



Comisión Interamericana de Mujeres

as

# Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en Honduras



Organización de los  
Estados Americanos

La Organización de Estados Americanos (OEA) es la organización regional más antigua del mundo, con antecedentes en la Primera Conferencia de Estados Americanos (octubre 1889 a abril 1890) establecida en 1948 con el propósito de lograr entre los Estados de las Américas “un orden de paz y de justicia, fomentar su solidaridad, robustecer su colaboración y defender su soberanía, su integridad territorial y su independencia”. La OEA prioriza cuatro pilares - democracia, derechos humanos, seguridad y desarrollo – que se sustentan entre sí y se entrelazan transversalmente mediante una estructura que comprende el diálogo político, la inclusión, la cooperación e instrumentos jurídicos y de seguimiento, y que proporciona a la OEA las herramientas necesarias para llevar a cabo y maximizar su labor en el hemisferio.

Establecida en 1928, la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) fue el primer órgano intergubernamental en el mundo creado expresamente con el propósito de asegurar el reconocimiento de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las mujeres. La CIM está constituida por 34 Delegadas Titulares, una por cada Estado miembro, y se ha convertido en el principal foro generador de políticas hemisféricas para la promoción de los derechos de la mujer y la igualdad de género.

**Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en Honduras**

**Autora: Dora Cubas**

**Revisión técnica: Dinys Luciano**

**Copyright ©2010**

**Todos los derechos reservados**

**Comisión Interamericana de Mujeres (CIM)**

**1889 F Street NW**

**Washington, DC, 20006**

**Estados Unidos**

**Tel: 1-202-458-6084**

**Fax: 1-202-458-6094**

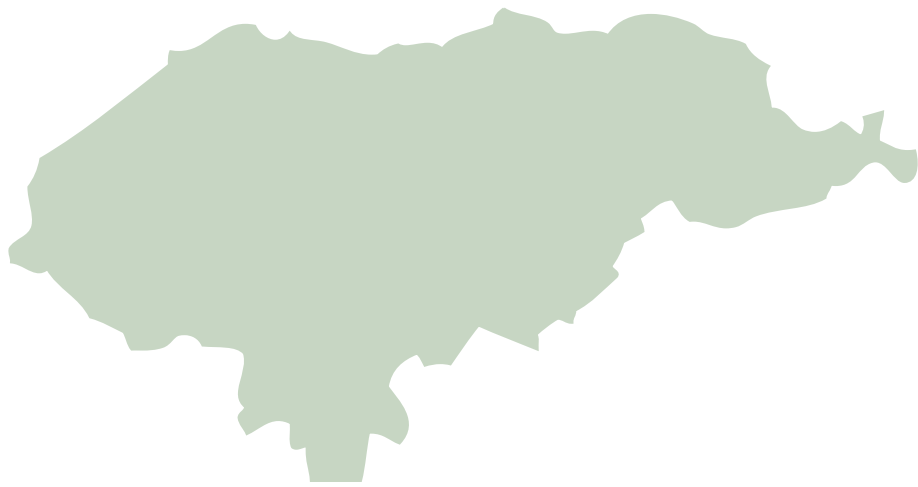
**Correo electrónico: [cim@oas.org](mailto:cim@oas.org)**

**Página Web: <http://www.oas.org/cim>**

Las denominaciones utilizadas en la presentación del material de esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la Secretaría Ejecutiva de la CIM o de la OEA en relación con la condición legal de cualquier país, territorio, ciudad o zona, o de sus autoridades, o que tenga que ver con las delimitaciones de sus fronteras o límites.

Las opiniones expresadas son las de la(s) autora(s) y no reflejan necesariamente la opinión de la OEA o de la CIM.

# **Análisis situacional:** VIH y violencia contra las mujeres en Honduras



Organización de los  
Estados Americanos

# Contenido

## Resumen ejecutivo

<b>1</b>	<b>Presentación</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Aspectos metodológicos</b>	<b>9</b>
	2.1. Objetivos . . . . .	9
	2.2. Variables e indicadores . . . . .	10
	2.3. Fuentes de información . . . . .	10
<b>3</b>	<b>Resultados</b>	<b>11</b>
	<b>3.1. Contexto nacional . . . . .</b>	<b>11</b>
	<b>3.2. Dimensiones del VIH, políticas y respuestas sociales</b>	<b>20</b>
	3.2.1. Prevalencia, poblaciones afectadas, conocimientos y prácticas. . . . .	20
	3.2.2. Marco legal sobre el VIH . . . . .	26
	<b>3.3. Dimensiones de la VCM, políticas y respuestas sociales . . . . .</b>	<b>35</b>
	3.3.1. Prevalencia, poblaciones afectadas y prácticas . . .	35
	3.3.2. Marco legal sobre la VCM. . . . .	39
	3.3.3. Respuestas sociales: programas y proyectos. . . .	41
	<b>3.4. Intersecciones entre el VIH y la VCM: evidencia y respuestas sociales . . . . .</b>	<b>43</b>
<b>4</b>	<b>Conclusiones y recomendaciones</b>	<b>44</b>
<b>5</b>	<b>Bibliografía</b>	<b>46</b>

## Cuadros y gráficos

Personas ocupadas, por rama de actividad, salarios mínimos promedio y ocupación principal, según sexo (2007).....	14
Población económicamente activa ocupada, años de estudio promedio, tasa de desempleo abierto y meses buscando trabajo, según sexo (2007) .....	15
Distribución de muertes maternas en adolescentes, ocurridas en las 20 regiones sanitarias del país, según años (2007).....	20
Distribución de casos de SIDA, según grupos de edad (1985 a agosto 2008).....	21
Distribución de casos de SIDA acumulados por quinquenios, según sexo y años de clasificación (2008).....	22
Porcentaje de mujeres de 15-49 años que menciona formas de prevención del VIH, según nivel de educación, quintil de riqueza y área de residencia (2005-2006).....	24
Instrumentos internacionales que sustentan las políticas sobre VIH en Honduras (2009).....	28
Centros de Atención Integral (CAI) de VIH/SIDA, por departamentos y municipios (2008).....	34
Tasas de homicidio según países de Centro América, por años y fuente de datos (2008).....	38
Casos de Síndrome de Mujer Agredida y femicidio por años (Región Centro-Sur-Oriente, 2008).....	38

# Resumen ejecutivo

La Comisión Interamericana de Mujeres (CIM), como organismo especializado de la Organización de Estados Americanos (OEA) en temas de la mujer, tomando en consideración la gravedad del VIH y sus vínculos con la violencia contra las mujeres (VCM) asumió el compromiso de impulsar un proceso de desarrollo de políticas y programas integrados desde un enfoque de Derechos Humanos en las Américas. Gracias a estos esfuerzos, esta región cuenta con una Declaración – “Declaración de San Salvador sobre Género, Violencia y VIH/SIDA”, 2007- aprobada por los mecanismos de asuntos de la mujer e igualdad de género que aborda explícitamente las intersecciones entre ambas epidemias.

Como parte del seguimiento de los acuerdos establecidos en dicha Declaración, la CIM/OEA, con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), está desarrollando el proyecto “Integración de políticas y programas de VIH y violencia contra la mujer desde un enfoque de Derechos Humanos en Centroamérica” que tiene como meta contribuir a los esfuerzos nacionales y regionales para disminuir la prevalencia del VIH y la VCM, a través del desarrollo de un modelo integrado de políticas y programas sobre ambas epidemias en El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá.

En el diseño del Proyecto se incluyó como primer paso la realización de un Análisis Situacional a nivel institucional, con el objetivo de conocer los factores que podrían afectar el proceso de integración de políticas y programas de VIH/VCM en Honduras e iniciar un diálogo nacional con los actores/as y socios prioritarios de esta iniciativa. Dado que el Proyecto parte de la premisa de integrar servicios/intervenciones actualmente en ejecución, el AS servirá de base para identificar oportunidades y potenciales limitaciones para el desarrollo de los resultados esperados. De manera complementaria, se llevó a cabo un mapeo de actores que explora roles y posiciones de organizaciones gubernamentales, ONG, redes y organismos internacionales relacionados con los dos ejes temáticos del Proyecto (VIH y VCM).

En la elaboración del presente análisis situacional, se revisaron fuentes de datos oficiales, de organismos internacionales, de ONGs y centros de investigación. Se espera que durante el periodo de ejecución del proyecto se produzcan cambios en el contexto nacional y local así como generación de nueva información que potencialmente podrían modificar algunos de los contenidos de este documento.

Entre las fortalezas de las instituciones gubernamentales que se dedican al VIH, que podrían facilitar la integración que busca el presente proyecto, se destacan la normativa de atención y procedimientos, el sistema de monitoreo, la evaluación a nivel local y nacional, y el sistema de vigilancia epidemiológica vigente.

La normativa de la Secretaría de Salud es una de las fortalezas que debería ser maximizada a lo largo del proyecto ya que permite tener acceso directo a las Unidades de Salud. Esto facilitaría realizar la promoción de la integración de políticas y programas de VIH/VCM dentro de esas instancias. El proceso de reestructuración y revisión de las normas que realiza esta entidad (Programa de Atención Integral a la Mujer, Programa de ITS/VIH/SIDA) podría brindar una oportunidad para incorporar la integración de estas dos epidemias.

Respecto a los programas de la Secretaría de Salud que abordan la salud sexual y reproductiva de las mujeres, se observa que tienen enfoque de género y de DDHH pero no contemplan el VIH ni la VCM. Ninguna institución gubernamental de salud pública que atiende VIH y/o VCM ha integrado ambos temas, ni contempla en todos los casos el bagaje socio cultural de las y los usuarios/as.

En relación con los planes operativos vigentes, se observa que a pesar de mencionar la transversalización de la equidad de género, los DDHH y la violencia, no tienen intervenciones estratégicas claras, ni indicadores para lograr sus objetivos.

Se identificaron también algunas áreas de trabajo que podrían ser mejoradas. La formulación y socialización del PENSIDA es una excelente práctica de planificación estratégica, coordinación y trabajo multidisciplinario que ha proporcionado experiencias enriquecedoras las cuales preparan a los profesionales para la iniciación de futuros procesos integradores que debería ser fortalecida. Sin embargo, este Plan no cuenta con la integración VIH/VCM.

Otros de los retos que observa el análisis situacional es la escasez de personal técnico capacitado con enfoque de DDHH, género, violencia y VIH en algunos de los programas de salud mental, de género, salud y desarrollo. Al respecto, se sugiere reconocer esta realidad e impulsar iniciativas dirigidas a fortalecer a estas organizaciones e instituciones en el conocimiento y experiencia sobre integración del VIH y VCM, a través de actividades de capacitación, promoción y divulgación. Se destaca también la importancia de establecer una coordinación con las principales instituciones gubernamentales que trabajan tanto en VIH como VCM.

Por otra parte, se subraya la experiencia y capacidad acumulada que tienen algunas de las organizaciones de la sociedad civil en la integración de VCM/VIH, en la que las PVVS tienen un rol protagónico. Entre ellas se destacan el CDM, CEM-H, Foro Nacional de SIDA, Pastoral Social de Cáritas, Calidad de Vida, CODEMUH, ASONAPVSIHAH, CONADEH, CIPRODEH.

Por último, las recomendaciones del análisis situacional incluyeron también la relevancia de difundir sus resultados, principalmente entre las organizaciones e instituciones que brindaron información y documentación para su elaboración; aprovechar sinergias, acciones y trabajos incipientes realizados en la intersección del VIH y VCM, en particular la experiencia de las organizaciones de la sociedad civil así como la de algunas instituciones gubernamentales (por ejemplo del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, Foro Nacional, Región Metropolitana de Francisco Morazán, Cáritas Pastoral Social, CODEMUH); e iniciar un acercamiento, desde la CIM/OEA, con las organizaciones entrevistadas para sostener el interés demostrado por las mismas en esta iniciativa.

# 1. Presentación

La Comisión Interamericana de Mujeres (CIM), como organismo especializado de la Organización de Estados Americanos (OEA) en temas de la mujer, tomando en consideración la gravedad del VIH y sus vínculos con la violencia contra las mujeres (VCM), asumió el compromiso de impulsar un proceso de desarrollo de políticas y programas integrados desde un enfoque de Derechos Humanos en las Américas. Gracias a estos esfuerzos, esta región cuenta con una Declaración “Declaración de San Salvador sobre Género, Violencia y VIH/SIDA”, 2007, aprobada por los mecanismos de asuntos de la mujer e igualdad de género que aborda explícitamente las intersecciones entre ambas epidemias.

