autotest. Además, la combinación de PrEP Tenofovir + Lamivudina con Autotest vía marítima sería la combinación más económica para implementar, representando un 21.6% del presupuesto destinado a prevención de VIH a valores de 2021 como se muestra en las siguientes tablas

Tabla 29. Comparación de costos PrEP + Autotest vía aérea en los escenarios para la población clave, Honduras 2021.

PrEP - ÁREO		AUTOTEST		TENOFIVIR + ENTRICITABINA		TENOFIVIR + LAMIVUDINA		TRUVADA	
PRESUPUESTO PREVENCIÓN VIH A VALORES DE 2021	\$15,366,473.90	PRUEBAS	COSTO	PrEP + AUTOTEST	% PRESUPUESTO	PrEP + AUTOTEST	% PRESUPUESTO	PrEP + AUTOTEST	% PRESUPUESTO
COSTO UNITARIO AUTOTEST SANGRE	\$ 3.41	639	\$ 2,179.67	\$ 192,060.04	1.2%	\$ 168,267.25	1.1%	\$ 373,292.80	2.4%
AUTOTEST POR INDIVIDUO	1	1,278	\$ 4,359.34	\$ 384,120.09	2.5%	\$ 336,534.50	2.2%	\$ 746,585.60	4.9%
		2,557	\$ 8,718.69	\$ 768,240.18	5.0%	\$ 673,068.99	4.4%	\$ 1,493,171.20	9.7%
		6,392	\$ 21,796.72	\$ 1,920,600.44	12.5%	\$ 1,682,672.48	11.0%	\$ 3,732,928.00	24.3%
		12,784	\$ 43,593.44	\$ 3,841,200.89	25.0%	\$ 3,365,344.96	21.9%	\$ 7,465,856.00	48.6%

Tabla 30. Comparación de costos PrEP + Autotest vía marítima en los escenarios para la población clave, Honduras 2021.

PrEP - MARÍTIMO		AUTOTEST		TENOFIVIR + ENTRICITABINA		TENOFIVIR + LAMIVUDINA		TRUVADA	
PRESUPUESTO PREVENCIÓN VIH A VALORES DE 2021	\$15,366,473.90	PRUEBAS	COSTO	COSTO	% PRESUPUESTO	COSTO	% PRESUPUESTO	COSTO	PrEP + AUTOTEST
COSTO UNITARIO AUTOTEST SANGRE	\$ 3.41	639	\$ 2,179.67	\$ 189,634.57	1.2%	\$ 166,188.27	1.1%	\$ -	\$ -
AUTOTEST POR INDIVIDUO	1	1,278	\$ 4,359.34	\$ 379,269.13	2.5%	\$ 332,376.53	2.2%	\$ -	\$ -
		2,557	\$ 8,718.69	\$ 758,538.26	4.9%	\$ 664,753.06	4.3%	\$ -	\$ -
		6,392	\$ 21,796.72	\$ 1,896,345.65	12.3%	\$ 1,661,882.66	10.8%	\$ -	\$ -
		12,784	\$ 43,593.44	\$ 3,792,691.30	24.7%	\$ 3,323,765.32	21.6%	\$ -	\$ 0.0%

Respecto a la autoprueba, la recomendación es el uso del tipo sanguíneo por mayor seguridad en el resultado, manejo práctico, es lo recomendado por la OMS y actualmente los siguientes países utilizan el autodiagnóstico:

Filipinas - Taiwán - Sudáfrica - Uganda - Kenia - Brasil y Zambia.

El ahorro entre análisis de sangre y saliva es de aproximadamente un 52% y aunque el envío es menor recomendamos que la primera compra se realice por vía aérea por la agilidad de entrega.

Costo en escenario genérico y no genérico cubriendo un 20% de la población Clave.

Considerando que el total de la población clave es de 12.784 personas, detallado en la tabla número tres, asumiendo los precios actuales y iniciando la implementación en todos los grupos, teniendo una cobertura de un 20 % que representa: 2557 personas, ver la tabla tres en un escenario a utilizar medicamentos como se puede apreciar el costo del producto original duplica los costos, nuestra sugerencia sería utilizar un genérico de alta calidad.

En cuanto a la implementación de este recurso para la población depende de las necesidades financieras, y en el futuro esta transferencia debe ocurrir desde el Ministerio de Salud de Honduras es prudente para la implementación escalonado, para adquirir maduración en forma de distribución y criterios para la población, para formar una base de datos con información socioeconómica sobre todos los datos relacionados con el VIH y datos sólidos y robustos para que el ministro de salud sea capaz de dirigir el % apropiado. para estas transferencias.

11.1.13.1 ¿Es factible?

Es factible la implementación del proyecto de PrEP y auto test en la población hondureña, siempre y cuando se cuente con la disponibilidad económica que requiere la implementación.

11.1.13.2 ¿Qué beneficios representan al implementarla?

Fundamental como lo muestra la literatura en los otros países que han llevado a cabo la implementación de PrEP y Auto test, en la reducción de nuevos casos de VIH-SIDA, en la población clave, lo cual se traduce en un beneficio directo al paciente que está siendo protegido de la enfermedad y secundariamente pero no menos importe el ahorro de recursos en la SESAL, ya que se disminuyen los casos de VIH-SIDA y las complicaciones que esta enfermedad representa. Los estudios clínicos y demostrativos a nivel mundial contribuyeron a generar un consenso relativo sobre los beneficios individuales y poblacionales de la PrEP.

Los beneficios potenciales de la PrEP se limitan a las características contextuales y las necesidades particulares de las personas con mayor riesgo de infección. El método contribuye a superar importantes dificultades que limitan el uso constante de otros métodos, especialmente los preservativos, y por lo tanto puede generar un impacto importante en el afrontamiento de la epidemia. Sin embargo, debido a que es un método dependiente del servicio, su éxito depende de la capacidad de los servicios para adoptar una organización del trabajo centrada en las necesidades de los usuarios, tanto objetivas como subjetivas.

En este sentido, es importante considerar que la PrEP puede ser una ventana de oportunidad para enfrentar la epidemia, en un escenario marcado por cambios significativos en el nivel cultural, expresados en la construcción de nuevas relaciones de género y el ejercicio de la sexualidad y la práctica sexual, especialmente en las nuevas generaciones. Esto ha influido, por ejemplo, en cómo las personas encuentran parejas, establecen acuerdos sexuales y redefinen las posibilidades de prevención.

Ningún método preventivo por sí solo será suficiente para un control eficaz de la epidemia. La ampliación de las opciones preventivas, con la incorporación de la PrEP y otros métodos basados en antirretrovirales desde la perspectiva de la prevención combinada puede significar grandes pasos en esta dirección, siempre que se combinen con la calificación de profesionales y servicios e intervenciones estructurales que promuevan el acceso y el apoyo.

11.1.13.3 ¿Qué recursos y medidas se necesitan para implementar PrEP en Honduras?

Fundamentalmente los recursos económicos para adquirir los medicamentos y socializar la estrategia de PrEP y Autotest, ya que la red de distribución actual, puede manejar sin problema la distribución de PrEP y auto test, apoyado por las VICITS y ONG que ya trabajan con esta población clave, Realizar charlas informativas por medio del personal de salud existente, en la red de salud que maneja estos pacientes, la divulgación se puede llevar a cabo por medio de las plataformas TIC, de esta forma será rápido y fácil.

Contar con una política de salud pública dirigida a poblaciones clave, contar con profesionales calificados en el área de enfermedades infecciosas. Mirar a los países de referencia en la implementación de la prevención del VIH, conocer los diversos contextos socioculturales y de vulnerabilidad de los segmentos más afectados por la infección, además del acceso a medidas de prevención, entendiendo así "las dificultades que muchas veces son invisibles, en la rutina de los servicios de salud".

Tabla 31. Estudio de Costo Factibilidad PrEP genérico escenario por población Clave, Honduras 2021.

PrEP -GENÉRICO				9,400,000	MILLONES DE HABITANTES		
DATOS DE LA POBLACION				365	DOSIS		
TRATAMIENTO PARA 01 AÑO - POR PERSONA							
MTS	0.003%	282	102,930.00	\$ 71,337.62	\$ 73,477.75	\$ 72,407.69	\$ 10,293.00
PLL	0.002%	141	51,465.00	\$ 35,668.81	\$ 36,738.88	\$ 36,203.84	\$ 5,146.50
BISSEXUAL	0.090%	8,460	3,087,900.00	\$ 2,140,128.71	\$ 2,204,332.57	\$ 2,172,230.64	\$ 308,790.00
PG	0.010%	912	332,807.00	\$ 230,658.32	\$ 237,578.07	\$ 234,118.19	\$ 33,280.70
TOTAL - TENOFOVIR + ENTRICITABINA	0.14%	12,784	4,666,160.00	\$ 3,233,972.28	\$ 3,330,991.45	\$ 3,282,481.86	\$ 466,616.00
	5%	639		\$ 161,698.61	\$ 166,549.57	\$ 164,124.09	\$ 23,330.80
	10%	1,278		\$ 323,397.23	\$ 333,099.14	\$ 328,248.19	\$ 46,661.60
	20%	2,557		\$ 646,794.46	\$ 666,198.29	\$ 656,496.37	\$ 93,323.20
	50%	6,392		\$ 1,616,986.14	\$ 1,665,495.72	\$ 1,641,240.93	\$ 233,308.00
TOTAL - TENOFOVIR + ENTRICITABINA	85%	10,866		\$ 2,748,876.44	\$ 2,831,342.73	\$ 2,790,109.58	\$ 396,623.60
TENOFOVIR + LAMIVUDINA				\$ 0.59	\$ 0.61	\$ 0.60	\$ 0.10
TRANS	0.005%	432	157,826.00	\$ 93,758.02	\$ 96,570.76	\$ 95,164.39	\$ 15,782.60
HSH	0.027%	2,557	933,232.00	\$ 554,395.25	\$ 571,027.10	\$ 562,711.18	\$ 93,323.20
MTS	0.003%	282	102,930.00	\$ 61,146.53	\$ 62,980.93	\$ 62,063.73	\$ 10,293.00
PLL	0.002%	141	51,465.00	\$ 30,573.27	\$ 31,490.47	\$ 31,031.87	\$ 5,146.50
BISSEXUAL	0.090%	8,460	3,087,900.00	\$ 1,834,396.04	\$ 1,889,427.92	\$ 1,861,911.98	\$ 308,790.00
PG	0.010%	912	332,807.00	\$ 197,707.13	\$ 203,638.34	\$ 200,672.74	\$ 33,280.70
TOTAL - TENOFOVIR + LAMIVUDINA	0.14%	12,784	4,666,160.00	\$ 2,771,976.24	\$ 2,855,135.52	\$ 2,813,555.88	\$ 466,616.00
	5%	639		\$ 138,598.81	\$ 142,756.78	\$ 140,677.79	\$ 23,330.80
	10%	1,278		\$ 277,197.62	\$ 285,513.55	\$ 281,355.59	\$ 46,661.60
	20%	2,557		\$ 554,395.25	\$ 571,027.10	\$ 562,711.18	\$ 93,323.20
	50%	6,392		\$ 1,385,988.12	\$ 1,427,567.76	\$ 1,406,777.94	\$ 233,308.00
TOTAL - TENOFOVIR + LAMIVUDINA	85%	10,866		\$ 2,356,179.80	\$ 2,426,865.20	\$ 2,391,522.50	\$ 396,623.60

Tabla 32. Estudio de Costo Factibilidad PrEP No genérico escenario por Población Clave, Honduras 2021.

PrEP -NO GENÉRICO				9,400,000	MILLONES DE HABITANTES	
DATOS DE LA POBLACION				365	DOSIS	
TRATAMIENTO PARA 01 AÑO - POR PERSONA						
POBLACION CLAVE						
SOLUÇÃO				U\$ - UNITÁRIO	U\$ - UNITÁRIO - AÉREO	U\$ - UNITÁRIO - LOCAL
TRUVADA	%	PESSOAS	DOSES	\$ 1.45	\$ 1.50	\$ 0.10
TRANS	0.005%	432	157,826.00	\$ 228,847.70	\$ 236,739.00	\$ 15,782.60
HSH	0.027%	2,557	933,232.00	\$ 1,353,186.40	\$ 1,399,848.00	\$ 93,323.20
MTS	0.003%	282	102,930.00	\$ 149,248.50	\$ 154,395.00	\$ 10,293.00
PLL	0.002%	141	51,465.00	\$ 74,624.25	\$ 77,197.50	\$ 5,146.50
BISSEXUAL	0.090%	8,460	3,087,900.00	\$ 4,477,455.00	\$ 4,631,850.00	\$ 308,790.00
PG	0.010%	912	332,807.00	\$ 482,570.15	\$ 499,210.50	\$ 33,280.70
TOTAL - TRUVADA	0.14%	12,784	4,666,160.00	\$ 6,765,932.00	\$ 6,999,240.00	\$ 466,616.00
	5%	639		\$ 338,296.60	\$ 349,962.00	\$ 23,330.80
	10%	1,278		\$ 676,593.20	\$ 699,924.00	\$ 46,661.60
	20%	2,557		\$ 1,353,186.40	\$ 1,399,848.00	\$ 93,323.20
	50%	6,392		\$ 3,382,966.00	\$ 3,499,620.00	\$ 233,308.00
TOTAL - TRUVADA	85%	10,866	TOTAL - TRUVADA	\$ 5,751,042.20	\$ 5,949,354.00	\$ 396,623.60

Tabla 33. Estudio Costo Factibilidad PrEP, Autotest en saliva y sanguínea Población Clave en Honduras 2021.

PRUEBA- SANGUÍNEA							
DATOS DE LA POBLACION				9,400,000	MILLONES DE HABITANTES		
POBLACION CLAVE							
	%	PERSONAS	TESTE	U\$ - UNITARIO	U\$ - UNITARIO - AÉREO	U\$ - UNITARIO - MARÍTIMO	U\$ - UNITARIO - LOCAL
URECHECK HIVST	1.00%	94,000	94,000	\$ 2.99	\$ 3.31	\$ 3.07	\$ 0.10
TOTAL				\$ 281,060.00	\$ 311,140.00	\$ 288,580.00	\$ 9,400.00
TOTAL - POBLACION CLAVE				\$ 281,060.00	\$ 311,140.00	\$ 288,580.00	\$ 9,400.00

TESTE - SALIVA							
DATOS DE LA POBLACION				9,400,000	MILLONES DE HABITANTES		
POBLACION CLAVE							
	%	PERSONAS	TESTE	U\$ - UNITARIO	U\$ - UNITARIO - AÉREO	U\$ - UNITARIO - MARÍTIMO	U\$ - UNITARIO - LOCAL
DETECT	1.00%	94,000	94,000	\$ 4.31	\$ 5.09	\$ 4.74	\$ 0.10
TOTAL				\$ 405,140.00	\$ 478,460.00	\$ 445,560.00	\$ 9,400.00
TOTAL - POBLACION CLAVE				\$ 405,140.00	\$ 478,460.00	\$ 445,560.00	\$ 9,400.00

PROVEEDOR : ECODIAGNOSTICA

11.2 Resultados Estudio CAP

11.2.1 Presentación

Los temas de VIH y relacionados son complejos por los estigmas sociales que toca fibras sensibles a grupos vulnerables pero es estratégico involucrar a todos los sectores y grupos organizados de población clave y vulnerable en la lucha contra el VIH para 2018 en nuestro país se había alcanzado el 60% de PVHI que conocían su estado, 50% de cobertura TAR, 42% PVIH con supresión de la carga viral^a el progreso hacia los objetivos de 2020 (90-90-90) ha sido muy lento y desde 2015 a 2018 no hay una claridad en la tendencia de nuevos casos. (CONASIDA 2019c)

Los Estudios de Conocimientos actitudes y Practicas (CAP) se apoyan en técnicas cuantitativas y cualitativas para definir el panorama de conocimientos de la población de estudio, el estudio CAP indaga en los conocimientos, actitudes, mitos y creencias que la población clave tiene de la estrategia ampliamente difundida e implementada en el mundo acerca de PrEP.

A continuación, exponemos una serie de tablas y gráficos resultados, exponiendo:

1. Características sociodemográficas de la población de estudio. (Tabla 34)
2. Distribución de la población clave por localización geográfica (Tabla 36)
3. Conocimiento, actitudes, mitos y creencias en la población clave (Tabla 37)
4. Análisis factorial General por población clave. (Tabla 38)
5. Análisis factorial confirmatorio estudio CAP (Tabla 39)
6. Gráfico Análisis Factorial por población clave estudio CAP (Gráfico 1)
7. Gráfico Análisis Factorial, Necesidad de apoyo emocional por población clave (Gráfico 2)

8. Gráfico Análisis Factorial, Apego de las medidas de seguridad de las prácticas sexuales por población clave (Gráfico 3)
9. Gráfico Análisis Factorial, Actitud frente a prácticas sexuales por población clave (Gráfico 4)
10. Gráfico Análisis Factorial, Percepción de la sexualidad por población clave (Gráfico 5)
11. Gráfico Análisis Factorial, Patrones para seleccionar la pareja por población clave (Gráfico 6)
12. Gráfico Análisis Factorial, Protección en prácticas sexuales en los últimos 6 meses por población clave (Gráfico 7)
13. Gráfico Análisis Factorial, Conocimiento PrEP por población clave (Gráfico 8)

11.2.2 Principales resultados

Realizar un análisis de salud es fundamental en la implementación de PrEP y Autotest como en otras estrategias válidas y recomendadas para reducir la transición mejorando la calidad de vida de las diferentes poblaciones clave en la lucha contra el VIH. El presente Reporte incluye los datos ingresados de participantes del Estudio de Conocimientos, actitudes, mitos y creencias sobre profilaxis preexposición y Autotest del VIH (Estudio CAP), el desarrollo de la sección Estudio CAP se describe los principales resultados de datos de junio-noviembre de 2021 con la distribución de datos sociodemográficos, actitudes, mitos y creencias alrededor de PrEP y Autotest de VIH en población clave.

El análisis sociodemográfico se realizó con una serie de preguntas a todos los participantes del estudio CAP hombres y mujeres pertenecientes a la población clave donde la población HSH constituyó el 38.2% de la población encuestada, las características se muestran en la tabla 34, indicando porcentajes y totales de participantes distribuyendo los resultados por sexo, estado civil, religión, parejas estable, raza, con respecto a la orientación sexual el mayor porcentaje de participantes tienen orientación Gay seguido por el heterosexual. (Tabla 34)

De la población bisexual el 100% eran mujeres constituyendo del total de población clave el 9.1%, en MTS 40.9% fueron mujeres, el 0.8% hombres y 5.1% transgénero; de la población Garífuna el 44.5% eran mujeres, 9.6% hombres y 2.6% transgénero; en PPL el 1.2% mujeres, 14.7% fueron hombres y 2.6% transgénero; en población TRANS el 100% su sexo fue hombre y la población serodiscordante entrevistada el 1.2% fueron en mujeres y 8.8% en hombres. (Tabla 34)

Los participantes del estudio CAP provenían en su mayor parte de los departamentos de Francisco Morazán, norte de Cortés, norte de Atlántida, zonas de alta prevalencia de VIH en población clave. De la población de HSH 61.6% provenía de Francisco Morazán, 32.4% de Cortés y 4.2% de

Atlántida, la población Garífuna se concentró en los departamentos de Atlántida, Colón y Cortés. (Tabla 36 y 37)

La organización de población clave han sido un elemento de empoderamiento derechos humanos y capacitación que debe respetarse, fundamentando las luchas por un mayor bienestar e igualdad en esta población. Así La liga de la Lactancia Materna de Honduras, Colectivo Diamantes de la comunidad LGTBQ, Colectivo Unidad Color Rosa, Asociación Kukulcán, Muñecas Arcoíris, CEPROSAF y otras organización e instituciones han apoyado a dar cuerpo y definición legal a todos sus miembros, cimentando la defensa por el respeto a la identidad de género, el 39.2% de los HSH, 25.2% población TRANS, el 11.9 % de las MTS, 4.9% Bisexuales, 11.2% de Garífunas, 0.7% de PPL y el 7.0% de parejas serodiscordantes afirmaban pertenecer a una organización de población clave. (Tabla 35)

El conocimiento del estado serológico en un derecho de salud para la población hondureña y una meta fundamental en las estrategias para la erradicación del VIH, al preguntar acerca de la detección del VIH el 37.6% de HSH, 11.9% de población TRANS, 13.3% MTS, 1.4% de Bisexuales, 20.9% de Garífunas, 10.4% de PPL se habían realizado alguna prueba de diagnóstico, cabe observar en parejas serodiscordantes sólo el 4.5% conocían su estado serológico. (Tabla 35) La mayoría de población trans que había realizado alguna prueba conocían sus resultados, entre los HSH el 97% conocía su estado serológico. El 45.1% de HSH, 2.7% de TRANS, 11.5% de MTS, 11.5% de parejas serodiscordantes, 13.3% Garífunas, 8.0% de PPL afirmaron ser positivos en las pruebas de detección del VIH. (Tabla 35)

El bienestar es una percepción personal que depende de múltiples factores determinados en la vida del individuo y por su medio, ese concepto de “sentirse bien” se incluye en la percepción que tiene el usuario de los sistema sanitario; dentro de esta percepción la asistencia a los Servicio de Atención Integral en busca de ayuda, consejería, exámenes, tratamiento es un indicativo de los avances en materia de salud y derechos humanos, el 40.2% de usuarios que no habían asistido a una SAI provenían de Francisco Morazán, 33% de Cortes y 16.2% de Atlántida (Tabla 36) El 39.1% de los HSH habían asistido alguna vez al SAI y había escuchado sobre el Autotest para VIH, el 53.7% si había escuchado sobre la PrEP, es decir ha habido un conocimiento previo en el 66.6% de los participantes acerca de la PrEP como estrategia preventiva. (Tabla 35 y 37)

Desde el punto de vista económico el 18.8% de los participantes refirieron poder comprar pruebas de detección de estar disponible en una farmacia, el 58% estarían dispuestos a pagar y el 5% refirieron poder ordenar a través una aplicación virtual. (Tabla 35 y 37) El 39.1% de HSH, 6.2% de

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

TRANS, 13.2% de MTS, 6.2% de parejas serodiscordantes, 19.7% de PG, 9.4% de PPL expresaron su interés de recibir consejería antes y después de realizarse Autotest.

Como muestra la tabla 38, Utilizando un análisis factorial se determinó las principales dimensiones que explicaban las respuestas más significativas en torno al Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest. Las dimensiones estudiadas fueron:

- Factor 1 Métodos de Protección en Prácticas sexuales,
- Factor 2 Necesidad de Apoyo Emocional,
- Factor 3 Apego de las medidas de seguridad de las prácticas sexuales,
- Factor 4 Actitud frente a la vida,
- Factor 5 Percepción de la sexualidad,
- Factor 6 Patrones para seleccionar la pareja,
- Factor 7 Nivel de protección en práctica sexual en los últimos 6 meses,
- Factor 8 Conocimiento de PrEP, en su percepción acerca de PrEP y Autotest.

Encontrando que los 4 primeros factores, son los que muestran mayor debilidad, en la población clave, por lo tanto, es donde se deberán focalizarse las próximas intervenciones durante la implementación de PrEP y Autotest en el país.

Se realizó un análisis (n, %, IC-95%) por población clave (Bisexual, Garífuna, Gay, MTS, PPL, población trans, serodiscordantes), según las principales características en el CAP, no se encuentran diferencias significativas entre los grupos analizados, ver detalles en la tabla 38 y 39.

Tabla 34. Características de los participantes del estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, distribución por población clave y parejas serodiscordantes de junio a noviembre de 2021.

		Bisexual				Garfuna			Gay			Mujer trabajadora del sexo			Población privada de libertad			Población trans			Serodiscordantes							
		N	%	IC 95%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%					
Sexo	Hombre	0	0,0%	.	.	34	9,6%	6,9%	213	60,2%	55,0%	65,2%	3	0,8%	0,2%	2,2%	52	14,7%	11,3%	18,7%	21	5,9%	3,8%	8,8%	31	8,8%	6,1%	12,0%
	Mujer	15	9,1%	5,4%	14,3%	73	44,5%	37,1%	5	3,0%	1,2%	6,6%	67	40,9%	33,5%	48,5%	2	1,2%	0,3%	3,9%	0	0,0%	.	.	2	1,2%	0,3%	3,9%
	Transgénero	0	0,0%	.	.	1	2,6%	0,3%	0	0,0%	.	.	2	5,1%	1,1%	15,4%	1	2,6%	0,3%	11,4%	35	89,7%	77,4%	96,4%	0	0,0%	.	.
Estado civil	Casado(a)	1	3,4%	0,4%	15,0%	9	31,0%	16,6%	7	24,1%	11,5%	41,6%	1	3,4%	0,4%	15,0%	10	34,5%	19,3%	52,6%	0	0,0%	.	.	1	3,4%	0,4%	15,0%
	Divorciado(a)	0	0,0%	.	.	0	0,0%	.	2	50,0%	12,3%	87,7%	1	25,0%	2,8%	71,6%	1	25,0%	2,8%	71,6%	0	0,0%	.	.	0	0,0%	.	.
	Soltero(a)	11	2,7%	1,4%	4,6%	73	17,7%	14,3%	172	41,7%	37,1%	46,6%	50	12,1%	9,3%	15,6%	31	7,5%	5,3%	10,4%	46	11,2%	8,4%	14,5%	29	7,0%	4,9%	9,8%
	Unión libre	3	2,8%	0,8%	7,2%	24	22,0%	15,0%	36	33,0%	24,7%	42,2%	20	18,3%	12,0%	26,4%	13	11,9%	6,9%	19,0%	10	9,2%	4,8%	15,7%	3	2,8%	0,8%	7,2%
	Viudo(a)	0	0,0%	.	.	2	66,7%	17,7%	1	33,3%	3,9%	82,3%	0	0,0%	.	.	0	0,0%	.	.	0	0,0%	.	.	0	0,0%	.	.
Región	Centro	2	0,8%	0,2%	2,6%	3	1,2%	0,4%	86	35,5%	29,7%	41,7%	58	24,0%	18,9%	29,6%	15	6,2%	3,7%	9,8%	47	19,4%	14,8%	24,8%	31	12,8%	9,0%	17,5%
	Norte	13	4,1%	2,3%	6,8%	105	33,4%	28,4%	132	42,0%	36,7%	47,6%	13	4,1%	2,3%	6,8%	40	12,7%	9,4%	16,8%	9	2,9%	1,4%	5,2%	2	0,6%	0,1%	2,0%
	Sur	0	0,0%	.	.	0	0,0%	.	0	0,0%	.	.	1	100,0%	.	.	0	0,0%	.	.	0	0,0%	.	.	0	0,0%	.	.
¿Tiene pareja sexual esta-ble?	NO	6	1,8%	0,8%	3,7%	62	18,7%	14,8%	138	41,7%	36,5%	47,1%	40	12,1%	8,9%	15,9%	28	8,5%	5,8%	11,8%	41	12,4%	9,2%	16,3%	16	4,8%	2,9%	7,5%
	SI	9	4,0%	2,0%	7,1%	46	20,4%	15,5%	80	35,4%	29,4%	41,8%	32	14,2%	10,1%	19,1%	27	11,9%	8,2%	16,7%	15	6,6%	3,9%	10,4%	17	7,5%	4,6%	11,5%
Raza	Blanca	1	4,2%	0,5%	17,9%	0	0,0%	.	11	45,8%	27,3%	65,3%	5	20,8%	8,4%	39,8%	2	8,3%	1,8%	24,1%	5	20,8%	8,4%	39,8%	0	0,0%	.	.
	Etnia: Garfuna	0	0,0%	.	.	105	92,1%	86,1%	6	5,3%	2,2%	10,5%	0	0,0%	.	.	3	2,6%	0,7%	6,9%	0	0,0%	.	.	0	0,0%	.	.
	Mestiza	14	3,5%	2,0%	5,7%	0	0,0%	.	192	48,5%	43,6%	53,4%	66	16,7%	13,2%	20,6%	43	10,9%	8,1%	14,2%	50	12,6%	9,6%	16,2%	31	7,8%	5,5%	10,8%
	Negra	0	0,0%	.	.	0	0,0%	.	8	42,1%	22,3%	64,1%	1	5,3%	0,6%	22,1%	7	36,8%	18,2%	59,1%	1	5,3%	0,6%	22,1%	2	10,5%	2,3%	29,7%
	Otros	0	0,0%	.	.	3	75,0%	28,4%	1	25,0%	2,8%	71,6%	0	0,0%	.	.	0	0,0%	.	.	0	0,0%	.	.	0	0,0%	.	.
Orien-tación Sexual	Bisexual	15	13,4%	8,0%	20,6%	5	4,5%	1,7%	77	68,8%	59,8%	76,8%	9	8,0%	4,1%	14,2%	4	3,6%	1,2%	8,3%	0	0,0%	.	.	2	1,8%	0,4%	5,6%
	Gay	0	0,0%	.	.	3	1,4%	0,4%	141	64,6%	56,9%	69,6%	1	0,5%	0,0%	2,1%	6	2,8%	1,2%	5,6%	54	25,0%	19,6%	31,1%	15	6,9%	4,1%	10,9%
	Heterosexual	0	0,0%	.	.	100	43,7%	37,4%	0	1,7%	0,6%	4,1%	62	27,1%	21,6%	33,1%	45	19,7%	14,9%	25,2%	2	0,9%	0,2%	2,8%	16	7,0%	4,2%	10,8%

Base de datos del Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes, Honduras de junio-noviembre de 2021.

Dentro de la cohorte del estudio CAP (n=557) la población clave y vulnerables se distribuye como Bisexuales 15 (9.1%), Población Garífuna 108 (19.3%) Gay 218 (39.1%), Trabajadores del Sexo (TS) 72 (12.9%), PPL 55 (9.8%), Población Transgénero 56 (10.0%), parejas serodiscordantes 33 (5.9%).

El total de la población bisexual enrolada en el Estudio CAP eran mujeres 15 (100%), de la población Gay 213 (97.70%) eran HSH, de los trabajadores del sexo la mayoría eran mujeres sólo 3 (0.8%) fueron hombres. Se enroló un caso (2.6%) Transgénero en población privada de libertad, de la población transgénero la mayor parte eran hombres, y la mayor parte de parejas serodiscordantes fueron en hombres.

En población Gay 172 (41.7%) refirieron estado civil soltero y con pareja estable 80 (35.4%), situación que puede predisponer a mayor exposición a ITS/VIH, el riesgo aumenta con la mayor probabilidad de múltiples parejas sexuales.

Tabla 35. Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, distribución por población clave y parejas serodiscordantes junio a noviembre de 2021.

		Bisexual				Garífuna				Gay				Mujer trabajadora del sexo				población privada de libertad				Población trans			
		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
Forma parte de alguna organización de población clave	NO	8	1,9%	0,9%	3,6%	92	22,2%	18,4%	26,4%	162	39,1%	34,5%	43,9%	55	13,3%	10,3%	16,8%	54	13,0%	10,1%	16,5%	20	4,8%	3,1%	7,2%
	SI	7	4,9%	2,2%	9,4%	16	11,2%	6,8%	17,1%	56	39,2%	31,4%	47,3%	17	11,9%	7,4%	17,9%	1	0,7%	0,1%	3,2%	36	25,2%	18,6%	32,7%
¿Trabaja?	NO	7	2,3%	1,0%	4,5%	68	22,4%	18,0%	27,4%	70	23,1%	18,6%	28,1%	59	19,5%	15,3%	24,2%	54	17,8%	13,8%	22,4%	27	8,9%	6,1%	12,5%
	SI	8	3,1%	1,5%	5,9%	40	15,7%	11,7%	20,6%	148	58,3%	52,1%	64,2%	13	5,1%	2,9%	8,4%	1	0,4%	0,0%	1,8%	29	11,4%	7,9%	15,8%
Trabajo sexual	NO	5	3,4%	2,0%	5,4%	108	24,3%	20,5%	28,4%	208	46,7%	42,1%	51,4%	0	0,0%	.	.	51	11,5%	8,8%	14,7%	12	7,0%	4,9%	9,6%
	SI	0	0,0%	.	.	0	0,0%	.	.	10	8,9%	4,7%	15,3%	72	64,3%	55,1%	72,7%	4	3,6%	1,2%	8,3%	25	22,3%	15,4%	30,7%
¿Ha tenido una ITS en los últimos seis meses	NO	5	2,8%	1,7%	4,5%	105	19,8%	16,6%	23,4%	205	38,7%	34,6%	42,9%	69	13,0%	10,4%	16,1%	55	10,4%	8,0%	13,2%	11	9,6%	7,3%	12,4%
	SI	0	0,0%	.	.	3	11,1%	3,2%	26,8%	13	48,1%	30,3%	66,4%	3	11,1%	3,2%	26,8%	0	0,0%	.	.	5	18,5%	7,4%	35,9%
¿Se ha realizado la prueba del VIH?	NO	9	8,0%	4,0%	14,0%	15	13,3%	8,0%	20,4%	51	45,1%	36,2%	54,3%	13	11,5%	6,6%	18,3%	9	8,0%	4,0%	14,0%	3	2,7%	0,8%	6,9%
	SI	6	1,4%	0,6%	2,8%	93	20,9%	17,4%	24,9%	167	37,6%	33,2%	42,2%	59	13,3%	10,4%	16,7%	46	10,4%	7,8%	13,5%	53	11,9%	9,2%	15,2%
¿Conoce el resultado de la prueba?	NO	9	7,4%	3,7%	13,1%	15	12,4%	7,4%	19,1%	55	45,5%	36,8%	54,3%	17	14,0%	8,7%	21,1%	9	7,4%	3,7%	13,1%	3	2,5%	0,7%	6,5%
	SI	6	1,4%	0,6%	2,8%	93	21,3%	17,7%	25,4%	163	37,4%	32,9%	42,0%	55	12,6%	9,7%	16,0%	46	10,6%	7,9%	13,7%	35	12,2%	9,3%	15,5%
Resultado	Pos	9	8,0%	4,0%	14,0%	15	13,3%	8,0%	20,4%	51	45,1%	36,2%	54,3%	13	11,5%	6,6%	18,3%	9	8,0%	4,0%	14,0%	3	2,7%	0,8%	6,9%
	Neg	6	1,4%	0,6%	2,8%	93	20,9%	17,4%	24,9%	167	37,6%	33,2%	42,2%	59	13,3%	10,4%	16,7%	46	10,4%	7,8%	13,5%	53	11,9%	9,2%	15,2%
¿Asiste a un SAI?	NO	5	2,7%	1,6%	4,3%	108	19,4%	16,3%	22,8%	218	39,1%	35,1%	43,2%	72	12,9%	10,3%	15,9%	55	9,9%	7,6%	12,6%	6	10,1%	7,8%	12,8%
¿Está en TARV?	NO	5	2,7%	1,6%	4,3%	108	19,4%	16,3%	22,8%	218	39,1%	35,1%	43,2%	72	12,9%	10,3%	15,9%	55	9,9%	7,6%	12,6%	6	10,1%	7,8%	12,8%
¿Ha escuchado sobre el Autotest para VIH?	NO	5	2,7%	1,6%	4,3%	108	19,4%	16,3%	22,8%	218	39,1%	35,1%	43,2%	72	12,9%	10,3%	15,9%	55	9,9%	7,6%	12,6%	6	10,1%	7,8%	12,8%
De estar disponible, se puede comprar en una farmacia	NO	5	3,3%	2,0%	5,3%	104	23,0%	19,3%	27,1%	211	46,7%	42,1%	51,3%	43	9,5%	7,1%	12,5%	34	7,5%	5,4%	10,2%	8	8,4%	6,1%	11,2%
	SI	0	0,0%	.	.	4	3,8%	1,3%	8,8%	7	6,7%	3,0%	12,6%	29	27,6%	19,8%	36,7%	21	20,0%	13,2%	28,4%	8	17,1%	10,9%	25,2%
De estar disponible, se puede ordenar a través de una aplicación virtual	NO	5	2,8%	1,7%	4,5%	106	20,0%	16,8%	23,6%	213	40,3%	36,1%	44,5%	66	12,5%	9,9%	15,5%	42	7,9%	5,9%	10,5%	5	10,4%	8,0%	13,2%
	SI	0	0,0%	.	.	2	7,1%	1,5%	21,0%	5	17,9%	7,2%	34,8%	6	21,4%	9,5%	38,9%	13	46,4%	29,1%	64,5%	1	3,6%	0,4%	15,5%

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

		Bisexual				Garífuna				Gay				Mujer trabajadora del sexo				población privada de libertad				Población trans			
		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
Si estuviera disponible, me gustaría hacerme el Autotest	NO	1	3,1%	0,3%	13,7%	3	9,4%	2,7%	23,0%	13	40,6%	25,0%	57,8%	7	21,9%	10,4%	38,2%	6	18,8%	8,2%	34,6%	2	6,3%	1,3%	18,6%
	SI	4	2,7%	1,5%	4,3%	105	20,0%	16,7%	23,6%	205	39,0%	34,9%	43,3%	65	12,4%	9,8%	15,4%	49	9,3%	7,1%	12,0%	4	10,3%	7,9%	13,1%
Si estuviera disponible, estaría dispuesto a pagar por el examen	NO	7	2,4%	1,1%	4,7%	50	17,4%	13,4%	22,1%	126	43,9%	38,2%	49,7%	35	12,2%	8,8%	16,4%	15	5,2%	3,1%	8,3%	3	11,5%	8,2%	15,6%
	SI	8	3,0%	1,4%	5,5%	58	21,5%	16,9%	26,7%	92	34,1%	28,6%	39,9%	37	13,7%	10,0%	18,2%	40	14,8%	11,0%	19,4%	3	8,5%	5,6%	12,3%
Con el Autotest me gustaría recibir consejería antes y después de realizarme la prueba	NO	2	8,0%	1,7%	23,3%	3	12,0%	3,5%	28,7%	10	40,0%	22,7%	59,4%	2	8,0%	1,7%	23,3%	5	20,0%	8,1%	38,4%	3	12,0%	3,5%	28,7%
	SI	3	2,4%	1,4%	4,0%	105	19,7%	16,5%	23,3%	208	39,1%	35,0%	43,3%	70	13,2%	10,5%	16,2%	50	9,4%	7,1%	12,1%	3	10,0%	7,6%	12,7%
Conozco personas que ya se han hecho el Autotest de VIH	NO	5	3,0%	1,8%	4,8%	101	20,4%	17,1%	24,2%	186	37,7%	33,5%	42,0%	63	12,8%	10,0%	15,9%	50	10,1%	7,7%	13,0%	7	9,5%	7,2%	12,3%
	SI	0	0,0%	.	.	7	11,1%	5,1%	20,6%	32	50,8%	38,6%	62,9%	9	14,3%	7,3%	24,4%	5	7,9%	3,1%	16,5%	9	14,3%	7,3%	24,4%
¿Ha escuchado sobre la Profilaxis Pre-Exposición? (PrEP) de VIH?	NO	5	3,5%	2,1%	5,6%	95	22,5%	18,7%	26,6%	146	34,5%	30,1%	39,1%	60	14,2%	11,1%	17,7%	45	10,6%	8,0%	13,8%	9	9,2%	6,7%	12,3%
	SI	0	0,0%	.	.	13	9,7%	5,5%	15,6%	72	53,7%	45,3%	62,0%	12	9,0%	5,0%	14,7%	10	7,5%	3,9%	12,8%	7	12,7%	7,9%	19,1%
La PrEP es una estrategia de prevención del VIH	NO	1	0,5%	0,1%	2,5%	73	39,2%	32,4%	46,4%	31	16,7%	11,8%	22,5%	27	14,5%	10,0%	20,1%	41	22,0%	16,5%	28,4%	3	7,0%	4,0%	11,3%
	SI	4	3,8%	2,2%	6,1%	35	9,4%	6,8%	12,7%	187	50,4%	45,3%	55,5%	45	12,1%	9,1%	15,7%	14	3,8%	2,2%	6,1%	3	11,6%	8,6%	15,1%

Base de datos del Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes, Honduras de junio-noviembre de 2021.

En relación a si “alguna vez ha tenido una ITS en los últimos seis meses” las mayores prevalencias dentro de la población clave del estudio CAP fueron en población Gay 13 (48.1%), población Transgénero 5 (18.5%), PG, TS y serodiscordantes con 3 (11.1%)

Al conocer sobre si “alguna vez se ha realizado la prueba de VIH” en la cohorte de población clave del estudio CAP encontramos más del 50% de PG, Gay, TS, PPL, Trans, Serodiscordante ya se había realizado alguna prueba de detección para VIH y conocía su resultado, a excepción del grupo de bisexuales donde sólo 6 (1.4%, IC 95% 0.6-2.8%) se había realizado una prueba de VIH.

Dado la importancia del Autotest, preguntamos a la población de estudio si “ha escuchado sobre el Autotest para VH” el 100% de la población clave y vulnerable enrolada en el estudio no ha escuchado sobre el Autotest, aunque la mayor parte refieren que de estar disponible se realizarían la prueba rápida por ellos mismos. Algunos participantes de población Garifuna 7 (11.1%), Gay 32 (50.8%), TS 9 (14.3%), PPL 5 (7.9%), Trans 9 (14.3%), serodiscordante 1 (1.6%) refirieron conocer personas que ya habían realizado un Autotest de VIH. Encontramos similares resultados entre los participantes sobre el conocimiento de PrEP 80% refirieron no haber escuchado sobre PrEP, aunque el 66.6% si reconocen la PrEP como una estrategia de prevención del VIH, dentro de la PG 73 (39.2%, IC 95% 32.4%-46.4%) y en PPL 41 (22.0%, IC 95% 16.5%- 28.4%) desconocía su utilidad.

Existe en la población clave del estudio un conocimiento parcial sobre PrEP y Autotest identificando la primera como “preventiva”, con las pruebas autotest más del 90% de los participantes está de acuerdo con realizarse la prueba de estar disponible, menos del 50% estarían dispuestos a pagar por el examen lo que refleja cierta reticencia relacionado a los costos situación que debe ser considerada en el seguimiento de las estrategias, la importancia de la promoción en salud para llegar hasta población que no tiene acceso.

Tabla 36. Características sociodemográficas de los participantes del estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, distribución por departamento, junio a noviembre de 2021.

		ATLÁNTIDA			CHOLUTECA			COLÓN			COMAYAGUA			CORTÉS			EL PARAÍSO			FRANCISCO MORAZÁN									
		N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%							
SEXO	Hombre	5 7	16, 1%	12, 6%	20, 2%	0 0	0, %	. %	. %	1 6	4,5 %	2,7 %	7,1 %	0 0	0, %	. %	. %	1 4	40,1 %	35, 1%	45, 3%	1 3	0, %	0, %	1, 3%	1 3	39, 0%	34, 0%	44, 1%
	Mujer	3 1	18, 9%	13, 5%	25, 4%	3 8	1, 5%	0, %	4, 8%	3 6	22, 0%	16, 1%	28, 7%	3 8	1, 5%	0, %	4,8 %	3 6	22,0 %	16, 1%	28, 7%	0 0	0, %	. %	. %	5 5	33, 5%	26, 6%	41, 0%
ESTADO CIVIL	Transgénero	2	5,1 %	1,1 %	15, 4%	0 0	0, %	. %	. %	0 0	0,0 %	. %	. %	0 0	0, %	. %	. %	6 0	15,4 %	6,7 %	29, 0%	0 0	0, %	. %	. %	3 1	79, 5%	65, 0%	89, 8%
	Casado(a)	1 0	34, 5%	19, 3%	52, 6%	0 0	0, %	. %	. %	4 0	13, 8%	4,8 %	29, 5%	0 0	0, %	. %	. %	9 0	31,0 %	16, 6%	49, 0%	0 0	0, %	. %	. %	6 0	20, 7%	9,1 %	37, 8%
	Divorcio(a)	1 0	25, 0%	2,8 %	71, 6%	0 0	0, %	. %	. %	0 0	0,0 %	. %	. %	0 0	0, %	. %	. %	1 0	25,0 %	2,8 %	71, 6%	0 0	0, %	. %	. %	2 0	50, 0%	12, 3%	87, 7%
	Soltero(a)	5 3	12, 9%	9,9 %	16, 4%	1 2	0, %	0, %	1, 1%	3 8	9,2 %	6,7 %	12, 3%	1 2	0, %	0, %	1,1 %	1 3	32,5 %	28, 1%	37, 2%	1 2	0, %	0, %	1, 1%	1 8	44, 7%	39, 9%	49, 5%
	Unión libre	2 4	22, 0%	15, 0%	30, 5%	2 8	1, %	0, %	5, 8%	9 8	8,3 %	4,2 %	14, 5%	2 8	1, %	0, %	5,8 %	4 0	36,7 %	28, 1%	46, 0%	0 0	0, %	. %	. %	3 2	29, 4%	21, 4%	38, 4%
	Viudo(a)	2	66, 7%	17, 7%	96, 1%	0 0	0, %	. %	. %	1 0	33, 3%	3,9 %	82, 3%	0 0	0, %	. %	. %	0 0	0,0 %	. %	. %	0 0	0, %	. %	. %	0 0	0,0 %	. %	. %
REGIÓN	Centro	5	2,1 %	0,8 %	4,5 %	3 2	1, %	0, %	3, 3%	0 0	0,0 %	. %	. %	3 2	1, %	0, %	3,3 %	6 2	2,5 %	1,0 %	5,0 %	1 4	0, %	0, %	1, 9%	2 2	92, 6%	88, 7%	95, 4%
	Norte	8 5	27, 1%	22, 4%	32, 2%	0 0	0, %	. %	. %	5 2	16, 6%	12, 8%	21, 0%	0 0	0, %	. %	. %	1 7	56,4 %	50, 8%	61, 8%	0 0	0, %	. %	. %	0 0	0,0 %	. %	. %
	Sur	0	0,0 %	. %	. %	0 0	0, %	. %	. %	0 0	0,0 %	. %	. %	0 0	0, %	. %	. %	1 0	100, 0%	. %	. %	0 0	0, %	. %	. %	0 0	0,0 %	. %	. %
	¿TIENE PAREJA SEXUAL ESTABLE ?	5 1	15, 4%	11, 8%	19, 6%	1 3	0, %	0, %	1, 4%	3 0	9,1 %	6,3 %	12, 5%	1 3	0, %	0, %	1,4 %	1 1	33,2 %	28, 3%	38, 4%	0 0	0, %	. %	. %	1 3	41, 7%	36, 5%	47, 1%

Resultados del estudio

		ATLÁNTIDA			CHOLUTECA			COLÓN			COMAYAGUA			CORTÉS			EL PARAÍSO			FRANCISCO MORAZÁN										
		N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%								
	SI	3 9	17, 3%	12, 8%	22, 6%	2 9	0, 2%	0, 8%	2, 2%	2 2	9,7 %	6,4 %	14, 1%	2 9	0, 2%	0, %	2,8 4	7 %	32,7 9%	26, 1%	39, 1%	1 4	0, 0%	0, 0%	2, 0%	8 6	38, 1%	31, 9%	44, 5%	
RAZA	Blanca	3 2	12, 5%	3,6 %	29, 7%	0 0	0, %	. %	. %	1 1	4,2 %	0,5 %	17, 9%	1 2	4, 5%	0, %	17, 9%	3 %	12,5 %	3,6 %	29, 7%	0 0	0, %	. %	. %	1 6	66, 7%	46, 8%	82, 8%	
	Etnia:	5 1	44, 7%	35, 8%	53, 9%	0 0	0, %	. %	. %	3 4	29, 8%	22, 0%	38, 6%	0 0	0, %	. %	. %	2 7	23,7 %	16, 6%	32, 1%	0 0	0, %	. %	. %	2 %	1,8 %	0,4 %	5,5 %	
	Garifun	3 1	7,8 %	5,5 %	10, 8%	3 8	0, 2%	0, %	2, %	1 2	3,0 %	1,7 %	5,1 %	2 5	0, 1%	0, %	1,6 4	1 %	37,6 %	33, 0%	42, 5%	1 3	0, 0%	0, %	1, 2%	1 9	50, 0%	45, 1%	54, 9%	
	Mestiza	5 1	26, 3%	10, 8%	48, 4%	0 0	0, %	. %	. %	2 2	10, 5%	2,3 %	29, 7%	0 0	0, %	. %	. %	4 9	21,1 %	7,6 %	42, 6%	0 0	0, %	. %	. %	8 %	42, 1%	22, 3%	64, 1%	
	Negra	0 0	0,0 %	. %	. %	0 0	0, %	. %	. %	3 3	75, 0%	28, 4%	97, 2%	0 0	0, %	. %	. %	1 %	25,0 %	2,8 %	71, 6%	0 0	0, %	. %	. %	0 %	0,0 %	. %	. %	
	Otros	7 4	6,3 %	2,8 %	11, 9%	0 0	0, %	. %	. %	5 5	4,5 %	1,7 %	9,5 %	0 0	0, %	. %	. %	8 4	75,0 %	66, 4%	82, 3%	0 0	0, %	. %	. %	1 6	14, 3%	8,7 %	21, 6%	
ORIENTACION SEXUAL	Bisexual	9 4	4,2 %	2,1 %	7,5 %	0 3	0, 4%	. %	. %	3 4	1,4 2%	0,4 5%	3,7 7%	0 3	0, 1%	. %	. %	7 3	32,4 %	26, 13%	38, 9%	1 0	0, 0%	0, %	2, %	1 5	61, 6%	55, 0%	67, 9%	
	Gay	7 4	32, 3%	26, 5%	38, 6%	3 3	1, 4%	0, %	3, 5%	4 4	19, 2%	14, 5%	24, 7%	3 3	1, 4%	0, %	3,5 %	3 0	13,1 %	9,2 %	17, 9%	0 0	0, %	. %	. %	7 5	32, 8%	26, 9%	39, 0%	
	Heteros exual																													

Base de datos del Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes, Honduras de junio-noviembre de 2021.

Tabla 37. Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, distribución por población clave y parejas serodiscordantes junio a noviembre de 2021.

		ATLÁNTIDA			CHOLUTECA			COLÓN			COMAYAGUA			CORTÉS			EL PARAÍSO			FRANCISCO MORAZÁN									
		N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%							
FORMA PARTE DE ALGUNA ORGANIZACIÓN DE POBLACIÓN CLAVE	N	8	19,	16,	23,	3	0,7	0,2	1,9	4	10,	7,9	13,	0	0,0	.	.	1	35,	30,	39,	1	0,2	0,0	1,1	1	33,	29,	38,
	O	1	6%	0%	6%		%	%	%	4	6%	%	9%		%	.	.	4	0%	5%	7%		%	%	%	4	8%	4%	5%
¿TRABAJA?	N	9	6,3	3,2	11,	0	0,0	.	.	8	5,6	2,7	10,	3	2,1	0,6	5,5	3	27,	20,	35,	0	0,0	.	.	8	58,	50,	66,
	O	4	1%	8%	0%		%	%	%	4	2%	%	4%		%	%	%	9	3%	5%	0%		%	%	%	4	7%	6%	6%
TRABAJO SEXUAL	N	6	21,	16,	26,	2	0,7	0,1	2,1	4	13,	9,7	17,	1	0,3	0,0	1,5	7	23,	19,	28,	0	0,0	.	.	1	40,	35,	46,
	O	4	1%	8%	0%		%	%	%	0	2%	%	4%		%	%	%	2	8%	2%	8%		%	%	%	2	9%	5%	5%
¿HA TENIDO UNA ITS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES	N	2	10,	7,0	14,	1	0,4	0,0	1,8	1	4,7	2,6	7,9	2	0,8	0,2	2,5	1	44,	38,	50,	1	0,4	0,0	1,8	1	39,	33,	45,
	O	6	2%	%	4%		%	%	%	2	%	%	%		%	%	%	1	1%	1%	2%		%	%	%	0	4%	5%	5%
¿SE HA REALIZADO LA PRUEBA DEL VIH?	N	8	19,	16,	23,	0	0,0	.	.	4	9,9	7,4	12,	0	0,0	.	.	1	37,	32,	41,	0	0,0	.	.	1	33,	29,	38,
	O	7	6%	1%	4%		%	%	%	4	%	%	9%		%	%	%	6	1%	7%	6%		%	%	%	4	5%	2%	0%
¿SE HA REALIZADO LA PRUEBA DEL VIH?	N	3	2,7	0,8	7,0	3	2,7	0,8	7,0	8	7,1	3,4	13,	3	2,7	0,8	7,0	1	17,	10,	24,	1	0,9	0,1	4,1	7	67,	57,	75,
	O	7	4%	4%	7%		%	%	%	5	9,6	7,3	12,	3	0,6	0,2	1,5	9	0%	9%	7%		%	%	%	5	0%	9%	2%
¿SE HA REALIZADO LA PRUEBA DEL VIH?	N	3	11,	3,2	26,	0	0,0	.	.	1	3,7	0,4	16,	0	0,0	.	.	1	48,	30,	66,	1	3,7	0,4	16,	9	33,	17,	52,
	O	1	1%	%	8%		%	%	%	3	%	%	0%		%	%	%	3	1%	3%	4%		%	%	0%	9	3%	9%	1%
¿SE HA REALIZADO LA PRUEBA DEL VIH?	N	1	9,7	5,3	16,	0	0,0	.	.	3	2,7	0,8	6,9	0	0,0	.	.	6	56,	47,	65,	0	0,0	.	.	3	31,	23,	39,
	O	1	%	%	2%		%	%	%		%	%	%		%	%	%	4	6%	4%	5%		%	%	%	5	0%	0%	9%
¿SE HA REALIZADO LA PRUEBA DEL VIH?	N	7	17,	14,	21,	3	0,7	0,2	1,8	4	11,	8,4	14,	3	0,7	0,2	1,8	1	27,	23,	31,	1	0,2	0,0	1,0	1	42,	38,	47,
	O	9	8%	5%	6%		%	%	%	9	0%	%	2%		%	%	%	2	0%	1%	3%		%	%	%	8	6%	0%	2%

Resultados del estudio

¿CONOCE EL RESULTADO DE LA PRUEBA?	N	1	9,1	4,9	15,	0	0,0	.	.	3	2,5	0,7	6,5	0	0,0	.	.	6	55,	46,	64,	0	0,0	.	.	4	33,	25,	41,
	O	1	%	%	2%	%	%			%	%	%	%	%	%			7	4%	5%	0%	%	%	%		0	1%	2%	8%
	SI	7	18,	14,	21,	3	0,7	0,2	1,8	4	11,	8,5	14,	3	0,7	0,2	1,8	1	26,	22,	31,	1	0,2	0,0	1,1	1	42,	37,	46,
		9	1%	7%	9%	%	%	%	%	9	2%	%	5%	%	%	%	%	1	8%	8%	1%	%	%	%	1	8	2%	6%	9%
RESULTADO		1	9,7	5,3	16,	0	0,0	.	.	3	2,7	0,8	6,9	0	0,0	.	.	6	56,	47,	65,	0	0,0	.	.	3	31,	23,	39,
		1	%	%	2%	%	%			%	%	%	%	%	%			4	6%	4%	5%	%	%	%		5	0%	0%	9%
	1	7	17,	14,	21,	3	0,7	0,2	1,8	4	11,	8,4	14,	3	0,7	0,2	1,8	1	27,	23,	31,	1	0,2	0,0	1,0	1	42,	38,	47,
		9	8%	5%	6%	%	%	%	%	9	0%	%	2%	%	%	%	%	2	0%	1%	3%	%	%	%	1	8	6%	0%	2%
¿ASISTE A UN SAI?	N	9	16,	13,	19,	3	0,5	0,2	1,4	5	9,3	7,1	12,	3	0,5	0,2	1,4	1	33,	29,	37,	1	0,2	0,0	0,8	2	40,	36,	44,
	O	0	2%	3%	4%	%	%	%	%	2	%	%	0%	%	%	%	%	8	0%	2%	0%	%	%	%	2	2	2%	2%	3%
¿ESTA EN TARV?	N	9	16,	13,	19,	3	0,5	0,2	1,4	5	9,3	7,1	12,	3	0,5	0,2	1,4	1	33,	29,	37,	1	0,2	0,0	0,8	2	40,	36,	44,
	O	0	2%	3%	4%	%	%	%	%	2	%	%	0%	%	%	%	%	8	0%	2%	0%	%	%	%	2	2	2%	2%	3%
¿HA ESCUCHADO SOBRE EL AUTOTEST PARA VIH?	N	9	16,	13,	19,	3	0,5	0,2	1,4	5	9,3	7,1	12,	3	0,5	0,2	1,4	1	33,	29,	37,	1	0,2	0,0	0,8	2	40,	36,	44,
	O	0	2%	3%	4%	%	%	%	%	2	%	%	0%	%	%	%	%	8	0%	2%	0%	%	%	%	2	2	2%	2%	3%
DE ESTAR DISPONIBLE, SE PUEDE COMPRAR EN UNA FARMACIA	N	7	15,	12,	19,	3	0,7	0,2	1,8	4	10,	7,5	13,	3	0,7	0,2	1,8	1	39,	35,	44,	0	0,0	.	.	1	33,	28,	37,
	O	2	9%	8%	5%	%	%	%	%	5	0%	%	0%	%	%	%	%	8	8%	4%	4%	%	%	%		4	0%	8%	4%
	SI	1	17,	10,	25,	0	0,0	.	.	7	6,7	3,0	12,	0	0,0	.	.	4	3,8	1,3	8,8	1	1,0	0,1	4,4	7	71,	62,	79,
		8	1%	9%	2%	%	%			%	%	6%	%	%	%	%	%	4	%	%	%	%	%	%	5	4%	3%	4%	
DE ESTAR DISPONIBLE, SE PUEDE ORDENAR A TRAVÉS DE UNA APLICACIÓN VIRTUAL	N	7	14,	11,	17,	3	0,6	0,2	1,5	4	9,3	7,0	12,	3	0,6	0,2	1,5	1	33,	29,	37,	1	0,2	0,0	0,9	2	41,	36,	45,
	O	7	6%	7%	8%	%	%	%	%	9	%	%	0%	%	%	%	%	7	8%	9%	9%	%	%	%	1	1	0%	9%	3%

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

SI ESTUVIERA DISPONIBLE, ME GUSTARÍA HACERME EL AUTOTEST	SI	1	46,	29,	64,	0	0,0	.	.	3	10,	3,1	25,	0	0,0	.	.	5	17,	7,2	34,	0	0,0	.	.	7	25,	11,	42,
	NO	3	4%	1%	5%		%				7%	%	9%		%				9%	%	8%		%			7	0%	9%	9%
SI ESTUVIERA DISPONIBLE, ESTARÍA DISPUESTO A PAGAR POR EL EXAMEN	SI	8	15,	12,	19,	0	0,0	.	.	5	9,7	7,4	12,	2	0,4	0,1	1,2	1	32,	28,	36,	1	0,2	0,0	0,9	2	41,	37,	45,
	NO	3	8%	9%	1%		%			1	%	%	5%		%	%	%		7	6%	7%	7%		%	%	7	1	3%	2%
CON EL AUTOTEST ME GUSTARÍA RECIBIR CONSEJERÍA ANTES Y DESPUÉS DE REALIZARME LA PRUEBA	SI	6	23,	18,	28,	2	0,7	0,2	2,4	2	10,	7,5	14,	1	0,4	0,0	1,7	8	30,	25,	36,	0	0,0	.	.	9	34,	28,	39,
	NO	3	3%	6%	6%		%	%	%	9	7%	%	8%		%	%	%	3	7%	5%	4%		%			2	1%	6%	9%
CON EL AUTOTEST ME GUSTARÍA RECIBIR CONSEJERÍA ANTES Y DESPUÉS DE REALIZARME LA PRUEBA	SI	4	16,	5,7	33,	0	0,0	.	.	1	4,0	0,4	17,	0	0,0	.	.	9	36,	19,	55,	0	0,0	.	.	1	44,	26,	63,
	NO		0%	%	7%		%				%	%	2%		%				0%	5%	5%		%			1	0%	1%	2%
CON EL AUTOTEST ME GUSTARÍA RECIBIR CONSEJERÍA ANTES Y DESPUÉS DE REALIZARME LA PRUEBA	SI	8	16,	13,	19,	3	0,6	0,2	1,5	5	9,6	7,3	12,	3	0,6	0,2	1,5	1	32,	29,	37,	1	0,2	0,0	0,9	2	40,	35,	44,
	NO	6	2%	2%	5%		%	%	%	1	%	%	3%		%	%	%	5	7	9%	0%	0%		%	%	3	1	0%	9%

Resultados del estudio

CONOZCO PERSONAS QUE YA SE HAN HECHO EL AUTOTEST DE VIH	N	8	16,	13,	19,	3	0,6	0,2	1,6	4	9,9	7,5	12,	3	0,6	0,2	1,6	1	35,	31,	39,	1	0,2	0,0	0,9	1	37,	33,	41,
	O	0	2%	1%	6%		%	%	%	9	%	%	8%		%	%	%	4	7	2%	1%	5%		%	%	%	8	2%	1%
¿HA ESCUCHADO SOBRE LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN? (PREP) DE VIH?	N	1	15,	8,5	26,	0	0,0	.	.	3	4,8	1,4	12,	0	0,0	.	.	1	15,	8,5	26,	0	0,0	.	.	4	63,	51,	74,
	O	0	9%	%	3%		%				%	%	2%		%			0	9%	%	3%		%			0	5%	2%	6%
LA PREP ES UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL VIH	N	7	17,	13,	20,	3	0,7	0,2	1,9	4	9,9	7,4	13,	3	0,7	0,2	1,9	1	39,	34,	43,	1	0,2	0,0	1,1	1	32,	28,	37,
	O	2	0%	7%	8%		%	%	%	2	%	%	1%		%	%	%	5	6	0%	4%	7%		%	%	%	3	4%	1%
¿HA ESCUCHADO SOBRE LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN? (PREP) DE VIH?	N	1	13,	8,5	20,	0	0,0	.	.	1	7,5	3,9	12,	0	0,0	.	.	1	14,	9,1	20,	0	0,0	.	.	8	64,	56,	72,
	O	8	4%	%	0%		%			0	%	%	8%		%			9	2%	%	8%		%			7	9%	6%	6%
LA PREP ES UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL VIH	N	6	36,	29,	43,	3	1,6	0,5	4,2	4	25,	19,	31,	2	1,1	0,2	3,4	5	2,7	1,0	5,8	0	0,0	.	.	6	32,	26,	39,
	O	8	6%	9%	6%		%	%	%	7	3%	4%	9%		%	%	%		%	%	%		%			1	8%	4%	8%
LA PREP ES UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL VIH	N	2	5,9	3,9	8,7	0	0,0	.	.	5	1,3	0,5	2,9	1	0,3	0,0	1,3	1	48,	43,	53,	1	0,3	0,0	1,3	1	43,	38,	49,
	O	2	%	%	%		%				%	%	%		%	%	%	9	7	2%	2%	3%		%	%	%	6	9%	9%

Base de datos del Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes, Honduras de junio-noviembre de 2021.

Realizamos un análisis descriptivo (n,%, IC-95%) por departamento donde se captaron los participante: Atlántida, Choluteca, Colón, Comayagua, Cortés, El Paraíso, Francisco Morazán, incluidos en el estudio CAP, la selección se realizó según las prevalencias reportadas por SESAL de VIH, se tomó muestra representativa de cada región, no se encuentran diferencias significativas entre los grupos analizados, la mayor parte de población clave (Gay) procedía de la zona centro y norte (Francisco Morazán y Cortes) tabla 36 y 37.

La tabla 36 describe las principales características sociodemográficas de la población clave de estudio, se analizaron sexo, estado civil, religión, pareja sexual, raza y orientación sexual. Puede observarse la menor prevalencia en la zona sur, oriente (El Paraíso).

La tabla 37 describe antecedentes sexuales y de ITS de la población clave, pertenencia a grupos organizados al respecto donde se concentra más sigue la distribución norte-centro, otros aspectos evaluados: trabajo, trabajo sexual que prevalece en Francisco Morazán con respecto a cortés y demás departamentos. Las pruebas de VIH realizadas, conocimiento sobre Autotest y PrEP fueron superiores en la zona Centro-Norte. El 64.9% de los participantes que había escuchado sobre PrEP procedía de Francisco Morazán y el 14.2% de Cortés.

Tabla 38. Análisis Factorial General del estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, distribución por departamento, junio a noviembre de 2021.

DOMINIO DEL FACTOR	FACTOR							
	1	2	3	4	5	6	7	8
FACTOR # 1 METODOS DE PROTECCION EN PRACTICAS SEXUALES								
¿EN EL ÚLTIMO MES NO HA ESTADO PRACTICANDO SEXO SEGURO?	0.928							
¿EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES NO HA ESTADO PRACTICANDO SEXO SEGURO?	0.925							
NO HA TENIDO SEXO SEGURO Y NO TENGO LA INTENCIÓN DE HACERLO DURANTE LOS PRÓXIMOS TRES MESES	0.902							
¿EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES NO HA ESTADO PRACTICANDO SEXO SEGURO?	0.9							
NORMALMENTE NO TENGO SEXO SEGURO, PERO TENGO LA INTENCIÓN DE EMPEZAR A USAR CONDONES EN LOS PRÓXIMOS 3 MESES	0.8							
NORMALMENTE NO TENGO SEXO SEGURO, PERO TENGO LA INTENCIÓN DE EMPEZAR A USAR CONDONES EN LOS PRÓXIMOS 30 DÍAS	0.791							
FACTOR #2 NECESIDAD DE APOYO EMOCIONAL								
A MENUDO RECIBO APOYO EMOCIONAL Y AYUDA DE MIS AMIGOS		0.89						
A MENUDO TENGO CONTACTO CON MIS AMIGOS		0.883						

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

A MENUDO DOY APOYO EMOCIONAL Y AYUDA CON COSAS DEL DÍA A DÍA A MIS AMIGOS	0.837
A MENUDO DOY APOYO EMOCIONAL Y AYUDA A MIS PARIENTES DE SANGRE	0.794
A MENUDO ESTOY EN CONTACTO CON MIS PARIENTES	0.763
A MENUDO RECIBO APOYO EMOCIONAL Y AYUDA PRÁCTICA DE MIS PARIENTES DE SANGRE	0.76
FACTOR #3 APEGO DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DE LAS PRACTICAS SEXUALES	
¿ALGUNA VEZ LE HAS PEDIDO A UN COMPAÑERO QUE ESPERE MIENTRAS BUSCA UN CONDÓN?	0.769
¿ALGUNA VEZ LE HAS PEDIDO A UN COMPAÑERO SEXUAL QUE USE CONDÓN?	0.746
¿ALGUNA VEZ TE HAS NEGADO A TENER RELACIONES SEXUALES PORQUE TU PAREJA SE NEGÓ A USAR UN CONDÓN?	0.728
¿YA TE HAS NEGADO A TENER SEXO CON UNA PAREJA PORQUE NO ESTABAS DE HUMOR?	0.715
¿ALGUNA VEZ TE HAS NEGADO A PARTICIPAR EN PRÁCTICAS SEXUALES QUE NO TE GUSTABAN?	0.689
¿ALGUNA VEZ TE HAS QUEJADO A UNA PAREJA SOBRE CÓMO TE HA TRATADO SEXUALMENTE?	0.623
¿TIENE CONFIANZA EN QUE VA A PODER USAR UN CONDÓN CUANDO TENGA SEXO CON UNA NUEVA PAREJA?	0.561

¿CREO QUE PUEDE CONVENCER A UN NUEVO COMPAÑERO DE USAR CONDÓN?	0.463
FACTOR #4 ACTITUD FRENTE A LA VIDA	
TRATO DE ENTENDER CÓMO ME METÍ EN UNA SITUACIÓN, PARA ENTENDERLA MEJOR	0.811
NO ME RINDO HASTA QUE RESUELVO MIS PROBLEMAS	0.75
A MENUDO PUEDO PREDECIR CÓMO SUCEDERÁN LAS COSAS	0.718
A MENUDO ENCUENTRO UN LADO BUENO PARA UNA MALA SITUACIÓN	0.717
A MENUDO HAGO PLANES CON ANTICIPACIÓN	0.668
EVITO CORRER RIESGOS	0.605
FACTOR #5 PERCEPCION DE LA SEXUALIDAD	
ME GUSTA EXPLORAR MI SEXUALIDAD	0.831
ME GUSTAN LAS NUEVAS Y EMOCIONANTES EXPERIENCIAS Y SENSACIONES SEXUALES	0.827
ESTOY INTERESADO EN EXPERIMENTAR NUEVAS SENSACIONES SEXUALES	0.718
FACTOR #6 PATRONES PARA SELECCIONAR LA PAREJA	
MIS PAREJAS SEXUALES PROBABLEMENTE ME VEN COMO ALGUIEN A QUIEN LE GUSTA CORRER RIESGOS EN LAS PRÁCTICAS SEXUALES	0.634
ME GUSTA VER VIDEOS PORNOGRÁFICOS	0.607
ME GUSTAN LOS ENCUENTROS SEXUALES DESINHIBIDOS (ABIERTOS)	0.554
HE DICHO COSAS QUE NO ERAN NECESARIAMENTE CIERTAS, PARA	0.547

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

TENER QUE UNA PERSONA SOSTENGA SEXO CONMIGO	
APRECIO LA COMPAÑÍA DE GENTE SEXY	0.433
CON RESPECTO AL SEXO, LA ATRACCIÓN FÍSICA ES MÁS IMPORTANTE PARA MÍ QUE CONOCER BIEN A LA PERSONA	0.401
FACTOR #7 NIVEL DE PROTECCION EN PRACTICA SEXUAL EN LOS ULTIMOS 6 MESES	
SIEMPRE TENGO SEXO CON PROTECCIÓN, AL MENOS DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES	0.841
SIEMPRE HE TENIDO SEXO CON PROTECCIÓN, HAN PASADO MÁS DE SEIS MESES	0.804
FACTOR #8 CONOCIMIENTO DE PREP	
¿CREO QUE USANDO LA TERAPIA PREEXPOSICIÓN VA A SER INMUNE AL VIH?	0.769
¿CREE QUE PREP NO TIENE EFECTOS SECUNDARIOS A LARGO PLAZO?	0.577

Base de datos del Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes, Honduras de junio-noviembre de 2021.