Como parte del seguimiento a los acuerdos establecidos en esa Declaración, la CIM/OEA, con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECI), está desarrollando el proyecto “Integración de políticas y programas de VIH y violencia contra la mujer desde un enfoque de Derechos Humanos en Centroamérica” que tiene como meta contribuir a los esfuerzos nacionales y regionales de Centroamérica para disminuir la prevalencia del VIH y la VCM, a través, del desarrollo de un modelo integrado de políticas y programas sobre ambas epidemias en El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá.

El presente documento, Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en Honduras, describe las dimensiones y las respuestas sociales frente a ambos problemas desarrolladas por distintos actores en el país. Se revisaron fuentes de datos oficiales, de organismos internacionales, de ONGs y centros de investigación. Se espera que durante el periodo de ejecución del proyecto se produzcan cambios en el contexto nacional y local así como generación de nueva información que podría modificar algunos de los contenidos de este documento. En este sentido, se asume esta versión como una primera aproximación de la situación y el contexto en que los componentes del proyecto se insertarán.



## 2. Aspectos metodológicos

En el diseño del Proyecto se incluyó como primer paso la realización de un análisis situacional de las Instituciones oficiales rectoras de cada materia y de la sociedad civil organizada a nivel nacional, con el objetivo de conocer e identificar las distintas y actuales intervenciones y los factores que podrían afectar el proceso de integración de políticas y programas de VIH/VCM para iniciar un diálogo nacional con los actores (as) y socios estratégicos para esta iniciativa. Dado que el Proyecto parte de la premisa de integrar servicios e intervenciones actualmente en construcción o ejecución, el análisis situacional servirá de base para identificar oportunidades y potenciales limitaciones para el desarrollo de los resultados esperados.

De forma complementaria se llevó a cabo un mapeo de actores que explora los roles y las posiciones de Organizaciones Gubernamentales, Organizaciones No Gubernamentales (ONG'S), redes y organismos internacionales relacionados con los ejes temáticos del Proyecto (VIH y VCM).

### 2.1. Objetivos del Análisis Situacional

El análisis situacional tiene por objetivo:

- a. Describir el contexto socio económico y demográfico del país.
- b. Analizar las dimensiones de la VCM y el VIH (prevalencia e incidencia) e impactos en las mujeres, familias y comunidades.
- c. Identificar fortalezas y debilidades de las políticas y estrategias nacionales, así como del marco institucional/organizacional sobre la VCM/VIH.
- d. Evaluar las prácticas/experiencias de integración VCM/VIH en el área e identificar formas a través de las cuales la integración podría fortalecer las iniciativas existentes.
5. Identificar aliadas(os) y oportunidades potenciales para hacer más efectiva la integración en el (los) nivel (niveles) seleccionados.

## 2.2. Variables e indicadores

Las variables e indicadores seleccionados fueron los siguientes:

- a. Situación general del país: datos de población, información socio demográfica, económica, educativa y de salud.
- b. Dimensiones del VIH: marco legal y respuestas sociales.
- c. Dimensiones de la VCM: marco legal y respuestas sociales.
- d. Niveles de la integración de las respuestas sociales frente al VIH y la VCM.

## 2.3. Fuentes de información

Se revisó la documentación oficial disponible: normas, programas, informes estadísticos, formatos de recolección de información vigentes (Secretaría de Salud), informes estadísticos de la Clínica Forense del Ministerio Público, y publicaciones de algunas ONG que trabajan sobre la VCM y/o el VIH. Además, se realizó una búsqueda exhaustiva de los datos producidos por el Instituto Nacional de Investigaciones (INE), del sistema de justicia (estadísticas y leyes)<sup>1</sup> y del ONUSIDA.

1. Las leyes analizadas están disponibles en: [www.conadeh.hn/CEDV/leyes](http://www.conadeh.hn/CEDV/leyes) y [www.laccaso.org/pdfs/Honduras](http://www.laccaso.org/pdfs/Honduras).

## 3. Resultados

### 3.1. Contexto nacional

Honduras tiene una extensión territorial de 112.491.76 KM<sup>2</sup>; Política y administrativamente se divide en 18 Departamentos y 298 Municipios y sus fronteras terrestres colindan con Guatemala, Nicaragua y El Salvador. La población proyectada en el 2009 es de 7, 876.662,<sup>2</sup> un 50.7% corresponde a mujeres (3,993.705) y 42.9% a hombres (3, 882.957), lo que significa un índice de masculinidad de 97.2%. De la población proyectada para ese período, un 50.8% es urbana (4,002.989) y más de la mitad (52%) son mujeres (2,087.907). En cambio, en el área rural hay un total de 3,873.673 de los cuales el 50.8% son hombres (1,967.875). Esto podría explicarse en parte por el hecho de que la mayoría de los hombres son los que se encargan del trabajo de campo y poseen la mayoría de los bienes en la zona rural, y las mujeres emigran a las zonas urbanas en busca de mejores oportunidades de estudio y de trabajo.

Según el Informe de Proyecciones de Población,<sup>3</sup> la mayoría de la población hondureña es joven. El 49.5% del total tiene 0-19 años, 61.4% son hombres y 59.5% mujeres. A partir de esa edad la población femenina aumenta, verificándose que en las edades de 20 a 34 años el 51.2% son mujeres (996.762) y un 49.1% hombres (959.270).

El perfil étnico de Honduras incluye una amplia gama de grupos indígenas: los Garifunas, los Isleños (negros ingleses), los Lencas, los Misquitos, los Chortís y los Tawuahkas y constituyen un 7.2% del total del país (Censo de 2001). Estos pueblos tienen menos acceso y oportunidades que el resto de la población. El porcentaje de analfabetas es mayor entre las indígenas (22.85%) que entre las mestizas y blancas (17.46%), las viviendas de los pueblos indígenas son más vulnerables que las del resto de la población ya que el 76.43% de los indígenas vive en casas hechas de adobe, bahareque y madera, mientras que un 48.74% de los de origen mestizo y blanco viven en esas condiciones. Un 26.8% de los pueblos indígenas no tiene tubería de agua potable en comparación con un 19.2% del resto de la población; y el 28.2% de las indígenas no tiene ningún tipo de servicio sanitario versus un 17.4% de mestizas y blancas que si tiene acceso a este servicio. Sin embargo, el nivel de cohesión social y la tendencia de los pueblos indígenas a organizarse son mayores a las del resto de la población.<sup>4</sup>

La Esperanza de Vida al Nacer (EVN) para el 2009 se proyecta a 73.3 años, siendo inferior para los hombres con 69.8 en relación a las mujeres que es de 76.9.<sup>5</sup>

La tasa de Mortalidad Perinatal (MP) a nivel nacional es de 23 defunciones por cada mil embarazos de siete o más meses, lo que significa una disminución comparada con la tasa del 2001 que fue de 29 por mil. La MP aumenta con la edad de la madre, de 19 para los nacimientos de madres menores de 20 años, 46 por mil entre las de 20-39 años, hasta 60 por mil para los hijos de madres de 40-49 años. Entre las mujeres sin educación la tasa de

2. INE. Proyecciones de Población 2001- 2015. Censo de Población y vivienda 2001. Población al 1° de Julio del año indicado. Honduras. Proyecciones de Población total, urbana y rural por sexo y edad 2001-2015 y totales quinquenales 2015-2050.

3. Proyecciones de población 2001-2050. Tomo I. Honduras: Proyecciones de población Total, Urbana y Rural por Sexo y Edad 2001-2015. Instituto Nacional de Estadística. INE. Honduras. 2008 Página 37.

4. Informe Sobre Desarrollo Humano. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Honduras 2006. Página 48.

5. Proyecciones de Población. 2001-2050. Tomo I. Instituto Nacional de Estadística. INE. Honduras. 2008. Página 38.

MP es tres veces mayor que la observada entre mujeres con educación superior 34 y 11 por mil, respectivamente. Un comportamiento similar se observa por quintil de riqueza, (inferior 31, superior 11 por mil). Respecto al lugar de residencia, la MP es superior en el área rural (27 por mil) que en la urbana (17 por mil). Es por ello que se puede afirmar que la edad de la madre, el nivel socioeconómico, el área de residencia y la pobreza son factores importantes que inciden en este problema.<sup>6</sup>

### Fecundidad

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) es una variable importante para evaluar la tendencia de crecimiento de la población. Según la ENDESA 2005-2006<sup>7</sup> la TGF es de 3.3 hijos por mujer y la observada para hombres es de 3.9 hijos; verificándose un descenso en ambos grupos de población ya que en 1998 fue de 4.8 hijos por hombre (ENESF 1996) y de 4.4 hijos por mujer.<sup>8</sup>

Es importante resaltar que un 37% de mujeres en unión declararon su deseo de no tener más hijos y si a esto se suma el 21% de usuarias de esterilización, se calcula que un 58% de la población femenina no quiere procrear. Los porcentajes de mujeres que no desean tener más hijos aumenta rápidamente con los nacimientos y va desde un 2% entre las que no tienen hijos hasta 61% entre las que tienen 6 o más hijos sobrevivientes.<sup>9</sup>

Honduras en el último período Inter-censal (1988-2001) ha mostrado una tasa de crecimiento del 2.7%, cada año aumentaban 27 personas por cada mil habitantes lo que significa un leve descenso frente a 3.1 antes de 1988.<sup>10</sup>

La población huérfana total en el país<sup>11</sup> es de 221.141 que corresponde a un 5.9% del total de la población de 0-18 años. Las principales causas de muerte de los padres fueron homicidio y accidentes y en las madres, el primer lugar lo ocupa el cáncer (9,527 casos), el segundo homicidios (6,520 casos) y el tercero accidentes (4,320 casos). El cuarto lugar es ocupado por muertes durante el parto (4,117 casos) y las quinta y sexta causa de muerte en las madres fueron el VIH y durante el embarazo, respectivamente.<sup>12</sup>

### Educación

La Encuesta de Hogares reporta que un 16.4% de la población total es analfabeta presentando diferencias por sexo con una ligera desventaja para las mujeres (16.3 de hombres y 16.6 de mujeres). Sin embargo las mujeres tienen una mayor cantidad de años de estudio promedio (AEP) que los hombres (7.1 y 6.8, respectivamente).<sup>13</sup>

La población en edad escolar (5-18 años) es de 2,890.567 y de éstos un 57% asiste a la escuela, siendo el 64% del área urbana y un 52.2% rural. Los hombres alcanzan una cobertura escolar a nivel nacional de 55.8% y las mujeres 58.7%. En el sistema educativo la tasa de niños(as) que repiten años es un problema complejo. La más alta se observa en primer grado de escuela primaria y la más baja en el sexto grado con un 2.7%. En la medida que se asciende de grado escolar la tasa desciende. Asimismo, la matrícula en Honduras el año 2006 fue de 1,381.245, pero en el año 2007 es de 74,353, con desventaja para las mujeres que suman 35.309 (47.0 %) y el resto son hombres (53.0 %).<sup>14</sup> El gasto social per cápita en educación

6. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Instituto Nacional de Estadística. INE. Honduras 2008. Página 127.

7. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Masculina. ENDESA 2005-2006. Honduras (página 39).

8. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar ENESF-2001. Pág. 37.

9. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDESA 2005-2006. Pág.107.

10. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDESA 2005-2006. Pág.1.

11. Trigésima Quinta Encuesta Permanente de Hogares. Septiembre 2007. INE. Páginas 42, 43. Honduras.

12. Trigésima Quinta Encuesta Permanente de Hogares. Instituto Nacional de Estadística. INE. Septiembre 2008. Pág.42-43.

13. Trigésima Quinta Encuesta Permanente de Hogares. Instituto Nacional de Estadística. INE. Septiembre 2007. Página 56.

14. Trigésima Quinta Encuesta Permanente de Hogares. Instituto nacional de Estadística. INE Honduras, Septiembre 2007. Páginas 56, 57, 59.

pasó de un 3.7% como porcentaje del PIB en 1991, a un 6.7% en el 2004.<sup>15</sup> En el período 2000-2001 tenía una de las inversiones per cápita más bajas en educación en Latinoamérica: 45 dólares por habitante en Honduras y 28 en Nicaragua, muy alejados del resto de otros países latinoamericanos [Argentina (\$385) y Costa Rica (\$189)].<sup>16</sup>

### Situación socioeconómica

Las principales ramas de la actividad económica que reporta la Encuesta de Hogares<sup>17</sup> en Honduras son: a) industria manufacturera, b) comercio por mayor/menor/hoteles/restaurantes, c) agricultura, selvicultura, caza y pesca, d) servicios comunales, sociales y personales, e) construcción f) transporte, almacenamiento y comunicaciones, g) electricidad, gas y agua; y h) exportación de minas y canteras.

Las áreas que acumulan menos población asalariada son las de agricultura, selvicultura, caza y pesca. En el sector privado y "cuenta propia" se observa que el salario promedio es inferior, comparado con el resto de la rama de actividades. Llama la atención que en la rama de explotación de minas y canteras las mujeres sobresalen con mayor salario promedio. En el área de la manufactura las mujeres reciben un salario promedio menor que los hombres.