Tabla 39. Análisis Factorial Confirmatorio estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, distribución por departamento, junio a noviembre de 2021

FACT OR	Indicador	Esti mat e	SE	95% CONFIDENCE INTERVAL		Z	p
				Lower	Upper		
FACT OR 1	¿En el último mes no ha estado practicando sexo seguro?	34.6 8	1.1 529	32.421	36.94	3 0.	< .00 1 1
	¿En los últimos 3 meses no ha estado practicando sexo seguro?	35.7	1.1 051	33.532	37.86	3 2.	< .00 3 1
	No ha tenido sexo seguro y no tengo la intención de hacerlo durante los próximos tres meses	31.2 1	1.2 812	28.701	33.72	2 4.	< .00 4 1
	¿En los últimos 6 meses no ha estado practicando sexo seguro?	35.0 8	1.1 602	32.811	37.36	3 0.	< .00 2 1
	Normalmente no tengo sexo seguro, pero tengo la intención de empezar a usar condones en los próximos 3 meses	26.2 7	1.3 93	23.538	29	1 8.	< .00 9 1
	Normalmente no tengo sexo seguro, pero tengo la intención de empezar a usar condones en los próximos 30 días	25.5 6	1.4 143	22.788	28.33	1 8.	< .00 1 1
FACT OR 2	A menudo recibo apoyo emocional y ayuda práctica de mis parientes de sangre	23.6 1	1.2 341	21.189	26.03	1 9.	< .00 1 1
	A menudo tengo contacto con mis amigos	30.7 2	1.1 086	28.551	32.9	2 7.	< .00 7 1
	A menudo doy apoyo emocional y ayuda con cosas del día a día a mis amigos	32.7 6	1.1 138	30.573	34.94	2 9.	< .00 4 1
	A menudo doy apoyo emocional y ayuda a mis parientes de sangre	25.7 6	1.2 063	23.391	28.12	2 1.	< .00 4 1
	A menudo estoy en contacto con mis parientes	23.3	1.2 471	20.852	25.74	1 8.	< .00 7 1
	A menudo recibo apoyo emocional y ayuda de mis amigos	31.3 4	1.0 725	29.243	33.45	2 9.	< .00 2 1
FACT OR 3	¿Alguna vez le has pedido a un compañero que espere mientras busca un condón?	1.56	0.0 737	1.415	1.7	2 1.	< .00 2 1
	¿Alguna vez le has pedido a un compañero sexual que use condón?	1.37	0.0 689	1.239	1.51	1 9.	< .00 9 1
	¿Alguna vez te has negado a participar en prácticas sexuales que no te gustaban?	1.37	0.0 838	1.203	1.53	1 6.	< .00 3 1

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

	¿Ya te has negado a tener sexo con una pareja porque no estabas de humor?	1.32	0.0 865	1.15	1.49	1 5. 3	< .00 1
	¿Alguna vez te has quejado a una pareja sobre cómo te ha tratado sexualmente?	1.34	0.0 891	1.17	1.52	1 5. 1	< .00 1
	¿Alguna vez te has negado a tener relaciones sexuales porque tu pareja se negó a usar un condón?	1.57	0.0 787	1.417	1.73	2 0	< .00 1
	¿Tiene confianza en que va a poder usar un condón cuando tenga sexo con una nueva pareja?	1.23	0.0 657	1.097	1.36	1 8. 7	< .00 1
	¿Creo que puede convencer a un nuevo compañero de usar condón?	1.01	0.0 646	0.879	1.13	1 5. 6	< .00 1
FACT OR 4	Trato de entender cómo me metí en una situación, para entenderla mejor	25.0 6	1.1 264	22.849	27.26	2 2. 2	< .00 1
	No me rindo hasta que resuelvo mis problemas	26.3 7	0.9 353	24.537	28.2	2 8. 2	< .00 1
	A menudo puedo predecir cómo sucederán las cosas	21.0 2	1.3 725	18.331	23.71	1 5. 3	< .00 1
	A menudo encuentro un lado bueno para una mala situación	26.0 9	1.0 352	24.06	28.12	2 5. 2	< .00 1
	A menudo hago planes con anticipación	24.4 2	1.2 36	22	26.84	1 9. 8	< .00 1
	Evito correr riesgos	22.8 1	1.3 091	20.242	25.37	1 7. 4	< .00 1
FACT OR 5	Mis parejas sexuales probablemente me ven como alguien a quien le gusta correr riesgos en las prácticas sexuales	19.0 6	1.5 085	16.101	22.01	1 2. 6	< .00 1
	Me gusta ver videos pornográficos	22.8 9	1.5 6	19.83	25.95	1 4. 7	< .00 1
	Me gustan los encuentros sexuales desinhibidos (abiertos)	25.3 9	1.6 031	22.246	28.53	1 5. 8	< .00 1
	He dicho cosas que no eran necesariamente ciertas, para tener que una persona sostenga sexo conmigo	18.8 8	1.5 946	15.759	22.01	1 1. 8	< .00 1
	Aprecio la compañía de gente sexy	21.5 7	1.5 891	18.459	24.69	1 3. 6	< .00 1
	Con respecto al sexo, la atracción física es más importante para mí que conocer bien a la persona	21.6	1.4 664	18.73	24.48	1 4. 7	< .00 1
FACT OR 6	Siempre tengo sexo con protección, al menos durante los últimos seis meses	32.7 1	1.4 025	29.958	35.46	2 3. 3	< .00 1
	Siempre he tenido sexo con protección, han pasado más de seis meses	34.2 2	1.3 516	31.566	36.86	2 5. 3	< .00 1

FACT OR 7	Me gusta explorar mi sexualidad	31.5 7	1.3 489	28.926	34.21	2 3. 4	< .00 1
	Me gustan las nuevas y emocionantes experiencias y sensaciones sexuales	32.1 1	1.3 162	29.53	34.69	2 4. 4	< .00 1
	Estoy interesado en experimentar nuevas sensaciones sexuales	29.9	1.3 581	27.242	32.57	2 2	< .00 1
FACT OR 8	¿Cree que usando la terapia preexposición va a ser inmune al VIH?	1.46	0.0 896	1.286	1.64	1 6. 3	< .00 1
	¿Cree que PrEP no tiene efectos secundarios a largo plazo?	1.31	0.0 854	1.143	1.48	1 5. 3	< .00 1

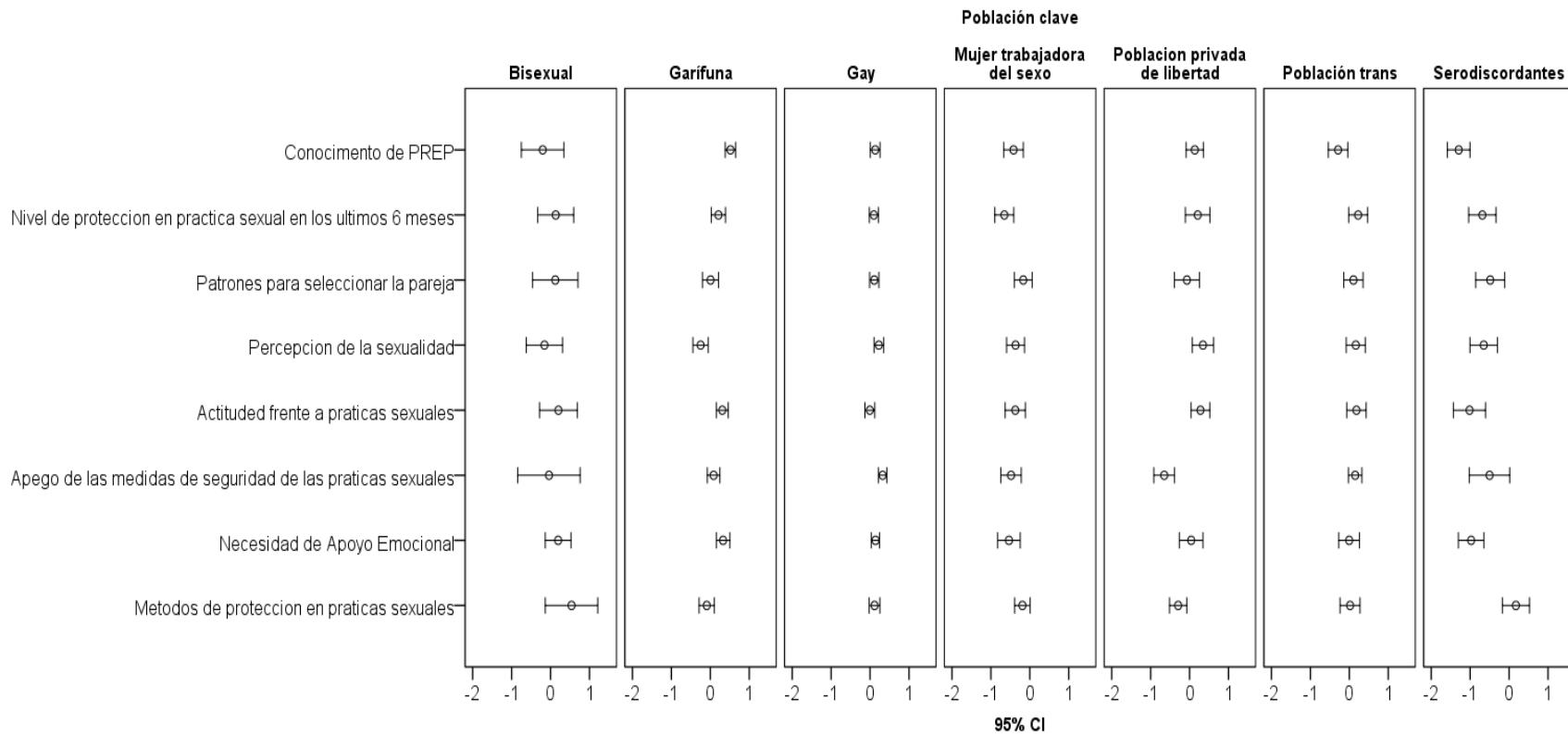
Base de datos del Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes, Honduras de junio-noviembre de 2021.

Como parte de los análisis realizados en el cuestionario CAP y mitos de PrEP y Autotest, se elaboró un análisis factorial en base a 8 factores, donde se muestra que los 4 primeros factores son los principales a ser trabajados en los grupos de apoyo a la población clave, ver detalles del análisis en la tabla # 38, en la tabla 39 se detalla el análisis rotatorio confirmatorio, correspondiente al análisis factorial.

Los componentes analizados en el estudio CAP incluyeron (1) Métodos de protección en prácticas sexuales, (2) Necesidad de apoyo emocional), (3) Apego de las medidas de seguridad de las prácticas sexuales, (4) Actitud frente a la vida (5) Percepción de la sexualidad, (6) Patrones para seleccionar la pareja. En la tabla 38 se muestra la distribución por cada uno de los factores (componentes). Los componentes más destacados fueron: Métodos de protección en prácticas sexuales (0.928-0.791) seguido de Necesidad de apoyo emocional (0.89-0.76) y apego a las medidas de seguridad de las prácticas sexuales (0.769-0.463) (Tabla 38)

En la tabla 39 se describe cada indicador y su distribución con respecto a la media y DE con un IC 95%,

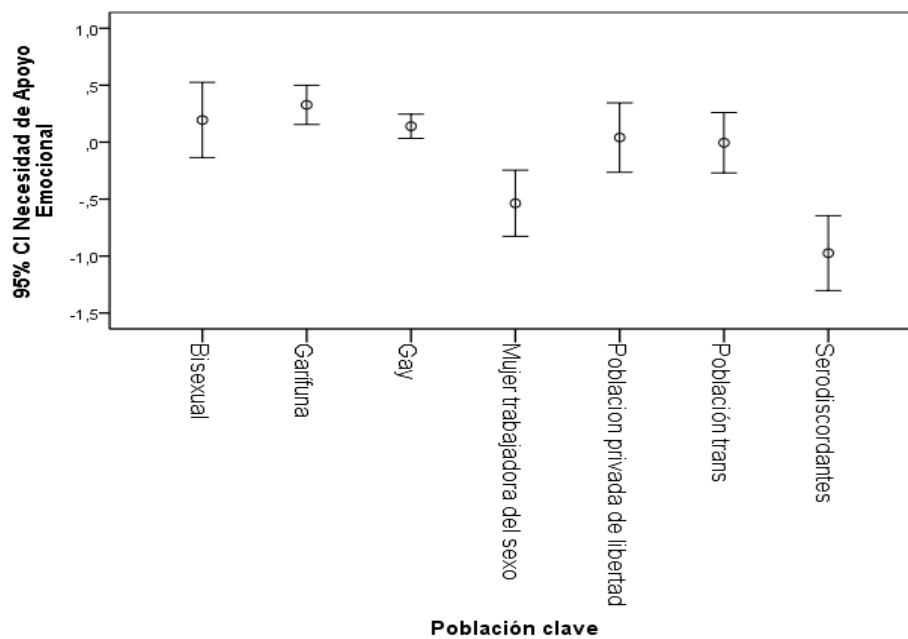
Gráfico 1. Análisis Factorial por Población Clave, Estudio CAP, junio- noviembre de 2021



Base de datos del Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes, Honduras de junio-noviembre de 2021.

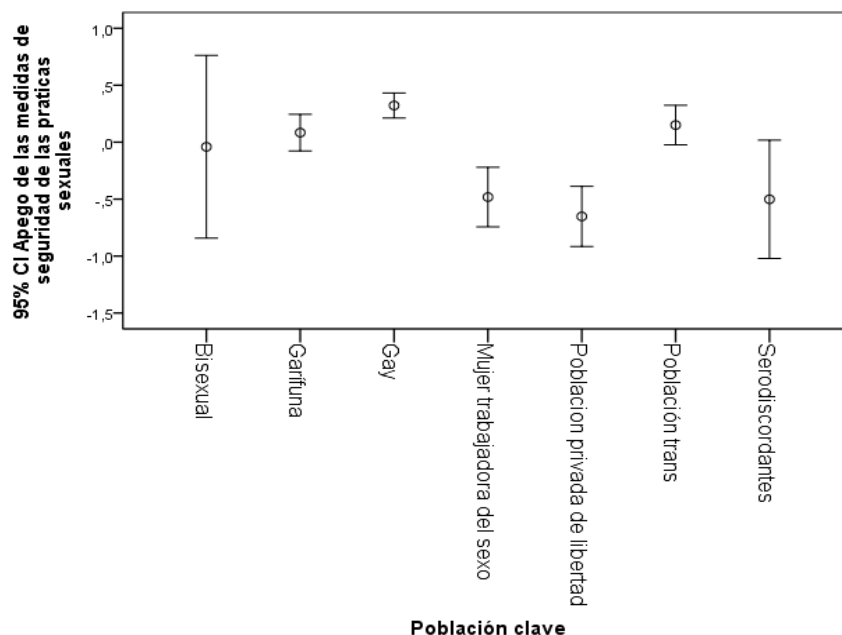
En el gráfico # 1 encontramos los resultados del análisis factorial, realizado por población clave, utilizando el IC-95%, ver detalles a continuación. Evaluamos el conocimiento de PrEP, distribuidos en los ocho componentes del análisis factorial: nivel de protección en prácticas sexuales en los últimos 6 meses, patrones de seleccionar la pareja, percepción de la sexualidad, actitud frente a prácticas sexuales, necesidad de apoyo emocional y métodos de protección en prácticas sexuales. Este gráfico nos permite observar en el grupo de población bisexual mayor variabilidad con respecto a las respuestas evaluadas.

Gráfico 2. Análisis Factorial, Necesidad de apoyo emocional por población Clave



En el gráfico # 2 encontramos los resultados del análisis factorial para el factor **Necesidad de apoyo emocional por población Clave**, realizado por población clave, utilizando el IC-95%, ver detalles a continuación. AL evaluar población Garífuna y Bisexual en la necesidad de apoyo emocional se observa que ambos grupos son comparables, a diferencia de las MTS y PPL que presentan mayor variabilidad en cuanto a la media de sus respuestas.

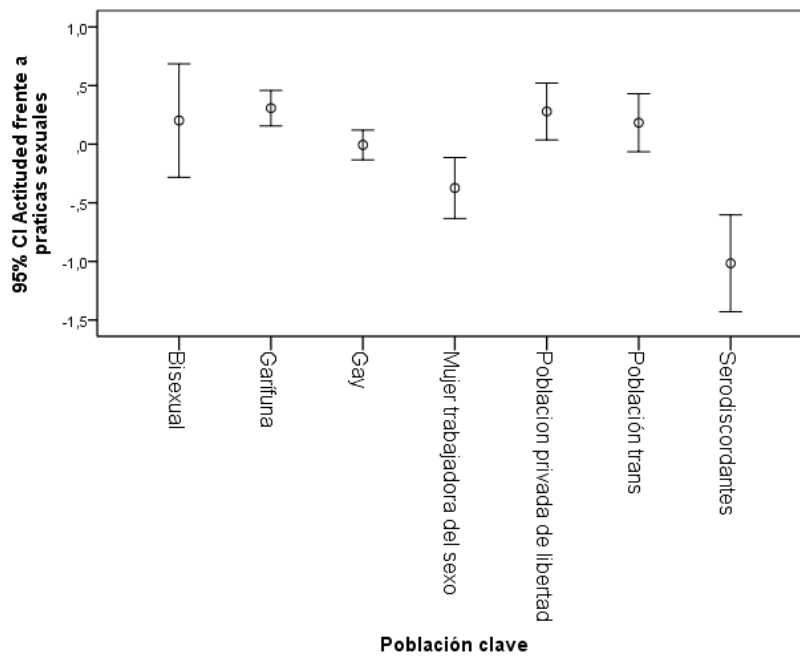
Gráfico 3. Análisis Factorial, Apego de las medidas de seguridad de las prácticas sexuales por población clave, Estudio CAP



Base de datos del Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes, Honduras de junio-noviembre de 2021.

En el gráfico # 3 encontramos los resultados del análisis factorial para el factor **Apego de las medidas de seguridad de las prácticas sexuales por población clave**, realizado por población clave, utilizando el IC-95%, ver detalles a continuación: Población Bisexual y Garífuna son similares en sus respuestas, aunque muestra diferente variación, siendo mayor en población bisexual. La población serodiscordante y bisexual muestran la mayor variación de los datos con respecto a la media.

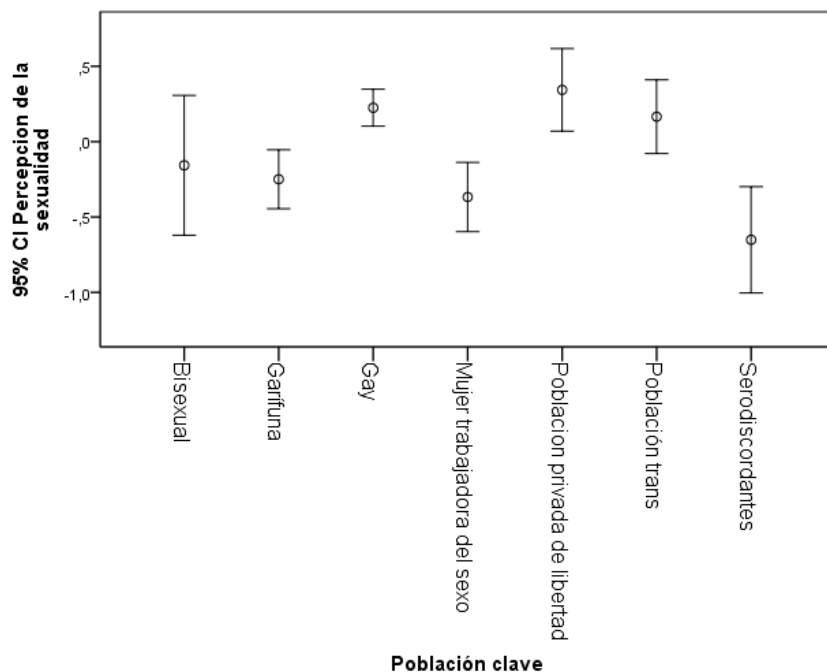
Gráfico 4. Análisis Factorial, Actitud frente a prácticas sexuales por pobla población clave



Base de datos del Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes, Honduras de junio-noviembre de 2021.

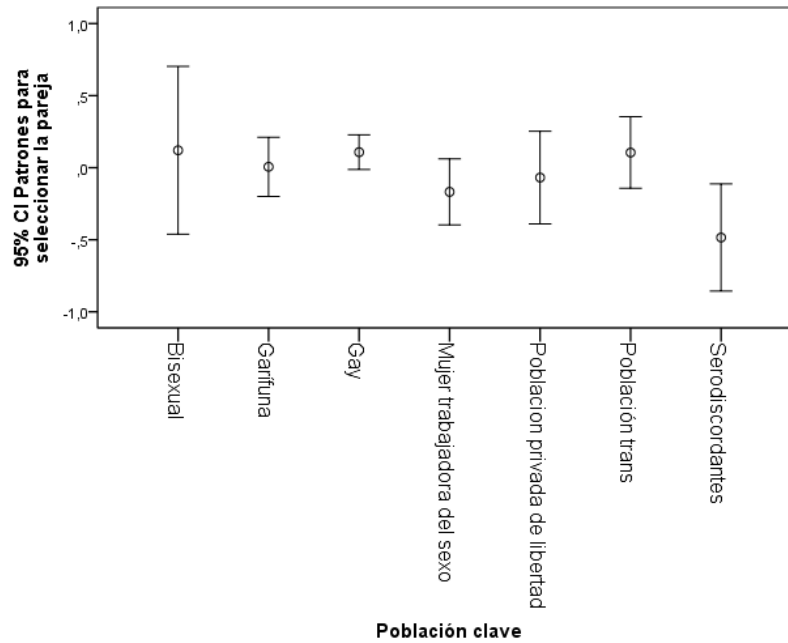
En el gráfico # 4 encontramos los resultados del análisis factorial para el factor **Actitud frente a prácticas sexuales por pobla población clave**, realizado por población clave, utilizando el IC-95%, ver detalles a continuación.

Gráfico 5. Análisis Factorial, Percepción de la sexualidad por población clave



Base de datos del Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes, Honduras de junio-noviembre de 2021.

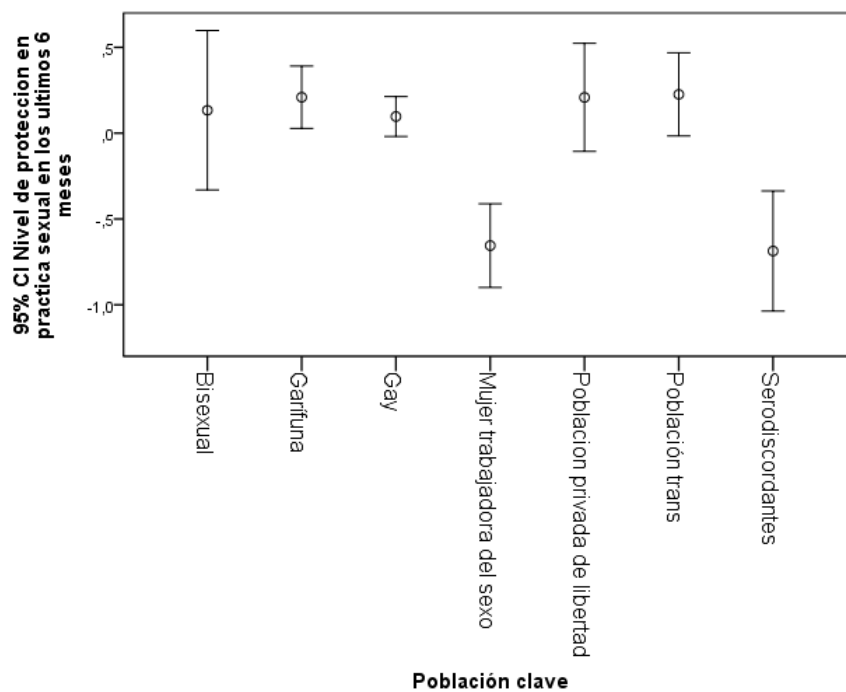
En el gráfico # 5 encontramos los resultados del análisis factorial para el factor **Percepción de la sexualidad**, realizado por población clave, utilizando el IC-95%, ver detalles a continuación.

Gráfico 6. Análisis Factorial. Patrones para seleccionar la pareja

Base de datos del Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes, Honduras de junio-noviembre de 2021.

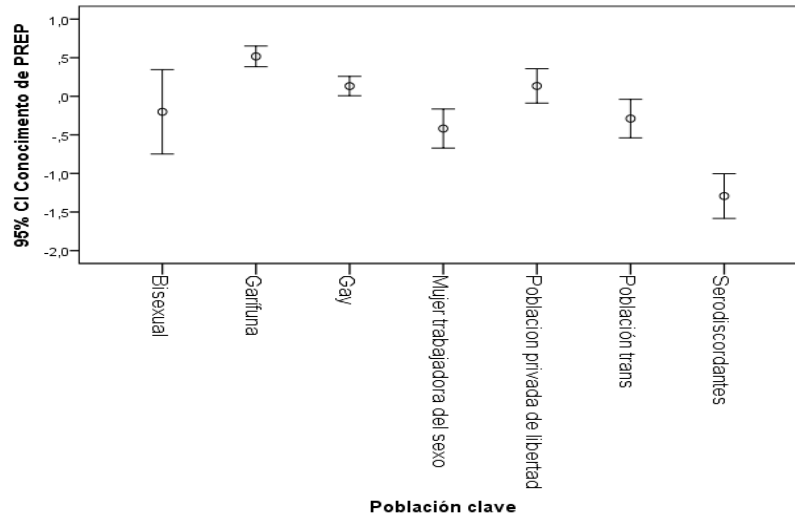
En el gráfico # 6 encontramos los resultados del análisis factorial para el factor **Patrones para seleccionar la pareja**, realizado por población clave, utilizando el IC-95%, ver detalles a continuación.

Gráfico 7. Análisis Factorial. Protección en práctica sexual en los últimos 6 meses por población clave



Base de datos del Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes, Honduras de junio-noviembre de 2021.

En el gráfico # 7 encontramos los resultados del análisis factorial para el factor **Protección en práctica sexual en los últimos 6 meses, realizado** por población clave, utilizando el IC-95%, ver detalles a continuación.

Gráfico 8. Análisis Factorial. Conocimiento PrEP por población clave

Base de datos del Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes, Honduras de junio-noviembre de 2021.

En el gráfico # 8 encontramos los resultados del análisis factorial para el factor **Conocimiento PrEP, realizado** por población clave, utilizando el IC-95%, ver detalles a continuación.

11.3 Resultados Estudio Prueba piloto PrEP y Autotest

11.3.1 Presentación

PrEP ha demostrado ser eficaz, los estudios en población clave HSH han sido prometedores más con relación a PrEP a demanda, aunque la recomendación actual por falta de evidencia suficiente para el resto de población es la PrEP diaria.

El Estudio Piloto PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes es un esfuerzo colaborativo que aúna grupos organizados, miembros de población clave, autoridades sanitarias y personal capacitado en consejería e investigación con el objetivo de aportar evidencia actualizada sobre PrEP y Autotest, fundamental en la implementación de PrEP con proveedores público y privados.

A continuación, presentamos tablas y gráficos que sintetizan los resultados de:

1. Encuesta de adherencia ahondando en la percepción de costos, adherencia farmacológica, efectos secundarios por población clave. (Tabla)
2. Encuesta de adherencia por población clave. (Tabla)

3. Gráficos Encuesta de adherencia Prueba Piloto PrEP y Autotest acerca de percepción de los costos de medicamentos por población clave. (Gráfico 10)
4. Gráficos Encuesta de adherencia Prueba Piloto PrEP y Autotest acerca de percepción de efectos secundarios de PrEP por población clave. (Gráfico 11)
5. Gráfico Encuesta de adherencia Prueba Piloto PrEP y Autotest acerca de efectos secundarios de PrEP: Boca seca, por población clave. (Tabla 12)

11.3.2 Principales resultados

Continuando con el análisis realizado de la información obtenida del estudio CAP, se realizó el análisis de variables, detallando los resultados en: media, mediana, IC-95% y DP, en la tabla #10 y 11 se encuentran los resultados para la población clave Garífuna, Gay, (tabla #10) MTS, PPL, TRANS (tabla 40), Serodiscordante se encontró diferencia estadísticamente significativa en relación con las siguientes preguntas:

1. ¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: a pesar de que los medicamentos son muy caros? *
2. ¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: cuando el medicamento te está causando efectos secundarios leves? *
3. ¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: incluso si hace que tengas la boca seca? *

Tabla 40. Encuesta de Adherencia, Estudio Prueba Piloto para PrEP y Autotest, por Población clave: Garífuna, Gay, MTS junio a noviembre de 202114

Parámetros	GARÍFUNA					GAY				MUJER TRABAJADORA DEL SEXO					
	MEDIA	MEDIANA	IC 95% DE MEDIA		DP	MEDIA	MEDIANA	IC 95% DE MEDIA		DP	MEDIA	MEDIANA	IC 95% DE MEDIA		DP
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: a tiempo	8,17	10,00	7,06	9,29	2,57	10,00	10,00	10,00	10,00	,00	8,39	9,50	7,17	9,61	2,45
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo estás en casa?	8,96	10,00	8,27	9,64	1,58	10,00	10,00	10,00	10,00	,00	8,11	9,00	6,84	9,39	2,56
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿a pesar de que las píldoras pueden ser grandes y difíciles de tragar?	8,30	10,00	7,39	9,22	2,12	9,95	10,00	9,86	10,05	,21	7,94	8,50	6,70	9,19	2,51
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿a pesar de que los medicamentos son muy caros? *	5,35	5,00	4,14	6,55	2,79	9,59	10,00	9,09	10,10	1,14	4,67	4,00	3,00	6,33	3,34
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: en ausencia de ayudas de programación (por ejemplo, caja de píldoras, ¿calendarios)?	8,22	10,00	7,22	9,21	2,30	10,00	10,00	10,00	10,00	,00	7,39	8,00	5,96	8,82	2,87
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo nadie te ayuda a prepararte?	8,43	10,00	7,56	9,31	2,02	9,91	10,00	9,72	10,10	,43	7,67	8,00	6,40	8,93	2,54
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: mientras estas en el trabajo?	8,13	9,00	7,19	9,07	2,18	9,77	10,00	9,30	10,25	1,07	6,94	7,50	5,48	8,41	2,94

14 Diferencia estadísticamente significativa

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

Parámetros	GARÍFUNA				GAY				MUJER TRABAJADORA DEL SEXO						
	MEDIA	MEDIANA	IC 95% DE MEDIA	DP	MEDIA	MEDIANA	IC 95% DE MEDIA	DP	MEDIA	MEDIANA	IC 95% DE MEDIA	DP			
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿durante el fin de semana?	8,00	10,00	6,76	9,24	2,86	9,86	10,00	9,66	10,07	,47	7,67	8,00	6,39	8,94	2,57
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: cuando el medicamento te está causando efectos secundarios leves? *	6,39	7,00	5,10	7,68	2,98	9,64	10,00	9,26	10,01	,85	5,78	5,50	4,10	7,45	3,37
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿incluso si hace que tengas la boca seca? *	7,13	8,00	5,75	8,51	3,18	9,86	10,00	9,71	10,02	,35	6,94	7,50	5,46	8,43	2,98
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: cuando te sientes muy saludable?	9,13	10,00	8,50	9,76	1,46	10,00	10,00	10,00	10,00	,00	8,00	10,00	6,51	9,49	2,99
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo se prescribe para ser tomado con mucha agua?	8,48	10,00	7,55	9,41	2,15	10,00	10,00	10,00	10,00	,00	7,94	9,50	6,50	9,39	2,90
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: cuando el tiempo de ingesta no coincide con sus horarios de comida?	8,26	9,00	7,34	9,18	2,14	9,91	10,00	9,78	10,04	,29	7,06	8,00	5,30	8,81	3,52
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo estás en medio de un proyecto?	8,26	9,00	7,29	9,23	2,24	9,91	10,00	9,78	10,04	,29	7,56	8,50	6,14	8,97	2,85
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: cuando el medicamento te da un dolor de estómago leve?	6,61	7,00	5,40	7,82	2,79	9,59	10,00	9,24	9,94	,80	5,50	5,50	3,76	7,24	3,50

Resultados del estudio

Parámetros	GARÍFUNA					GAY					MUJER TRABAJADORA DEL SEXO				
	MEDIA	MEDIANA	IC 95% DE MEDIA		DP	MEDIA	MEDIANA	IC 95% DE MEDIA		DP	MEDIA	MEDIANA	IC 95% DE MEDIA		DP
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo nadie te recuerda el momento en que debes tomar la medicación?	7,87	10,00	6,65	9,09	2,82	9,77	10,00	9,47	10,08	,69	7,67	8,00	6,31	9,02	2,72
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: cuando tienes visitas en casa?	8,43	10,00	7,52	9,35	2,11	10,00	10,00	10,00	10,00	,00	7,61	8,50	6,17	9,05	2,89
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿después de que te has enfadado mucho con un amigo?	8,35	9,00	7,48	9,22	2,01	9,55	10,00	8,60	10,49	2,13	7,72	8,00	6,38	9,06	2,70
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo estás sufriendo?	7,52	8,00	6,46	8,58	2,45	9,14	10,00	8,17	10,11	2,19	7,17	8,50	5,54	8,80	3,28
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿mientras ves un programa emocionante en la televisión?	8,48	10,00	7,62	9,33	1,97	9,55	10,00	8,60	10,49	2,13	7,67	8,00	6,32	9,01	2,70
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo te sientes muy enfermo?	7,26	7,00	6,40	8,12	1,98	9,23	10,00	8,27	10,18	2,16	6,39	7,00	4,67	8,10	3,45
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo te sientes muy triste?	8,04	8,00	7,22	8,86	1,89	9,23	10,00	8,22	10,23	2,27	7,22	8,00	5,62	8,83	3,23

Base de datos del Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes, Honduras de junio-noviembre de 2021. * Diferencia estadística.