#### Personas ocupadas, por rama de actividad, salarios mínimos promedio y ocupación principal, según sexo (2007)

Rama de Actividad	Ingreso Promedio Asalariadas							
	Público		Privado		Doméstico		Cuenta Propia	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Agricultura selvicultura, caza y pesca	--	--	1,771	2,220	--	--	2,053	1,027
Explotación Minas, canteras	--	--	4,001	9,735	--	--	3,027	4,642
Industria manufacturera	4,688	3,163	4,934	4,214	2,000	--	6,846	2,077
Electricidad, gas, agua	9,423	9,130	5,000	12,178	--	--	7,254	--
Construcción	5,818	--	3,544	9,155	--	--	5,864	9,022
Comercio mayor, menor, hotel, restaurante	--	--	4,738	4,217	--	1,449	7,455	3,801
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	11,479	10,968	5,511	5,392	--	--	6,266	11,981
Establec. financ. seguros, bienes muebles servicios	8,523	9,391	6,464	6,934	2,380	2,500	15,081	10,746
Serv. comunales, sociales, personales	8,873	7,996	6,414	4,901	2,986	2,166	5,030	1,467
No sabe/No responde	7,119	----	4,436	5,880	--	--	5,314	1,500

Fuente: Construcción propia con datos del Instituto Nacional de Estadística. INE. XXXV Encuesta Permanente de hogares de Propósitos Múltiples. Septiembre 2007.

Nota: El Salario mínimo es LPS. 3,024.99 (promedio de salarios mínimos por rama) El cambio basado en Lps. 18.90 por un dólar.

El total de la población ocupada es de 2,836.019, menos de la mitad (47.7%) es asalariada y de ésta un 40.8% se encuentra en la categoría de "cuenta propia". En segundo lugar se ubican los asalariados en categoría privada con un 38.2%. La relación entre PEA ocupada y desocupada en ambos sexos se presenta en siguiente cuadro.

15. Informe sobre Desarrollo Humano. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD. Honduras 2006.

16. Informe sobre Desarrollo Humano. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Honduras. 2006. Página 28, 29.

17. Trigésima Quinta Encuesta de hogares. Instituto Nacional de Estadística. INE. Septiembre 2007. Página 75.

### Personas ocupadas por sexo, según grupo ocupacional

	PEA	Ocupadas	AEP	Desocupadas	AEP	TDA	MBT
HOMBRES Total: 3,666,630	1,904,520	1,848.659 (20.4%)	6.4%	55.860 (6.1%)	7.0	2.9	2.1
MUJERES Total: 3,918.525	1,016.843	987.360 (97.0%)	7.7%	29,483 (2.8%)	8.9	2.9	3.1

Fuente: INE. Trigésima Quinta Encuesta Permanente de Hogares. Septiembre 2007. Pág.72 y 80. Honduras.  
PEA: Población económicamente activa, AEP: Años de estudio promedio, TDA: Tasa de desempleo abierta, MBT: Meses promedio en busca de trabajo.

Casi la totalidad (97%) de la PEA femenina está ocupada en comparación con menos de la cuarta parte de los hombres (20.4%). Las mujeres tienen mayor nivel educativo (7.7%) que los hombres (6.4%). Las diferencias con los desocupados es moderada, no así el AEP que favorece grandemente a las mujeres (8.9%). Sin embargo, ambos promedios son aceptables y contradictoriamente más bajos que los de la población ocupada. Pese a la situación positiva aparentemente a favor de las mujeres, el promedio de meses en búsqueda de trabajo presenta una desventaja para ellas (2.1 meses para los hombres, 3.1 meses para las mujeres). En cuanto al ingreso, debe tomarse en cuenta que el promedio del salario mínimo es de Lps. 3,024 para las mujeres y Lps. 4,220 para los hombres. Estas diferencias son una clara desventaja para las mujeres y contrasta con el promedio de años de estudio más alto que tiene respecto a los hombres.

La Encuesta de Hogares (INE, 2007) revela que el ingreso per cápita (ingreso total del hogar dividido entre los miembros del hogar) es de Lps. 2,168.00 mensual (\$114.70),<sup>18</sup> con un promedio de 6.4 años de estudio para el jefe del hogar. Sin embargo, un 20% de los hogares con mayores ingresos recibe Lps. 6,451.00 y el 20% de hogares con menos ingresos recibe Lps. 273.00 mensual. Las remesas del exterior son otra fuente de ingresos de los hogares, representando el 9.4% extremo que actualmente tiende a decrecer debido a la ola de deportaciones desde los Estados Unidos de América.

Respecto al mercado laboral, el 75.4% de la población nacional está en edad de trabajar (18 años y más). Sin embargo, la PEA apenas representa el 38.5%. La Tasa de Participación (PEA/PET) muestra que la entrada al mercado laboral para ambos sexos es a partir de los 15 años (51.1%) y es más alta en hombres (70.4%) que en mujeres (33.7%).<sup>19</sup>

Uno de los problemas del mercado laboral es el desempleo. En septiembre de 2007 los desempleados representaban el 2.9% de la PEA, circunstancia que se presenta con mayor frecuencia en la zona urbana y probablemente se incrementa por la migración permanente del campo a la ciudad y la baja capacidad de ese mercado de absorber la fuerza de trabajo. El Distrito Central es el que tiene la mayor tasa de desempleo abierto (TDA). Del total de menores entre 5 y 18 años, el 15% trabaja. La mayor prevalencia de trabajo infantil se encuentra en el área rural. De un total de 1,878.451 niñas entre 5 y 13 años, un 5% (98.890) trabaja, 16% (308.650) no estudia y no trabaja.

## Pobreza

El Informe de Desarrollo Humano de Honduras (2006) afirma que la pobreza se ha definido de diferentes maneras: **i.** perspectiva de ingreso, **ii.** perspectiva de las necesidades básicas y, **iii.** perspectiva de capacidad. El Índice de Pobreza Humana para Honduras, según el informe de Desarrollo Humano,<sup>20</sup> fue de 34.6%, lo que significa que más de dos millones de personas se encuentran en situación de pobreza, careciendo de lo esencial para lograr el desarrollo de sus capacidades como seres humanos. El Informe de Desarrollo Humano del 2005 clasificó a Honduras en el lugar 116, precedido por Mongolia en el 114 y seguido por Guatemala en el 117.

La última Encuesta de Hogares (2006)<sup>21</sup> reporta que recientemente se ha estudiado cuatro métodos de cálculo para pobreza que son:

**a. Método de Línea de pobreza:** consiste en establecer a partir de los ingresos de los hogares la capacidad que tienen para satisfacer, por medio de la compra de bienes y servicios, un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas como básicas. En este sentido, un 60.2% de hogares hondureños se encuentran viviendo en pobreza, siendo más grave en el área rural (68.9%) que la urbana (55.4%). Del 60% de los hogares pobres un 60% vive en pobreza extrema (los ingresos no alcanzan para cubrir el costo de la CBA).

**b. Brecha de pobreza:** proporciona la imagen de profundidad de las carencias de ingresos o consumo. Es el déficit promedio de ingreso de la población total para satisfacer necesidades mínimas de bienes y servicios. Este grado de severidad es de 6.4% siendo de 7.0 en área rural y de 4.9% en la urbana.

**c. Necesidades Básicas Insatisfechas:**<sup>22</sup> (NBI) para el período de septiembre 2006 se obtuvo un 43.4% de hogares con NBI (48% rural, 39.8% urbano). Las NBI menos satisfechas son: acceso a saneamiento básico y número de personas dependientes por persona ocupada.

**d. Método Integrado:** Se observan insuficiencias en los dos métodos anteriores que al combinarlos generan los siguientes conceptos: **i.** pobreza crónica, **ii.** pobreza estructural, **iii.** pobreza reciente y los integrados socialmente.

De 1,614,906 hogares, el 35% están en condición de Pobreza Crónica, porque no tienen NB satisfechas y los ingresos están por debajo de la línea de pobreza. Un 9% del total está en Pobreza Estructural, porque no tienen 1 NBI y con ingresos superiores a la línea de pobreza. Un 9% se encuentra en Pobreza Reciente que son los que tienen todas las NB satisfechas, pero, sus ingresos son inferiores a la línea de pobreza y, el 31% son Integrados Socialmente porque tienen sus NB satisfechas y un rango de ingreso suficiente para un nivel de vida adecuado, no se consideran pobres bajo ningún método. Hay que señalar que la pobreza crónica es más profunda en el área rural (39%) que en la urbana (31%) y los integrados socialmente se distribuyen un 36% en la zona urbana y un 24% en la rural.

Para que Honduras cumpla con las Metas del Milenio tendría que reducir al menos 25 puntos en los próximos 7 años. El país en los últimos 16 años apenas redujo la pobreza en 12 puntos.<sup>23</sup>

18. Tasa cambiaria Lps.18.90 por un dólar americano.

19. Trigésima Quinta Encuesta Permanente de Hogares. Instituto de Estadística. INE. Septiembre 2007. Pág. 16.

20. Informe de Desarrollo Humano. Honduras 2006. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD. Honduras. 2006

21. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. Instituto Nacional de Estadística. INE. Honduras. Septiembre 2006 (consulta en página web de INE).

Además, las fuentes oficiales afirman que la pobreza en Honduras es aún más intensa en la zona rural que en la urbana, del total de hogares rurales (461.221), el 68.9% (403.167) vive en pobreza extrema versus costo de CB que en ese período (2006) era de 915.37 lempiras<sup>24</sup> (\$484.32). Un 39.7% del total de población vive en hogares con ingreso per cápita de un dólar o menos al día y más de la mitad (56.1%) de la población rural vive en esas circunstancias.<sup>25</sup>

### Índices de Desarrollo Humano y de Género

El Informe sobre Desarrollo Humano de Honduras (2006) analiza tres dimensiones del bienestar: ingreso, educación y salud e indica que el país ha experimentado un crecimiento lento comparando el año 2003 con el 2005 que fue de 0.667. Observa también un desarrollo humano medio, inferior al promedio de América Latina que es de 0.797. Honduras se encuentra en la posición 116 de 177 países y en la penúltima posición respecto a la tasa de matrícula (62%), sin embargo, alcanzó el 80% de alfabetización. El mismo informe reporta que en cuanto al PIB per cápita, el país se encuentra en el último lugar en la región centroamericana (\$ 2.665).

Otro elemento importante para entender las desigualdades en el desarrollo humano de Honduras, son las discrepancias de acceso a oportunidades sociales y capacidades humanas entre hombres y mujeres, para lo cual se utiliza el Índice de Desarrollo Humano Relativo al Género (IDG) o sea que el IDH y el IDG deberían ser iguales. Por otro lado, el Índice de Potenciación de Género mide si las mujeres y los hombres están en condiciones de participar activamente en la vida económica y política así como en la toma de decisiones. El informe Mundial de Desarrollo Humano (2006) reportó una diferencia significativa entre el IDH 0.667 y del IDG 0.650, reflejando que existen inequidades importantes entre hombres y mujeres en el acceso a capacidades básicas.

Rebeca Greenspan, Directora Regional para América Latina del PNUD, en su visita de noviembre 2008 a Honduras, expuso que la equidad de género en la economía debería llegar al 50% de participación de las mujeres en actividades no agrícolas, mencionó que el país tiene cerca del 42%, y en la participación política un 24%. En este sentido, el INAM en el taller de Planificación Estratégica (Noviembre 2008) informó que en el período Presidencial del 2009 en las Alcaldías Municipales apenas se eligieron un 8% de mujeres, en el Poder Legislativo un 24%, en participación económica un 30% y como directivas de empresas un 32%.<sup>26</sup>

Actualmente, algunas organizaciones femeninas lideradas por el Movimiento de Mujeres por la Paz "Visitación Padilla" están interponiendo una demanda internacional en contra del Tribunal Supremo Electoral de Honduras. Este proceso se fundamenta en que los partidos políticos han inscrito planillas obviando que las mujeres tienen derecho a un mínimo de 30% de participación política, 1.650 regidores masculinos, sólo 349 mujeres aspiraban a se cargo y de 274 candidatos a alcaldes solamente 24 mujeres fueron postuladas.

22. Las NBI se calculan por disponibilidad de agua potable, acceso a saneamiento básico, asistencia a la escuela de niñas entre 7 y 12 años, número de dependientes por persona ocupada, existencia de 3 o más personas por pieza excluyendo baños, estado de las viviendas, que no sean improvisadas ni construidas con material de desechos. INE. Honduras 2006.