Tabla 41. Encuesta de Adherencia, Estudio Prueba Piloto para PrEP y Autotest por Población clave: PPL, TRANS, Serodiscordante junio a noviembre de 2021

PARÁMETROS	POBLACIÓN PRIVADA DE LIBERTAD					POBLACIÓN TRANS					SERODISCORDANTES				
	MEDIA	MEDIANA	IC 95% DA		DP	MEDIA	MEDIANA	IC 95% DA		DP	MEDIA	MEDIANA	IC 95% DA		DP
			MEDIA	DP				MEDIA	DP				MEDIA	DP	
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: a tiempo	9,45	10,00	9,08	9,83	1,06	9,96	10,00	9,88	10,04	,20	9,40	10,00	8,50	10,30	1,26
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo estás en casa?	9,45	10,00	9,07	9,84	1,09	10,00	10,00	10,00	10,00	,00	9,30	10,00	8,23	10,37	1,49
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿a pesar de que las píldoras pueden ser grandes y difíciles de tragar?	9,27	10,00	8,86	9,68	1,15	9,88	10,00	9,63	10,13	,60	8,90	10,00	7,86	9,94	1,45
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿a pesar de que los medicamentos son muy caros? *	6,45	5,00	5,18	7,73	3,59	8,32	10,00	7,04	9,60	3,09	6,10	7,00	4,43	7,77	2,33
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: en ausencia de ayudas de programación (por ejemplo, caja de píldora, ¿calendarios)?	9,03	10,00	8,38	9,68	1,85	9,80	10,00	9,51	10,09	,71	9,30	10,00	8,40	10,20	1,25
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo nadie te ayuda a prepararte?	9,00	10,00	8,39	9,61	1,73	9,96	10,00	9,88	10,04	,20	9,10	10,00	8,06	10,14	1,45
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿mientras estas en el trabajo?	8,97	10,00	8,34	9,60	1,78	10,00	10,00	10,00	10,00	,00	8,60	8,50	7,58	9,62	1,43
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿durante el fin de semana?	9,30	10,00	8,71	9,89	1,67	10,00	10,00	10,00	10,00	,00	8,90	10,00	7,66	10,14	1,73

Resultados del estudio

PARÁMETROS	POBLACIÓN PRIVADA DE LIBERTAD					POBLACIÓN TRANS					SERODISCORDANTES				
	MEDIA	MEDIANA	IC 95% DA		DP	MEDIA	MEDIANA	IC 95% DA		DP	MEDIA	MEDIANA	IC 95% DA		DP
			MEDIA	DP				MEDIA	DP				MEDIA	DP	
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo el medicamento te está causando efectos secundarios leves? *	5,94	7,00	4,91	6,97	2,91	9,24	10,00	8,48	10,00	1,83	7,90	8,00	6,76	9,04	1,60
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿incluso si hace que tengas la boca seca? *	6,97	8,00	5,92	8,02	2,95	9,48	10,00	8,93	10,03	1,33	8,20	8,00	6,99	9,41	1,69
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo te sientes muy saludable?	9,39	10,00	8,76	10,03	1,80	10,00	10,00	10,00	10,00	,00	9,40	10,00	8,50	10,30	1,26
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo se prescribe para ser tomado con mucha agua?	9,48	10,00	9,07	9,90	1,18	9,92	10,00	9,75	10,09	,40	9,40	10,00	8,50	10,30	1,26
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo el tiempo de ingesta no coincide con sus horarios de comida?	9,18	10,00	8,58	9,79	1,70	9,88	10,00	9,70	10,06	,44	9,10	10,00	8,06	10,14	1,45
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuando estás en medio de un proyecto?	9,09	10,00	8,67	9,51	1,18	9,84	10,00	9,64	10,04	,47	8,80	9,00	7,92	9,68	1,23
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo el medicamento te da un dolor de estómago leve?	7,09	7,00	6,05	8,13	2,94	9,00	10,00	8,04	9,96	2,33	7,20	7,00	5,86	8,54	1,87
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo nadie te recuerda el momento en que debes tomar la medicación?	9,18	10,00	8,58	9,78	1,69	9,84	10,00	9,58	10,10	,62	8,50	9,50	6,98	10,02	2,12
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuando tienes visitas en casa?	8,94	10,00	8,31	9,57	1,77	9,92	10,00	9,75	10,09	,40	8,80	10,00	7,55	10,05	1,75

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

PARÁMETROS	POBLACIÓN PRIVADA DE LIBERTAD					POBLACIÓN TRANS					SERODISCORDANTES				
	MEDIA	MEDIANA	IC 95% DA		DP	MEDIA	MEDIANA	IC 95% DA		DP	MEDIA	MEDIANA	IC 95% DA		DP
			MEDIA	DP				MEDIA	DP				MEDIA	DP	
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿después de que te has enfadado mucho con un amigo?	9,15	10,00	8,53	9,77	1,75	9,60	10,00	8,77	10,43	2,00	8,90	10,00	7,76	10,04	1,60
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo estás sufriendo?	8,48	9,00	7,81	9,16	1,91	8,68	10,00	7,51	9,85	2,82	8,50	8,50	7,42	9,58	1,51
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿mientras ves un programa emocionante en la televisión?	9,48	10,00	9,20	9,77	,80	9,36	10,00	8,51	10,21	2,06	9,10	10,00	8,18	10,02	1,29
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo te sientes muy enfermo?	8,27	9,00	7,55	9,00	2,05	8,48	10,00	7,31	9,65	2,84	7,00	7,50	5,49	8,51	2,11
¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo te sientes muy triste?	8,94	10,00	8,23	9,65	2,00	9,20	10,00	8,34	10,06	2,08	8,60	10,00	7,24	9,96	1,90

Base de datos del Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes, Honduras de junio-noviembre de 2021. * Diferencia estadística.

Gráfico 9. Encuesta de Adherencia Piloto PrEP y Autotest, acerca de percepción de costos de medicamentos por población clave.

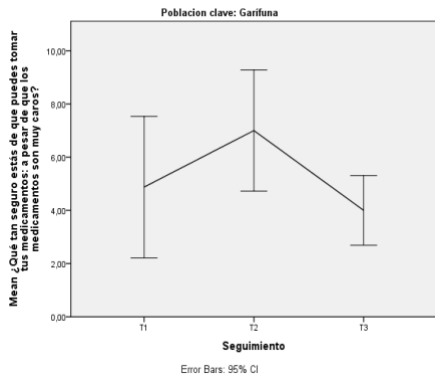


Gráfico 9a

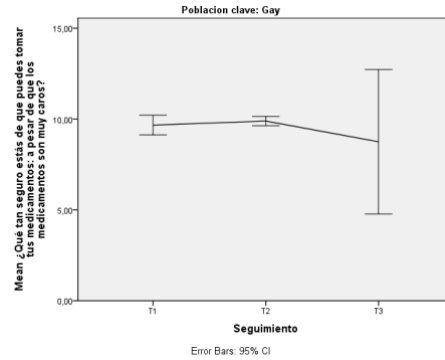


Gráfico 9b

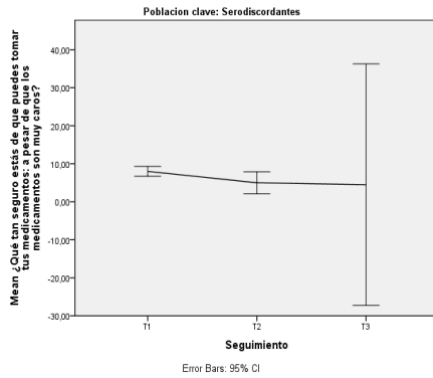


Gráfico 9c

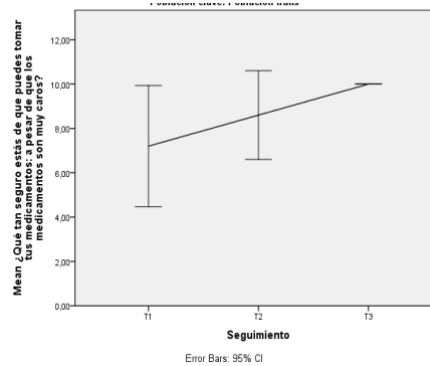


Gráfico 9d

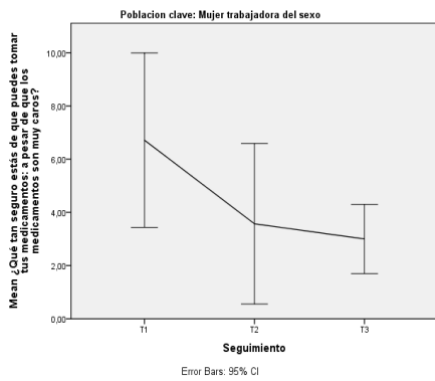


Gráfico 9e

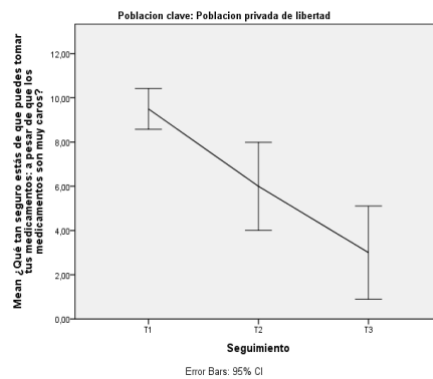


Gráfico 9f

Base de datos del Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes, Honduras de junio-noviembre de 2021.

Se realizaron gráficos de línea de tiempo, Gráfico # 9, uno por cada mes del seguimiento, para evaluar **Adherencia Piloto PrEP, para percepción de costos de medicamentos según población clave:** *“¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos a pesar de que los medicamentos son muy caros?”* A continuación, se detalla en el gráfico 9a Población Garífuna, 9b Población Gay, 9c Población Serodiscordante, 9d Población trans, 9e Población MTS, 9f Población PPL. No existe diferencia entre las poblaciones.

Gráfico 10 Encuesta de Adherencia Piloto PrEP y Autotest, acerca de percepción de efectos secundarios de la PrEP por población clave.

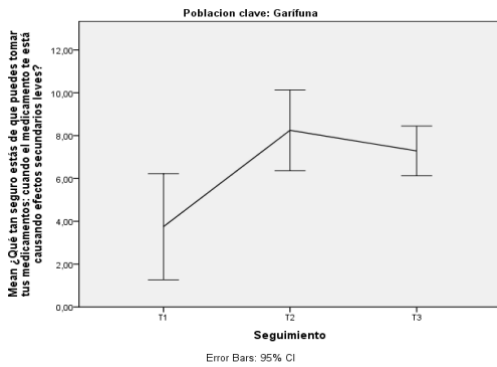


Gráfico 10a

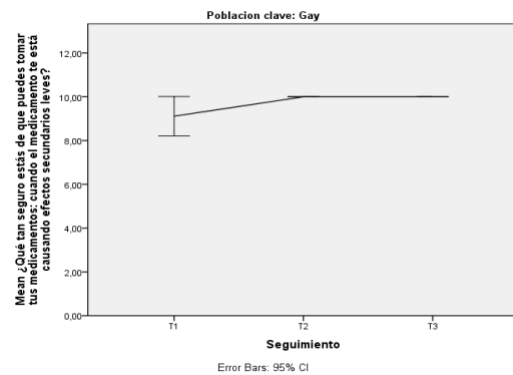


Gráfico 10b

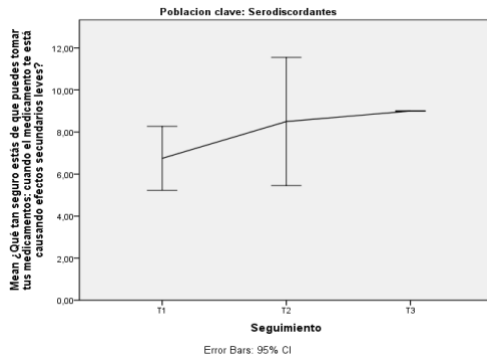


Gráfico 10c

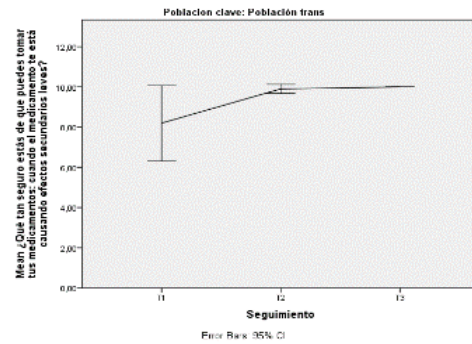


Gráfico 10d

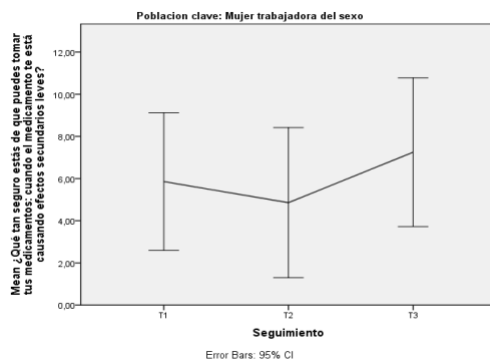


Gráfico 10e

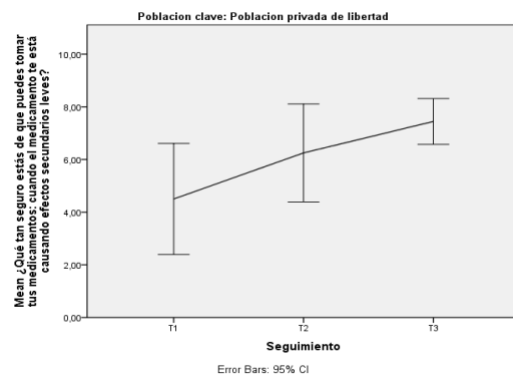


Gráfico 10f

Base de datos del Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes, Honduras de junio-noviembre de 2021.

Se realizaron gráficos de línea de tiempo, Grafico # 10, uno por cada mes del seguimiento, para evaluar **Adherencia Piloto PrEP, para percepción de efectos secundarios leves de la PrEP según población clave:** *“¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos cuando el medicamento te está causando efectos secundarios leves?”* A continuación, se detalla en el grafico 10a Población Garífuna, 10b Población Gay, 10c Población Serodiscordante, 10d Población trans, 10e Población MTS, 10f Población PPL. No existe diferencia entre las poblaciones.

Gráfico 11. Encuesta de Adherencia Piloto PrEP y Autotest, acerca de percepción de efectos secundarios de la PrEP: boca seca por población clave.

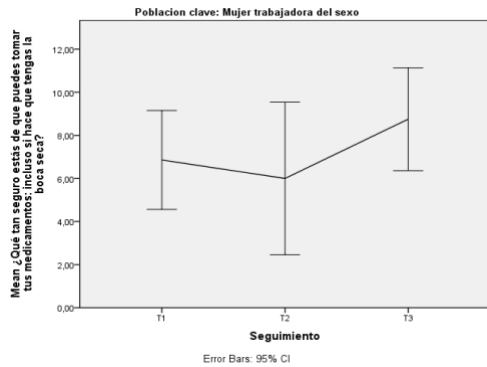


Gráfico 11a

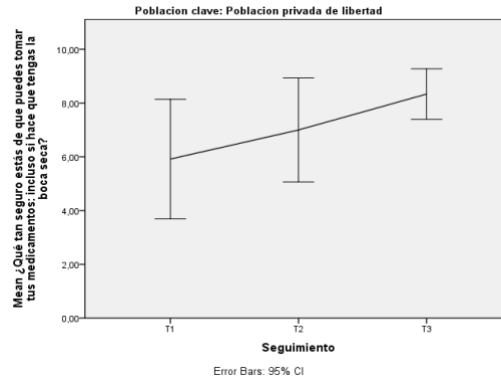


Gráfico 11a

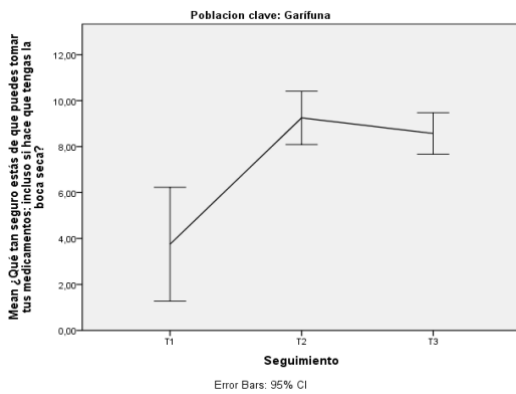


Gráfico 11a

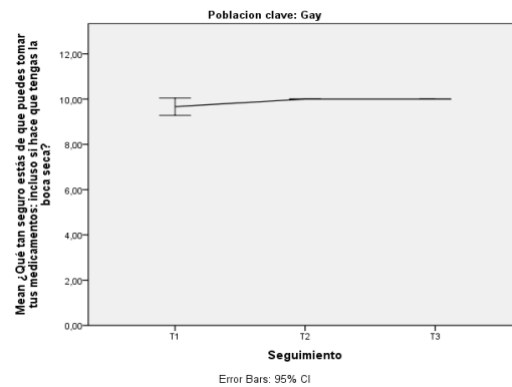


Gráfico 11a

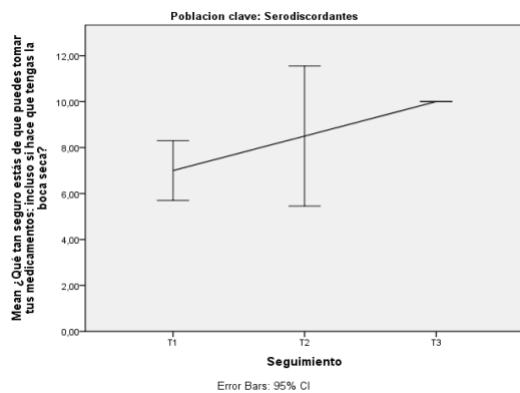


Gráfico 11a

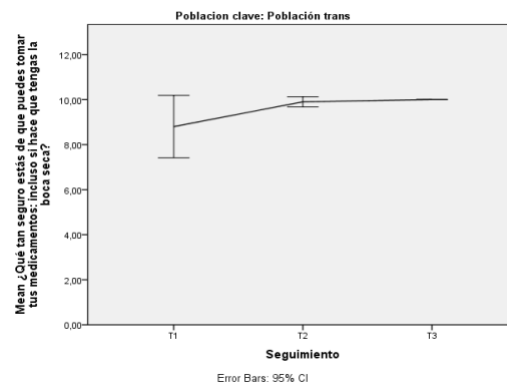


Gráfico 11a

Base de datos del Estudio Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre PrEP y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes, Honduras de junio-noviembre de 2021.

Se realizaron gráficos de línea de tiempo, Grafico # 11, uno por cada mes del seguimiento, para evaluar **Adherencia Piloto PrEP, para percepción de efectos secundarios leves como boca seca según población clave:** *“¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos incluso si hace que tengas la boca seca?”* A continuación, se detalla en el grafico 11a Población Garífuna, 11b Población Gay, 11c Población Serodiscordante, 11d Población trans, 11e Población MTS, 11f Población PPL. No existe diferencia entre las poblaciones.

11.4 Resultados Estudio Cualitativo: Perspectiva del Usuario.

11.4.1 Presentación

Esta investigación cualitativa del estudio de factibilidad económica, conocimiento, actitudes, mitos y creencias sobre Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest, ha sido realizada con base en entrevistas semi estructuradas a poblaciones clave y vulnerabilizadas, actores con poder de decisión, actores que realizan incidencia política, prestadores de servicios de ITS-VIH y actores clave. El principal hallazgo es el acuerdo generalizado sobre la necesidad y aceptación de implementar PrEP y Autotest en Honduras, porque mejoraría la capacidad de atención del Sistema Público de Salud a personas con VIH y, por supuesto, elevaría su calidad de vida.

El estudio muestra el desarrollo y resultados del estudio con metodología cualitativa que buscó recopilar, organizar y analizar información sobre el conocimiento y percepción que tienen: las poblaciones claves y vulnerabilizadas, sobre el Autotest y Profilaxis Pre exposición (PrEP) como estrategias de prevención de VIH que contribuirán a un diagnóstico de forma temprana y oportuna que garantice el acceso a terapia antiretroviral para lograr la supresión de carga viral lo que servirá de base para orientar a tomadores de decisiones del ente rector de salud a analizar la factibilidad de la implementación de Autotest en el país. Esperamos que el presente documento facilite un panorama para la comprensión de la factibilidad de implantación de Autotest y PrEP para contribuir con el continuo de la atención en VIH.

11.4.2 Población entrevistada

Perfiles de agentes tomadores de decisión

Doctor Nery Cerrato, viceministro de la Secretaría de Salud, SESAL

Es médico pediatra formado por la UNAH enfocado, primeramente, en las dinámicas asistenciales. Actualmente este actor con poder de decisión actúa en el área administrativa como parte del equipo de conducción superior de la Secretaría de Salud. Desde 2005 es funcionario público en la Secretaría de Salud, el 18 de junio de 2019 fue nombrado Viceministro de Salud. Ocupa un lugar en la subsecretaría de presupuesto e inversiones, que se encarga de la planificación, ejecución, monitoreo y seguimiento de todos los proyectos de inversión relacionados con fondos nacionales y con cooperación externa en el campo de la Secretaría. Es líder de equipos nacionales en temas epidemiológicos, ampliación del programa de inmunizaciones y ha trabajado en gestión de proyectos financiados por entidades nacionales y fondos de cooperación externa.

Dr. Elvia María Ardón, directora general de Normalización de la Secretaría de Salud

Es una agente con poder de decisión Actúa como secretaria técnica de la Comisión Nacional de VIH-SIDA (CONASIDA) y es también la presidenta del Mecanismo Coordinador de País (MCP) una instancia que se encarga de la gestión de estrategias y políticas para la elaboración, diseño, presupuesto, e implementación de la propuesta de país, en consonancia con las políticas nacionales de país con relación a los temas de VIH/sida, Tuberculosis y Malaria.

Dra. Gloria Maribel Guevara Mejía, coordinadora del Centro de Atención Integral SAI de Roatán

Formada como médico general, integrante de OFRANEH- organización Fraternal Negra de Honduras y es Coordinadora del Centro de Atención Integral- SAI de Roatán, es una agente prestadora de servicios de salud integral. Como integrante de OFRANEH desarrolla tareas de defensa de los derechos de negros garífunas, apoyo para estudio y procesos de recuperación de tierras. Como coordinadora del SAI es responsable por el buen funcionamiento del SAI: rendición de informes sobre pacientes, su estado de salud y el estado del stock de insumos del Centro. Ella es responsable por la coordinación de equipo de trabajo dentro del Centro y a los visitantes de pacientes que se distribuyen por la región. Finalmente, la Dra. Guevara además de atender pacientes, orienta las consejerías para VIH y reuniones especiales en caso de no adherencia o desistencia de pacientes con VIH.

Dra. Xiomara Bú, Coordinadora de la Asociación Foro Nacional de Sida, FOROSIDA

Doctora en Filosofía con especialización en Epistemología, Ética y Derechos Humanos. Coordinadora de la Asociación Foro Nacional de Sida. Es poetisa e integrante del Comité de Bioética de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Esta agente que realiza incidencia política es consultora del Instituto de investigaciones y gestión social INIGES. Propietaria en representación del FOROSIDA ante el consejo político decisorio de la CONASIDA, y consultora en temas vinculantes a Derechos Humanos, Género y Políticas Públicas. Gestiona la interlocución con población de mujeres víctimas sexuales, mujeres migrantes y retornadas y víctimas de violencia obstétrica, como integrante de FOROSIDA dialoga con las estructuras de gobierno para implementar política pública relacionada con VIH. FOROSIDA es una organización de la sociedad civil que realiza acciones de incidencia política y promoción de DDHH en el país.

Arianna Michelle Díaz Gómez, Educadora Asociación Kukulcán.

Actualmente es pasante universitaria en la carrera de trabajo social de la UNAH, allí tiene función de prevención de VIH y otras ITS, promoción de derechos humanos y funge como técnica en la toma de pruebas rápidas de sífilis y VIH. Esta agente que realiza incidencia política y es representante de población clave y educadora de la Asociación Kukulcán trabaja como técnica en educación, consejera basada en riesgo, tamizaje o la toma de la muestra rápida de VIH y sífilis, además, lidera las acciones de promoción de derechos humanos de personas LGBT.

Dr. Manuel Sierra Santos, docente universitario, UNAH.

Médico formado por la UNAH (Tegucigalpa, Honduras) e hizo Maestría y Doctorado en salud pública en la Harvard School of Public Health (Boston, Massachusetts, EUA). Este docente universitario de UNAH y experto en VIH define como su área de interés principal las enfermedades infecciosas y tropicales: ITS, VIH, tuberculosis, malaria, dengue, chikunguña, zika y actualmente participa en una comisión especial de asesoría para COVID-19, en paralelo al análisis de inequidades y desigualdades sociales. Además, es presidente de World Vision Honduras, e integra también la junta internacional de World Vision Internacional, es parte de la comisión que Prepara el Human Development Index de UNDP para 2021 y es subdirector de una organización cristiana que trabaja en zonas rurales remotas de Honduras.

Dr. Nasim Farach, CDC Oficina Regional Centroamérica.

Es salubrista y comunicador para el desarrollo. Tiene una maestría en Salud Pública y otra en Relaciones Internacionales y Desarrollo. Es un agente de cooperación externa que ha trabajado en el área de salud pública por casi 15 años principalmente con VIH en dos ejes. El primer eje es el de prevención y búsqueda activa de casos; el segundo eje es de monitoreo y evaluación de pacientes. Actualmente trabaja en la oficina regional para Centroamérica del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades- CDC es una agencia del gobierno de Estados Unidos que por medio de la División Global VIH y TB y el Centro de Salud Global hace presencia por fuera del país. También hace parte del equipo de PEPFAR- Plan de Emergencia del Presidente de los EE.UU. para el Alivio del SIDA.

Dr. Daniel Muralles Díaz, Especialista en gestión de proyectos VIH/SIDA. USAID Guatemala.

Es químico farmacéutico, desde el año 2000 trabaja con asuntos relacionados a VIH actualmente su función es en el área técnica y de contexto del país donde se implementan los proyectos de la agencia. Este agente de cooperación externa es el encargado de dar seguimiento a las acciones del programa de Prevención Combinada de VIH de USAID que es implementado por la organización PASMO/PSI. Esta organización guatemalteca se dedica al trabajo con Autotest y PrEP y actúa a nivel regional, incluyendo Honduras.

Dr. Mario Cooper- Representante de Global Communities

Desde hace 5 años, este agente de cooperación externa es el director de subvenciones del Fondo Mundial para Global Communities en Honduras, que actúa como el Receptor Principal para las subvenciones de Honduras. Ha trabajado en las Rondas del Fondo Mundial a partir de la 2a. Trabajó durante 9 años como director de proyectos sobre VIH en Angola con la PNUD.

Director de centros penales

Hubo un intento por entrevistar al director de centros penales para conocer la situación de la población en el sistema penitenciario, entender condiciones y necesidades en relación a prueba y tratamiento de VIH. Sin embargo, no fue posible por las restricciones que el cargo impone para dar entrevistas. Se recomienda que para una próxima oportunidad se busque de nuevo esta opinión, se

considera una limitante la no participación de actores clave relacionados con los servicios de prevención de VIH en PPL.

A continuación, se presenta una relación de los roles de las y los agentes entrevistados: Tomadores de decisión; Prestador de servicios de salud integral; Incidencia política y promoción de DDHH; Experto en VIH; Cooperación externa.

Perfiles de la población clave y vulnerabilizada

Como se describió anteriormente, las categorías poblacionales están sustentadas por los estudios y documentos orientadores de la República de Honduras, como el PENSIDA. Las personas entrevistadas fueron pre-seleccionadas por el equipo profesional y de campo en el país. Para respetar la identidad de las personas y el acuerdo de sigilo pactado entre este equipo de investigación y entrevistadas/os no se divulgarán sus nombres. Además, usamos el nombre social por el que la persona desea ser llamada, no usamos el nombre registrado en el documento de identidad. Consideramos que esta es una práctica de respeto y promoción de los derechos de la población entrevistada.

Población clave vulnerabilizada HSH- Hombres que tienen sexo con hombres

Es una población organizada y se ha venido vinculando a otras poblaciones LGBTI en sus acciones de defensa de derechos humanos, formación, capacitación y empoderamiento. Los entrevistados están ubicados en San Pedro Sula. Consideramos personas con formación profesional y militancia activa en el campo político y, personas con empleos informales sin participación activa.

Población clave vulnerabilizada Mujeres Transgénero

La población entrevistada es políticamente comprometida, se autodefinen como defensoras de derechos humanos, principalmente en la región de San Pedro Sula. Militantes del Colectivo Unidad Color Rosa, una agrupación de base Trans que trabaja en prevención de VIH y derechos humanos, una de las personas entrevistadas participa también de la organización de hombres gay, bisexuales, transexuales, asexuales e intersex- JADHES. Son personas con gran inestabilidad laboral y según sus relatos, normalmente no ganan más de un salario mínimo. Expresan ser parte de un grupo de riesgo por ser mujeres trans y por mantener relaciones con personas VIH positivo.

Población clave vulnerabilizada Población pareja serodiscordante

Las personas entrevistadas son empleados en empresas, con alguna participación en organizaciones civiles como Humanos en Acción de la comunidad gay y Copeixa (Comité Comunitario para la Prevención de Embarazos en Adolescentes). Han escuchado sobre CEPROSAF, una organización que se enfoca en el trabajo con personas de la comunidad LGBT, sin participar activamente en ella.

Población clave vulnerabilizada MTS- Mujeres trabajadoras sexuales

Esta es una población de difícil acceso, aunque se mostraron dispuestas a conversar con las investigadoras, era notable la incomodidad al responder a ciertas preguntas ya que fueron entrevistadas en el lugar donde ejercen el trabajo sexual. Además, las condiciones de conectividad en el lugar no eran las ideales y se perdía la señal, caminaban de un lado a otro o conversaban con la cámara apagada. Todo esto limita la cantidad de información recogida, pero nos indica, principalmente, que son personas altamente vulnerables y que la implementación de este estudio puede considerar estrategias específicas para estas mujeres trabajadoras sexuales.

Población clave vulnerabilizada garífuna

La población entrevistada es empleada en empresas y aunque no han realizado propiamente tareas vinculadas a organizaciones u ONG sí se preocupan por el bienestar de su comunidad, han fungido como líderes juveniles en ciertas ocasiones y reconocen las acciones de algunas agrupaciones como Gemelos de Honduras y de ODECO- organización de desarrollo étnico comunitario, tienen como foco el litoral atlántico del país, hace tareas de apoyo en educación, infraestructura y creación de microempresas.

11.4.3 Análisis gráfico de la muestra

Los agentes entrevistados se distribuyen de la siguiente manera: Entre los agentes entrevistados, cuatro personas se identificaron como mujeres, una persona como mujer Trans y cinco como hombres cis. Esto demuestra el aumento de la capacidad de decisión de las mujeres en temas cruciales sobre el manejo de la enfermedad e implementar futuramente políticas públicas que puedan ayudar a la población clave y más vulnerable de la sociedad a prevenir la enfermedad y los contagios por el virus.

Los agentes entrevistados se identifican mayoritariamente como mestizos siendo ocho personas mestizas y una garífuna. Es importante que todos los grupos étnicos estén representados en la muestra y lo que se puede ver es que las decisiones aún continúan estando apenas en los mestizos/blancos, faltando la representatividad de los grupos indígenas.

Por último, el vínculo laboral de los agentes entrevistados se distribuye así: dos están vinculadas a alguna organización no gubernamental, tres personas son funcionarias públicas y cuatro son funcionarios de agencias de cooperación internacional. Representantes de movimientos sociales no están representados en esta muestra.

11.4.4 La población clave y vulnerabilizada entrevistada en este estudio cualitativo está distribuida así:

Sobre el lugar de origen, siete personas afirmaron ser de San Pedro Sula, cuatro de La Ceiba y cuatro de Tegucigalpa. Dos personas se identificaron como garífunas y once como mestizas, la relación entre identidad étnica y salario se expresa con tres mestizos que ganan más de un salario mínimo vigente legal en 2021, los demás entrevistados ganan un salario mínimo vigente legal. Sobre la identidad sexual, tres personas se reconocen como mujeres Trans, cinco se auto identifican como hombres gais, dos como hombre heterosexual y tres mujeres. Finalmente, de la totalidad de la población entrevistada cinco no se consideran como parte de un grupo de riesgo y ocho se perciben como integrantes de un grupo de riesgo.

Esta información es relevante para orientar la factibilidad de la implementación de PrEP y Autotest. Se refieren a los datos de región con el fin de indicar dónde se localiza la incidencia de casos y los datos de ingreso mensual en consideración de una implementación que fortalezca el Sistema Público de Salud hondureño y tenga una orientación de derechos humanos que garantice el acceso igualitario a esta estrategia de prevención. La información relativa al grupo de riesgo es importante a la hora de entender las percepciones de la población clave y vulnerabilizada sobre su posición en la sociedad, las redes que conforman para crear prácticas de información y autocuidado.

11.4.5 Percepciones de los agentes tomadores de decisión

Agente prestador de servicios de prevención ITS/VIH afirma que "el sistema de salud en Honduras es bien complejo, [...] ya que no todo mundo tiene las posibilidades de venir al médico por falta de recursos. Aquí, en los hospitales, en los centros de salud no se cobra, se cobra una mínima cantidad de 5 lempiras, [...] pero alguna gente no lo tiene. [Aunque] los trabajadores sociales [...] ayudan para que los pacientes puedan recibir sus medicamentos y puedan recibir sus radiografías si la necesitan o exámenes. Claro que es bien difícil, pero tratamos de hacer lo mejor que se puede.

El sistema tiene sus deficiencias y las hemos ido pasando, mejorando, mejorando, pero igual es bien compleja la situación que se vive en el sistema de salud". A pesar de lo cual hacen esfuerzos por atender otras necesidades como la de alimentación, la Agente prestador de servicios de prevención ITS/VIH afirma que "cuando el paciente tiene algún problema [para abastecerse de alimentos] [...] se les hace una ayuda por medio de la municipalidad de Roatán".

Según la mirada crítica del experto en VIH el Sistema de salud hondureño "filosóficamente tiene muy buenos planteamientos, sin embargo, son conocidos casos de corrupción alta que hacen que los modelos no funcionen bien." El experto en VIH reconoce que algunos funcionarios del estado en ocasiones se oponen o dilatan el avance de los procesos de investigación, incluso "algunas veces complica los procesos.

Los coordinadores de ciertos programas centralizan el poder, y no es con el objetivo de generar bienestar social. No hubo un proceso planificado de cambio, a pesar de la buena propuesta de descentralizar la atención, Honduras concentró en dos ciudades sus Recursos Humanos: Tegucigalpa y San Pedro Sula. Dejando regiones sin recursos. Las transferencias monetarias no suceden, se está centralizado el manejo del presupuesto, a pesar de transmitir responsabilidades. Se reconoce que eran necesarios cambios fundamentales en el modelo de prestaciones de servicios". Por tanto, "deben existir mayores fiscalizaciones para los agentes que cumplen los roles de proveedor y regulador" para reducir la impunidad que se presenta.

Al observar el contexto actual, las consideraciones del agente con poder de decisión dan luces para entender la complejidad hondureña y la manera en que el Sistema de salud trata de responder a sus condiciones y necesidades. Una gran parte de la ejecución de presupuesto y tareas de su cargo se ha enfocado en atender a la pandemia por el COVID 19 y en dar alternativas a la atención presencial.

Sin embargo, "con el apoyo de otros organismos [la atención está] consolidada en los 60 centros de atención integral que tiene el país para el seguimiento de los pacientes que tienen la enfermedad, que conviven con ella y en consecuencia en las direcciones regionales de salud también tienen responsabilidades para poder estar en constante monitoreo, seguimiento y reporte de cómo avanzan los programas que están relacionados con VIH". Sin embargo, aún el cubrimiento es insuficiente "ante la dimensión [no conocemos] más de la mitad [...] de personas que conviven con VIH", por esto, también se apela a la Cooperación internacional, como programas y recursos del Fondo Mundial. Esto, afirma el agente con poder de decisión, "sin perder la autonomía; en adelante se debe aumentar el presupuesto para fortalecer la estrategia, incluso, conocer e implementar otros medios de diagnóstico y prevención".

El país ha sufrido las consecuencias de las condiciones del Sistema de Salud, continúa el agente con poder de decisión, "sin embargo tenemos una riqueza inconmensurable de recursos humanos extraordinarios que tiene el país en materia de salud, tenemos también personal que constantemente destaca en esta atención en manejo y en la investigación." Afirma que han mejorado bastante, es consciente de las lecciones aprendidas en Honduras y espera siempre tener más oportunidades para demostrar los avances en el país.

La mirada más analítica del experto en VIH reconoce los grandes esfuerzos que se hacen para atender la población hondureña, pero la tendencia actual de cambiar los modelos de salud y achicar el Estado, aunque pueden tener efectos positivos en cuanto a la mejor gestión del gasto, ha limitado programas que estaban bien posicionados en relación a VIH, como el trabajo con Derechos Humanos, trabajo con casos de transmisión madre-hijo, tratamiento retroviral, atención a niños. Además, los nuevos modelos no reconocen suficientemente las realidades rurales.

En ese sentido, el docente evalúa positivamente la intención de descentralizar el sistema público de salud, durante muchos años los recursos se concentraron en Tegucigalpa y en San Pedro Sula. "El Estado de Honduras sigue siendo el mayor proveedor de sistema de salud. El Buen Pastor es un modelo de prestación de servicio que incluyó la Iglesia, se enfocó en alta mortalidad materna y mortalidad infantil lograron reducirlas a casi a cero. Es un logro de una ONG." Este sirvió como modelo para descentralizar el sistema de salud y atender otros problemas como: pasivo laboral de la Secretaría de Salud, despido masivo de personal por incumplimiento de contrato, el insuficiente flujo económico hacia las áreas remotas, la vinculación de profesionales financieros para hacer el correcto flujo de caja (nómina, insumos, medicamentos). Finalmente, el experto en VIH afirma que es

necesaria también una efectiva supervisión de la región sanitaria (auditoría) y no una que tenga intereses políticos partidarios. "El modelo sirve, pero en buenas manos". Reconoce que existe una "fragilidad institucional".

Las experiencias de las agentes que realizan incidencia política son esclarecedoras porque ocupan una posición entre la institucionalidad nacional, la internacional y las poblaciones vulnerables organizadas o no. Una de las agentes, que es educadora, afirma que el sistema de salud es deficiente ya que su enfoque no es el de "salud integral de calidad" y, aunque exista una guía antidiscriminación para población claves y vulnerabilizada, ésta no es puesta en práctica.

Es imperativo hacer una reforma "humanitaria y humanista", como elocuentemente explica otra de las agentes, que es coordinadora de FOROSIDA, que ponga a las personas al centro del sistema de salud y no los indicadores. Ambas coinciden en un punto central para atender a las poblaciones y es que se deben observar primero a las personas sus condiciones y necesidades para que su relación con el sistema de salud no sea negativa. Ahora bien, centrándose en el tratamiento del VIH, hacer que esta relación sea "humanista" es uno de los pasos más importantes para generar adherencia y elevar la conciencia sobre la importancia de seguir las orientaciones médicas para el tratamiento de VIH.

La agente que realiza incidencia política, Coordinadora de Forosida, destaca la crisis de gobernanza y gobernabilidad que afecta al país en términos de derechos sociales, desempleo, aumento de la pobreza, problemáticas que se dan concomitantemente con la pandemia reciente por COVID- 19. En este escenario la Coordinadora argumenta que actualmente se vive la complejidad de 3 epidemias: COVID, VIH, violencia basada en género. Estos factores hacen una triangulación que implica ser más estratégicos y buscar escenarios más prospectivos para hacer que el estado gobierno escuche y no solo se monten procesos de proyectos internacionales para dar respuesta a las epidemias.

La agente que realiza incidencia política, que también es educadora, percibe que el Sistema de Salud del país es insuficiente en el área en la que ella se desempeña. Su percepción es que el sistema de salud necesita mayor atención y formación de profesionales con enfoque en derechos humanos para que la atención a la población vulnerable sea más eficiente. Además, frente a todas las demandas la inversión en salud aún parece poca, insiste en que las políticas públicas son insuficientes y en que no existe un sistema de salud integral de calidad y calidez, no hay políticas libres de

discriminación. En conclusión, son necesarios procesos de reestructuración del sistema para que sea eficiente, inclusivo e integral.

Otros factores que se apuntan de manera transversal sobre el Sistema de Salud en Honduras incluyen: institucionalidad frágil, reformas programáticas que pueden eliminar el programa de VIH en el país, no hay una orientación unificada y las acciones terminan siendo fragmentadas, como consecuencia no hay retrato completo del país. Finalmente, la reforma del sector salud hacia la privatización no es la mejor respuesta a la crisis de institucionalidad porque puede limitar aún más el acceso a la salud de la población.

Caso: Servicio de Atención Integrada- SAI Roatán

Es un centro donde trabaja un equipo de 6 personas fijas: dos auxiliares de enfermería, dos médicos, una farmacéutica y una microbióloga, "últimamente llegó una organización [USAID] que nos está apoyando, [por eso] también tenemos una psicóloga que va a estar el año [...], tenemos también visitadores de pacientes y un digitador". Esto les permite atender pacientes directamente en el SAI y en sus casas: "de los pacientes que están en abandono y en riesgo de abandono y están ahorita buscando pacientes NAC, [...] que significa que son los pacientes que están con carga viral altísima. Los estamos trayendo al consultorio con las psicólogas, preguntándoles el porqué de ese problema de su carga viral alta, ellos nos dicen qué está pasando y [se les hace seguimiento]" [...] "Pero si tenemos un paciente con carga viral alta de meses atrás independientemente que le hayamos cambiado el medicamento y persisten entonces lo mandamos a la mesa de ARV- Antirretroviral que queda en Tegucigalpa [...] allí es donde están los infectólogos". En algunos casos la Municipalidad paga el transporte y un salario para que puedan completar su tratamiento en la capital, lejos de su casa y trabajo.

En la región del litoral hay varios Centros de Atención Integral: Hospital de Roatán, Sésamo de los Fuertes y Ocrich, así como en las islas de Útila y Guanaja. El lugar que más concentra pacientes es el de Roatán. La situación de este centro es una clara expresión de la crítica levantada por el Profesor de la UNAH sobre la descentralización de tareas, pero no de presupuesto: " hemos visto que nos cuesta un montón [realizar las tareas], por ejemplo, si tenemos un paciente aquí en Roatán [...] que es VIH+ y tiene enfermedades oportunistas como toxoplasmosis o tuberculosis, entonces empieza con problemas de resistencia a tratamiento de esas enfermedades. Para tratarlo, tenemos que mandarlo a Tegucigalpa [al] Hospital de referencia [...] se llama el Instituto Cardiopulmonar, [...] yo

hago las referencias, así no vamos a tener ningún problema para que el paciente llegue al Instituto Cardiopulmonar y lo reciban allá."

Ahora bien, con base en el "Informe Estadístico de la Epidemia de VIH en Honduras" (FOROSIDA 2022) citado anteriormente, entendemos la alarma de la agente prestadora de servicios de prevención de ITS/VIH se refiere a que, "se ha aumentado el número de pacientes increíblemente, y algunos[...] no quieren estar aquí en la isla y prefieren irse a otros lugares de la costa, [...] a los departamentos de aquí de Honduras." Es decir, aún con la migración de pacientes el número de personas tratadas es alto. Ahora bien, desde el inicio de la pandemia la coordinadora ha constatado trayectorias de retorno y permanencia: "no podían salir de la Isla pues tenían que venir a buscar su medicamento aquí [...] más o menos 10 pacientes que comenzaron a venir a pedir su medicamento, esos eran los que estaban en otros lugares."

La migración llama la atención, ya que el primer motivo que se citó era la discriminación, no las condiciones económicas vividas. Se iban, relata la Coordinadora "porque no quieren que los discriminen. Según ellos viniendo aquí al hospital todo mundo se iba a dar cuenta que ellos tenían esa enfermedad. Entonces preferían irse para otros lugares, sin embargo, ya hemos tenido mucha gente que se ha venido de otros lugares que han venido al hospital."

Es notable que la función de coordinación no se atiene a tareas de gestión, vigilancia y evaluación. La agente prestadora de servicios de prevención de ITS/VIH realiza tareas de atención a pacientes, de orientación, visita a comunidades e, inclusive, ofrece charlas, conferencias y visitas a organizaciones y colegios. Ha atendido casos difíciles, "tenemos todo tipo de pacientes: pacientes alcohólicos, pacientes drogadictos y esos pacientes si son un problema para poder retenerlos en el tratamiento.

La mayoría de los pacientes ellos están con su medicamento y están conscientes de la situación, lógico [...] tenemos que hablar llevarlo al psicólogo y hablar con ellos, algunos sin necesidad de que uno los lleve al psicólogo ellos manejan su tratamiento muy bien." Se les explica cómo funciona el medicamento y la importancia de permanecer en el tratamiento, porque solo así "van a tener salud por mucho tiempo y van a ser útiles para ellos y sus familias".

El conocimiento de la agente prestadora de servicios de prevención de ITS/VIH es detallado, conoce las situaciones de cada paciente que se acerca al SAI, lo que la lleva a afirmar con preocupación que hay algunas personas que no vuelven, que no aceptan su enfermedad o que no tienen estructuras de apoyo ni de confianza "yo le digo que es importante que la familia lo sepa, al

menos un familiar de confianza, para que le pueda ayudar a resolver esa situación y evitar no tomarse la medicina".

De la misma manera, algunas iglesias, como la católica, apoyan a pacientes VIH para aceptar la enfermedad, para tomar el medicamento y asistir al centro de salud constantemente. Otras, al contrario, le dicen al paciente que el medicamento no es necesario y que la cura está solamente en la religión "pero eso no es así". Las escuelas también están divididas, algunas permiten que se realicen campañas de educación sexual y reproductiva y otras no.

Sobre las percepciones de los agentes tomadores de decisión tenemos dos cuestiones para resaltar: la participación de las Agencias de Cooperación y la atención diferenciada. Según el Viceministro de Salud, La Secretaría de Salud, no ejecuta directamente los recursos de Cooperación Internacional, sino que se le da el seguimiento y el monitoreo que desde la cooperación internacional o desde otras instancias apoyan a las labores de la Secretaría, siendo los propios organismos internacionales los que administran los fondos y la Secretaría los registra.

11.4.6 SAI y políticas públicas de atención

La Secretaría de Salud actúa en concordancia por lo dispuesto por la OMS, según esto, cada persona diagnosticada accede al tratamiento de antirretrovirales. También, el tratamiento es iniciado en la misma semana del diagnóstico. Las personas son encaminadas inmediatamente para alguno de los Servicios de Atención Integral (SAI), actualmente existen 64 servicios de Atención Integral distribuidos en los diferentes departamentos del país y hay, al menos, un SAI en cada departamento. Los lugares que representan más casos y, por lo tanto, mayores demandas en la atención al VIH son Tegucigalpa, en el departamento de Francisco Morazán en donde se presenta el mayor número de casos, seguida de San Pedro Sula, en el departamento de Cortés, luego Islas de la Bahía y Atlántida.

El trabajo también se ha enfocado en la reducción de la transmisión madre-hijo, cada mujer embarazada, independiente de su edad gestacional, es adherida para el tratamiento antirretroviral. Este tipo de transmisiones se ha venido reduciendo paulatinamente, hace apenas algunos años se presentaban de 10 a 12 casos, luego de 8 a 6 y actualmente la tasa está entre 2 a 4 bebés seropositivos, esto generalmente sucede porque las madres han llegado muy tarde al servicio para atención de su parto o no tuvieron ningún control prenatal, dificultando la protección del bebé. Existen también Servicios de Atención Integral en las tres ciudades principales del país para las personas privadas de libertad, porque es considerada una población de riesgo.

La prevalencia observada en el estudio hecho en cárceles ha sido de 1% en hombres y 0,8% en mujeres. Otro grupo considerado de alto riesgo es la población garífuna, entre ellos la incidencia es alrededor de 5% a 6% según el estudio de Encuesta de Vigilancia del Comportamiento Sexual (ECVC) realizado. La epidemia está concentrada en las llamadas poblaciones claves: hombres que tiene sexo con hombres, mujeres Trans, trabajadoras sexuales y la población garífuna.

Es en estos grupos poblacionales en donde se concentra la mayor cantidad de personas que se han podido captar. Se considera que hay, actualmente, unas 24.000 personas con VIH, de las cuales hemos podido captar apenas el 64% aproximadamente, la epidemia de COVID-19 ha interferido en el curso de las acciones que ya habían sido implementadas en el pasado, y que tenían como objetivo llegar a esta población que aún no se ha adherido al sistema de atención.

Existen estrategias que han sido implementadas, especialmente durante la pandemia del Covid-19, y con ayuda de las organizaciones de la sociedad civil para la búsqueda de casos, ya sea a través de internet, visitas domiciliarias, que permitan la captación de personas seropositivas y a su vez, estas personas ayudan conectando con otras, de modo que la red de contactos para llegar a esta población se expande, a pesar el escenario actual.

11.4.7 Alianzas con Cooperación Internacional

Considerando que el primer caso registrado en Honduras fue en el año 1985, es desde el 2002, que el Fondo Mundial empieza los programas de apoyo económico, a través de las subvenciones, para tres enfermedades VIH, Tuberculosis y Malaria. En el 2003 empezaron a ser introducidos los antirretrovirales en el país y en aquel momento el FM pagaba el 100% de los medicamentos. Actualmente, el 94% de las compras para VIH son hechas con fondos nacionales, eso representa 58 millones de lempiras ¹⁵ al año.

Existe un presupuesto dentro del país exclusivo para la respuesta al VIH, esto permite la compra de antirretrovirales (los de primera línea, principalmente), compras que se hacen a través del fondo estratégico de OPS. Existe también un porcentaje que es aportado por el Fondo Mundial, principalmente destinado para la adquisición de los medicamentos antirretrovirales de tercera línea. Además, hay un renglón presupuestario para la compra de insumos de laboratorio y, por supuesto, para el pago de las personas que brindan el servicio en los 64 puntos de Atención integral del país.

¹⁵En octubre de 2021, 58'000.000 de lempiras son USD 2'394.220,85.

El agente con poder de decisión explica que la Cooperación Internacional es un socio principal para el funcionamiento del sistema de salud de Honduras, participan de la mesa CESAR que es responsable por coordinar acciones entre el sistema de salud y los fondos de cooperación internacional. Actualmente enfocan su atención en las consecuencias de la pandemia de COVID 19, sin descuidar otros programas relacionados con malaria, tuberculosis y VIH que son objeto de programas financiados por USAID y por UNFPA- Fondo de las Naciones Unidas para Desarrollo y Población. Sobre el tema vale la pena aclarar, que la Secretaría "no maneja los fondos, nosotros [...] damos seguimiento y monitoreo a las acciones [...] si registramos esos fondos, pero no los administramos."

La SESAL solicita informes de rendición de cuentas, así como la realización de presentaciones públicas de esta información, es una entidad rectora que orienta los protocolos de investigación y gestión. El agente de cooperación externa explicó que, en Honduras, particularmente, ha habido mucha inversión en el fortalecimiento de los sistemas de salud. Igualmente se ha apoyado al comisionado de derechos humanos y se ha ampliado a la sociedad civil. Según el Doctor, el Fondo Mundial mantiene el 4% de todas sus inversiones en América Latina en lo que se refiere a VIH, TB y malaria, además de ofrecer fortalecimiento a los sistemas de salud. En los últimos años ha habido un fuerte componente en el tema de Derechos Humanos y de apoyo a poblaciones clave y vulnerabilizadas.

El foco en Derechos Humanos es el punto de partida del representante de CDC en Centroamérica. Su explicación se orientó a aclarar el marco de referencia de las acciones relacionadas con VIH y las acciones específicas de la organización que representa. El programa PEPFAR es una iniciativa interagencial financiada por fondos del gobierno de Estados Unidos para realizar actividades programáticas relacionadas con VIH. La iniciativa está compuesta por tres agencias que operan en Centroamérica: CDC, USAID y del Departamento de Defensa, cuya actividad se restringe al personal militar uniformado.

PEPFAR está presente en más de 50 países, la oficina de Centroamérica atiende a Honduras. Las líneas de trabajo son: Prevención – aquí entra PrEP –, provisión de un paquete especializado de servicios de prevención de VIH para población clave y vulnerabilizada, estrategias de vinculación inmediata a personas con diagnósticos recientes, promoción de la adherencia y la identificación temprana de personas que aun estando en tratamiento antirretroviral no están teniendo disminución de la carga viral. Las líneas de trabajo se desarrollan a nivel comunitario y de establecimiento de salud

y se ajustan a las condiciones de cada país. Además, explica el representante de CDC, su función es la de apoyo a la gestión de gobierno y las decisiones que cada uno toma es soberana.

11.4.8 Atención diferencial

El acceso a servicios y espacios de salud diferenciados es para las poblaciones clave un factor que indica el avance y la modernización del sistema de salud hondureño, si bien actualmente no funciona como las personas lo idealizan, ven allí el inicio de una transformación necesaria. Ya entre los tomadores de decisión hay un consenso de no generar espacios o procedimientos distintos de tratamiento de VIH para estas poblaciones ya que esto podría ser una nueva fuente de discriminación.

El experto en VIH indica que una de las tareas urgentes es descentralizar la atención, así se disminuyen costos y tiempos para acceder a los servicios y garantizar el servicio a poblaciones rurales. En particular, la gestora de la Asociación Kukulcán insiste en mejorar la logística del SAI aumentar el personal que atiende y analizar estrategias para situaciones particulares como la de migrantes y de desplazados que han tenido que abandonar el tratamiento por algún tiempo por situaciones ajenas a su voluntad.

Este punto de vista tiene eco en la opinión del agente con poder de decisión, para quien es principal fortalecer los Servicios de Atención Integral-SAI tanto en la distribución territorial como en infraestructura para que logren monitorear permanentemente a población VIH+ en todos los departamentos del país. La agente que realiza incidencia política, una de las organizaciones más importantes en el debate y la transformación social y política de Honduras para eliminar la discriminación, ella afirma que el sistema de salud es deficiente ya que su enfoque no es el de "salud integral de calidad" y, aunque exista una guía antidiscriminación para población claves y vulnerabilizada, ésta no se cumple.

Por su parte, el agente con poder de decisión reconoce que aún falta dar más y mejor atención a la población LGBT en Honduras. Es importante entender que no se trata de una falencia "del personal de salud, sino de la sociedad misma todavía existe discriminación con estos temas". En cuanto a la población étnica, el Viceministro indicó que la SESAL trabaja con un "abordaje inclusivo" y de acuerdo a los enfoques de UNICEF y del UNFPA. Ahora bien, al observar la situación de población LGBTI y población de Mujeres Transgénero debemos considerar la evaluación la agente que realiza incidencia política sobre los procesos de transformación hormonal. Estos deberían estar regulados por el sistema de salud, porque el uso de aceites y otras sustancias peligrosas y sin control sanitario

pueden generar la muerte o lesiones permanentes, haciendo de esta población mucho más vulnerable.

Los derechos de transformación de esta población deben ser contemplados sin discriminación. El hecho de que personas transgénero, especialmente mujeres, no cuenten con endocrinología para reemplazo hormonal, muchas veces por falta de hormonas y profesionales, hace que decidan ponerse aceite de avión, biopolímeros, aceites vegetales y minerales u oxitocina. Las ONG cuentan con médicos (sin ser endocrinólogo, pero con alguna experiencia) que asesoran a las personas transgénero sobre el funcionamiento y la importancia de la terapia hormonal. Ese servicio privado no es asequible para toda la población. Además, hay 5 o 4 endocrinólogos en Honduras que no necesariamente están formados para trabajar con población transgénero. La Secretaría de Salud debería asumir esta responsabilidad para evitar la automedicación o el uso de sustancias perjudiciales a la salud.

Al analizar el contexto del SAI de Roatán, la agente prestadora de servicios de prevención de ITS-VIH expresa claramente que la atención es universal y no debe discriminar. Para ella, quizás la orientación debe ser mejor dirigida para entender las condiciones particulares de los pueblos étnicos. Por ejemplo, la población garífuna tiene un alto porcentaje de personas VIH+ pero, ella explica, que muchas veces sus creencias no los llevan a buscar atención médica, sino en su propia cosmología.

Esta situación, que no es particular a Honduras, ha sido abordada de distintas maneras en los países latinoamericanos: en primer lugar, se reconocen distintas comprensiones de salud/enfermedad y cura, en segundo lugar, la información médica dialoga con el pensamiento negro e indígena e involucra procedimientos nativos en los procedimientos médicos. La agente prestadora de servicios de prevención de ITS- VIH reconoce que la comunidad es un pilar importante: "para mí, pues, son un pilar muy importante, tenemos que estar unidos y pendientes de estos pacientes". Es decir, que la familia y los espacios como las iglesias y la comunidad se deban involucrar en el cuidado de los pacientes para que se garantice mayor adherencia, frecuencia en la realización de pruebas, y para que no haya pacientes abandonados o en condiciones de desnutrición; en fin, que puedan vivir bien por más tiempo, como afirma la Doctora.

A este respecto, la agente que realiza incidencia política de Forosida es enfática: no hay tratamiento adecuado para la población étnica. Los reportes, al no hacer la diferenciación étnica, invisibilizan la situación en estos pueblos, lo que impide que se desarrolle una respuesta adecuada. La doctora reclama más estudios antropológicos adecuados y cambiar los estándares

epidemiológicos para comenzar a dar esta respuesta. Ella afirma que la organización francesa Médicos sin Fronteras ha dado una respuesta más efectiva que no impone la visión blanca ni la mestiza en el pueblo indígena. Un asunto que vale la pena observar en detalle es, según la entrevistada, que la población étnica portadora de VIH se reporta en El Salvador o en Guatemala y no en Honduras.

Sobre atención especializada, el experto en VIH considera que "las actividades de prevención y promoción que deberían ser comandadas por la Secretaria de Salud, no han sido efectivas". USAID trabaja con las poblaciones vulnerables (excepto presos). Pero las actividades de promoción son hechas por las entidades ONG, Fondo Mundial e inclusive las organizaciones de los grupos vulnerables. Es importante revisar cómo estos servicios y procesos necesitan ser promocionados. No hay una estrategia direccionada."

El experto en VIH concluye, "tampoco existen procesos claros que permitan entender las atenciones diferenciadas, porque además de pensar en los asuntos étnicos y LGBTI, otra población vulnerable a diversas situaciones, son aquellos que pertenecen a alguna pandilla (Maras, por ejemplo) dentro o fuera de la cárcel, estas personas tienen restricciones de movilidad derivadas de los controles de "territorios" ejercidos por las pandillas enemigas. No pueden acceder a determinado centro de salud porque su acceso a este lugar de la ciudad puede estar prohibido por pactos preestablecidos y fronteras invisibles. También es importante contemplar esto, pues es una población que puede tener un alto índice de contagio y transmisión, así como otras enfermedades."

Ahora bien, el agente de cooperación externa reconoció que la estrategia de las clínicas centinela, VICITS, ha sido exitosa para acoger y atender mejor a la población clave y vulnerabilizada. En el país existen alrededor de 700 establecimientos de salud de los cuales 7 son VICITS. La particularidad de estas clínicas es la atención por pares, coordinación con la sociedad civil para la atención extramuros, la adopción más efectiva de recomendaciones de la OMS, realización de pruebas de ITS y exámenes importantes la población clave y vulnerabilizada pero que no se realizan en todos los establecimientos de salud, por ejemplo, la detección de gonorrea y clamidia o la realización de colonoscopías dirigidas a población en alto riesgo. Quizás los lugares mejor equipados para introducir PrEP y Autotest sean estos.

11.4.9 Investigación sobre VIH/Sida

En relación con la investigación sobre VIH y la publicación de los resultados hay coincidencias en que si bien se han realizado valiosas investigaciones en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras no son suficientes. La educadora agente que realiza incidencia política afirma que hace falta investigación sobre enfermedades oportunistas. Al respecto el agente con poder de decisión explicó que la investigación se enfoca en el campo médico, algunas sobre seguridad alimentaria, saneamiento y han sido muy importantes para el país; sin embargo, lamenta que no se haya avanzado en el programa de atención primaria en salud familiar y comunitaria que buscaba una aproximación más detallada y multidisciplinar al tema de salud pública.

La agente que realiza incidencia política de FOROSIDA explica que las investigaciones deberían estar más presentes en el espacio público y que se hagan llegar a la comunidad, es decir que se realice una estrategia que garantice que las personas van a conocer y entender la información. Por otro lado, el experto en VIH llama la atención para el presupuesto destinado a la investigación, que es muy bajo y no permite continuar con un proceso que es largo y oneroso; pero, sin investigación es muy difícil que se haga un proceso de mejora paulatina del sistema de salud y del manejo de VIH en Honduras.

La Universidad Nacional Autónoma de Honduras lidera la investigación en el país en el área propiamente médica y por la Universidad Zamorano en el área de la nutrición y en la de agricultura. Los resultados se presentan en jornadas científicas realizadas anualmente, en algunos programas conducidos por los medios de comunicación, invitando a investigadoras e investigadores a dar entrevistas sobre estos temas. La universidad imprime un alto tiraje de libros, también se promueve la publicación en la revista científica del Colegio Médico. También hay resultados pragmáticos como la conformación de equipos multidisciplinarios para atender la salud familiar: "Son estudios de campo, epidemiológicos, de salud pública, que han sido muy importantes". Actualmente la tendencia es la implementación de "telesalud" y "telemedicina" para responder a las limitaciones impuestas por la pandemia.

Sin embargo, el panorama para el experto en VIH no es tan alentador: su larga experiencia académica y docente le permiten hacer una evaluación en términos de las dificultades que ha enfrentado históricamente. Por ejemplo, Honduras está entre los últimos países en los rankings de publicaciones científicas, no hay suficientes recursos humanos formados, él declara que "investigar es un milagro de Dios, un apostolado o ser masoquista, ser quijote contra muchos molinos de viento". Hay poco financiamiento, siempre se debe gestionar y hay poquísimas oportunidades como esta.

Estos trabajos se hacen públicos gracias a la gestión de la "Mesa de acompañamiento de proyectos", tiene representación multisectorial. En las reuniones se analizan los obstáculos y las formas de responder a ello, también se presentan, se analizan los proyectos para poder hacer seguimiento con recomendaciones.

Por otro lado, no hay profesionales dedicados al estudio de enfermedades oportunistas, excepto las más comunes como toxoplasmosis o tuberculosis. En general, hay poca investigación, esto se ha empeorado con el asunto del COVID porque el sistema inmunológico de las personas con VIH se ve afectado, sin investigación serán más afectadas. Sobre el resultado de las investigaciones al respecto, se puede decir que hasta cierto punto es información pública, conocida, pero se publica solo una vez y esto resulta insuficiente, hay que recalcar los resultados de estas investigaciones para que otras personas las conozcan, diariamente se confirman nuevos diagnósticos. El sector salud debe tener planes organizados para la difusión de estos datos porque sólo socializan una vez y no se hace seguimiento.

Otra crítica levantada viene de la agente que realiza incidencia política de FOROSIDA sobre la forma cómo se han llevado a cabo los estudios de VIH en el país. La Coordinadora recalca la invisibilización de la población de mujeres migrantes y sus familias, así como de la población indígena. Además, resalta la falta de programas para toda la ciudadanía, incluyendo población clave y vulnerabilizada, población en calle, maras y pandillas y organizaciones de naturaleza ilegal. Esto se debe a que en el país no se tienen estudios culturales para saber cuál es la población clave y vulnerabilizada. y, del mismo modo, hace énfasis en la falta de estudios antropológicos y culturales más generales sobre pueblos étnicos y VIH.

En esta misma línea de reflexión, el experto en VIH ha orientado las investigaciones a conocer distintas percepciones sobre el VIH. Estos trabajos parten de la premisa de que los derechos humanos sirven para la defensa de grupos vulnerables y son apoyados por el Fondo Mundial. El profesor ha coordinado proyectos de este tipo dentro y fuera de la universidad, además para dar respuesta a la falta de información detallada por poblaciones el profesor también ha producido estudios pioneros de caracterización epidemiológica del VIH y en los que ha buscado conocer distintas percepciones de la enfermedad entre poblaciones como la LGBTI y la privada de libertad, aunque ha dedicado más atención a la población garífuna. Las investigaciones se han enfocado en enfermedades crónicas no transmisibles y en las relaciones de salud y pobreza.

El profesor de la UNAH insiste en que es necesario romper con los modelos estereotipados de trabajo, e incrementar las investigaciones de prevalencia VIH con mujeres trabajadoras del sexo, hombres gay trabajadores en la calle. Así como contratar a población clave y vulnerabilizada para trabajar en las investigaciones. La inclusión activa de estas personas es importante para ampliar la capacidad de los estudios. Se necesita mucha inversión para profundizar estos trabajos, darles continuidad y hacer una divulgación efectiva. La divulgación es una de las fases más insuficientes del proceso.

Implementación de Autotest y PrEP

El agente con poder de decisión afirma que este estudio es pertinente y necesario. El agente de cooperación externa afirma que la estrategia PrEP es novedosa en Honduras, apenas se comenzó a escuchar sobre eso en la subvención 2016-2019. Lo que se viene ahora es normalizar, pues enfatiza que "si se va a implementar se debe normalizar". También resalta que hasta este año de 2021 el estudio se va a hacer con los recursos del Fondo Mundial y que el Ministerio de Salud está expectante para que sea normalizado. Además, existen algunas premuras en este proceso, porque ya hay algunos países en América Latina que ya se vienen implementando los resultados de los proyectos sobre PrEP con buenos resultados.

Para el agente con poder de decisión la "investigación debe concluir en que la hipótesis [...] verdadera es que la asimilación de la población para el uso de medicamentos profilácticos es aceptada y se pone en práctica especialmente en algunos grupos poblacionales que están en factores de riesgo" además, sobre el Autotest afirma que servirá para "poder identificar a todos los pacientes que tienen la enfermedad, que tienen el virus y no se dan cuenta [...] para nosotros sería relevante [...] detectar, hacer pruebas a probables pacientes [...] que no sabemos dónde están pero que están" para poder adecuar la estrategia a esa realidad concreta.

Además del subregistro, el acceso a tratamientos como PEP- profilaxis postexposición es limitado lo que debe ser subsanado y no puede ser repetido cuando se implemente la PrEP. Varias personas entrevistadas hicieron eco de las palabras de la educadora agente que realiza incidencia política, para el uso de PEP depende de un procedimiento largo y complicado, además sólo se usa para accidentes laborales, después de relaciones sexuales de riesgo y violaciones.

Es negativo porque, por ejemplo, en el caso de una persona que haya sufrido violación, el acceso a la PEP debe ser en las siguientes 72 horas y se le provee durante 30 días, como explica la agente

prestadora de servicios de prevención de ITS- VIH, además, para tener acceso al tratamiento la persona debe antes hacer una denuncia y luego acercarse al SAI. Para la coordinadora, esto tiene consecuencias graves porque muchas veces la persona no va por desconocimiento, sino porque no quiere denunciar o exponer al violador, o porque las condiciones de violencia son tan complicadas que impiden el acceso de la víctima al tratamiento. Este llamado de atención debe ser considerado para que el acceso a la profilaxis pos-exposición sea efectivo y adecuado a la población.

En cuanto al sistema de salud y política pública, el agente con poder de decisión recomienda que: "tenemos que fortalecer la estrategia de los servicios integrales de atención SAI [...], tiene que implementarse en todo el país, tiene que formar parte de la política pública en materia de salud para la identificación de pacientes que conviven con VIH o que tienen la enfermedad y que están en tratamiento. Deben también formar parte de los presupuestos nacionales en materia de salud para este fin de período y para los próximos 4 años del gobierno que asuma a partir de enero de 2022. [Es importante que] tenga un fortalecimiento presupuestario, [que sea] robusto y que además haya una [dirección con una relevancia especial] para este tipo de enfermedades ya infecciosas o crónicas".

La Dirección General de Normalización es la encargada de conducir los procesos normativos en salud y en los últimos tiempos se ha tenido bastante acercamiento con la sociedad civil porque ellos son quienes han presionado para la introducción de la PrEP, ya se había contemplado dentro del POA, que es el plan operativo que se tuvo con la subvención, dado que el propósito es hacer un pilotaje y, de este modo, poder ver cuál sería la respuesta. El estudio que la Universidad está realizando, va a fortalecer el proceso de toma de decisiones por parte de la SESAL, que permitan la creación de normas para la introducción de la PrEP en el país. Reconociendo que es una de las estrategias de prevención implementada en otros países y que ha dado muy buenos resultados.

La SESAL sigue esperando hacer este pilotaje especialmente por dos aspectos; uno para ver qué es lo que refleja este estudio de la PrEP y poder incluirlo efectivamente dentro del esquema de atención de la SESAL. Dos, considerando que la única entidad que compra medicamentos antirretrovirales de primera línea en el país es la SESAL y estos son proporcionados al Seguro Social; la compra de medicamentos de segunda y tercera línea es hecha tanto por la SESAL como por el Seguro Social, es importante considerar que con la introducción de la PrEP al país es la SESAL quien deberá hacer la compra, usando fondos nacionales y, de esta forma, proporcionar el medicamento a las poblaciones que van a demandar el uso de esta nueva estrategia y sobre todo de estos dos

medicamentos antirretrovirales. Honduras se ha demorado para la introducción de esta nueva estrategia de prevención.

En paralelo a la ampliación del servicio prestado en el SAI, la educadora agente que realiza incidencia política llama la atención para la estrategia de VICITS- Clínica Centinela de las ITS. El énfasis sobre la estrategia fue dado tanto por ella como por la población transgénero entrevistada, las demás personas se enfocaron en el SAI. La clínica VICITS -extramuros (vigilancia centinela) tiene una unidad de pruebas rápidas VIH y sífilis, pero no todas las organizaciones a nivel nacional cuentan con esta posibilidad. Están dictadas las políticas de atención diferenciada, pero no hay en todos los municipios del país. Las organizaciones no gubernamentales que trabajan con población vulnerable, como a la que ella pertenece, hacen una solicitud para que la cobertura sea mayor. Se necesita ampliar la cobertura en general, aunque, si no fuera por los organismos internacionales, la Secretaría de Salud no conseguiría cubrir todas las áreas, menos en el área de salud sexual y reproductiva.

El agente de cooperación externa enfatiza que PrEP es una orientación de la OMS, después del presente estudio el procedimiento es el de realizar las innovaciones necesarias en política pública, identificar dónde será ofrecido este servicio dentro de la red de establecimientos de la Secretaría de Salud, actualizar el manual de atención nacional y elaborar un manual de prestación de PrEP; en estos documentos será explicitado cómo será la administración de PrEP y Autotest. Claramente se privilegia el Sistema Público de Salud, aunque se considere al ámbito privado no es éste su principal objetivo; el principio rector es el de implementar políticas de salud pública.

La agente con poder de decisión afirma sobre el Autotest, por ejemplo, la prueba piloto permitirá reconocer cuál de los dos tipos de prueba existente van a ser utilizar, porque hay dos pruebas una oral y otra de sangre, en este pilotaje se va a identificar también si se van a implementar ambos tipos de pruebas o sólo una. Estamos esperando este estudio que nos va a permitir la toma de decisiones para que la SESAL pueda direccionar sus políticas públicas.

Hay una coincidencia entre las personas entrevistadas en que tanto PrEP como Autotest deben ser gratuitos, "fomentamos y difundimos [la entrega de esas] pruebas no de carácter comercial, sino que las tenga a disposición la SESAL, dar continuidad] consejería [...] Pienso que la primera fase sería elevar las iniciativas en la identificación de los casos de VIH [...] La segunda fase es la aplicación de tratamiento profiláctico para esta enfermedad. O sea, un enfoque integral un enfoque de ambas estrategias me parece que en Honduras lo necesitamos y lo necesitamos para ya."