23. Conferencia de la Sra. Rebeca Greenspan, Directora Regional para América Latina del PNUD en su reciente visita a Honduras en noviembre 2008.

24. Tasa de cambio: 19.03 lempiras por dólar americano.

25. Trigésima Encuesta de hogares de propósitos múltiples. Instituto Nacional de Estadística. INE. Honduras, mayo 2006



## Acceso a servicios y tecnología de información y comunicaciones

### Acceso a servicios básicos

En Honduras, según el INE (2007)<sup>27</sup> el 14.8% de las viviendas no cuentan con un servicio adecuado de agua, cálculo realizado sobre la base del Método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). En cambio, en el área urbana un 93.8% de las viviendas cuentan con este servicio, del cual un 30.8% tiene servicio privado colectivo; en San Pedro Sula un 96.6% de las viviendas cuenta con servicio privado. En el área rural, la cobertura es de 6.0%, la cual se compensa con la significativa tasa que registra el servicio privado colectivo que alcanza un 69.2%. La categoría de servicio privado colectivo en ésta área incluye las Juntas de Agua y Patronatos que funcionan como entes administrativos del servicio en estas comunidades. En el área rural el 12.0% utiliza agua proveniente de los ríos, quebradas, lagunas, y otras fuentes naturales, extremo que pone en precario la salud de los(as) habitantes.

### Saneamiento básico

El 16.7% de las viviendas del país no posee un sistema de saneamiento básico adecuado, siendo el área rural la que ostenta una proporción mayor (21.4%) debido a que utiliza letrina con pozo negro (16.3% en el total del país, 33.9% en las zonas urbanas y un 66.1% en las rurales). Las viviendas con ninguna forma de eliminación de excretas, a nivel nacional, alcanzan 12.3%, siendo un 11.4% viviendas urbanas y 88.6% rurales. Llama la atención que en ésta última categoría, un 78.4% (154.340 viviendas) de estos hogares tienen jefatura masculina y un 21.6% (42.634 viviendas) con jefatura femenina.

La Encuesta Permanente de Hogares (2007) destaca la relación que existe entre el acceso a saneamiento básico, el nivel educativo del jefe de hogar y, el quintil de ingreso de éstos. En un 24.2% el jefe no tiene ningún nivel educativo, ni sistemas de eliminación de excretas y el 18.7% tiene letrina de pozo negro o simple. Es decir, casi la mitad de los hogares cuyo jefe no tiene ningún tipo de educación formal, dispone de un sistema de saneamiento adecuado. En cambio, un 84.6% donde el jefe tiene educación superior, vive en viviendas que tiene inodoro conectado a alcantarilla y apenas un 0.2% no tiene sistema de saneamiento. De la misma forma, un 29.0% de los hogares en el primer quintil (20% más pobre) no tienen sistemas de eliminación de excretas y un 16.6% tiene letrina con pozo simple; y el 65.7% de los hogares en el último quintil (20% más rico) tienen inodoro conectado a una red de alcantarilla y un 18.0% lo tienen conectado a un pozo séptico.

El acceso al servicio de energía en Honduras es una característica eminentemente urbana, mientras el 97.7% de las viviendas en ésta zona tienen cobertura por el sistema público de electricidad, solamente la mitad de las viviendas rurales cuenta con ese servicio (49.8%). Lo más frecuente en el área rural es que las viviendas se alumbren con candiles, lámparas de gas y leña de ocote<sup>28</sup> (47.1% del total de esas viviendas). Un 24.8% de los hogares cuyo jefe no tiene ningún nivel educativo se alumbran con cantil o lámpara de gas y 12.9% lo hace con ocote, mientras que el 99.6% de los hogares, cuyo jefe tiene educación superior, dispone de servicio público de energía.

Otro dato importante es que 32.9% de los hogares del primer quintil se alumbran con candil o lámpara de gas y 19.9% lo hace con ocote. En el quintil más alto (20% más rico), el 95.0% de los hogares dispone de servicio público de electricidad.

26. Informe de Taller de Planificación Estratégica. Tegucigalpa, noviembre 2008.

27. Instituto Nacional de Estadística (INE). Trigésima Quinta Encuesta Permanente de Hogares. Septiembre 2007. Honduras

### Acceso a tecnologías de la información y comunicación

La Encuesta Permanente de Hogares (2007) revela que el 65.8% posee televisor, 81.4% radio, radio grabadora o equipo de sonido, 10.1% computadora, 58.4% teléfono celular y el 33.7% posee servicio de teléfono fijo ya sea privado o público. Del total de hogares que cuentan con teléfono fijo, el 84.7% son urbanos y 15.3% rurales. En cuanto al acceso a Internet se encontró que en los últimos tres meses previos a la encuesta, un 10.0% de la población de 5 años y más tuvo acceso a Internet, 50.6% hacen uso de esta tecnología al menos una vez o semana, un 78.2% utilizó este servicio en un café-Internet.

Es importante destacar que el primer motivo de importancia para usar el Internet es estudios o tareas escolares (62.1%); en segundo lugar, la búsqueda de información, noticias, software (58.4%); y en tercero, para comunicarse a través de correo o Chat (56.1%).<sup>29</sup>

### Salud sexual y reproductiva

La edad de la primera unión conyugal establece un primer acercamiento al inicio de la exposición al riesgo de embarazarse y por tanto, será mayor su tiempo de exposición y potencial para tener hijos durante su vida reproductiva. Un 10% de las mujeres se unieron antes de los 15 años y 40% se ha unido antes de 19 años. La edad mediana a la primera de esas uniones de las mujeres es de 19 años. En el área rural, la edad promedio es de 18.2 años frente a 19.8 años en el área urbana.<sup>30</sup>

La mitad de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años (2001-2005) eran deseados y entre éstos solo el 37% de las mujeres tenían 4 o más hijos, y el 34% de mujeres de 45 a 49 años deseaban el embarazo. Los nacimientos no deseados, en los últimos cinco años, aumentan con la edad de la madre y el orden de nacimientos, siendo superior a 60% cuando se trata del cuarto o más hijos o la madre tiene 35 o más años.<sup>31</sup>

La misma fuente expone que debe tomarse en cuenta algunas características que marcan diferencias importantes, por ejemplo la educación ya que la edad media en la que las mujeres, sin ninguna educación, inician relaciones sexuales es de 16.7 años en discordancia con 23.1 años de quienes alcanzaron un nivel educativo superior. Otra diferencia, casi constante, es el área de residencia ya que en lugares con mayor desarrollo y concentración poblacional, como el Departamento de Francisco Morazán, el inicio es a los 19.0 años, en cambio en el Departamento de Colón es a 16.9 años.

La ENDESA 2005-2006 revela que el 37% de los hombres entrevistados tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años y el 27% antes de los 15. Entre los entrevistados de 15 a 24 años, 66% no se protegió en su primera relación sexual. A nivel nacional el 22% de los hombres tuvo alguna vez relaciones sexuales con trabajadoras del sexo. El 13% de los entrevistados del área urbana ha tenido entre 10 y 19 contactos con esas trabajadoras.

La ENDESA 2005-2006 revela que el 22% de las mujeres de 15 a 19 años de edad, estuvieron embarazadas alguna vez; 17% ya son madres y 4% están gestando por primera vez. Esa proporción se incrementa al 28% en mujeres de 18 años y 32% entre las de 19. La conducta reproductiva de las adolescentes reviste importancia no solo por embarazos no deseados, sino por las consecuencias económicas, de salud y de educación que conlleva. Muchos de

28. Especie de pino muy resinoso cuya madera se utiliza para encender los hornos y alumbrar las chozas de los indios. Diccionario de la Lengua Española, Décimo novena edición, página 934.

29. Trigésima Quinta Encuesta Permanente de Hogares. Instituto Nacional de Estadística. INE. Septiembre 2007. Página 14.

30. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDESA. Instituto Nacional de Estadística. INE. Honduras 2005-2006. Página 97.

31. Encuesta Nacional de demografía y Salud. ENDESA 2005-2006. Pág.117.

estos embarazos terminan en abortos practicados por personas empíricas y en condiciones sanitarias inadecuadas, debido a que los servicios médicos especializados son escasos y costosos. También el aborto es ilegal en Honduras y las mujeres que lo practican son estigmatizadas.

Investigaciones realizadas por los equipos locales de las 20 regiones sanitarias del país, han elaborado una caracterización epidemiológica de las muertes maternas en adolescentes ocurridas en el período 2005-2007, y que se describen en el siguiente cuadro.<sup>32</sup>

#### Distribución de muertes maternas en adolescentes ocurridas en las 20 regiones sanitarias del país, según años (2005-2007)

Años	Muertes relacionadas con el embarazo	Número de muertes maternas
2005	19	14
2006	20	10
2007	17	13
Total	56	37

Fuente: Informes departamentales de investigación. Epidemiológica de casos de Mortalidad Materna. Secretaría de Salud. Abril, 2008. Honduras

De las 56 defunciones en adolescentes que ocurrieron durante el embarazo, parto y puerperio, 37 fueron clasificadas como muertes maternas lo que representa un 12% del total nacional de defunciones en adolescentes, y un 9% del total de muertes maternas. Al total de fallecidas, se les consignó el dato de escolaridad a 17, de donde se determinó que 10 eran analfabetas, una había cursado la educación secundaria y 20 estaban en unión libre (solo a 32 se les consignó esta condición). También se determinó que 26 eran primigestas y 6 habían tenido 2 y 3 partos. De las 37 muertes maternas en adolescentes, 19 fallecieron en la comunidad y 18 en instituciones de salud (clínicas maternas infantiles, hospitales públicos).

La tasa de Mortalidad Perinatal (ENDESA, 2005-2006), a nivel nacional, fue de 23 defunciones por mil embarazos de siete o más meses, lo que significa una disminución comparada con la tasa del 2001 que fue de 29 por mil. La edad de la madre, el nivel socioeconómico, el área de residencia y la pobreza son factores importantes que inciden en este problema.

En cuanto a Mortalidad Infantil (ENDESA 2005-2006), de cada mil nacidos vivos, 25 murieron durante el primer año de vida lo que significa un descenso importante comparado con 34 por mil fallecidos en el período 1994-2000. Esta información varía por área de residencia ya que de 38 muertes infantiles en las zonas rurales bajaron a 33 por mil y en la urbana pasó de 29 a 24 por mil nacidos vivos.

El materia de salud el país enfrentó otros retos tales como las elevadas tasas de desnutrición. Las reportadas en el 2004, alcanzaron desde el punto de vista de la talla, el 79.1% de niñas(os) con desnutrición moderada y 48.2% con desnutrición severa en niñas entre 3 y 59 meses de edad.<sup>33</sup> Desde el punto de vista del peso, hubo 59.8% con desnutrición moderada y 19.8% con desnutrición severa.<sup>34</sup>

32. Secretaría de Salud, Sub. Secretaría de Riesgos Poblacionales, Dirección General de Vigilancia de la Salud. Boletín No.1, Serie Mortalidad Materna. Abril, 2008. Honduras.

## 3.2. Dimensiones del VIH, políticas y respuestas sociales

### 3.2.1. Prevalencia, poblaciones afectadas, conocimientos y prácticas

Honduras es el país de Centro América más afectado por el VIH con una prevalencia estimada de un 1%. El Departamento de Cortés presenta la tasa de incidencia acumulada más alta y le sigue el Departamento de Francisco Morazán e Islas de la Bahía. Del total de casos registrados,<sup>35</sup> acumulados entre 1985- agosto 2008 (19,029), un 57.9% son hombres (11,022) y 42.0% mujeres (8,007).

#### Distribución de casos de SIDA, según grupos de edad (1985 a Agosto 2008)

Grupos de edad	Número de casos	Porcentajes
0-4	900	4.7
5-9	311	1.6
10-14	146	0.8
15-19	600	3.2
20-24	2,580	13.6
25-29	3,704	19.6
30-34	3,613	19.0
35-39	2,764	14.5
40-44	1,772	9.3
45-49	1,082	5.7
50-54	659	3.5
55-59	418	2.2
60+	411	2.2
Ignorado	67	0.4
TOTAL	19,026	100.0

Fuente: Informe Estadístico de la Situación VIH/SIDA en Honduras. Período 1985- Agosto 2008. Departamento de ITS/VIH/SIDA. Secretaría de Salud. Honduras.