El procedimiento que actualmente está vigente es explicada en detalle por la educadora agente que realiza incidencia política: Actualmente los usuarios llegan a la clínica, en parte porque la asociación hace campañas que convocan a la población, utilizando las redes sociales para alcanzar personas que tengan comportamientos de riesgo, para realizar las pruebas captan redes sociales, teléfono, etc., se agendan las citas para mantener las medidas de bioseguridad, algo muy importante por la pandemia, la persona llega y tiene tres etapas: preclínica y recepción (datos iniciales) consejería y conductas de riesgo y finalmente tamizaje médico general, se le entregan condones y lubricantes. Los resultados se entregan con código de confidencialidad, sólo para quien entrega diagnóstico y para el paciente. El Autotest permitiría ampliar la cobertura, pero es necesario que se haga junto con campañas educativas eficientes y un acompañamiento psicológico. La idea es que logremos disminuir cada vez más los contagios.

Para que se cumplan las expectativas de los agentes tomadores de decisión frente a la implementación de Autotest y PrEP, el agente con poder de decisión afirma que existen dos obstáculos: financiero y legal. Por un lado, se buscará profundizar en las alianzas con Cooperación Internacional, que ha disminuido porque ha centrado su interés en "otros problemas de carácter global, la crisis, el cambio climático" y por el otro debatir la formación de un "nuevo sistema nacional de salud que incorpore todos esos programas". Además, como indica el experto en VIH, se debe hacer una reforma al procedimiento burocrático, del nivel normativo y del nivel político. Es necesario hacer cambios en protocolos, capacitar a las personas que trabajan con pacientes VIH. Es importante también hacer un dictamen de regulación sanitaria y un cuadro básico de compras del país.

Los tomadores de decisión deben también conocer los estudios del medicamento PrEP para analizar su eficacia, ventajas y posibles efectos secundarios. La distribución del medicamento debe ser gratuita y en alianza con las organizaciones de población clave y vulnerabilizada que ya existen.

El agente de cooperación externa llama la atención sobre un punto importante: Para los tomadores de decisión es más claro PrEP que Autotest como estrategia de salud pública. Aunque hay muchas barreras generadas por el estigma que aún hoy tiene el VIH/SIDA, se ha avanzado en establecer la comprensión basada en derechos humanos para que las/los funcionarios públicos comprendan los servicios de atención a VIH como parte de sus responsabilidades de gobierno. Con PrEP se han superado algunas barreras, con Autotest no. Se considera que puede ser un bien que se puede vender en cualquier farmacia para el uso de cualquier persona – tal como funciona una prueba de embarazo – pero el objetivo es que Autotest entre en la lógica de la estrategia de prevención y

que la persona no deba pagar por ella. Otro punto que se debe esclarecer es que la autopueba no reemplaza la prueba que se puede realizar en un establecimiento de salud, principalmente porque allí se hacen las consejerías y porque estarían preparadas para vincular inmediatamente a personas con diagnósticos positivos.

En este sentido, para la agente prestadora de servicios de prevención ITS-VIH tanto PrEP como Autotest sumarían más herramientas para atender a la población, ella explicó a este equipo de investigación que "no lo han implementado todavía [...] el medicamento la PrEP. Tenemos el tratamiento post exposición si tenemos violaciones y si tenemos accidentes de trabajo. Acá damos ese medicamento por 30 días". "Me encantaría que llegara a usarse en todos los SAI claro que, con medidas, y capacitándonos a todos para poder aprenderlo y sería muy interesante e importante, me interesaría que se use. [He escuchado] que en Estados Unidos ya se usa, igual que en otros países; nosotros todavía no, pero creo que vamos a empezar a usarlo. "serían menos contagios de parejas, habría más conciencia de la gente [para usar métodos de] prevención. "Habría que empezar hacer estudios y buscar en cada SAI qué cantidad de personas están en esa situación para poder usar ese medicamento y la capacitación, que es lo más importante".

Las tareas de capacitación no pueden ser dispensadas, permite que las personas cumplan sus papeles dentro y fuera del Sistema de Salud. Una de las funciones más importantes, como educadores, explica la educadora agente que realiza incidencia política, de una asociación que trabaja con la prevención y la detección temprana, es la de atender parejas serodiscordantes, siempre con un enfoque educativo, se brinda información y acceso a los medicamentos para que estas personas se mantengan serodiscordantes y el virus indetectable.

Se necesitan más elementos para que nuestra labor continúe siendo efectiva, tales como pruebas, inversión y campañas educativas constantes. Por ejemplo, gracias a un proyecto del fondo Mundial del que participa, se está utilizando la estrategia de pares para brindar información sobre prevención y formas de transmisión. También el uso correcto del condón, se hacen clases prácticas por parte de educadores para brindar información, promocionar por las redes sociales y la realización de las pruebas rápidas de VIH y sífilis, aportar un poco ante la pandemia que ha afectado mucho a la población clave y vulnerabilizada.

11.4.10 Percepciones de la población clave y vulnerabilizada.

En el estudio desarrollado, hemos podido corroborar la necesidad de elaboración de políticas públicas que permitan el avance hacia una prevención efectiva en la transmisión de enfermedades sexuales y VIH. Algunas de las personas entrevistadas, si bien usan y conocen los preservativos como métodos de prevención, no saben exactamente cómo funciona la transmisión del virus. Una mujer, trabajadora sexual, mencionó que el uso del mismo era necesario cuando se era portador de VIH ya que el compañero sexual podría tener bacterias que debilitaría aún más la salud del seropositivo, nunca mencionó que evitaría la transmisión para quien está sano.

Una de las entrevistadas comenta que fue infectada por su compañero sentimental pues pensaba que, por su edad y juventud, por tanto, necesitaba usar métodos de protección siempre. Otras entrevistadas mencionaron que era muy común tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol u otras sustancias, lo que usualmente hace que se presenten relaciones sexuales de riesgo.

Muy pocas personas pertenecientes a la población vulnerable y entrevistadas hasta ahora han manifestado, en sus entrevistas, amplio conocimiento sobre el VIH, algunas saben que existe una profilaxis pre-exposición, sin embargo, la gran mayoría lo desconoce, aunque la usaría. En estos casos, la distribución masiva de preservativos también es importante, lo que debería incluir campañas frecuentes de educación sexual y reproductiva y uso correcto de los preservativos. Estas campañas deberán tener un abordaje de cuidado pos-exposición y mencionar cuáles serían los protocolos para el acceso a este medicamento, hoy ausente en Honduras.

Los exámenes de VIH y la adquisición de los medicamentos antirretrovirales para quien es portador del VIH son proporcionados por el Estado. Las pruebas no se aplican de la forma extensiva que deberían - considerando las ya mencionadas altas tasas de infección- las mujeres embarazadas no son obligadas a hacerse la prueba y en muchos casos no logran acceder a la misma, aun teniendo interés. Muchas pruebas son aplicadas en el marco de campañas de prevención llevadas a cabo por ONG, acción muy importante de la cooperación internacional y de la iniciativa particular sin ánimo de lucro, todas estas iniciativas deben ser incrementadas. En algunas ocasiones, pacientes seropositivos detienen su tratamiento por diversos problemas, pero llama la atención que el costo de transporte sea uno de ellos. Las políticas públicas de contención de transmisión pueden incluir la creación de un tiquete de tarifa cero para quienes necesitan desplazarse para recoger sus medicamentos mensuales.

Población HSH- Hombres que tienen sexo con hombres.

Es una población organizada y ha venido vinculando a otras poblaciones LGBTI en sus acciones de defensa de derechos humanos, formación, capacitación y empoderamiento. Los entrevistados están ubicados en San Pedro Sula.

Una de las personas, con formación en psicología y maestría en migraciones internacionales, es militante de la organización política MDR- Movimiento Diversidad en Resistencia, relata su experiencia de participación política y acompañamiento a personas que conviven con VIH. Desde 2009 trabaja con VIH: "inicié trabajando con capacitaciones a niños infectados por VIH para sus cuidadores, para los padres infectados y para niños huérfanos por VIH". Una vez se vinculó a la organización política comenzó a desarrollar tareas de "reconocimiento del derecho político desde el posicionamiento del cuerpo, de la palabra y todo lo que conlleva mas no la institucionalización de eso" [...] "ahorita vamos a sacar un diplomado latinoamericano en políticas públicas y población LGBTI, lo va a impartir la FLACSO, buscamos el reconocimiento político, de la manera del empoderamiento de las personas, trabajamos también en empoderamiento económico [...] tenemos asistencia psicológica, tenemos acompañamientos en casos de violencia, estamos con la formación de una casa de refugio para víctimas de violencia, que sería la primera en el país".

Otro entrevistado comenta no haber tenido tiempo para dedicarse a labores "más sociales" pero reconoce que si le dieran la oportunidad, horarios más flexibles o tareas específicas no dudaría en vincularse a organizaciones u ONGs. Según su experiencia el trabajo de las organizaciones es muy importante para "establecer equipo con la población objetivada, para que funcione, se entregue la información adecuadamente y se atiendan las dudas de las personas".

Sistema de salud

En general, sienten que hace falta hacer más campañas de información en Honduras porque, aunque el trabajo de las organizaciones como FOROSIDA es muy importante para la formación y el acompañamiento, el sistema de salud debe invertir más en eso.

Según el análisis de un entrevistado, entre los avances que él reconoce está el de tener una oficina de atención diferenciada, "aunque en algunos casos mira que es contrario a lo que queremos. Por ejemplo, tener un SAI de atención diferenciada para personas LGBTI o HSH, mujeres Trans y mujeres trabajadoras sexuales. Esto para mí es muy conveniente porque lo miré desde el 2009

[cuando] la atención era pésima que ni siquiera nos querían atender en estos centros y a tener uno especializado, aunque sólo es aquí en la zona norte, es un gran avance" [...] "Hay muchísima más privacidad, más acondicionamiento de estas clínicas". Además, se ha extendido el horario de atención para permitir que más personas puedan ir a los centros para hacer la prueba de VIH. Por otro lado, se ha venido renovando el personal de salud, contrato a personas más jóvenes y respuestas correctivas a las denuncias realizadas; ha mejorado el trato.

Entre las desventajas indica que cuando ha acompañado a personas a quienes ofrece soporte emocional, a recoger el medicamento "siempre me fijo que dan medicinas de color diferente", comenta que cada vez que pregunta al personal médico por la diferencia en el color le responden que "es una casa farmacéutica nueva". Esto le causa desconfianza, opina que la variabilidad de medicamentos puede tener efectos secundarios que ni siquiera están previstos. El entrevistado afirma conocer algunos efectos negativos de los medicamentos como el aumento de triglicéridos, ácido úrico y presión alta, por las experiencias de las personas que conoce. "Al estar nosotros recibiendo este medicamento que es genérico, obviamente vas a tener todo eso". "Otra desventaja es que el medicamento está mucho tiempo almacenado, entonces tiene que cambiar de casa farmacéutica y así".

Prácticas

Para comprender su percepción sobre el sistema de salud, abordamos el tema de las prácticas de autocuidado. Los entrevistados afirmaron tener periodicidad en la realización de pruebas, uso de condón y buena comunicación con sus parejas. Se informan en los circuitos de organizaciones, amistades que han migrado a países como Estado Unidos y México y en menor medida en internet, aunque reconocen que en general la población se entera sobre la enfermedad y su tratamiento por internet.

En relación a la práctica de pruebas, los casos relatados indican experiencias marcadas por miedo y desconfianza, "Me la hago cada 3 meses desde el 2009". "Aquí... depende del lugar en el que vayas, por ejemplo, si te haces la prueba rápida algunos lugares tienen la atención diferenciada y tratan ser lo más respetuosos posible. [...] En los otros centros de salud, no hay consejería, no hay pre-consejería, no hay post consejería, tenés que esperar hasta ocho días para que te den el resultado y uno está con esa angustia". Al contrario, la prueba rápida puede generar menos intranquilidad para las personas "estás con angustia 15 minutos para que te den el resultado." Pero se queja de la

consejería “hay una pre-consejería breve, una post consejería breve y es, como que te culpabiliza: ‘bueno esta vez salió negativo, pero si no usa condón va a salir positivo’ esa carga emocional es impactante, hace falta sensibilidad al momento de dar esa información”.

Esta persona afirma que decidió hacerle la prueba "porque tenía pareja estable, decía yo, y pues me di cuenta de que él tenía múltiples parejas entonces para estar en constante chequeo. [Comencé hacer la prueba] cada 3 meses, aunque hubo un periodo que no la hice porque no tuve relación sexual, pero siempre me la hice cada 3 meses. [...] después de esa pareja he utilizado siempre el condón pero sólo en penetraciones, para sexo oral no lo utilizo”.

PrEP y Autotest

Para esta población el tema de Autotest y PrEP es importante y son cautelosos en el análisis que hacen, lo que indica consciencia sobre el uso de medicamentos y exigencia ciudadana al sistema de salud público. El primer punto que apuntan es sobre la información, uno de ellos incluso "sugiere diversificar los formatos y lenguaje para que las personas se sientan más cómodas, con más herramientas para entender qué es el Autotest, qué es PrEP y no se guíen por “chismes” Ambos insisten en la importancia del trabajo de las organizaciones para dar acompañamiento, consejería y garantizar adherencia al medicamento. También promueven charlas o conferencias para disminuir las conductas de riesgo y se hagan responsables por realizar los chequeos.

Sobre el estudio de factibilidad afirma que es muy importante hacer explícito cómo van a medir impactos del medicamento, para que las personas se sientan tranquilas y confiadas para utilizarlo. Sobre el Autotest, es visto con buenos ojos, pero como hay poca información, los entrevistados explican que las personas pueden tener reacciones negativas, no buscar ayuda médica, ocultar el resultado o esperar a que la enfermedad esté en una etapa muy avanzada.

Poblaciones parejas serodiscordantes

Las personas entrevistadas son empleadas en empresas, algunos con participación en organizaciones como la organización Humanos en Acción de la comunidad gay o Copeixa (Comité Comunitario para la Prevención de Embarazos en Adolescentes). Otros, aún sin participación en organizaciones de la sociedad civil reconocen el trabajo de CEPROSAF que es una organización que se enfoca en el trabajo con personas de la comunidad LGBTI.

Los entrevistados opinan que el VIH es una enfermedad fácil de tratar, es necesario tomar un medicamento y mantener la carga viral indetectable, sin embargo, reconocen que la transmisión se puede evitar con conocimiento, se han mejorado los sistemas de tratamiento, el servicio de información está mejor reglamentado y actualmente no es un virus extremadamente peligroso. Un entrevistado relata, "Yo daba charlas de educación sexual con respecto a la prevención y métodos de embarazos y de ITS. Entre las organizaciones nos hemos apoyado con respecto a la juventud. A veces no hay mejor herramienta que un joven capacitado pueda hablar con otro joven."

PrEP y Autotest

En vista de sus análisis sobre la enfermedad y observando las ventajas que traería esta población usaría tanto Autotest como PrEP, pero, explican, debe ir acompañado de más información sobre la enfermedad en sí, sobre la autonomía de hacer pruebas en casa y el medicamento en sí. Una persona entrevistada afirmó "Siento que antes de tener acceso a estas pruebas en casa, se tiene que pasar por una consejería. Una que le explique cómo usar la prueba, y otra es pasar por el psicólogo porque no todos reaccionamos de manera positiva a los resultados."

Así mismo, durante las entrevistas se cuestionó que no se haya implementado PrEP en Honduras, una de las personas afirma que "tratamientos de prevención no hay en Honduras. En Nicaragua, Guatemala y El Salvador, hay la PrEP. Tengo entendido que es un tratamiento oral para fortalecer las células, así que cuando entra el virus no se puede reproducir".

Población Mujeres Transgénero

Las personas entrevistadas, por su parte, recalcan la importancia de las organizaciones de la población civil. Le comentaron al equipo de investigación que aún no se reconocen los derechos de la población transgénero en Honduras, por ese motivo no existen censos, protocolos ni normativas específicas para esa población; así las cosas, la organización para la autoprotección es la principal

alternativa. Entre las organizaciones mencionadas están Colectivo Unidad Color Rosa- de base Trans que trabaja con prevención de VIH y defensa de los derechos humanos, el colectivo JADHES- Jóvenes Accionando en pro de los derechos humanos y salud integral que está enfocada en hombres gay, bisexuales, transexuales, asexuales e intersex.

Percepción sobre VIH

Conocer cómo las personas definen la enfermedad nos permite entender su relación con ella. En términos generales, esta población define la enfermedad como una infección de transmisión sexual que también puede ser de otros medios, perinatal o vía sanguínea. Saben que no tiene cura pero que actualmente existe un tratamiento antirretroviral, "Existe también la PrEP y la pos que se le brinda a personas que han sufrido abuso sexual violaciones." nos explican que estos casos "son las únicas personas a las que se les ofrece ese servicio."

Sistema de Salud.

El tipo de evaluación que hacen sobre el sistema de salud no es totalmente negativo, apuntan a la existencia de las clínicas VICITS (Vigilancia Centinela de las ITS) que ofrecen un servicio completamente gratuito y voluntario. Cada tres meses se pueden hacer pruebas de control. Pero ven inconsistencias en el sistema de salud en Honduras, porque si hay infraestructura para realizar pruebas "pero en los centros amigables no hay siempre". "Además el trato que se recibe por parte del personal médico en esos centros asistenciales es un poco degradante para las personas LGTB." a pesar de ser espacios que se enfocan en población LGTB y personas trabajadoras sexuales.

A la hora de leer los exámenes, "cuando un examen de VIH es positivo, el protocolo en Honduras dice que uno pasa a una pos-consejería, de ahí se le refiere a un SAI, espacio especial para seropositivas." Pero cuando el resultado es "positivo" en un centro amigable, es complicado porque en esos lugares no se hace la vinculación inmediata al tratamiento, entonces las personas van a tienen que desplazarse muchas horas para llegar a uno. Por eso tristemente muchas personas de las regiones rurales no acceden a los tratamientos a tiempo."

Una de las formas de subsanar las fallas, ha sido por medio de brigadas móviles que se desplazan a distintas regiones para ofrecer a la población los servicios que requieran.

PrEP y Autotest

Para la población Mujeres Transgénero la implementación de Autotest y PrEP es urgente, ya se han informado por sus amistades en otros países y exigen que se les ofrezcan las mismas oportunidades. Según relatan, los Autotest son "pruebas que uno mismo se puede realizar, pero no están disponibles todavía." Una de ellas explicó que se puede conseguir el medicamento por fuentes no oficiales, algunas ilegales y otras no, por ejemplo, "por medio de personas que vienen del exterior, la desventaja es que son clínicas privadas y el precio es extremadamente alto (un valor de aproximadamente 2 mil lempiras o 90 USD). En conclusión, el acceso a estos métodos es muy limitado e inaccesible. Es por este motivo que este estudio es necesario e importante" concluyen.

Para que esta iniciativa sea efectiva se debe asegurar la confidencialidad, y la disponibilidad para realizar la prueba a tiempo. Así mismo, para que no haya inconvenientes, las mujeres entrevistadas dijeron que es necesario hacer una consejería pre y posprueba. "Si soy una persona que no tiene control y le sale la prueba positiva en su casa, solo, se mata. Hay que tratar que estos auto test, de una u otra manera, pongan como requisito el apoyo de un psicólogo a la hora de realizar el examen."

Aunque indicaron la existencia de otra prueba, llamada "oralquick" que usa saliva, pero no es 100% fiable y ellas recomiendan hacer una segunda prueba comprobatoria. La ventaja de esta prueba es que el resultado se demora entre 20 a 25 minutos, pero, con seguridad la más confiable es la prueba de sangre.

Población MTS- Mujeres trabajadoras sexuales

Esta es una población de difícil acceso, aunque se mostraron dispuestas a conversar con las investigadoras, era notable la incomodidad al responder a ciertas preguntas en el lugar donde ejercen el trabajo sexual. Además, las condiciones de conectividad en el lugar no eran las ideales y se perdía la señal, caminaban de un lado a otro o conversaban con la cámara apagada. Todo esto limita la cantidad de información recogida, pero nos indica, principalmente, que son personas altamente vulnerables y que la implementación de este estudio puede considerar estrategias específicas para estas mujeres trabajadoras sexuales.

En general saben muy poco sobre VIH, han tenido charlas, se han realizado pruebas, reciben preservativos y han tenido alguna información cuando las campañas llegan a su lugar de trabajo. Sin embargo, no saben a ciencia cierta cuáles son los centros de salud las atienden ni cuáles son las organizaciones de la sociedad civil pueden orientarlas. A pesar de que usan y conocen los

preservativos como métodos de prevención, no saben exactamente cómo funciona la transmisión del virus. Una mujer, trabajadora sexual, mencionó que el uso del mismo era necesario cuando se era portador de VIH ya que el compañero sexual podría tener bacterias que debilitaría aún más la salud del seropositivo, nunca mencionó que evitaría la transmisión para quien está sano. Por otro lado, es una población que consume alcohol y cocaína, por lo que, a pesar de las charlas y los preservativos, incluso con la presencia de funcionarios del centro de salud, están expuestas a relaciones sexuales de riesgo.

PrEP y Autotest

El análisis de esta población sobre PrEP y Autotest parte de las charlas que les han dado, y de las brigadas para prácticas pruebas de VIH, ellas afirman que son amenas "lo tratan bien a uno, pero uno siempre se siente nervioso" relata una de las entrevistadas cuando les hicieron la prueba, "mejor sería hacerse la prueba en casa, que funciona como una prueba de embarazo." Sobre el estudio indican que sólo con esa visita se enteraron de la existencia de un método de prevención "lo usaría con gusto para preservar mi vida" responden. Reclaman que se entregue más información sobre VIH, cómo se transmite, como se trata y qué implica para ellas.

Población garífuna

La población entrevistada es mayoritariamente empleada en empresas y aunque no han realizado propiamente tareas vinculadas a organizaciones u ONG sí se preocupan por el bienestar de su comunidad, han fungido como líderes juveniles en ciertas ocasiones y reconocen las acciones de algunas agrupaciones como Gemelos de Honduras y de ODECO- organización de desarrollo étnico comunitario, tienen como foco el litoral atlántico del país, hace tareas de apoyo en educación, infraestructura y creación de microempresas.

Sistema de salud

Su análisis del Sistema de salud es fundamental para pensar tanto la implementación de Autotest y PrEP como cualquier otro programa o reforma normativa. Para los entrevistados como hay lugares de difícil acceso y normalmente allí viven las comunidades garífunas, es importante aumentar la distribución de Centro de Atención Integral, "muchas personas ni siquiera se enteran de que tienen

la enfermedad porque no pueden salir de su comunidad por la distancia o por no querer ir a la ciudad, buscan tratamientos del médico tradicional.”

Percepción sobre VIH

Este análisis está vinculado a su conocimiento sobre VIH. Una de las personas entrevistadas relató la historia de un pariente que fue contagiada por su esposo y aunque la familia no le negó su apoyo como en la época [1998] había poca información. La reacción fue de tristeza y desespero, "pero es una enfermedad realmente muy triste porque le afecta a uno tanto en la salud como psicológicamente y es complicado [...] por la discriminación. A pesar de que la enfermedad ya tiene bastante tiempo conviviendo entre nosotros siempre hay discriminación a la persona que es positivo."

La preocupación por el acceso a la salud en el espacio rural y los jóvenes es explicitada en las entrevistas: "¿Cómo enganchar a los jóvenes rurales? Tienen familias numerosas, se ofenden cuando uno les habla de estos temas." Indican que hay desconocimiento tanto del tratamiento como de los cuidados para evitar el contagio, afirman que un resultado positivo es un anuncio de muerte, no se sabe de la existencia de medicamentos antirretrovirales "que son medicamentos que retrasan el virus y la gente puede vivir plenamente largo tiempo sin ningún problema, o ni siquiera quiere saber."

Aunque se realicen brigadas regiones rurales entre la población garífuna donde encuentran más resistencia, indicando que se "es de difícil acceso por sus creencias e ideologías, nosotros tenemos que tener una empatía para llegar a esta población". Quizás vale la pena citar a la coordinadora de FOROSIDA sobre la ausencia de más y mejores estudios antropológicos sobre poblaciones étnicas para establecer diálogos a partir de una base de conocimiento, respeto y aprendizaje mutuo.

Tabla 42. Matriz de respuestas de la población clave y vulnerabilizada entrevistada

A continuación, podemos encontrar en forma gráfica, para mayor claridad, las consideraciones que la población clave y vulnerabilizada hizo durante las entrevistas. Resulta de interés para el estudio que las personas no conozcan la existencia de la estrategia PrEP pero que, al ser informadas de su existencia, ventajas y funcionamiento pasen a considerar afirmativamente su implementación.

Parámetro	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
¿Ha padecido de ITS?	Green	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green
Relaciones sexuales con protección	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Relaciones sexuales de riesgo	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Green	Green
Conocimiento sobre VIH	Green	Yellow	Red	Yellow	Red	Red	Yellow	Green	Green
Conocimiento sobre PREP /PrEP	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red
¿Es serodiscordante con su pareja?	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Red	Green
¿Ha tenido relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias?	Red	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Green
De acuerdo con la implementación del PREP /PREP ¹⁶	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
De acuerdo con la implementación del Autotest	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green

CONVENCIONES		
sí/mucho	100	Green
A veces/poco	50	Yellow
No/nada	0	Red

¹⁶ La pregunta fue realizada después de explicar a los entrevistados en qué consiste la PrEP.

11.4.11 Respuesta de población clave y vulnerabilizada y agentes tomadores de decisión

Dada la presencia de VIH/SIDA en Honduras y sus efectos en todos los ámbitos de la vida, la población clave y vulnerabilizada y los agentes tomadores de decisión han dado respuestas para atender esta situación. Las poblaciones claves y vulnerabilizadas se han organizado para hacer monitoreo de datos, impulsar la circulación de la información sobre tratamientos y cuidados, así como hacer exigibilidad de Derechos. Los agentes tomadores de decisión han actuado bien, ya sea actuando como mediadores entre la sociedad civil y el poder público como la Asociación Forosida y la Asociación Kukulcán, en la prestación de servicios como el SAI de Roatán, en la financiación de iniciativas de prevención y tratamiento como Global Communities y CDC y, por supuesto, en el mejoramiento del sistema público de salud, bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud.

Según las experiencias de las personas entrevistadas la población clave y vulnerabilizada confía en sus redes de amistad para generar estrategias de cuidado como relata un hombre gay que se comunica con quienes han migrado a Estados Unidos o México para averiguar por los medicamentos, la población de Mujeres transgénero explicó que han generado sus propias organizaciones, estas iniciaron vinculadas a los procesos de hombres gay; actualmente existe una relación de complementariedad. Otra persona relató el proceso que dio lugar al MDR- Movimiento Diversidad Resistencia para exigir el reconocimiento político de la población LGBTI en Honduras. Además de las respuestas de la sociedad civil, se debe tener en cuenta aquellas organizaciones que sirven de mediadores entre la población clave y vulnerabilizada y el poder público y prestadores de servicios.

Las agentes que realizan incidencia política relataron sus procesos organizativos y los logros en términos de educación sexual, asistencia psicológica, acompañamiento a personas que conviven con VIH y discusión en espacios políticos sobre reformas al sistema de salud hondureño para disminuir el impacto del VIH/SIDA. Ya, la asociación Kukulcán se dedica al trabajo con la población LGBTIQ+ y provee servicios de asistencia en temas de VIH e ITS. Ambas organizaciones establecen alianzas con entidades públicas, privadas y con la cooperación internacional.

En cuanto a agentes tomadores de decisión, la agente prestadora de servicios de prevención ITS-VIH de Roatán explicó las alianzas que ha hecho con iglesias, escuelas y familias para hacer pedagogía, disminuir actitudes discriminatorias y apoyar personas con VIH para mejorar su condición de vida. El SAI también realiza visitas a pacientes en situaciones precarias, que tienen falta de alimento u otros bienes y gestionan apoyos por medio de la municipalidad. Asimismo, cuando hay pacientes que dejan de tomar el medicamento le dan apoyo psicológico para que retorne al tratamiento. Finalmente,

cuando hay pacientes con alta carga viral o presenta complicaciones se remite el caso a la mesa de ARV en Tegucigalpa y se opera su traslado en caso de ser necesario.

En cuanto a la Secretaría de Salud, los agentes con poder de decisión, comentaron los esfuerzos para que el Sistema de Salud hondureño sea más efectivo, perfeccionar los planes de inversión y realizar las reformas de política pública necesarias. Indudablemente, la pandemia de COVID-19 ha significado una reforma urgente del sistema para responder a la crisis sanitaria con dos consecuencias inmediatas: retraso en otros programas y aprendizajes en términos de atención a pacientes, campañas informativas, generación de estadísticas y distribución de medicamentos y vacunas.

Para atención de VIH se resalta la existencia de 60 SAI distribuidos por todo el país, constante monitoreo y evaluación para avanzar con el programa de prevención y atención. También se ha organizado la mesa de trabajo CESAR compuesta por instituciones nacionales y agencias para la cooperación internacional que actúa con el fin de articular los planes de inversión. Entre los programas específicos encontramos el de UNFPA para prevención del embarazo adolescente, promoción de métodos de planificación familiar y realización de pruebas de VIH a mujeres embarazadas. USAID ha sido un importante cooperante por medio del plan PEPFAR.

Según el agente de cooperación externa en términos de VIH el país ha sido responsable y ha venido absorbiendo el compromiso del tratamiento antirretroviral con mucho éxito. Desafortunadamente las metas 95-95 que se tienen para medir el diagnóstico, la vinculación, el tratamiento y los resultados en la carga viral no han tenido los resultados que se han querido y el número de contagios es creciente. La causa de esto, según el entrevistado es “porque nos hemos dado cuenta que no nos debemos enfocar en la cobertura masiva de hacer la prueba, sino más bien en los grupos o en las personas que estuvieran en riesgo para buscar la positividad.”

Es decir que el enfoque es hacer que las personas hagan el test para saber si son positivos o no. “Estamos [en Global Communities] desde la subvención pasada y en la próxima, en la búsqueda temprana de casos positivos basada en una detección o una percepción de riesgo”. Según los agentes de cooperación externa la situación va a tender a mejorar porque una vez que se detecta a la persona positiva, se va a poder vincular rápidamente, va a recibir el tratamiento y por ende se espera que las cargas virales bajen y por ende la mortalidad.

La preocupación de los entrevistados está en la población clave y vulnerabilizada que no está identificada. Hoy se cuenta con un 60% en el primer pilar del diagnóstico, es un gran contingente a los que todavía no se les ha podido detectar la positividad. Los datos muestran que hoy hay más de 11.500 personas en tratamiento en Honduras. Sin embargo, como no hay detección no hay

tratamiento. Lo que sí se ha conseguido disminuir ha sido el abandono y este ha sido uno de los grandes avances en respuesta al VIH.

12 Conclusiones

Objetivo 1. Conocer las percepciones y prácticas de las poblaciones clave y vulnerabilizadas.

Los grupos de población clave participantes en el estudio se caracterizan por: o Alta vulnerabilidad, alta tasa de desempleo y bajos salarios, violaciones constantes de sus derechos humanos, víctimas de estigma y discriminación, escaso conocimiento sobre PrEP y AutoTest, prácticas sexuales de alto riesgo, es decir bajo uso de condón, haber tenido una ITS, relaciones sexuales bajo efecto de sustancias. Sobre las percepciones y prácticas de las poblaciones clave y vulnerabilizadas, el estudio reveló que 7 de 9 personas han padecido de alguna enfermedad de transmisión sexual; que el uso de anticonceptivos no es una práctica regular entre la población; % de cada 9 personas mantienen relaciones de alto riesgo; 3 entre 9 personas apenas tienen información sobre el VIH; y apenas 1 persona entre 9 sabía cuáles son los métodos de prevención, sin embargo, al tener la información entregada por el equipo de investigación sobre el PrEP y el Autotest dijeron estar de acuerdo con su implementación.

Objetivo 2. Conocer las percepciones y prácticas de agentes tomadores de decisión.

Las percepciones y prácticas de los agentes tomadores de decisión se encaminan en afirmar la necesidad de implementar el PrEP entre la población clave y vulnerabilizada y la necesidad de garantizar información a la población sobre su eficacia, ventajas y posibles efectos secundarios. Existe un acuerdo entre los agentes tomadores de decisión y las poblaciones clave y vulnerabilizadas sobre la importancia y necesidad de implementar PrEP y Autotest en Honduras. De este modo se añadirán herramientas para la prevención de VIH/SIDA y se responderá a una orientación de la OMS. Es necesario que dicha tarea se realice con un enfoque de Derechos Humanos y de Salud Pública, para que se garantice el acceso permanente al medicamento y a la prueba, así como asegurar que la distribución de ambos sea de excelente calidad.

Por último, Se resalta la labor de SAI y de las clínicas VICITS ya que su labor se verá fortalecida con esta estrategia. Su política de atención universal podrá ser profundizada al practicar enfoques de género y étnicos, así como la atención por pares. Finalmente, se hace necesario profundizar en prácticas de comunicación clara y permanente sobre VIH/SIDA, tratamiento y prevención, atendiendo a particularidades culturales y uso contemporáneo de nuevas tecnologías.

Objetivo 3. Aportar recomendaciones a partir de las entrevistas para la implementación de Profilaxis Preexposición (PrEP) y Autotest.

Las personas entrevistadas registraron distintos puntos para que la implementación PrEP y Autotest sea la adecuada, entre las principales tenemos: la modificación del manual de prestación de servicios de prevención de VIH para incluir un protocolo claro de PrEP y Autotest, la necesidad de un proceso pedagógico para la eliminación del estigma contra personas que conviven con VIH y atención por pares en todas las instancias (enfoque de género y enfoque étnico). Una de las recomendaciones sobre las que se insistió fue que la adopción de PrEP y Autotest sea claramente comprendida dentro de la lógica de salud pública. Este estudio, en sintonía con las personas entrevistadas, apoya las decisiones tomadas para fortalecer el sistema público de salud y promover la garantía de los Derechos Humanos para las poblaciones clave y vulnerabilizadas. A continuación, en el punto 11 se detallarán las recomendaciones.

13 Recomendaciones Generales

Políticas públicas

Considerando los datos de pobreza y desigualdad del país, relatados tanto en los informes de las entidades internacionales como por los propios entrevistados, las políticas públicas hondureñas deben buscar el fortalecimiento del Sistema Público de Salud. Observando que muchas de las ciudadanas y ciudadanos quedarán por fuera de cobertura por cuestiones relacionadas con distancia a puestos de salud y renta (incluye pagos por algunos servicios médicos y costos de transporte).

Los exámenes de VIH y la adquisición de los medicamentos antirretrovirales para quien es portador del VIH son proporcionados por el Estado. Las pruebas no se aplican de la forma extensiva que deberían - considerando las ya mencionadas altas tasas de contagio- y en muchos casos no logran acceder a la misma, aun teniendo interés. Muchas pruebas son aplicadas en el marco de campañas de prevención llevadas a cabo por ONG, acción muy importante de la cooperación internacional y de la iniciativa particular sin ánimo de lucro, todas estas iniciativas deben ser incrementadas.

Campañas educativas

Para un número representativo de la población parece no haber informaciones suficientes sobre las implicaciones del VIH, los mecanismos de prevención sobre esta u otras enfermedades y/o ITS prevenibles, tampoco reconocen prácticas de cuidado, en algunas ocasiones, no hay informaciones suficientes sobre los tratamientos. Las campañas educativas -incluidos los temas de educación sexual y reproductiva en las escuelas- son necesarias para reforzar el control de la epidemia y así, disminuir efectivamente la tasa de contagios.

Una de las cuestiones que se debe considerar es que aún hay estigmatización, por tanto, la forma de acceder a la información y tratamientos deben ser pensados de otra manera además de retomar campañas masivas entre las poblaciones juveniles de todos los sectores.

Las campañas educativas, tanto en el ámbito de la divulgación como en el ámbito de las políticas públicas educativas escolares, son esenciales para el combate a la epidemia de VIH/SIDA, de modo que es recomendable que las Secretarías de Salud y Educación hondureñas establezcan estrategias de diseño de políticas públicas conjuntas.

Publicidad

Son imprescindibles las alianzas estratégicas, entre los medios de comunicación en diferentes niveles y los organismos de cooperación internacional, para que se creen campañas constantes de prevención y cuidado, para que se llegue a más hondureños con la información correcta sobre el uso del preservativo y la importancia de este y para que sepan cuándo acudir, de forma temprana a los servicios de salud.

Es imprescindible abordar en estas campañas pedagogía contra la discriminación y el estigma para eliminar la percepción negativa que aún se tiene frente a VIH y las poblaciones clave y vulnerabilizadas.

Informaciones sobre los Servicios de Atención Integral (SAI) deben ser divulgadas de forma que toda la población sepa cuáles son los servicios que se ofrecen y cómo acceder a ellos, deben también evaluarse las mejores metodologías de divulgación en la medida que estas informaciones deben ser transmitidas a poblaciones que tienen acceso a diferentes medios de comunicación, como es el caso de las poblaciones clave y vulnerabilizadas.

Interlocución sistema de salud- población clave y vulnerabilizada.

Varias personas expresaron sus cuestionamientos sobre los efectos secundarios de PrEP y de los utilizados en los centros de atención para tratamiento de VIH. Las fuentes que refieren son amistades o sus propias búsquedas en internet. En este sentido, recomendamos capacitar al personal médico para dar más y mejor información sobre los medicamentos, su composición, calidad, estudios, disminuir o eliminar la variabilidad de los medicamentos utilizados, hacer folletos, infografías y afiches explicativos en los centros de salud además de exponer claramente el cuidado que los medicamentos reciben en las instituciones de salud. De esta manera se logrará responder a los cuestionamientos que surgen, establecer buenas fuentes de información, y generar conocimiento para que las personas entiendan qué es el tratamiento, cómo funciona y qué consecuencias puede tener, así como analizar la información que reciben.

Atención diferenciada

No es unánime la posición sobre el enfoque diferencial, para algunas personas, cuando se refieren la SAI de San Pedro Sula ha sido un gran avance, notan que la atención está dirigida a sus intereses y condiciones. Para otras, es percibido como una forma de exponer a las personas. Para el Viceministro, así como para la coordinadora del SAI de Roatán la atención es y debe continuar siendo

universal, respetando la especificidad de cada persona y atendiendo integralmente sus necesidades, lo cual debe ser promovido. Ya, la coordinadora de Forosida explica que hay riesgos de imponer conocimientos occidentales sobre los nativos y eso genera inconvenientes a la hora de reconocer la especificidad y el contexto del paciente - por ejemplo, la consulta a ancestros por pacientes garífuna para obtener guía sobre su enfermedad-. Sugerimos que se profundice en este punto bien sea en las investigaciones académicas, incluyendo este ítem en las campañas de salud familiar o dirigiendo un proyecto completo a indagar sobre la aplicabilidad del enfoque diferencial, de género y étnico. Recomendamos que se capacite al personal médico para la atención a población LGBTI y étnica, negra e indígena. En especial que no se desconsidere el pensamiento indígena ni negro a propósito de la evaluación de la enfermedad, procesos de cura y dolor, entenderlo y dialogar con este conocimiento va a mejorar la atención que ofrece el sistema de salud.

Es de resaltar la estrategia de las clínicas VICITS, se debe profundizar en la atención por pares en todos los ámbitos: acompañamiento, consejería y personal médico. Además, vale la pena considerar un vínculo más estrecho entre estas Clínicas y los Servicios de Atención Integral para mejorar la vinculación temprana a tratamientos y promover adherencia; especialmente en zonas alejadas de los centros urbanos.

Los desplazamientos de la población clave y vulnerabilizada, desde sus lugares de residencia hasta los centros de atención, especialmente cuando necesita acceder al tratamiento antirretroviral, deberían ser parte de un subsidio del Estado, considerando que la mayor parte de esta población tiene un nivel de ingresos bajo. Esto también debe ser considerado en la política de implementación de la PREP, aumentando así la captación de esta población clave y vulnerable y haciendo que esta política de prevención sea mucho más eficiente.

Alianzas con las organizaciones de base

Tanto tomadores de decisión como la gestora de la Asociación Kukulcán y la coordinadora de FOROSIDA, reconocidas líderes en Honduras entre la población clave y vulnerabilizada reconocen la importancia del trabajo de las organizaciones de la sociedad civil para la protección de los derechos, acceso a la información, acompañamiento en situaciones de vulnerabilidad y durante el tratamiento de VIH; para formar a las personas en política pública y violencias basadas en género. En particular resaltamos la experiencia de la población gay y de la población garífuna en procesos de organización civil que nos fue narrada durante las entrevistas, por tanto, recomendamos apoyo a sus dinámicas organizativas, iniciativas de formación, estrategias de empoderamiento, creación de espacios de

cuidado y apertura de canales de interlocución política. En este mismo sentido, observamos que la información, distribución y capacitación en Autotest y PrEP, debe ser organizada y ejecutada de la mano de estas personas y sus organizaciones.

Consejerías, acompañamiento

Aunque las personas reclaman que la entrega de resultados y de medicamentos sea informada y respetuosa, describen los momentos de consejería como un momento tensionante, que culpabiliza a la persona y no ofrece suficiente información para entender qué está pasando con su cuerpo, lo que puede pasar a futuro o cómo va a cambiar su vida. Incluso, varias personas relataron el miedo a realizarse la prueba precisamente porque no tenían la información necesaria para afrontar un resultado positivo. La coordinadora del SAI de Roatán relata la importancia de las consejerías para resolver dudas y asegurar que la persona haga la prueba de VIH de forma periódica y/o que tome el medicamento según indicaciones, ella afirma que se debe realizar permanentemente, no sólo la primera vez que la persona va al centro de salud. Recomendamos reconocer y aprender de los casos exitosos de consejerías, establecer protocolos para las consejerías que sigan las sugerencias de los pacientes, por ejemplo: respeto, humanidad, sensibilidad, trato diferenciado y que, sobre todo, que no se culpabilice a la persona en ninguna circunstancia.

Población rural

Es notoria la centralización de los servicios de salud, existen exámenes y tratamientos que sólo son atendidos en la unidad de Tegucigalpa, otros son atendidos en la unidad de San Pedro Sula. Durante las entrevistas fueron llamativos los casos en que el gasto de transporte para ir a un centro de salud era el primer obstáculo. La población garífuna fue clara en explicar que además de la distancia la falta de educación sexual y reproductiva, ausencia de información sobre VIH, formas de cuidado, planificación y tratamientos ha impedido que se tomen las medidas necesarias para controlar el virus al interior de las comunidades. En este sentido se deben buscar alianzas con la infraestructura existente en las zonas rurales, sean escuelas o centros comunitarios. Así como el apoyo en instituciones consuetudinarias y líderes locales para generar un mayor y mejor flujo de información. Por otro lado, y como ya se reconoce por las autoridades del sistema de salud, se debe aumentar la cantidad, distribución y calidad de centros de atención, así como número y capacitación del personal médico orientado a estas áreas.

No se hizo entrevista con población indígena, será necesario abordar esta población en un futuro estudio.

Inversión

La inversión de las agencias de cooperación internacional es muy importante para el crecimiento económico de Honduras, para la atención completa en salud y para que la población, en términos generales, mejore sus condiciones de vida. La cuidadosa gestión de estos recursos debe contar con procesos de vigilancia para que su uso sea eficiente. La investigación, ciencia y el avance científico y tecnológico, deben aparecer como prioridad para las inversiones financieras sin ánimo de lucro.

Implementación de PrEP y Autotest

Dadas las diversas dificultades de acceso a puntos de atención en salud para algunos de los habitantes del país, el acceso a pruebas efectuadas por ellos mismos debe ser de amplio alcance, cobertura y valor asequible. Del mismo modo, los centros de salud deben contar con la posibilidad de ofrecer la profilaxis pre-exposición para que sea usado en los casos de emergencia y sin grandes burocracias que retrasen su uso y posterior efecto. Ambas iniciativas serán exitosas acompañadas de campañas educativas y de publicidad efectiva y permanente.

Se debe dar énfasis al enfoque en salud pública, coordinar con la sociedad civil y las organizaciones la implementación de la estrategia, así como establecer manuales claros para la prestación del servicio. Y, pensar a largo plazo hasta lograr la normalización de la implementación con orientaciones claras.

Es generalizada la idea que el Autotest elimina la presencia o la importancia que tiene el sistema de salud tanto para atender, cuidar como para dar la información pertinente y hacer consejerías. Por tanto, es necesario aclarar que la alternativa de realizar Autotest no elimina la responsabilidad del sistema de salud en sus funciones, ni responsabiliza únicamente a las personas para seguir el procedimiento necesario. Tanto el kit que recibe la persona como las campañas informativas deben dejar explícito este punto, establecer canales de atención claros, inmediatos y permanentes.

Bibliografía

1. Abdool Karim, Quarraisha; Abdool Karim, Salim S.; Frohlich, Janet A.; Grobler, Anneke C.; Baxter, Cheryl; Mansoor, Leila E. et al. (2010): Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. En: *Science* 329 (5996), pág. 1168–1174. DOI: 10.1126/science.1193748.
2. Ayerdi Aguirrebengoa, O.; Vera García, M.; Portocarrero Nuñez, J. A.; Puerta López, T.; García Lotero, M.; Escalante Garcia, C. et al. (2019): Implementing pre-exposure prophylaxis could prevent most new HIV infections in transsexual women and men who have sex with men. En: *Revista Clínica Española (English Edition)* 219 (7), pág. 360–366. DOI: 10.1016/j.rceng.2019.02.010.
3. Baral, Stefan D.; Poteat, Tonia; Strömdahl, Susanne; Wirtz, Andrea L.; Guadamuz, Thomas E.; Beyrer, Chris (2013): Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. En: *The Lancet Infectious Diseases* 13 (3), pág. 214–222. DOI: 10.1016/S1473-3099(12)70315-8.
4. Brown, Alison E.; Mohammed, Hamish; Ogaz, Dana; Kirwan, Peter D.; Yung, Mandy; Nash, Sophie G. et al. (2017): Fall in new HIV diagnoses among men who have sex with men (MSM) at selected London sexual health clinics since early 2015: testing or treatment or pre-exposure prophylaxis (PrEP)? En: *Euro surveillance: bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin* 22 (25). DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2017.22.25.30553.
5. Cambiano, Valentina; Miners, Alec; Dunn, David; McCormack, Sheena; Ong, Koh Jun; Gill, O. Noel et al. (2018): Cost-effectiveness of pre-exposure prophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men in the UK: a modelling study and health economic evaluation. En: *The Lancet. Infectious diseases* 18 (1), pág. 85–94. DOI: 10.1016/S1473-3099(17)30540-6.
6. Cattrachas (2013): Informe del Observatorio binacional Honduras-Nicaragua. Muertes violentas de la comunidad Lésbica, Gay, Bisexual e Intersex 2010-2013.
7. Cohen, Myron S.; Chen, Ying Q.; McCauley, Marybeth; Gamble, Theresa; Hosseinipour, Mina C.; Kumarasamy, Nagalingeswaran et al. (2011): Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. En: *N Engl J Med* 365 (6), pág. 493–505. DOI: 10.1056/NEJMoa1105243.

8. CONASIDA (2019a): Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH en Honduras 2020 a 2024. Extensión del PENSIDA IV.
9. CONASIDA (2019b): Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH en Honduras 2020 a 2024 (extensión del PENSIDA IV).
10. CONASIDA (2019c): Plan estratégico Nacional de Respuesta al VIH en Honduras 2020-2024. Extensión PensidaIV. Versión final.
11. Dolan, Kate; Wirtz, Andrea L.; Moazen, Babak; Ndeffo-mbah, Martial; Galvani, Alison; Kinner, Stuart A. et al. (2016): Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. En: *The Lancet* 388 (10049), pág. 1089–1102. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30466-4.
12. Figueroa, Carmen; Johnson, Cheryl; Ford, Nathan; Sands, Anita; Dalal, Shona; Meurant, Robyn et al. (2018): Reliability of HIV rapid diagnostic tests for self-testing compared with testing by health-care workers: a systematic review and meta-analysis. En: *The Lancet HIV* 5 (6), e277-e290. DOI: 10.1016/S2352-3018(18)30044-4.
13. FOROSIDA (2022): Informe Estadístico de la Epidemia de VIH en Honduras período 1985 – marzo 2019 – Asociación Foro Nacional de VIH/Sida. Disponible en línea en <https://forosida.hn/informe-estadistico-de-la-epidemia-de-vih-en-honduras-periodo-1985-marzo-2019/>, Última actualización el 10/05/2022, Última comprobación el 10/05/2022.
14. Garcia, Jonathan; Colson, Paul W.; Parker, Caroline; Hirsch, Jennifer S. (2015): Passing the baton: Community-based ethnography to design a randomized clinical trial on the effectiveness of oral pre-exposure prophylaxis for HIV prevention among Black men who have sex with men. En: *Contemporary clinical trials* 45 (Pt B), pág. 244–251. DOI: 10.1016/j.cct.2015.10.005.
15. Ghoshal, Neela: 2020_Vilence and discrimination against LGBT people Honduras.
16. Gough, Ethan; Kempf, Mirjam C.; Graham, Laura; Manzanero, Marvin; Hook, Edward W.; Bartolucci, Al; Chamot, Eric (2010): HIV and hepatitis B and C incidence rates in US correctional populations and high-risk groups: a systematic review and meta-analysis. En: *BMC Public Health* 10 (1), pág. 777. DOI: 10.1186/1471-2458-10-777.
17. Grant, Robert M.; Lama, Javier R.; Anderson, Peter L.; McMahan, Vanessa; Liu, Albert Y.; Vargas, Lorena et al. (2010): Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. En: *N Engl J Med* 363 (27), pág. 2587–2599. DOI: 10.1056/NEJMoa1011205.

18. Grinsztejn, Beatriz; Hoagland, Brenda; Moreira, Ronaldo I.; Kallas, Esper G.; Madruga, Jose V.; Goulart, Silvia et al. (2018): Retention, engagement, and adherence to pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men and transgender women in PrEP Brasil: 48 week results of a demonstration study. En: *The lancet. HIV* 5 (3), e136-e145. DOI: 10.1016/S2352-3018(18)30008-0.
19. Hanum, Nadia; Cambiano, Valentina; Sewell, Janey; Phillips, Andrew N.; Rodger, Alison J.; Speakman, Andrew et al. (2020): Use of HIV pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in England: data from the AURAH2 prospective study. En: *The Lancet Public Health* 5 (9), e501-e511. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30186-9.
20. Health surveillance and reporting programmes (2015): HIV: annual data tables. Disponible en línea en <https://www.gov.uk/government/statistics/hiv-annual-data-tables>, Última actualización el 02/12/2021, Última comprobación el 08/05/2022.
21. Hendrix, Craig W. (2013): Exploring concentration response in HIV pre-exposure prophylaxis to optimize clinical care and trial design. En: *Cell* 155 (3), pág. 515–518. DOI: 10.1016/j.cell.2013.09.030.
22. Herramienta técnica OMS;2017: Herramienta Técnica de la OMS. Disponible en línea en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50472>.
23. Hiransuthikul, Akarin; Janamnuysook, Rena; Himmad, Kanittha; Kerr, Stephen J.; Thammajaruk, Narukjaporn; Pankam, Tippawan et al. (2019): Drug-drug interactions between feminizing hormone therapy and pre-exposure prophylaxis among transgender women: the iFACT study. En: *J Intern AIDS Soc* 22 (7), e25338. DOI: 10.1002/jia2.25338.
24. Hoagland, Brenda; Boni, Raquel B. de; Moreira, Ronaldo I.; Madruga, José Valdez; Kallas, Esper G.; Goulart, Silvia Pereira et al. (2017): Awareness and Willingness to Use Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Among Men Who Have Sex with Men and Transgender Women in Brazil. En: *AIDS Behav* 21 (5), pág. 1278–1287. DOI: 10.1007/s10461-016-1516-5.
25. Hoagland, Brenda; Torres, Thiago S.; Bezerra, Daniel R. B.; Benedetti, Marcos; Pimenta, Cristina; Veloso, Valdilea G.; Grinsztejn, Beatriz (2021): High acceptability of PrEP teleconsultation and HIV self-testing among PrEP users during the COVID-19 pandemic in Brazil. En: *The Brazilian journal of infectious diseases: an official publication of the Brazilian Society of Infectious Diseases* 25 (1), pág. 101037. DOI: 10.1016/j.bjid.2020.11.002.
26. Innovative WHO HIV testing recommendations aim to expand treatment coverage (2021): Las recomendaciones innovadoras de la OMS sobre las pruebas del VIH tienen como objetivo

ampliar la cobertura del tratamiento. Disponible en línea en <https://www.who.int/news/item/27-11-2019-innovative-who-hiv-testing-recommendations-aim-to-expand-treatment-coverage>, Última actualización el 14/07/2021, Última comprobación el 19/07/2021.

27. Laurent, Christian; Dembélé Keita, Bintou; Yaya, Issifou; Le Guicher, Gwenvael; Sagaon-Teyssier, Luis; Agboyibor, Mawuényégan K. et al. (2021): HIV pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men in west Africa: a multicountry demonstration study. En: *The Lancet HIV* 8 (7), e420-e428. DOI: 10.1016/S2352-3018(21)00005-9.
28. Lippman, Sheri A.; Veloso, Valdiléa G.; Buchbinder, Susan; Fernandes, Nilo Martinez; Terto, Veriano; Sullivan, Patrick S.; Grinsztejn, Beatriz (2014): Over-the-counter human immunodeficiency virus self-test kits: time to explore their use for men who have sex with men in Brazil. En: *The Brazilian journal of infectious diseases: an official publication of the Brazilian Society of Infectious Diseases* 18 (3), pág. 239–244. DOI: 10.1016/j.bjid.2014.02.002.
29. Lopez-Corbeto, Evelin; Sanclemente, Cristina; González, Victoria; Mansilla, Rosa; Casabona, Jordi; Folch, Cinta (2020): Vulnerabilidad frente al VIH, clamidia y gonococia según el lugar donde se ejerce el trabajo sexual. En: *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica (English ed.)*. DOI: 10.1016/j.eimc.2020.09.017.
30. Lutz, Susan; Heberling, Monica; Goodlet, Kellie J. (2021): Patient perspectives of pharmacists prescribing HIV pre-exposure prophylaxis: A survey of patients receiving antiretroviral therapy. En: *Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA* 61 (2), e75-e79. DOI: 10.1016/j.japh.2020.09.020.
31. Luz, Paula M.; Benzaken, Adele; Alencar, Tatianna M. de; Pimenta, Cristina; Veloso, Valdilea G.; Grinsztejn, Beatriz (2018a): PrEP adopted by the brazilian national health system: What is the size of the demand? En: *Medicine* 97 (1S Suppl 1), S75-S77. DOI: 10.1097/MD.00000000000010602.
32. Luz, Paula M.; Osher, Benjamin; Grinsztejn, Beatriz; Maclean, Rachel L.; Losina, Elena; Stern, Madeline E. et al. (2018b): The cost-effectiveness of HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men and transgender women at high risk of HIV infection in Brazil. En: *Journal of the International AIDS Society* 21 (3), e25096. DOI: 10.1002/jia2.25096.
33. Norma SESAL, 2021: Manual de atención Integral a la embarazada para la prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo e Hija.
34. Norma SESAL, 2020: Manual de Atención Integral al Adulto y al adolescente con VIH.

35. Massud, Ivana; Ruone, Susan; Zlotorzynska, Maria; Haaland, Richard; Mills, Patrick; Cong, Mian-Er et al. (2020): Single oral dose for HIV pre or post-exposure prophylaxis: user desirability and biological efficacy in macaques. En: *EBioMedicine* 58, pág. 102894. DOI: 10.1016/j.ebiom.2020.102894.
36. Mayer, Kenneth H.; Nelson, LaRon; Hightow-Weidman, Lisa; Mimiaga, Matthew J.; Mena, Leandro; Reisner, Sari et al. (2021): The persistent and evolving HIV epidemic in American men who have sex with men. En: *The Lancet* 397 (10279), pág. 1116–1126. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00321-4.
37. Molina J-M, Ghosn J, Algarte-Genin M, Roas-Castro D, Beniguel L, Pialoux G et al. (2019): Incidence of HIV-infeccion with daily or on-demand PrEP with TDF/FTC in Paris area. X Conferencia IAS about of HIV. City of México. Disponible en línea en <http://programme.ias2019.org/programme/session/91>, consultado el 17 de junio de 2019.
38. Naeem, Serosh; Frye, Victoria; Nandi, Vijay; Paige, Mark Q.; Lucy, Debbie; Ortiz, Geneva et al. (2020): Who is Using the HIV Self-Test among Young Black Men Who Have Sex with Men (MSM) and Transwomen in New York City? En: *Journal of the National Medical Association* 112 (3), pág. 284–288. DOI: 10.1016/j.jnma.2020.03.008.
39. Norma Técnica Hondureña del Sector Salud NTHSS 04, 2014: Norma tecnica VIH en Honduras. Disponible en línea en <http://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/edocman/norma-tecnica-vih-en-honduras>.
40. OMS; UNITAID (2018): HIV Rapid Diagnostic Test for Self-testing. 4 th: Jura Editorial Services.
41. OPS/OMS (2016): Servicios de detección del VIH: La OMS recomienda la autodetección de VIH. Sinopsis de Política. En: *WHO/HIV/2016.21*.
42. PAHO; OMS (2021): Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe: Pan American Health Organization.
43. PAHO OMS (2017a): Herramienta de la OMS para la implementación de la Profilaxis Previa a Exposición al VIH. Planificación en los Establecimientos.
44. PAHO OMS (2017b): Herramienta de la OMS para la implementación de la Profilaxis Previa a la Exposición al VIH. Profesionales Clínicos.

45. PAHO OMS (2019): Profilaxis Preeposición oral a Demanda Para prevenir la infección por VIH en Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombre. Actualización de la recomendación de la OMS sobre PrEP oral.
46. Pai, Nitika Pant; Karellis, Angela; Kim, John; Peter, Trevor (2020): Modern diagnostic technologies for HIV. En: *The Lancet HIV* 7 (8), e574-e581. DOI: 10.1016/S2352-3018(20)30190-9.
47. Papparini, Sara; Nutland, Will; Rhodes, Tim; Nguyen, Vinh-Kim; Anderson, Jane (2018): DIY HIV prevention: Formative qualitative research with men who have sex with men who source PrEP outside of clinical trials. En: *PloS one* 13 (8), e0202830. DOI: 10.1371/journal.pone.0202830.
48. Paz-Bailey, Gabriela; Morales-Miranda, Sonia; Jacobson, Jerry O.; Gupta, Sundeep K.; Sabin, Keith; Mendoza, Suyapa et al. (2009): High rates of STD and sexual risk behaviors among Garifunas in Honduras. En: *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 51 Suppl 1, S26-34. DOI: 10.1097/QAI.0b013e3181a2647b.
49. Peterson, Leigh; Taylor, Doug; Roddy, Ronald; Belai, Ghiorghis; Phillips, Pamela; Nanda, Kavita et al. (2007): Tenofovir disoproxil fumarate for prevention of HIV infection in women: a phase 2, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. En: *PLOS Clin Trial* 2 (5), e27. DOI: 10.1371/journal.pctr.0020027.
50. Norma SESAL, 2016: Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
51. Protocolo PPE, 2017: Protocolo de Profilaxis Post Exposición a la Infección por VIH y otras ITS. Disponible en <http://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/edocman/protocolo-ppe-vih>.
52. Qu, Dou; Zhong, Xiaoni; Xiao, Guiyuan; Dai, Jianghong; Liang, Hao; Huang, Ailong (2018): Adherence to pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men: A prospective cohort study. En: *International Journal of Infectious Diseases* 75, pág. 52–59. DOI: 10.1016/j.ijid.2018.08.006.
53. REDTRASEX (2013): Estudio sobre estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe.
54. Rodger, Alison J.; Cambiano, Valentina; Bruun, Tina; Vernazza, Pietro; Collins, Simon; Degen, Olaf et al. (2019): Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER):

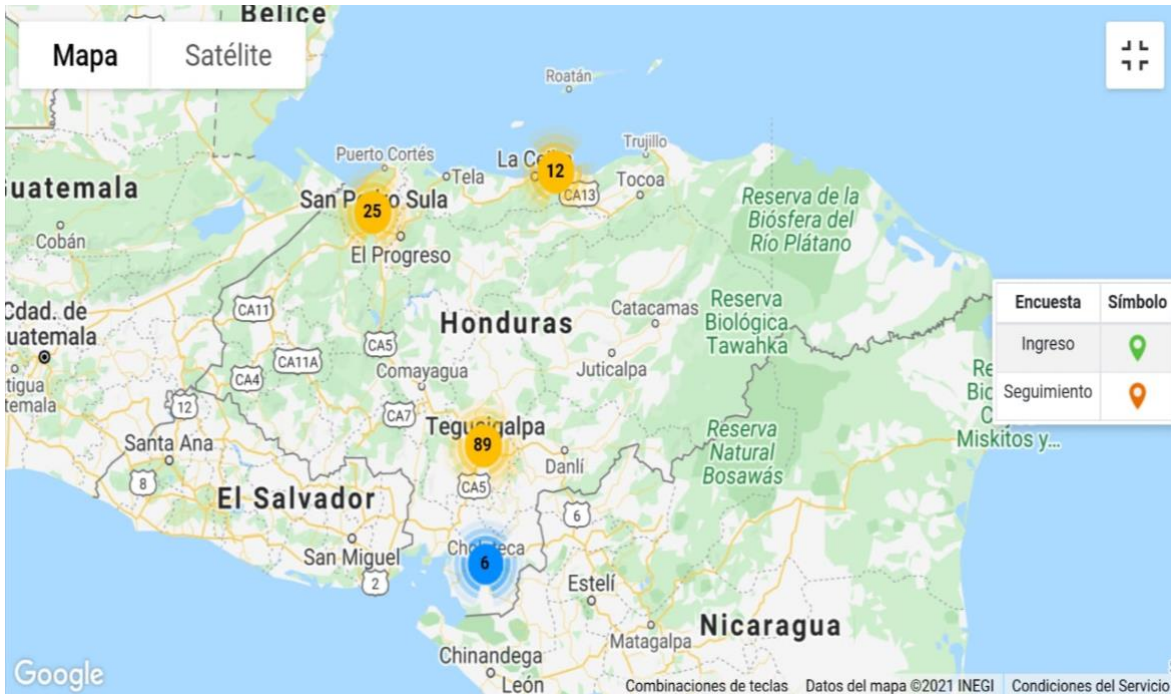
- final results of a multicentre, prospective, observational study. En: *The Lancet* 393 (10189), pág. 2428–2438. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30418-0.
55. Rowan, Sarah E.; Patel, Rupa R.; Schneider, John A.; Smith, Dawn K. (2021): Same-day prescribing of daily oral pre-exposure prophylaxis for HIV prevention. En: *The Lancet HIV* 8 (2), e114-e120. DOI: 10.1016/S2352-3018(20)30256-3.
56. Rubenstein, Leonard S.; Amon, Joseph J.; McLemore, Megan; Eba, Patrick; Dolan, Kate; Lines, Rick; Beyrer, Chris (2016): HIV, prisoners, and human rights. En: *The Lancet* 388 (10050), pág. 1202–1214. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30663-8.
57. Rutstein, Sarah E.; Smith, Dawn K.; Dalal, Shona; Baggaley, Rachel C.; Cohen, Myron S. (2020): Initiation, discontinuation, and restarting HIV pre-exposure prophylaxis: ongoing implementation strategies. En: *The Lancet HIV* 7 (10), e721-e730. DOI: 10.1016/S2352-3018(20)30203-4.
58. Ryan, Kathleen E.; Mak, Anne; Stooze, Mark; Price, Brian; Fairley, Christopher K.; Ruth, Simon et al. (2018): Protocol for an HIV Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Population Level Intervention Study in Victoria Australia: The PrEPX Study. En: *Frontiers in public health* 6, pág. 151. DOI: 10.3389/fpubh.2018.00151.
59. Sarkar, Supriya Corso, Phaedra Ebrahim-Zadeh, Shideh Kim, Patricia Charania, Sana Wall, Kristin (2019): Cost-effectiveness of HIV Prevention Interventions in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. Artículo de revista. En: *EClinicalMedicine* 10, pág. 10–31. DOI: 10.1016/j.eclinm.2019.04.006.
60. Shrestha, Ram K.; Chavez, Pollyanna R.; Noble, Meredith; Sansom, Stephanie L.; Sullivan, Patrick S.; Mermin, Jonathan H.; MacGowan, Robin J. (2020): Estimating the costs and cost-effectiveness of HIV self-testing among men who have sex with men, United States. En: *J Intern AIDS Soc* 23 (1), e25445. DOI: 10.1002/jia2.25445.
61. Silva-Santisteban, Alfonso; Eng, Shirley; La Iglesia, Gabriela de; Falistocco, Carlos; Mazin, Rafael (2016): HIV prevention among transgender women in Latin America: implementation, gaps and challenges. En: *J Intern AIDS Soc* 19 (3 Suppl 2), pág. 20799. DOI: 10.7448/IAS.19.3.20799.
62. Sohn, Aeree; Cho, Byonghee (2012): Knowledge, Attitudes, and Sexual Behaviors in HIV/AIDS and Predictors Affecting Condom Use among Men Who Have Sex with Men in South Korea. En: *Osong Public Health and Research Perspectives* 3 (3), pág. 156–164. DOI: 10.1016/j.phrp.2012.07.001.

63. Suglo, Rita Esi; Aku, Fortress Yayra; Anaman-Torgbor, Judith A.; Tarkang, Elvis Enowbeyang (2021): Predictors of adherence to HIV Post-Exposure Prophylaxis protocol among frontline healthcare workers at the Ho Teaching Hospital, Ghana. En: *International journal of infectious diseases: IJID: official publication of the International Society for Infectious Diseases* 106, pág. 208–212. DOI: 10.1016/j.ijid.2021.03.079.
64. Terán Calderón, Carolina; Gorena Urizar, Dorian; González Blázquez, Cristina; Alejos Ferreras, Belén; Ramírez Rubio, Oriana; Bolumar Montrull, Francisco et al. (2015): Knowledge, attitudes and practices on HIV/AIDS and prevalence of HIV in the general population of Sucre, Bolivia. En: *The Brazilian journal of infectious diseases: an official publication of the Brazilian Society of Infectious Diseases* 19 (4), pág. 369–375. DOI: 10.1016/j.bjid.2015.04.002.
65. TvT (2021): TMM Update TDoR 2021 - TvT. Disponible en línea en <https://transrespect.org/en/tmm-update-tdor-2021/>, Última actualización el 11/11/2021, Última comprobación el 10/05/2022.
66. Wahome, Elizabeth; Thiong'o, Alexander N.; Mwashigadi, Grace; Chirro, Oscar; Mohamed, Khamisi; Gichuru, Evans et al. (2018): An Empiric Risk Score to Guide PrEP Targeting Among MSM in Coastal Kenya. En: *AIDS Behav* 22 (S1), pág. 35–44. DOI: 10.1007/s10461-018-2141-2.
67. Wang, Xia; Bourne, Adam; Liu, Pulin; Sun, Jiangli; Cai, Thomas; Mburu, Gitau et al. (2018): Understanding willingness to use oral pre-exposure prophylaxis for HIV prevention among men who have sex with men in China. En: *PLoS ONE* 13 (6), e0199525. DOI: 10.1371/journal.pone.0199525.
68. Wei, Chongyi; Raymond, H. Fisher (2018): Pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men in China: challenges for routine implementation. En: *J Intern AIDS Soc* 21 (7), e25166. DOI: 10.1002/jia2.25166.
69. Were, Daniel K.; Musau, Abednego; Atkins, Kaitlyn; Shrestha, Prakriti; Reed, Jason; Curran, Kelly; Mohan, Diwakar (2021): Health system adaptations and considerations to facilitate optimal oral pre-exposure prophylaxis scale-up in sub-Saharan Africa. En: *The Lancet HIV* 8 (8), e511-e520. DOI: 10.1016/S2352-3018(21)00129-6.
70. Wong, Ngai Sze; Kwan, Tsz Ho; Tsang, Owen T. Y.; Lee, Man Po; Yam, Wing Cheong; Lam, Wilson et al. (2018): Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for MSM in low HIV incidence places: should high risk individuals be targeted? En: *Sci Rep* 8 (1). DOI: 10.1038/s41598-018-30101-9.
71. Wright, E., Grulich, A., Roy, K., Boyd, M., Cornelisse, V., Russell, D., O'Donnell, D., Whittaker, B., Crooks, L. y Zablotska, I. (2018): Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual

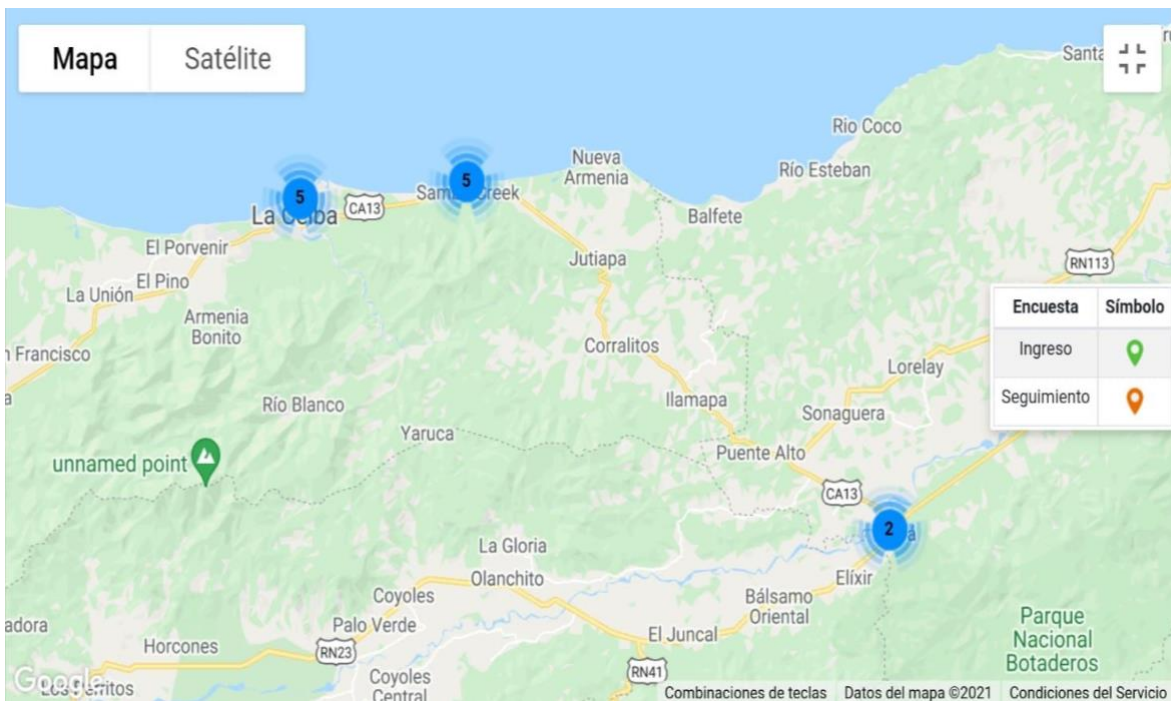
- Health Medicine HIV pre-exposure prophylaxis: clinical guidelines. Update April 2018. En: *journal of virus eradication* 4.
72. Zhang, Lei; Peng, Peng; Wu, Yumeng; Ma, Xiaomeng; Soe, Nyi Nyi; Huang, Xiaojie et al. (2019): Modelling the Epidemiological Impact and Cost-Effectiveness of PrEP for HIV Transmission in MSM in China. En: *AIDS Behav* 23 (2), pág. 523–533. DOI: 10.1007/s10461-018-2205-3.