### Feminización del VIH

La tendencia a estrechar la brecha entre ambos sexos es constante. Al analizar las tendencias por quinquenios se puede apreciar que en el período 1985-1999 del total de casos, el 2.8% eran mujeres, este porcentaje subió dramáticamente a 20.0% en el quinquenio 1990-1994 lo que significa un aumento de un poco más de 17 puntos. En los siguientes dos quinquenios (1995-1999 y 2000-2004) el aumento es de 34% y 31% respectivamente, lo que representa un incremento de más de 14 puntos. El siguiente dato es de un cuatrienio con datos de 8 meses que no son comparables con los quinquenios anteriores, especialmente si se considera que

33. "Si el z-score de un niño cualquiera es inferior a "1 desviación estándar de la norma", es decir, a -1, se dice que sufre de desnutrición moderada, y si es inferior a "2 desviaciones estándar de la norma", es decir, si es inferior a -2 se dice que sufre de desnutrición severa". Informe Sobre Desarrollo Humano. Honduras 2006. Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo (UNDP) Honduras. 2006.

34. Informe Sobre Desarrollo Humano. Honduras 2006. Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo (UNDP) Honduras. 2006. Página 29.

35. Informes Mensuales del Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Secretaría de Salud. Honduras.

los datos de agosto del 2009 no eran definitivos porque continúan ingresando al sistema al momento de la elaboración de este estudio.

### Distribución de casos de SIDA acumulados por quinquenios, según sexo y años de clasificación (1985-2008)

Años	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje	Total
1985-1989	432	3.9	232	2.8	664
1990-1994	2,965	27.0	1,597	20.0	4,553
1995-1999	3,626	33.0	2,635	34.1	6,371
2000-2004	2,779	50.4	2,495	31.0	5,273

Fuente: Datos obtenidos del Informe Estadístico de la Situación de VIH/SIDA en Honduras. Período 1985-Agosto 2008.

Departamento VIH/SIDA. Secretaría de Salud de Honduras. 2008.

### Poblaciones afectadas

La población joven resulta ser la más afectada, identificándose otros grupos vulnerables tales como los privados de libertad, trabajadoras domésticas, conductores de transporte colectivo y pesado, inmigrantes, usuarios de drogas, personal uniformado, adolescentes, niñez huérfana y de la calle.

De acuerdo con el Informe Estadístico de Casos Acumulados de VIH/SIDA, emitido por el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA (1986 a agosto de 2008), los grupos de edad mayormente afectados por el SIDA -en base al total de casos acumulados- son en primer lugar los de 25 a 39 años. Se ha verificado un incremento significativo de casos en niños(as) de 0 a 9 años, lo que explica el tipo de transmisión heterosexual prevaleciente (85.2% del total de casos).

Si se suman los casos de 0 a 4 y 5 a 9 años, el total es de 1,211 casos que representan el 6.3%. Es probable que ese aumento sea resultado de las estrategias de detección que se brinda a mujeres embarazadas y niñas/os a nivel nacional en los establecimientos de salud. En el 2007, de 301 embarazadas captadas se brindó tratamiento profiláctico al 42.5% (128).<sup>36</sup>

Por otro lado, los grupos de edad económicamente activos siguen siendo los más afectados, a partir del grupo de 20-24 años (2,580) con incrementos importantes en los de 25-29 años, con 3,704 casos acumulados de 1985 a agosto 2,008, los más afectados en ese período fueron los grupos de 25-49 años (12,414).

### Mortalidad por SIDA

Un estudio realizado sobre este tema en tres hospitales nacionales (2001)<sup>37</sup> encontró 62 muertes para el período 200-2001. En la base de datos de la Secretaría de Salud el total de muertes era de 38. El estudio puso en evidencia algunos problemas del sistema de información, tales como pérdida de expedientes. En un hospital no se encontraron 14

36. Informe Estadístico del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, agosto 2008. Honduras.

37. Muertes por SIDA en mujeres mayores de 15 años ocurridas en tres hospitales nacionales en el período del 01 de junio 2000 al 31 de mayo 2001. Cubas, Dora., Pineda Elia. Fundación Fomento en Salud. USAID. Honduras. Diciembre 2001.

expedientes, cuatro boletas se descartaron porque de acuerdo a criterio del personal de enfermería los pacientes egresaron en estado terminal, pero la nota medica afirma que el paciente egresa en "buen estado general" y no hubo posibilidades de confirmar el deceso porque el registro de dirección de domicilio no lo permitió, otro caso egresado como en estado terminal se le dio seguimiento y se confirmó que aún vive en su domicilio.

Mediante entrevistas a familiares de las mujeres fallecidas en el hogar y egresadas del hospital en estado terminal, se obtuvo que la egresaron "para evitarse problemas", "en el hogar se le podía atender mejor, aunque sea pobremente", otras personas afirmaron que el egreso se debió a que el médico le dijo a la familia: "es mejor que se la lleven porque el hospital ya no puede ofrecerle nada", a otra la egresaron por petición expresa de la enferma, otros familiares informaron que llevaron a su pariente a dos o tres hospitales pero no le quisieron ingresar porque "tiene SIDA y ya no hay nada que hacer." Es necesario aclarar que del 2001 a la fecha la situación de aceptación a PVVS ha cambiado mucho ha mejorado en términos de actitud y sensibilidad dentro del personal de salud.

Las muertes investigadas en el período mayo 2000 - junio 2001 se distribuyen así: 25 (40.31%) ocurrieron en el Hospital Escuela de Tegucigalpa, 24 (38.70%) en el Hospital Mario Catarino Rivas de San Pedro Sula y 13 (20.97%) en el Instituto Nacional del Tórax de Tegucigalpa.

La mitad de la población fallecida se encontraba en el rango de 25 a 39 años, una tercera parte correspondió al grupo de 40 y más años. El 39.2% eran amas de casa (oficios domésticos) y el 3.9% eran trabajadoras sexuales. En el historial obstétrico se encontró que dos mujeres estaban registradas como embarazadas, en el 27.4% de los casos no se registró esta información. Un 53% tuvo de 3 a 5 embarazos y un 19.4% tuvo uno o más abortos. La persona que aparece como responsable a la hora del ingreso fue la madre/padre (33%, 10 casos), otros parientes (33.3%, 10 casos), cónyuge (3.3%, 4 casos); y un 51.6% en el que no se consignó la información.

De las 62 mujeres muertas, un promedio de tres reasentaron enfermedades por gérmenes oportunistas, un 87% padeció hasta cuatro enfermedades oportunistas y, el resto (13%) padeció entre 5 y 6 de esas enfermedades. La mayoría de la población fallecida permaneció hospitalizada por 2.5 días (20 personas), de 11 a 20 días (14 personas) y de 6 a 10 días (10 personas).

### Nivel de conocimiento sobre formas de evitar el VIH

En cuanto al nivel de conocimiento sobre las formas de evitar el VIH,<sup>38</sup> la forma de protección más mencionada por las mujeres es el sexo con una sola pareja no infectada (89%) y la siguiente, es la abstinencia con un 76% y el uso de condón con un 70%. Además, las dos formas -condón y una sola pareja no infectada- fueron mencionadas por un 65% de las mujeres. El conocimiento sobre el uso de condón, como medida de protección, disminuye en la medida que aumenta la edad de las mujeres (72% a 66% de 40 a 49 años), en cambio en este mismo grupo la fidelidad es considerada en un 90% de los caso.

**Porcentaje de mujeres de 15-49 años que menciona formas de prevención del VIH,  
según nivel de educación, quintil de riqueza y área de residencia (2005-2006)**

Grupos de población	Uso de condones * (%)	Una sola pareja no infectada** (%)	Las dos formas (%)***	Abstinencia (%)	No. de mujeres
<b>Educación</b>					
Sin educación	59.8	79.5	54.9	65.3	1.243
Primaria 1-3	66.6	84.7	61.7	70.7	3.306
Primaria 4-6	70.8	88.3	65.5	74.2	8.353
Secundaria	73.6	92.7	69.1	81.4	5.938
Superior	72.2	92.8	68.5	85.4	1.109
<b>Quintil de riqueza</b>					
Inferior	62.8	80.2	58.0	66.5	3.020
Segundo	66.8	86.5	61.7	73.7	3.449
Intermedio	74.2	90.4	69.2	75.7	4.040
Cuarto	73.1	90.7	67.6	78.1	4.637
Superior	71.6	92.7	67.6	81.1	4.801
<b>Área de residencia</b>					
Urbana	72.4	91.0	67.3	79.2	10.731
Rural	67.9	86.2	63.2	71.9	9.217

\* Cada vez que tiene relaciones sexuales

\*\* Y que además no tiene otras parejas

\*\*\* Corresponde al indicador 1 de ONUSIDA sobre conocimiento de métodos de prevención del VIH.

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDESA, 2005-2006. Capítulo 13, página 223. Honduras

Llama la atención que los porcentajes en el conocimiento sobre el uso de condón y en dos formas de prevención (uso de condón y una sola pareja no infectada) son los más bajos en todos los niveles educativos. Sin embargo, en educación superior, cuando se considera que los porcentajes sobre uso de condón están en relación al total de mujeres, la cantidad bruta de mujeres resulta ser la más baja. Por ejemplo, solo 800 mujeres creen que los riesgos de contraer el VIH se pueden reducir con el uso del condón, contrapuesta a una cantidad de 2,078 (59.8%) de mujeres sin educación que opinaron lo mismo.

La mayoría de los porcentajes (79.5 a 93.8%) recaen en la opción de tener sexo con una sola pareja que no esté infectada y la menos reportada, es la que se refiere a ambas formas (54.9 a 68.5%). Este dato adquiere especial relevancia para las intervenciones sobre prevención del VIH en mujeres, ya que la práctica de esta opción no depende exclusivamente de ellas, en la medida en que los hombres generalmente tienen otras prácticas sexuales alejadas de esta preferencia.

Según los datos de ENDESA,<sup>39</sup> el 5.3% de hombres entrevistados opinó que el condón es muy eficaz; 31.2% que es eficaz; la mayoría un 42% (2,631) considera que es poco eficaz; y un 12.1% (761) enunció que es nada eficaz para prevenir las ITS y el VIH, aunque el 99% de los entrevistados conocen acerca del VIH.

## Conductas, riesgos y vulnerabilidades al VIH

- a. **Trabajadoras sexuales:** La Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables<sup>40</sup> indica que, de las 204 trabajadoras sexuales encuestadas en Tegucigalpa, un 89.4% usó condón siempre y un 87.6% casi siempre con clientes regulares, en cambio con la pareja estable el uso consistente del condón fue de 40.5%. En las relaciones sexuales con clientes nuevos un 8.4% no lo usó ni una vez y, 4% en forma ocasional.
- b. **Hombres que tienen sexo con hombres:** En Tegucigalpa un 63% (19) usó condón con pareja femenina siempre y casi siempre, y un 67.5% (114) lo usó con parejas masculinas en la última relación sexual. El porcentaje baja un poco cuando se preguntó sobre el uso del condón con parejas masculinas 61.7% (66) y alcanzó un 79.8% (83) entre los que usaron condón con pareja masculina ocasional.
- c. **Poblaciones Garífunas:** La misma fuente revela que en el caso de hombres Garífunas el uso del condón con pareja ocasional fue de un 42.0% y 37.0% entre las mujeres. Un 29.0% de las mujeres reportó haber tenido parejas múltiples durante el último año, comparado con el 36.0% en hombres. Cuando se compara el uso consistente del condón con pareja estable la proporción entre ambos sexos es bastante similar (12% en hombres 10% en mujeres), respecto a la pareja ocasional se observa que un 40% corresponde a la mayor proporción de uso.
- d. **Personas viviendo con el VIH:** De las PVVS que tuvieron relaciones sexuales con pareja comercial, el 83.0% reportó haber usado condón en la última relación sexual. Respecto al uso consistente del condón con la pareja comercial más reciente el 57.8% respondió que en los últimos doce meses siempre lo ha usado, el 12.5% no lo ha usado nunca y un 29.6% reportó uso inconsistente.<sup>41</sup>

Las consecuencias sociales y económicas del VIH para el país son alarmantes y es ejemplificado por la situación de los huérfanos. Un estudio<sup>42</sup> realizado por UNIFEM-Honduras, reveló que en las comunidades garífunas de Triunfo de la Cruz, Departamento de Atlántida, había un promedio de 3 huérfanos por familia (sobrinos, nietos) y se encontró mediante un grupo focal a una mujer adulta mayor de 79 años que expresó que tiene 8 nietos huérfanos, se calculó entre un grupo de 48 mujeres adultas mayores entrevistadas, 73 nietos huérfanos.

## Financiamiento del Plan Estratégico del VIH/SIDA 2008-2012

El Plan de costos está basado en una evaluación de las prioridades y estrategias de prevención, tratamiento y cuidados y es consistente con la meta de proveer acceso universal, el logro de las Metas del Milenio y los objetivos establecidos en la más reciente aplicación al Fondo Mundial en Honduras. Además de una revisión de metas, objetivos e indicadores del PENSIDA III, se evaluaron otros documentos con información relevante.

40. Encuesta Centro Americana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de ITS en Poblaciones Vulnerables. Trabajadoras Sexuales. M. Paredes. Departamento de ITS/VIH/SIDA. Honduras, 2008.

41. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de ITS en Poblaciones Vulnerables. Personas con VIH. M. Paredes. Departamento de ITS/VIH/SIDA. Honduras 2008.

42. Impactos del VIH/SIDA en la Comunidad Triunfo de la Cruz, Municipio de Tela, Atlántida. UNIFEM. Dora Cubas. Honduras, 2003. Páginas 21 y 22.



El Plan de estimación de recursos financieros necesarios incluye del año 2008 al 2012 incrementos de 4 a 5 millones por año de acuerdo al aumento de la cobertura. Los costos estimados por año corresponde en millones de dólares americanos: en el 2009 a \$34.9; en el 2010 a \$39.4; en el 2011 a \$44.2; y en el 2012 a \$49.0. Estos cálculos sugieren que si estos recursos son generados y utilizados eficientemente, se espera alcanzar al 60% de la población garífuna, 80% de los privados de libertad, 75% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y 93% de los y las trabajadoras sexuales. También se beneficiarán con intervenciones preventivas a un gran número de jóvenes, usuarios(as) de drogas intravenosas y personas de la comunidad en general.

### Situación socio económica de las personas que viven con VIH/SIDA

Los datos sobre situación socio económico de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) se obtuvieron de la Encuesta Centroamericana<sup>43</sup> por lo que se agrupan de acuerdo a la muestra de poblaciones vulnerables estudiadas, seguidamente se presenta la información en forma general y no de acuerdo a las ciudades encuestadas:

	Hombres	Mujeres
Garífunas	400	400
HSH	647	--
PVVS	367	443
Trabajadoras Sexuales	--	807
Total	1,414	1,650

#### Nivel educativo

De los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres resalta que 40 (6.8%) no saben leer y escribir o no asistió a la escuela, 49 (8.3%) completó la primaria, 120 (20.4%) hizo secundaria completa y 120 (20.4%) hicieron estudios superiores. En la misma Encuesta Centroamericana (2008), en cuanto a las PVVS, se encontró que las mujeres están en desventaja respecto a los hombres en relación con el nivel educativo: el 38.5% de las mujeres y 34.9% de los hombres no completó escuela primaria. Un 8.7% de los hombres y 2.6% de las mujeres hicieron estudios superiores.

Respecto a las trabajadoras sexuales 137 (16.9%) de los hombres y 274 (33.9%) de las mujeres concluyeron la educación primaria, 103 (12.7%) tienen secundaria completa y 29 (3.5%) hicieron estudios superiores. En la población garífuna se encontró que todas asistieron a la escuela, el 32.2% (165) de los hombres y 28.1% (133) de las mujeres cursaron primaria incompleta, completaron la primaria: 39.6% (162) y 34.9% (133) hombres y mujeres, respectivamente.

43. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables. M. Paredes. Departamento de ITS/VIH/SIDA. Secretaría de Salud. Honduras 2008.

### Actividad principal e ingresos mensuales

De un total de 588 HSH, 290 (49.3%) tienen trabajo regular en una empresa, 91 (15%) trabajan en negocio propio, 73 (12.4%) reciben remesas. En porcentajes menores, le siguen ocupaciones como trabajador sexual (8.1%), vendedor, dependiente de sus padres o de su pareja. De acuerdo con la actividad que realizan, el ingreso mensual que obtiene, se desglosa de la siguiente manera: la mayoría (233) 39.6% recibe de Lps. 2.001 a 5,000 mensuales (\$105.82 – \$264.55); 73 personas (12.4%) no tienen ingresos; y 36 (6.1%) reciben más de Lps.10.000 (\$529.19).

Las PVVS desempleadas son un 62.8% (278) siendo el total de hombres 49% (181), 7,4% (33) de mujeres trabajan vinculadas a organizaciones de PVVS y 6.5% (24) hombres hacen lo mismo. No se tiene información sobre los ingresos mensuales de este grupo.

El lugar de trabajo de las trabajadoras sexuales es variable de una ciudad a otra. En San Pedro Sula, Comayagua y La Ceiba, más de la mitad trabajan en lugares permanentes como burdeles, casas de citas, salas de masajes, bares o night clubs, en Tegucigalpa corresponde a un 43.6%. En Tegucigalpa, la Ceiba y Comayagua captan clientes de manera ambulante (55.1%, 34.5% y 30.6% respectivamente). El menor porcentaje se observa en San Pedro Sula (20.2%). No se cuenta con información sobre los ingresos mensuales en este grupo.

Entre las garífunas la mayoría que trabajan son hombres con un 47.6% (204) para un 26.3% (102) de mujeres. La mujeres garífunas desempleadas (31.1%) representan una mayoría respecto a los hombres (21.8%). En cuanto al ingreso mensual, se encontró que de 0-500 lempiras lo reciben un 28% de los hombres y un 37% de las mujeres; de 501-2.000 lempiras un 44% de hombres y 43% de mujeres; y en más de 2.000 lempiras hay más hombres (28%) que mujeres (20%).

## 3.2.2. Marco legal sobre el VIH

### Políticas públicas

El VIH es una prioridad para el Estado de Honduras una la responsabilidad principal por ley, la responsabilidad de dar respuesta al problema recae en la Secretaría de Salud que a partir de 1985 ha implementado planes, programas y proyectos, centrados en la atención a la población general, incluyendo jóvenes, adolescentes, mujeres embarazadas, niños huérfanos y personas viviendo con el VIH.

La legislación sobre el VIH se basa en la Constitución de la República y los Derechos Humanos (DDHH) que reconoce, tutela y garantiza los derechos fundamentales de todas las personas y particularmente de las PVVS. También responde a un movimiento internacional organizado especialmente en el marco de las Naciones Unidas que ha dado origen a la adopción de declaraciones, convenios y otros mecanismos internacionales dirigidos a orientar la acción mundial en torno a la epidemia.

### Instrumentos internacionales que sustentan las políticas sobre VIH en Honduras (2009)

Fecha	Instrumentos
1948	Declaración Universal de Derechos Humanos
1965	Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación
1966	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
1966	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
1969	Convención Americana sobre Derechos Humanos
1979	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
1988	Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador"
1989	Convención Sobre los Derechos del Niño (a)
1994	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belén Do Para")

### Ley Especial del VIH/SIDA

Emitida por el Congreso Nacional, mediante Decreto No.147 de 1999, esta Ley tiene como propósito: *"La protección y promoción integral de la salud de las personas mediante la adopción de las medidas conducentes a la prevención, investigación, control y tratamiento del VIH/SIDA."* Esta normativa declara la lucha contra el VIH como asunto de interés nacional y garantiza el acceso a la salud de las PVVS en los artículos 48 y 49 del Título 6 y establece normas propias del ejercicio profesional en el siguiente sentido: *"ningún profesional de la salud o institución de salud podrá negarse a prestar la atención que requiere una persona seropositiva y/o enferma de SIDA, caso contrario incurrirá en responsabilidad civil."* Otra fortaleza de esta legislación es la confidencialidad respecto a terceros sobre la consulta, diagnóstico y evaluación de la enfermedad (art.60).

A pesar de que esta ley garantiza la atención médica a personas privadas de libertad (Art. 63 y 64), en la práctica se enfrentan barreras cuando éstas se encuentran en estado terminal o en tratamiento debido a que las instituciones carcelarias no tienen capacidad para brindar los cuidados necesarios.

El artículo 74 de esta Ley establece la obligación de todas las personas en conocimiento de su estado de seropositividad de comunicar su condición a las personas con las que hayan establecido, establezcan o vayan a establecer relaciones sexuales. Sin embargo, esta medida no siempre se cumple, pues se ha comprobado que algunas mujeres no se enteran de que su pareja era VIH hasta que fallece o, hasta que ella fue diagnosticada. Asimismo, hay mujeres VIH+ diagnosticadas en la atención pre natal que no lo han comunicado a su pareja por miedo a su reacción, incluyendo la violencia.

Evaluaciones realizadas indican que algunos de los artículos de la ley no se cumplen por otras razones basadas en consideraciones religiosas, así como otras relacionadas con el acceso, distribución, promoción y uso de condones. Respecto a normas de bioseguridad, la

Ley es amplia aunque su cumplimiento por parte del personal de salud se ve afectado por la precariedad y dificultades del sistema de obtener medicamentos apropiados en cantidades suficientes.

En Honduras, a diferencia del resto de países de Centroamérica, no se cuenta con disposiciones sobre garantías para la población inmigrante, y no hay restricciones de entrada y/o salida del país para las PVVS. Hay acceso a servicios de prevención y tratamiento para inmigrantes ilegales.

### Marco de políticas sobre VIH/ITS de la Secretaría de Salud

Una de las fortalezas encontradas en la documentación de la Secretaría de Salud es la transversalización de género y el enfoque de derechos humanos con la que cuentan. El análisis que se hace en el presente estudio se centra en la presencia o no de estrategias normas y procedimientos que contienen acciones relacionadas con la VCM.

- **Manual de Normas y Procedimientos de Atención a Usuarios(as) de Servicios de Salud por Infecciones de Transmisión Sexual. 2006. Programa Nacional de Control de ITS, Departamento de ITS/VIH/SIDA**

Este Manual tiene alcance nacional. La sección de Normas y Procedimientos de Atención a Usuarios(as) contiene un enfoque de DDHH, Derechos Sexuales y Reproductivos y Género (páginas 1 y 2). Incluye consideraciones generales para la detección de violencia doméstica en las usuarias (páginas 43 y 45) y para ello establece la referencia a las clínicas de consejería familiar. En este estudio no se pudo determinar que dichas normas se cumplen ya que no se ha realizado una evaluación minuciosa y directa que iría más allá de sus objetivos. El manual está dirigido a usuarios y usuarias por su propia demanda y referencias, enfatiza la atención a trabajadoras comerciales del sexo como una prioridad para la prevención de la transmisión.

- **Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer. 1999. Unidad de Atención a la Mujer. Departamento de Salud Materno Infantil**

El Manual no define el concepto de "atención integral". Sin embargo, durante una entrevista con un funcionario encargado de asuntos legales, se afirmó que se refiere a la atención del problema obstétrico, ampliado al entorno social de la usuaria, aunque su énfasis es la prevención de mortalidad materna por causas obstétricas. Este documento reconoce que el VIH y la VCM son causas de muerte en las mujeres hondureñas, por lo que hay disposición de atender el tema en la próxima revisión que se haga de este manual. El documento aborda también lo concerniente a la planificación familiar voluntaria con el enfoque de riesgo reproductivo obstétrico y no obstétrico en el marco de la salud reproductiva e incluye la esterilización masculina.

- **Estrategia Metodológica de los Servicios de Planificación Familiar en la Red de Servicios de Salud. 2008. Departamento de Salud Integral a la Familia, Departamento de Desarrollo de Servicios**

El marco conceptual de esta estrategia se presenta como elemento de la atención integral orientado a evitar los embarazos no deseados con el propósito de ofrecer a las mujeres la oportunidad de una mejor calidad de vida a través del espaciamiento de los embarazos por elección y decisión propia, previa orientación y consejería individual como lo establece la normativa. El documento no menciona la VCM ni estrategias para el abordaje a mujeres VIH+.

- **Normas de Atención Integral a la Mujer Embarazada para la Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a hijo(a). 2002-2006. Departamento de ITS/VIH/SIDA**

El marco referencial (página 17) cita el VIH como factor de vulnerabilidad y dedica un párrafo para señalar la VCM como una limitante “física y mental”, así como el sexo forzado, la violencia y abuso sexual en la niñez y adolescencia como limitante y obstaculizadores la capacidad de la mujer para exigir relaciones sexuales seguras. Sin embargo, en el desarrollo de las normas y procedimientos no se señalan la detección y abordaje de VCM en cualquiera de sus manifestaciones, ni intervenciones dirigidas a las mujeres embarazadas.

- **Normas de Atención Clínica del Paciente Pediátrico con VIH/SIDA. 2003 Departamento de ITS/VIH/SIDA. Secretaría de Salud**

El manual describe el manejo clínico que incluye cuidados de enfermería, apoyo emocional y social y consejería que abarca a los padres y familias encargadas del cuidado de los menores. En general, es un documento que amplía el diagnóstico, tratamiento, adherencia, efectos secundarios y otros factores biológicos. No se mencionan los derechos de la niñez ni la VCM.