14 Anexos

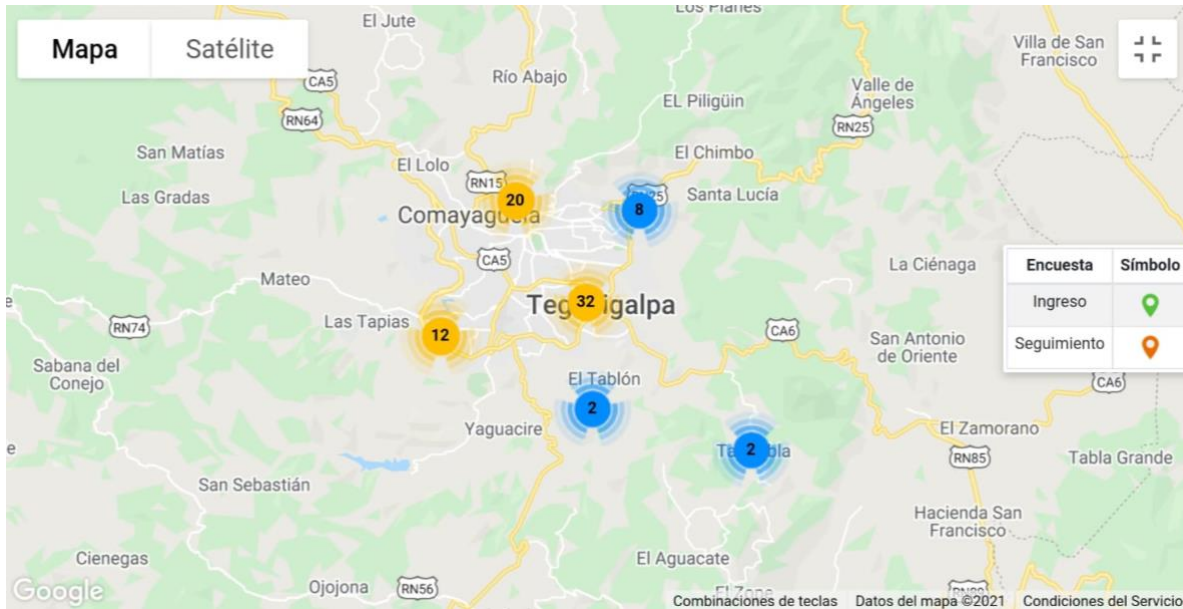
14.1 CAP y Mitos a nivel Nacional



14.2 Anexo del CAP y Mitos departamentos de Atlántida y Colon



14.3 Anexo del CAP y Mitos en el MDC



14.4 Informe de Precalificación de diagnóstico in vitro de OMS, pruebas Autotest.

LABORATORIOS	AUTO-PRUEBAS	DESCRIPCIÓN	LISTADO DE DIAGNÓSTICO PRECALIFICADO OMS	SENSIBILIDAD / ESPECIFICIDAD
CHEMBIO DIAGNOSTICS (NY, USA)	SURE CHECK	Prueba cualitativa única para detección de anticuerpos VIH-1 y VIH-2 en sangre	29 de noviembre de 2019	100%/100%
BIOLYTICAL (BC,CANADA),	INSTI VIH	Inmunoensayo cualitativo en sangre para detectar VIH-1 y anticuerpos VIH-2	27 de noviembre de 2018.	100%/100%
ATOMO DIAGNOSTICS (PA, USA)	Mylan VIH	Prueba de diagnóstico in vitro rápida inmunocromatográfica para la detección de anticuerpos VIH -1 y VIH-2 en sangre	03 de julio de 2019	100%/99.8%
ORASURE TECHNOLOGIES (PA, EE.UU.)	OraQuick VIH	Prueba de diagnóstico in vitro que detecta anticuerpos VIH-1, VIH-2 en fluido oral	20 de julio de 2017	93%/99%

14.5 Charlas y capacitación:

Estudio de factibilidad económica, Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes en Honduras de junio a noviembre de 2021.

Acta de Entrega a cada participante de PrEP y Autotest

ACTA DE ENTREGA

Por medio de la presente , bajo la “Subvención VIH/TB: Moviendo las respuestas al VIH y la Tuberculosis hacia el 90-90-90 y la sostenibilidad con enfoque en poblaciones clave y vulnerables 2019-2022, el grupo investigador del: Estudio de factibilidad económica, Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest , prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave en Honduras de junio a noviembre de 2021”, HAGO CONSTAR LA ENTREGA DE 03 (tres) frascos de TRUVADA (lote:189 0372 6239 527), fecha de vencimiento: 2022-12 también 3 sobres de prueba rápida (Kit) para VIH-1 y VIH-2 (lote 107 12 100 03) con fecha de vencimiento: 2022-03-02, al SEÑOR (A): _____, con número de Identidad: _____.

El cual es de uso exclusivo para el desarrollo de la prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave en Honduras de agosto – octubre de 2021, el cual no puede ser usado para otro fin.

Dado en: _____ . De _____ del 2021.

Firma

Nota que acompaña la entrega de PrEP y Autotest

Agosto 2021

¡Felicidades!

Ha sido seleccionado dentro del grupo para ser parte de nuestra prueba piloto para el tratamiento preexposición y autotest del VIH, durante tres meses: agosto, septiembre y octubre 2021.

Tu representarás a tu comunidad durante estos tres meses en que tendrás acceso a Truvada y al Autotest.

Cualquier duda o pregunta que tengas acerca del tema no dudes en hacerlo saber a nuestro equipo de campo que estará atento a contestarlas, es fundamental tu responsabilidad y dedicación en cuanto al uso correcto del medicamento para obtener los resultados deseados, y de esta manera tú y tus seres queridos estarán más seguros de disminuir los riesgos. Nuevamente el equipo investigador te agradece tu tiempo y tu interés en cuidar de tu salud muchísimas gracias.

Atte

Grupo Investigador PrEP y Autotest

Nota entregada a los participantes que desean recibir PrEP pero no fueron seleccionados.

Agosto 2021

Estimado Participante del Estudio Conocimientos, actitudes, prácticas y mitos para Autotest y tratamiento Pre Exposición, muchas gracias por el interés en ser parte de la prueba piloto, en este momento la Secretaría de Salud de Honduras y el equipo investigador solo nos ha autorizado el kit para el tratamiento y auto test para 50 personas en esta primera fase, por lo tanto hubo necesidad de hacer una selección del grupo, en este momento, no tenemos suficientes kits para poder incluirlo (a), si recibimos más kits, entraremos en comunicación para que usted también pueda ser parte de esta prueba piloto, agradecemos su paciencia, interés y estaremos en comunicación. Por el momento lo (a) instamos a seguir las medidas de protección necesarias y cualquier duda que tenga, puede entrar a nuestro sitio web <https://www.prepy Autotesthonduras.com/login> donde estarán siendo colocados los nuevos los anuncios. Agradecemos su comprensión.

Atte

Equipo Investigador

Apendices

Apéndice consentimiento informado CAP

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

En este consentimiento informado usted declara por escrito su libre voluntad de participar, luego de comprender en qué consiste la investigación de **“Conocimientos, actitudes, mitos y creencias sobre PrEP y Autotest del VIH en una muestra representativa de país en poblaciones clave y parejas serodiscordantes”** coordinada por el Grupo de investigación de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en conjunto con la secretaria de Salud (SESAL) y el fondo Mundial. Le solicitamos colaborar de la manera más honesta y completa posible.

Objetivo de la Investigación: Determinar los conocimientos, actitudes, mitos y creencias sobre PrEP y Autotest del VIH en una muestra representativa de país en poblaciones clave y parejas serodiscordantes.

Justificación de la Investigación: Importancia para el área de investigación en salud, enfoque grupos vulnerables. La reducción del tiempo que pasa entre la infección y el diagnóstico del VIH es una prioridad de los programas de prevención del VIH/SIDA, por otro lado, desde la perspectiva de salud pública la probabilidad de transmitir la infección por el VIH es mayor cuanto más tiempo permanezca el individuo sin conocer que está infectado, al no adoptar comportamientos de menor riesgo y al no recibir los beneficios de iniciar TARGA (Terapia Antirretroviral de Gran Actividad) de forma temprana. (Carnicer-Pont et al. 2011)

Los datos derivados de este proyecto financiado por el Fondo Mundial aportarán evidencia actualizada sobre terapia preexposición, formulando los criterios de selección de personas susceptibles de recibirla, contribuyendo a reducir nuevas infecciones, enfermedad avanzada y mortalidad por VIH. De esta forma se valorará los posibles modelos de prestación de servicios con proveedores públicos. La Subvención busca potenciar la capacidad institucional, de las comunidades y de las poblaciones claves para su mejor respuesta ante riesgos y factores que determinan la prevención, el diagnóstico oportuno y el acceso continuo a TAR en la población. El periodo de implementación de la Subvención VIH/TB comprende desde el 2019 al 2022.

Para alcanzar los objetivos, usted ha sido invitado (a) a participar en el Estudio acerca de Conocimientos, Actitudes, Mitos y Creencias sobre Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest del VIH (Estudio CCAP) porque es parte de:

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

1. De la comunidad LGTB, MT, PG, PPL población clave que se beneficiara de la instauración normatizada de profilaxis preexposición (PrEP).
2. Puede o no estar en una relación de Parejas discordantes.

Su participación en el estudio CCAP es voluntaria, usted puede o no participar su decisión final no influirá en la atención médica, asesoría para VIH y Salud Sexual y Reproductiva, atención y tratamiento en los SAI de ser necesario. También si usted lo desea está invitada a participar en los siguientes estudios:

1. Prueba Piloto para PrEP y Autotest.
2. Perspectiva del usuario de PrEP.

Usted puede elegir no participar en ninguno de estos Estudios sin afectar su participación en el Estudio CCAP.

Procedimiento: Usted como participante podrá llenar una encuesta en línea por medio de una aplicación informática desarrollada para el estudio desde la comodidad de su hogar en privado accediendo a nuestra página web www.prepy Autotesthonduras.com , donde encontrara literatura sobre el tema y también videos educativos sobre PrEP y Autotest en otros países, ahí también recibirá instrucciones de como llenar cada encuesta o podrá realizar el llenado respectivo en alguna de las asociaciones, ONG o SAI con el apoyo del personal autorizado del estudio. En ambos casos siempre tendrá respaldo de nuestro personal autorizado y entrenado debidamente identificado. Los datos que proporcione serán confidenciales, cualquier duda que tenga del estudio podrá comunicarse con nosotros por medio del celulares o mensaje de WhatsApp en un horario de 8:00 am – 5:00 pm de lunes a viernes:

+ 504 3322-PREP (7737)

+ 504 3325-PREP (7737)

+ 504 3326-PREP (7737)

+ 504 3327-PREP (7737)

o también escribiéndonos a nuestro correo electrónico (investigacion_fcm@unah.edu.hn). Todos los enlaces de contacto serán actualizados en nuestra página web de forma semanal.

Beneficios: Al participar en el Estudio Conocimientos, Actitudes, Mitos y Creencias sobre Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest del VIH (Estudio CCAP) **no obtendrá beneficios económicos;** sin embargo, la información proporcionada será importante y contribuirá con el proceso de generar políticas para la implementación de PrEP y Autotest del VIH en el país.

Factores y riesgos: Al ser un participante del Estudio CCAP tiene pocos riesgos, si en cualquier momento no se siente cómodo con alguna pregunta del formulario puede decidir no contestarla, también podrá retirarse del Estudio en cualquier momento que decida, no obstante, nuestro deber como equipo investigador es proporcionar seguridad y confiabilidad a todos los participantes garantizando el secreto de la identidad e información obtenida. Todos los documentos serán en línea, almacenados y respaldados por el Centro de Datos del Proyecto.

Incentivos. Usted no recibirá ningún incentivo económico por participar en el Estudio CCAP.

Nuestro Equipo de Investigación garantiza:

1. **Garantía de respuesta a inquietudes:** Los participantes recibirán respuesta a cualquier pregunta que les surja acerca de la investigación por medio de nuestros contactos.
2. **Garantía de libertad:** La participación en el estudio es libre y voluntaria. Los participantes podrán retirarse de la investigación en el momento que lo deseen, sin ningún tipo de consecuencia.
3. **Garantía de información:** Los participantes recibirán toda información significativa que se vaya obteniendo durante el estudio.
4. **Confidencialidad:** Los nombres de las personas y toda información que sea proporcionada, serán tratados de manera privada y con estricta confidencialidad, éstos se consolidarán en una base de datos como parte del trabajo investigativo. Sólo se divulgará la información global de la investigación, en un informe en el cual se omitirán los nombres propios de las personas de las cuales se obtenga información.

A quien contactar:

1. Investigadora principal: Dra. Lysien Ivania Zambrano por medio del correo del proyecto (investigacion_fcm@unah.edu.hn).
2. Teléfono Celular horario de 8:00 am – 5:00 pm de lunes a viernes:
 - + 504 3322-PREP (7737)
 - + 504 3325-PREP (7737)
 - + 504 3326-PREP (7737)
 - + 504 3327-PREP (7737)

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

Se garantiza que esta investigación fue avalada por el Comité de investigación Biomédica (CEIB) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), con el **registro # 030 - 2021**, y que los participantes obtendrán copia del presente consentimiento.

Certifico que he leído la anterior información, que entiendo su contenido y que estoy de acuerdo en participar en la investigación.

Se firma en la ciudad de _____ a los ____ días, del mes _____ del año 2021.

Firma participante

Firma testigo

Apéndice consentimiento informado entrevista cualitativo

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

En este consentimiento informado usted declara por escrito su libre voluntad de participar, luego de comprender en qué consiste la investigación de **“Conocimientos, actitudes, mitos y creencias sobre PrEP y Autotest del VIH en una muestra representativa de país en poblaciones clave y parejas serodiscordantes, COMPONENTE CUALITATIVO”** desarrollada por el Grupo de investigación de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), en conjunto con la secretaria de Salud (SESAL) y el Fondo Mundial (FM). Le solicitamos colaborar de la manera más honesta y completa posible.

Objetivo de la Investigación: Profundizando sobre las barreras y limitantes que pudiesen tener las poblaciones clave para acceder, de forma temprana y oportuna a servicios de PrEP y Autotest del VIH.

Justificación de la Investigación: **Importancia para el área de investigación en salud, enfoque grupos vulnerables.** La reducción del tiempo que pasa entre la infección y el diagnóstico del VIH es una prioridad de los programas de prevención del VIH/SIDA, por otro lado, desde la perspectiva de salud pública la probabilidad de transmitir la infección por el VIH es mayor cuanto más tiempo permanezca el individuo sin conocer que está infectado, al no adoptar comportamientos de menor riesgo y al no recibir los beneficios de iniciar TARGA (Terapia Antirretroviral de Gran Actividad) de forma temprana. (Carnicer-Pont et al. 2011)

Los datos derivados de este proyecto financiado por el Fondo Mundial aportarán evidencia actualizada sobre terapia preexposición, formulando los criterios de selección de personas susceptibles de recibirla, contribuyendo a reducir nuevas infecciones, enfermedad avanzada y mortalidad por VIH. De esta forma se valorará los posibles modelos de prestación de servicios con proveedores públicos. La Subvención busca potenciar la capacidad institucional, de las comunidades y de las poblaciones claves para su mejor respuesta ante riesgos y factores que determinan la prevención, el diagnóstico oportuno y el acceso continuo a TAR en la población. El periodo de implementación de la Subvención VIH/TB comprende desde el 2019 al 2022.

Procedimientos: Para alcanzar los objetivos, el estudio utilizará técnicas cualitativas en poblaciones clave de las ciudades principales del Corredor Central de Desarrollo. mediante el uso de técnicas cualitativas un estudio CCAP se determinarán los conocimientos, actitudes, mitos y creencias sobre Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest del VIH en una muestra representativa de poblaciones clave, parejas serodiscordantes y prestadores de servicios de salud, también se realizará

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

la prueba piloto para el uso de Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest del VIH en poblaciones clave, se usará una aplicación informática para desarrollar de todo el estudio, todo este enfoque estará liderado por un antropólogo social y un psicólogo, los cuales hablan perfecto español, y desde Brasil entrenarán a personal nacional y ellos también realizarán algunas entrevistas a profundidad en población y actores clave y en la respuesta nacional al VIH. Se profundizará en líneas temáticas identificadas en el CCAP en torno a la terapia PrEP, barreras y limitaciones de su uso en la población de riesgo.

Beneficios: no hay ningún beneficio Económico para los participantes, con su participación podrá contribuir con el proceso de generar políticas para la implementación de PrEP y Autotest del VIH gratuitamente en todo el país.

Factores y riesgos: Esta es una investigación de riesgo mínimo, donde no hay intervención.

Garantía de respuesta a inquietudes: Los participantes recibirán respuesta a cualquier pregunta que les surja acerca de la investigación.

Garantía de libertad: La participación en el estudio es libre y voluntaria. Los participantes podrán retirarse de la investigación en el momento que lo deseen, sin ningún tipo de consecuencia.

Garantía de información: Los participantes recibirán toda información significativa que se vaya obteniendo durante el estudio.

Confidencialidad: Los nombres de las personas y toda información que sea proporcionada, serán tratados de manera privada y con estricta confidencialidad, éstos se consolidarán en una base de datos como parte del trabajo investigativo. Sólo se divulgará la información global de la investigación, en un informe en el cual se omitirán los nombres propios de las personas de las cuales se obtenga información. También lo invitamos a nuestra página web www.prepy Autotesthonduras.com , donde encontrará literatura sobre el tema y también videos educativos sobre PrEP y Autotest en otros países, Cualquier duda que tenga del estudio podrá comunicarse con nosotros por medio del **celulares** o mensaje de **WhatsApp** en un horario de **8:00 am – 5:00 pm de lunes a viernes:**

1. + 504 3322-**PREP** (7737)
2. + 504 3325-**PREP** (7737)
3. + 504 3326-**PREP** (7737)
4. + 504 3327-**PREP** (7737)

A quien contactar: Por e-mail, a los investigadores responsables: Dra. Lysien Ivania Zambrano (investigacion_fcm@unah.edu.hn).

Se garantiza que esta investigación fue avalada por el Comité de investigación biomédica (CEIB) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), con el **registro # 030 - 2021**, y que los participantes obtendrán copia del presente consentimiento.

Certifico que he leído la anterior información, que entiendo su contenido y que estoy de acuerdo en participar en la investigación.

Se firma en la ciudad de _____ a los ____ días, del mes _____ del año 2021.

Firma participante

Firma testigo

Apéndice consentimiento informado prueba piloto

Termino de consentimiento libre y esclarecido (PrEP)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

En este consentimiento informado usted declara por escrito su libre voluntad de participar, luego de comprender en qué consiste la investigación de **“Prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave en Honduras”** desarrollada por el Grupo de investigación de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), en conjunto con la secretaria de Salud (SESAL) y el Fondo Mundial (FM). Le solicitamos colaborar de la manera más honesta y completa posible.

Objetivo de la Investigación: Determinar los conocimientos, actitudes, mitos y creencias sobre PrEP y Autotest del VIH en una muestra representativa de país en poblaciones clave y parejas serodiscordantes.

Justificación de la Investigación: Importancia para el área de investigación en salud, enfoque grupos vulnerables. La reducción del tiempo que pasa entre la infección y el diagnóstico del VIH es una prioridad de los programas de prevención del VIH/SIDA, por otro lado, desde la perspectiva de salud pública la probabilidad de transmitir la infección por el VIH es mayor cuanto más tiempo permanezca el individuo sin conocer que está infectado, al no adoptar comportamientos de menor riesgo y al no recibir los beneficios de iniciar TARGA (Terapia Antirretroviral de Gran Actividad) de forma temprana. (Carnicer-Pont et al. 2011)

Los datos derivados de este proyecto financiado por el FM aportarán evidencia actualizada sobre terapia preexposición, formulando los criterios de selección de personas susceptibles de recibirla, contribuyendo a reducir nuevas infecciones, enfermedad avanzada y mortalidad por VIH. De esta forma se valorará los posibles modelos de prestación de servicios con proveedores públicos, y de esta manera potenciar la capacidad institucional, de las comunidades y de las poblaciones claves para su mejor respuesta ante riesgos y factores que determinan la prevención, el diagnóstico oportuno y el acceso continuo a TAR en la población. El periodo de implementación de la Subvención VIH/TB comprende desde el 2019 al 2022.

Procedimientos: Se realizará la prueba piloto para el uso de Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest del VIH en poblaciones clave, se usará una aplicación informática para desarrollar de todo el estudio,

La terapia para a utilizar esta en consenso con la Mesa Técnica de ARV y la prueba de VIH (DETERMINE), consensuada con el equipo técnico de SESAL, se usará Tenofovir + Emtricitabina

(una sola capsula V.O por día). Donada por FM, El levantamiento de información, por medio de encuestas electrónicas. Cada encuesta será procesada de forma electrónica y será georreferenciada mediante un Sistema de Información Geográfica (SIG), el cual será compartido con las instituciones autorizadas. Este SIG estará disponible para que pueda ser utilizado de manera eficiente en todas aquellas actividades de planificación y cumplimiento de metas de esta consultoría.

Beneficios: no hay ningún beneficio Económico para los participantes, con su participación podrá contribuir con el proceso de generar políticas para la implementación de PrEP y Autotest del VIH gratuitamente en todo el país.

Factores y riesgos: Esta es una investigación de riesgo mínimo, los medicamentos utilizados están aprobados por la FDA y con todo el control del país y utilizados en otros países en sus sistemas de salud pública.

Garantía de respuesta a inquietudes: Los participantes recibirán respuesta a cualquier pregunta que les surja acerca de la investigación.

Garantía de libertad: La participación en el estudio es libre y voluntaria. Los participantes podrán retirarse de la investigación en el momento que lo deseen, sin ningún tipo de consecuencia.

Garantía de información: Los participantes recibirán toda información significativa que se vaya obteniendo durante el estudio.

Confidencialidad: Los nombres de las personas y toda información que sea proporcionada, serán tratados de manera privada y con estricta confidencialidad, éstos se consolidarán en una base de datos como parte del trabajo investigativo. Sólo se divulgará la información global de la investigación, en un informe en el cual se omitirán los nombres propios de las personas de las cuales se obtenga información. También lo invitamos a nuestra página web www.prepy Autotesthonduras.com , donde encontrara literatura sobre el tema y también videos educativos sobre PrEP y Autotest en otros países,Cualquier duda que tenga del estudio podrá comunicarse con nosotros por medio del **celulares** o mensaje de **whatapps** en un horario de **8:00 am – 5:00 pm de lunes a viernes:**

1. + 504 3322-**PREP** (7737)
2. + 504 3325-**PREP** (7737)
3. + 504 3326-**PREP** (7737)
4. + 504 3327-**PREP** (7737)

A quien contactar: Por e-mail, con la investigadora principal: Dra. Lysien Ivania Zambrano (investigacion_fcm@unah.edu.hn).

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

Se garantiza que esta investigación fue avalada por el Comité de investigación Biomédica (CEIB) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), con el **registro # 030 - 2021**, y que los participantes obtendrán copia del presente consentimiento.

Certifico que he leído la anterior información, que entiendo su contenido y que estoy de acuerdo en participar en la investigación.

Se firma en la ciudad de _____ a los ____ días, del mes _____ del año 2021.

Firma participante

Firma testigo

Entrevista estudio cualitativo- Tomadores de Decisiones

GUIÓN DE ENTREVISTA- AUTORIDADES Y TOMADORES DE DECISIÓN.	
"Caracterización de la resistencia en personas con VIH en tratamiento antirretroviral atendidas en los Servicios de Atención Integral en Honduras"	
<p>Sugerencia de introducción: Buenos días (t/n), mi nombre es _____, mi profesión es _____ y hago parte del brazo cualitativo del proyecto "Caracterización de la resistencia en personas con VIH en tratamiento antirretroviral atendidas en los Servicios de Atención Integral en Honduras" En esta fase tendremos una conversación cuyo objetivo es conocer su opinión y percepción sobre algunos aspectos relacionados con temas que interesan al estudio. Si alguna de las preguntas o asuntos que tratemos aquí no le hacen sentir cómoda(o) para conversarlos o responder, no se preocupe, pasaremos a otro asunto, si quiere contarme más cosas sobre el asunto, también puede hacerlo. Grabaremos la conversación para hacer un análisis posterior, ésta no será publicada de forma individual en ninguna circunstancia, siéntase cómoda(o) para conversar, los profesionales que hacemos parte de este equipo garantizamos la protección de sus datos. Le agradecemos mucho por su tiempo y dedicación a esta investigación.</p>	
PARTE 1. BIOGRAFÍA Y CONTEXTO	
Información	Pregunta guía/asunto
Identificación	Nombre y apellido
Edad	Fecha de nacimiento
Vínculo institucional	Entidad en la que trabaja
Profesión	¿Cuál es su profesión?
Cargo	¿Cuál es su cargo?
Subordinados	¿Cuántas personas tiene bajo su dirección?
Lugar de residencia y trabajo	<p>¿En cuál departamento y municipio reside actualmente?</p> <p>¿Trabaja en ese mismo municipio?</p> <p>[Si la respuesta es negativa preguntar el municipio en donde trabaja]</p>
Género	¿Cuál es su identidad sexual?
	(Algunas opciones)
	Femenino
	Masculino
	Hombre transgénero
	Mujer transgénero
	Gay

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

			Lesbiana
			Bisexual
			Heterosexual
			Prefiero no decir
			Otros
Etnicidad		¿Cómo se identifica?	
		(Algunas opciones)	Blanco
			Mestizo
			Garífuna
			Negro
			Indígena
			Otros
Vínculo/agremiación		¿Pertenece a alguna de las organizaciones de grupos de riesgo?	
		¿Cuál?	
		¿Pertenece a alguna ONG? ¿Cuál? ¿A qué se dedica la entidad? ¿Cuáles son sus funciones? [Si está relacionada con VIH] ¿Cómo se relaciona con la normativa nacional e internacional en lo que concierne a vínculo con población y tratamiento? ¿Cómo se vincula con la sociedad en general y con la población positivo para VIH?	
PARTE 2. INFORMACIÓN ASOCIADA AL VIH			
Información	Pregunta asunto		
General	¿Cuénteme qué sabe sobre el VIH?		
Información institucional	¿Sabe si alguna de las personas que trabaja con usted, o bajo su responsabilidad, ha contraído VIH? ¿Sabe si alguna de las personas que trabaja con usted, o bajo su responsabilidad, hace uso de tratamientos para el VIH? ¿Sabe cuántas personas de su entorno laboral se han hecho alguna vez una prueba de detección para el VIH?		
Agentes de centros penitenciarios	¿Hay alguna unidad de atención sanitaria en el Penal? ¿Alguna vez la unidad ha hecho pruebas de diagnóstico para el VIH? ¿Sabe cuántas personas del Centro Penal han contraído el VIH?		

	<p>¿Cree usted que es necesaria la implementación de pruebas de diagnóstico en la población carcelaria? ¿Por qué?</p> <p>¿Actualmente hay alguna medida especial para presos que convivan con el VIH?</p>
Agentes del servicio de atención integral	<p>¿Cómo funciona el Servicio de Atención Integral?</p> <p>¿Cuáles actividades de prevención del VIH se han llevado a cabo en el Servicio de Atención Integral?</p> <p>¿Qué tratamiento se le orienta a un portador de VIH en el Centro de Atención Integral?</p> <p>¿Qué medidas se toman cuando hay una pareja serodiscordante?</p> <p>¿Cómo se hace la gestión de recursos en el SAI?</p> <p>¿Cómo se hace el aprovisionamiento de insumos?</p> <p>¿Cómo se hacen las pre-consejerías y las post-consejerías?</p> <p>¿Existen estrategias para localizar y vincular personas con VIH distanciadas, en situaciones precarias o que hayan abandonado el tratamiento?</p> <p>¿Cómo dialogan con instituciones como iglesias, educativas y/o consuetudinarias para generar consciencia sobre VIH, tratamiento, prevención y funcionamiento del SAI?</p> <p>¿Cuáles son las principales deficiencias del SAI?</p>
Para otros agentes de salud o involucrados	<p>¿Cómo funciona el sistema de salud en Honduras? Fortalezas y deficiencias.</p> <p>¿Cómo se aplican los tratamientos y medicamentos a pacientes con VIH en Honduras?</p> <p>¿Cuál es la situación de la investigación médica sobre enfermedades autoinmunes en Honduras?</p> <p>¿Cómo se hacen públicos los resultados de estas investigaciones? ¿Cómo aseguran que las personas tengan acceso a la información y puedan buscar tratamientos adecuados?</p>
Para directivas de la sesal	<p>¿Cómo se gestionan los recursos para desarrollar sus actividades, es decir: garantizar centros de salud adecuados, personal con insumos y formación, ampliar distribución, ¿atención especializada?</p> <p>¿Hay atención diferenciada para poblaciones LGBTI?</p> <p>Si la respuesta es sí, ¿Cómo funciona?</p> <p>¿Hay atención diferenciada para la población según su identidad étnica?</p> <p>Si la respuesta es sí, ¿Cómo funciona?</p> <p>¿Cómo se ha articulado el sistema de salud hondureño a los agentes de cooperación internacional, ONG?</p>

	<p>¿Existe alguna instancia de participación para la población con enfermedades autoinmunes? Es decir, espacios donde la sociedad civil analice, evalúe y oriente las políticas públicas en temas de salud junto a funcionarias/funcionarios y tomadores de decisión del sistema</p> <p>¿El seguro de salud cubre gastos médicos relacionados al VIH?</p> <p>¿Cuál es la situación de la investigación médica sobre enfermedades autoinmunes en Honduras?</p> <p>¿Cómo se hacen públicos los resultados de estas investigaciones? ¿Cómo aseguran que las personas tengan acceso a la información y puedan buscar tratamientos adecuados?</p>
<p>Para agentes de cooperación internacional</p>	<p>¿Cuáles son los proyectos que Global Communities ha desarrollado en el área de salud pública? ¿Cuál es su evaluación de los resultados?</p> <p>¿Cuáles son las principales ventajas y desventajas del sistema de salud público hondureño para implementar un estudio de este tipo? ¿Y de la sociedad hondureña?</p> <p>¿Cuál es la situación de la investigación médica sobre enfermedades autoinmunes en Honduras?</p> <p>¿Cómo se hacen públicos los resultados de estas investigaciones? ¿Cómo aseguran que las personas tengan acceso a la información y puedan buscar tratamientos adecuados?</p>
<p>Para agentes de organizaciones de sociedad civil</p>	<p>¿Cuál es la misión de la organización?</p> <p>¿Cuáles son las principales tareas que realiza?</p> <p>¿Cuál es su función en la organización?</p> <p>¿Cómo gestionan recursos para asegurar el funcionamiento de la organización?</p> <p>¿Cómo se relacionan con el Sistema de salud (funcionarios, agentes de salud)?</p> <p>¿Qué opina de la política pública en salud de Honduras? y específicamente ¿qué opina de los programas para prevención y tratamiento de VIH?</p> <p>¿Por qué las personas tienen resistencia al tratamiento con medicamentos antirretrovirales?</p> <p>¿Realizan estrategias para informar a la sociedad sobre VIH, tratamiento, prevención y el acceso al Sistema de salud?</p> <p>¿Debería haber atención diferenciada para población LGBTI y étnica? (averiguar si esto garantiza o no la prestación de servicios más amigables para esta población)</p> <p>¿Cuál es la situación de la investigación médica sobre enfermedades autoinmunes en Honduras?</p>

	¿Cómo se hacen públicos los resultados de estas investigaciones? ¿Cómo aseguran que las personas tengan acceso a la información y puedan buscar tratamientos adecuados?
Cierre (para todos los entrevistados)	¿Hay alguna otra cosa que quiera contarme sobre su percepción sobre el VIH y las enfermedades de transmisión sexual?

Entrevista estudio Prueba Piloto- PrEP y Auto Test

En el último mes sobre el uso de sus medicamentos 0 -10

OPCIONES DE RESPUESTA:

Se pide que se calificaran su nivel de confianza para tomar medicamentos a tiempo en una variedad de situaciones mediante el uso de una escala de 0 (es decir, no puede hacer en absoluto) a 10 (cierto puede hacer).

1. ¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: a tiempo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. ¿Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: cuándo estás en casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿a pesar de que las píldoras pueden ser grandes y difíciles de tragar?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿a pesar de que los medicamentos son muy caros?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿en ausencia de ayudas de programación (por ejemplo, caja de píldoras, calendarios)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo nadie te ayuda a prepararte?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿mientras estas en el trabajo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿durante el fin de semana?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo el medicamento te está causando efectos secundarios leves?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿incluso si hace que tengas la boca seca?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo te sientes muy saludable?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo se prescribe para ser tomado con mucha agua?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo el tiempo de ingesta no coincide con sus horarios de comida?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo estás en medio de un proyecto?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo el medicamento te da un dolor de estómago leve?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest

16. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo nadie te recuerda el momento en que debes tomar la medicación?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo tienes visitas en casa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿después de que te has enfadado mucho con un amigo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo estás sufriendo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿mientras ves un programa emocionante en la televisión?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo te sientes muy enfermo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Qué tan seguro estás de que puedes tomar tus medicamentos: ¿cuándo te sientes muy triste?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Efectos secundarios: signos y síntomas presentando por los participantes durante el uso del primer mes de PrEP y Auto test julio-octubre 2021

RESULTADOS			
SIGNO	n	% Total	Cumulativo %
EPIGASTRALGIA	1	100.00%	100.00%
SÍNTOMAS	n	% Total	Cumulativo %
ALERGIA	3	16.70%	17.00%
CAMBIO DE ÁNIMO TEMPORAL	1	5.60%	23.00%
CANSANCIO	1	5.60%	29.00%
DIARREA	2	11.10%	40.00%
DOLOR	2	11.10%	51.00%
DOLOR DE CUELLO	1	5.60%	57.00%
DOLOR DE CUERPO Y CABEZA	1	5.60%	63.00%
DOLOR DE ESTOMAGO	2	11.10%	74.00%
ESCALOFRIO	1	5.60%	80.00%
INSOMNIO	1	5.60%	86.00%
NAUSEAS	3	16.70%	100.00%

Base de Datos Estudio de factibilidad económica, Conocimiento, Actitudes, Mitos y Creencias sobre Profilaxis preexposición (PrEP) y Autotest, prueba piloto para PrEP y Autotest en población clave y parejas serodiscordantes en Honduras de junio a noviembre de 2021.