- **Normas Nacionales de Atención Salud Materna-Neonatal. 2005. Programa de Atención Integral a la Mujer, Departamento de Salud Materno Infantil**

El objetivo de esta normativa es la estandarización de criterios para la prestación de servicios para contribuir a disminuir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal. La Norma No. 2 señala el respeto a los patrones socio-culturales de las embarazadas y puérperas, aduce el respeto al pudor, creencias religiosas y patrones culturales y señala: “En los casos en que haya controversia entre salvar la vida de la mujer y la norma, se creará un documento donde el familiar exima de la responsabilidad al personal que está brindando la atención y a la institución.” Esta medida pone en manos de un familiar la vida de la mujer como única salida a una controversia de tipo médico-legal, sin pasar por la transmisión de información científica, concientización y cumplimiento de derechos humanos a la salud y la vida de la usuaria. Por otra parte, no define los casos a los que se refiere ni singulariza a quienes abarca el concepto de “familiar” a quien se le da esa potestad.

La Norma No. 3, inciso 3.6 (página 37) hace mención a la elección de la posición durante el parto que corresponde a la usuaria y que implica el reconocimiento al derecho que tiene la mujer de decidir, ya que en algunas culturas del país, éste es un tema de gran relevancia y se considera en el parto domiciliario e institucional.

El documento no menciona ninguna norma y procedimiento sobre la VCM que debería ocupar un espacio en la atención pre natal, especialmente en casos de hemorragia en

la primera y/o segunda mitad del embarazo y en la atención puerperal. Se menciona débilmente el VIH+ como una acción casi aislada del contexto (Norma No. 8, página 41).

- **Normas de Atención en Consejería VIH/SIDA. 2005. Departamento de ITS/VIH/SIDA. Departamento de Salud Mental. Secretaría de Salud**

Estas normas exponen los lineamientos básicos y los componentes de la consejería, basada en la Ley Especial del VIH/SIDA. Establece la consejería a la familia, la organización y las reglas para el manejo de grupos de apoyo, y contempla las necesidades básicas de las PVVS, tanto médicas como emocionales, así como de información y comunicación. Amplía lo referente a las formas de diagnóstico, formas de transmisión y de prevención. Sin embargo, no aborda la VCM.

- **Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH/SIDA PENSIDA III. 2008-2012. Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA)**

Este es el documento de directrices para el ordenamiento y normalización de la atención del VIH a nivel nacional, elaborado mediante consultas nacionales y equipos de trabajo multisectoriales y multidisciplinarios coordinados por el CONASIDA. Su importancia radica en su visión de *“incorporar un enfoque renovado en Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos, equidad de género, la ausencia de estigma y discriminación con el fin de disminuir la prevalencia del VIH y mitigar su impacto.”* La Misión del PENSIDA manifiesta ampliamente la integralidad y trayectoria del mismo: *“realizar un trabajo multi-sectorial, planificado y coordinado, armonizando los esfuerzos nacionales para brindar los servicios de atención integral, promoción de la salud, prevención, apoyo social a las personas para el bienestar en la población; con particular énfasis en aquellos grupos en mayor condición de vulnerabilidad.”*

Este Plan plantea en sus estrategias la garantía del goce y disfrute de los derechos humanos de las personas infectadas y afectadas, en el marco de seguridad humana e integral para dar respuesta estatal progresiva a tratados y convenios nacionales e internacionales suscritos por el Estado Hondureño.

El documento no se instrumentaliza en indicadores e intervenciones estratégicas el tema de VCM. Sin embargo, en entrevistas informales con personas del CONASIDA, se ha planteado que en el 2010 se efectuará una revisión y actualización en la que se podría incluir el tema.

- **Plan de Monitoreo y Evaluación (M&E). Departamento de ITS/VIH/SIDA. 2006 Secretaría de Salud**

Este documento es una guía para quienes coordinan los programas y unidades del Departamento de ITS/VIH/SIDA. Es un instrumento para dar seguimiento a los avances y actividades que se realizan, facilitar la identificación de problemas y medir el impacto de las intervenciones. Por otro lado, contiene indicadores cuidadosamente seleccionados y socializados con todos los actores involucrados para medir la respuesta institucional, monitorear la epidemia y evaluar el desempeño y la organización del plan nacional. Este Plan de monitoreo a nivel nacional constituye un avance tanto en la garantía de la

calidad de los servicios como en el crecimiento profesional de quienes lo ejecutan. El Plan no aborda los DDHH, género, ni VCM pero sus ejecutores están conscientes de la necesidad de incorporar estos aspectos en su próxima revisión.

- **Perfil Epidemiológico de ITS/VIH/SIDA en Honduras. 2007. Departamento de IT/VIH/SIDA**

Este documento describe y analiza la epidemia del VIH mediante los principios de la vigilancia epidemiológica de segunda generación. No se menciona la VCM, sin embargo cabe destacar que la vigilancia epidemiológica es una de sus fortalezas.

- **Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y el SIDA (PENSIDA III), 2008-2012. Plan Operativo Nacional 2009. Comisión Nacional de SIDA de Honduras (CONASIDA). Diciembre, 2008**

Este Plan Estratégico fue elaborado con participación multisectorial (gobierno, sociedad civil y agencias de cooperación) y contiene lineamientos y prioridades programáticas para establecer los mecanismos de coordinación, implementación, monitoreo y evaluación a nivel local y nacional. Incorpora las intervenciones a realizar en el 2009 de acuerdo con las prioridades que establece el PENSIDA III: **i.** política pública y gestión social, **ii.** promoción de la salud para la prevención del VIH y **iii.** atención integral.

El Resultado Esperado del Objetivo No.1 de su área estratégica: Política Pública y Gestión Social indica: "1.1. Al 2009 se habrá formulado la política pública en materia de VIH, transversalizando el enfoque de derechos humanos, de equidad de género, violencia, pobreza e inseguridad humana". Sin embargo, la intervención estratégica ni los indicadores puntualizan la instrumentación de los ejes transversales, probablemente algunos temas quedaron implícitos en la Política de Educación en Salud Sexual y Reproductiva. Se observa que en el análisis de la normativa jurídica no se incorpora la Ley contra la Violencia Doméstica, ni el Plan Nacional de Oportunidades, Derechos Sexuales y Reproductivos.

- **Plan de los Trabajadores de Honduras en Respuesta al VIH. Programa de la OIT para el VIH/SIDA y el Mundo del Trabajo. 2007**

Este documento surge del Seminario-Taller para la elaboración del Plan en la que participaron las principales organizaciones de trabajadores de Honduras con el apoyo técnico de la OIT, el ONUSIDA, la Secretaría de Trabajo y de Salud, y la Asociación Arco Iris. La duración del Plan es de dos años, y su ejecución abrió un abanico de oportunidades tales como el fortalecimiento de la coordinación nacional de las centrales obreras y campesinas, cuyos resultados se enmarcan en la concientización, sensibilización, protección de los derechos de los trabajadores(as), la capacitación, promoción, prevención, eliminación de estigma y discriminación contra las PVVS y la incorporación de las centrales obreras y campesinas a la Comisión Nacional de SIDA. El Plan no contempla la VCM, los DDHH, Derechos Sexuales y Reproductivos o género, pero es un espacio que se puede aprovechar para su incorporación, a través de las organizaciones que les apoyan tales como el ONUSIDA y la OIT.

- **Sistema de información para ITS/VIH/SIDA, Secretaría de Salud**

El Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica que se basa en: **i.** la notificación de casos mediante formularios estandarizados para uso del sistema público de salud; **ii.** vigilancia centinela y estudios de prevalencia que se concentra en las mujeres embarazadas en control prenatal y en otros grupos vulnerables; **iii.** vigilancia del comportamiento mediante estudios en población general, **iv.** vigilancia de tratamiento ARV; **v.** vigilancia de ITS, reporte de casos con diagnóstico sindrómico; y **vi.** laboratorios, con oferta de pruebas en 1.449 establecimientos de salud e Instituto Hondureño de Seguridad Social. De los 144 laboratorios en el país, se realizan pruebas rápidas en 97 de ellos.

Todos los formatos para la recolección de datos identifican el sexo del usuario(a) y datos generales. La información que se recoge no incluye ningún elemento de VCM y los datos se orientan hacia la producción de datos cuantitativos del sistema de salud.

Los formatos revisados son:

- i.** Solicitud de examen de la infección del VIH.
- ii.** Ficha de vigilancia de la infección del VIH
- iii.** AT1 que es el Registro diario de atenciones de transmisión sexual en el que se registra el diagnóstico sindrómico, clínico y etiológico.
- iv.** AT2 que es el informe mensual de atenciones por infecciones de transmisión sexual. Además se cuenta con un informe diario mensual de consejería (Instrumento CS-1 y CS-2).

Parte del sistema de información es el Boletín Epidemiológico de ITS/VIH/SIDA que periódicamente se publica y distribuye a las diferentes unidades de atención a nivel nacional. Los artículos contenidos en dicho boletín se refieren a los avances en la Vigilancia Epidemiológica de ITS/VIH/SIDA y en los tratamientos que se brinda a la población.

### **Ley relativa al trabajo sexual**

La Ley de Policía y de Convivencia Social (Decreto 226-2001 del Poder Legislativo) en su Capítulo Octavo, art. 85, delega la reglamentación de la prostitución a las autoridades municipales conjuntamente con las Secretarías de Salud, gobernación y la administración de justicia.

#### *3.2.3. Respuestas sociales: programas y proyectos*

En el ámbito nacional, el país cuenta con una serie de directrices, normas e instrumentos técnicos y legales para la conducción de las intervenciones en torno al VIH, al mismo tiempo se han establecido estrategias participativas hacia los diferentes sectores, instituciones y grupos organizados de la sociedad civil que desempeñan un rol muy importante en el logro de los objetivos programáticos. A continuación, se presenta un listado de instituciones gubernamentales que brindan atención especializada.



Centros de Atención Integral de VIH/SIDA por departamentos y municipios (2006)<sup>44</sup>

No	C.A.I.	Departamento	Municipio
1	Instituto Nacional del Tórax	Francisco Morazán	Tegucigalpa
2	Hospital Escuela	Francisco Morazán	Tegucigalpa
3	CESAMO* Alonso Suazo	Francisco Morazán	Tegucigalpa
4	CESAMO El Carrizal	Francisco Morazán	Tegucigalpa
5	Hospital Mario C. Rivas	Cortés	San Pedro Sula
6	Hospital Atlántida	Atlántida	La Ceiba
7	Hospital del Sur	Choluteca	Choluteca
8	Hospital de Occidente	Copán	Santa Rosa de Copán
9	Hospital de Puerto Cortés	Cortés	Puerto Cortés
10	Hospital de Progreso	Yoro	Progreso
11	Hospital Tela Integrado	Atlántida	Tela
12	IHSS**	Francisco Morazán	Tegucigalpa
13	IHSS	S.P.S./Cortés	San Pedro Sula
14	Hospital Santa Teresa	Comayagua	Comayagua
15	Iglesia Episcopal	Cortés	San Pedro Sula
16	Iglesia Episcopal	Comayagua	Siguetepeque
17	Iglesia Episcopal	Islas de la Bahía	Roatán
18	Hospital San Lorenzo	Valle	San Lorenzo
19	Hospital Salvador Paredes	Colón	Trujillo
20	Roatán	Roatán	Islas de la Bahía

\* Unidades de Salud con atención de Médico

\*\* Instituto Hondureño de Seguridad Social

### Organizaciones involucradas en la respuesta al VIH

Las instituciones gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y grupos organizados de la comunidad hacen un trabajo participativo y colaborativo de mucha importancia porque se ha fomentado (a través del Comité Interinstitucional, la elaboración del PENSIDA y los grupos de autoayuda) una articulación y cohesión relevante que favorece especialmente a las personas que viven con el VIH.

De manera complementaria a este Análisis de Situación se llevó a cabo un Mapeo de Actores Sociales sobre VIH y VCM en Honduras que detalla los roles de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales claves, así como sus posiciones en torno a la integración VIH/VCM. En este sentido, las secciones del presente documento sobre las organizaciones involucradas en la respuesta a ambos, constituyen una breve descripción de las mismas.

44. Programa Nacional de ITS/VIH/IDA. Secretaría de Salud. Honduras, enero 2006.

### Instituciones gubernamentales

Las instancias gubernamentales lideran el trabajo en torno al VIH, ya que normalizan, regulan y dirigen las estrategias de acción, a través de manuales, normas, vigilancia epidemiológica, emisión de informes estadísticos, estrategias de cumplimiento de la Ley del VIH/SIDA, monitoreo y evaluación, normas de laboratorios, consejería, tratamientos, y sistemas de atenciones en general. Al mismo tiempo establecen canales muy importantes de comunicación con todos los niveles y en todas las instancias. A continuación se mencionan las más importantes:

- i. Secretaría de Salud
- ii. Comité Nacional de Derechos Humanos (CONADEH)
- iii. Secretaría de Educación
- iv. Secretaría de Seguridad
- v. Comité Nacional de SIDA (CONASIDA)

### Sociedad civil

El listado de organizaciones de la sociedad civil es cambiante debido a que algunas de ellas desaparecen esporádicamente por la falta de financiamiento y debilidades institucionales. Todas llevan a cabo un trabajo colaborativo-participativo con la Secretaría de Salud, así como otras organizaciones que aportan ayuda financiera y apoyo técnico.

A continuación el listado de algunas de las organizaciones que abordan el VIH, con la salvedad de que algunas atienden también VCM:

- Centro de Derechos de Mujeres (CDM)
- Centro de Estudios de la Mujer-Honduras. (CEM-H)
- Movimiento de Mujeres por la Paz "Visitación Padilla"
- Consultorio Jurídico Popular
- Asociación Nacional de Personas Viviendo con SIDA en Honduras
- Asociación Nacional para Personas Viviendo con VIH/SIDA en Honduras (ASONAPVSIDAH)
- Enlace de Mujeres Negras de Honduras (ENMUNEH)
- Comunidad Gay Sampedrana
- Colectivo Violeta Kukulcan
- Hogar Corazón de la Misericordia
- Pastoral Social Cáritas Arquidiocesana. Pastoral del Buen Samaritano. Casa Alianza
- Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO) -Foro Nacional de SIDA
- Casa Zulema
- Asociación Calidad de Vida
- Casa Ixchel Colectiva de Mujeres Hondureñas (CODEMUH). Foro Nacional de SIDA Centro de Investigación y Promoción de Derechos HCIPRODEH)
- Comité Interreligioso de Prevención del VIH. Unidos por la Vida

## Organismos de Cooperación

El rol de los organismos de cooperación en Honduras es relevante porque brindan apoyo técnico, acompañamiento y abogacía en las luchas por alcanzar atención de calidad y apegada a los derechos humanos. Mantienen una actitud solidaria con diferentes grupos de la comunidad afectadas por ambos problemas (VIH y VCM). Entre las más destacadas se pueden mencionar: ONUSIDA, OPS, UNICEF, PNUD, USAID, y UNIFEM.

### 3.3. Dimensiones de la VCM, políticas y respuestas sociales

La VCM es un fenómeno sumamente complejo y multi-causal, ligado a factores estructurales, culturales e institucionales tales como la pobreza y la discriminación, relacionados a otras categorías como etnicidad, edad y lugar de residencia entre otras. A esto se une la tolerancia social y las limitaciones en la respuesta institucional para la administración de justicia, que trae como consecuencia la impunidad y deficiencias en el manejo de casos, incluyendo el feminicidio.

En Honduras, la VCM se aborda desde los años 90 gracias a iniciativas de los grupos feministas y organizaciones de la sociedad civil. A partir de entonces el Estado también ha hecho intervenciones importantes, enfatizando entre las instancias gubernamentales a la Secretaría de Salud. También han desempeñado un rol crucial las instancias de cooperación tales como las de Naciones Unidas, entre otras.

#### 3.3.1. Prevalencia, poblaciones afectadas y prácticas

Abordar las dimensiones de la VCM en el país es una labor compleja dadas las serias limitaciones en la producción de información confiable. La mayoría de los datos disponibles se basan en las denuncias lo que impide conocer su prevalencia e incidencia, así como el número de mujeres agredidas que denuncian o solicitan ayuda en distintas instancias. Es conocido que muchas retiran las querellas por el temor a ser golpeadas o asesinadas, por la falta de credibilidad e inoperancia de las instituciones para resolver el conflicto, la falta de recursos económico de subsistencia, y los daños emocionales resultado de largos períodos de violencia en el hogar.

Otra barrera para conocer las dimensiones reales del problema es la diversidad de fuentes de información y la falta de estandarización de los indicadores, verificándose serias omisiones de datos, dualidad y falta de oportunidad en la emisión de los informes; aunado a la poca tradición de registrar, analizar y utilizar los datos para la toma de decisiones.

A pesar de que actualmente se ha ampliado el abordaje, debido a una extensa difusión y conceptualización de la violencia doméstica e intrafamiliar, persiste el concepto en algunos niveles que violencia es únicamente la agresión física, invisibilizando o minimizando la violencia emocional, patrimonial y hasta el abuso y violación sexual en sus diferentes manifestaciones y consecuencias. Asimismo, no se reconocen algunos de los diferentes espacios donde se ejerce, tales como los públicos y privados (centros de trabajo, entre otros).

Aunque se cuenta con datos parciales producidos por instancias gubernamentales, grupos feministas, organizaciones de la sociedad civil y organismos de cooperación, aun falta dimensionar la situación de la estigmatización; la violencia sexual en niñas y adolescentes; el incesto; el maltrato a menores; la trata y tráfico de mujeres; los problemas de tortura y muerte de las indocumentadas e inmigrantes en general; la explotación sexual infantil; las violaciones sexuales; y el acoso en los diferentes espacios públicos y privados.

Según los datos de la ENDESA 2005-2006 a partir de los 15 años de edad un 15% de las mujeres a nivel nacional fueron maltratadas alguna vez por parte de alguna persona. Este dato aumenta con la edad ya que en el grupo de 15-19 años alcanza un porcentaje de 9% y en mujeres de 40-44 representa un 21%, siendo las mujeres urbanas las mayormente afectadas en relación a las rurales (17 y 12% respectivamente).

En lo que se refiere a quien ejerció la violencia, la misma fuente revela que el principal agresor es el esposo/compañero de hogar con un 32%, seguido por el ex esposo/compañero con un 30%. La violencia sexual es una de las formas de VCM que conlleva serias consecuencias tales como embarazo no deseado, embarazo de riesgo, transmisión de ITS/VIH y trastornos emocionales difíciles de superar.

Sobre este particular la ENDESA (2005-2006) estimó la prevalencia de violencia sexual en mujeres, antes y después de cumplir los 12 años de edad, encontrándose que el 11% reporta haber sido abusada sexualmente antes de los doce años y el 9% desde los 12 años. Este abuso se incrementa en la medida que la mujer avanza en edad: 7% en adolescentes (15-19 años) y 11% entre las de 40-45 años. Esta problemática es mayor en las mujeres rurales que en las urbanas (12% y 10% respectivamente). El abuso sexual en mujeres antes de los 12 años es más común en área urbana (15%) y los agresores son personas cercanas con quienes hay un lazo de confianza: el padrastro (14%) y el padre (4%).

En el 2004 el Hospital Escuela (Tegucigalpa), con el apoyo de la OPS/OMS y el CDC de Atlanta, se inició la recolección de información en servicios de emergencia con la Clasificación Internacional de Lesiones de Causa Externa. El Departamento de Vigilancia Epidemiológica empezó a registrar en el 2004 y en el 2005. El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) brindó apoyo técnico y financiero, ésta iniciativa se ha convertido en una fuente de datos para el Observatorio de la Violencia que opera en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

El Observatorio de la Violencia ha generado datos que dan cuenta de la realidad violenta del país. En el 2005 la tasa de homicidio en Honduras fue de 46.2% por cada 100.000 habitantes y se registraron 13,981 (41.3%) lesiones por causa externa no intencionales, 7.7% lesiones por causa externa intencionales siendo las mujeres en edades vulnerables las más afectadas: 5-14 años (7.6%) y 65+ (3.0%). De enero a diciembre de 2006 se registraron 3,018 homicidios, que representan 602 casos (24.9%) más que el 2005. También se registraron 646 muertes por eventos de tránsito que corresponden a 126 muertes más que en el 2005 (24%). La tasa de suicidios de 3.9% por 100 mil significa un aumento de 62 casos (32.2%).

### Tasas de homicidio según países de Centro América, por años y fuente de datos (2008)

País	Tasa por 100.000	Años	Fuente
El Salvador	47.7	2005	Policía Nac. Civil
Honduras	46.2	2005	Observatorio/ DGIC
Guatemala	30.0	2005	RESSCADA XXII
Nicaragua	13.7	2006	Policía nacional

Fuente: Boletín del Observatorio de Violencia. Edición 5. Febrero 2007. Enero-Diciembre 2006. UNAH, Honduras.

Los datos colocan a Honduras en segundo lugar con mayor violencia en Centroamérica después de El Salvador. La OPS/OMS estima la tasa mundial para homicidios en 8.8 por cada 100 mil habitantes y para América Latina se calcula en 8.0 por cada 100 mil, correspondientemente Honduras y El Salvador sobrepasan la tasa estimada.

Las lesiones por causa externa en el 2006 sumaron 4,736, que es un promedio de 394.7 por mes y 3 muertes diarias; los homicidios fueron 251.5 como promedio mensual y 8.3 por día. El incremento en el 2007 se desglosa de la siguiente manera: lesiones por causa externa (1,609): homicidios 621 (61.5%) y 621 homicidios (89.7%) de los cuales 88 fueron adolescentes entre 10-19 años y 4 menores de 10 años.

En el primer trimestre del 2008 los homicidios aumentaron un 34.8% respecto al primer trimestre del 2007. En cuanto a suicidios, en el primer trimestre del 2009 se han registrado 32 casos por mes (un total de 96 casos), de los cuales 19 son de menores de edad y 30 son de jóvenes entre 20-30 años. En este mismo período se hicieron 166 reconocimientos legales de mujeres agredidas por su compañero, siendo las edades de 25-29 las más afectadas (23.7%) y las de 20-24 años un 21-8% del total de casos. De 320 evaluaciones sexológicas un 77.5% fueron mujeres donde las más afectadas son las de 10-19 años (65.6%), 216 niñas y 48 niños.<sup>45</sup>

Otra fuente de información importante la constituye la Unidad Técnica de Reforma Penal (UTR) instancia de la Fiscalía Especial de la Mujer, donde se procesan datos que vienen de la Policía, la Dirección Nacional de Investigación Criminal (DNIC) y la Fiscalía Especial de la Mujer, pero esta información no se procesa por edad ni sexo.

A pesar de todos los problemas de registro de datos no cabe duda que estos reflejan la dramática situación de violencia en que se desenvuelven las mujeres. A continuación se presentan los casos de síndrome de mujer agredida y femicidio correspondientes al período 2004-2008.

### Casos de síndrome de mujer agredida y femicidio por años (región Centro, Sur y Oriente, 2008)

Años	Síndrome de mujer agredida	Femicidio
2004	246	145
2005	216	76
2006	n/c	64
2007	233	84
2008*	128	50

\*Comprende de enero a julio 2008. Fuente: Dirección de Medicina Forense, Unidad de Estadísticas. Secretaría de Seguridad. Honduras, 2008.

45. Informe Estadístico. Base de Datos de Dirección de Medicina Forense. Honduras, 2008

Estos datos se alimentan de las denuncias y levantamiento de cadáveres que se reciben en Medicina Forense y la Dirección Nacional de Investigaciones Criminales (DNIC) y muestran la gravedad de la VCM. Si tomamos en cuenta los años 2004 a 2007 hay un promedio de 60 mujeres muertas por año y 5 por mes. A estos se sumarían los casos que no llegan a estas instituciones y que ocurren en lugares remotos donde se les da sepultura sin que medie trámite alguno con las autoridades locales.

En el año 2005 la Dirección de Medicina Forense realizó un total de 3,733 autopsias de las cuales un 62% fueron homicidios (2,318) y el 8.3% correspondía a mujeres. Dadas las circunstancias en que estas muertes ocurrieron, no ha sido posible identificar al agresor, ni su relación con la víctima. En una entrevista informal, un funcionario del Ministerio Público comentó que en algunos Departamentos del país se sabe que han ocurrido cerca de 300 asesinatos de mujeres, de los cuales no se han investigado ni registrado ninguna información y que de igual forma ocurre en otros Departamentos.<sup>46</sup>

Otro de los problemas detectados mediante las entrevistas informales con una profesional de derecho, es que la Policía Nacional con frecuencia tipifica la violencia como “escándalo público” y no es sino hasta que el compañero de hogar vuelve a agredir a la mujer que los jueces se enteran ante un llamado de auxilio de parte de la agredida.<sup>47</sup> Asimismo, la policía muchas veces no extiende un comprobante de haber interpuesto una denuncia por lo que no se puede valorar la gravedad del problema. Además, la tipificación de si es “violencia intrafamiliar o violencia domiciliaria” frecuentemente queda a discreción del operador de justicia.

Para complementar la información sobre femicidio se cuenta con los datos que el Centro de Estudios de la Mujer (CEM-H) y el Centro de Derechos de Mujeres (CDM) recopilan, ordenan y analizan, y la información que transmiten los medios de prensa escrita en el país. Dicha fuente resume datos del año 2003 al 2006 y suma un total de 725 casos de femicidio, siendo en el 2003 de 111 (15.3%). A partir de ese año los femicidios aumentaron de la siguiente manera: 2004 con 138 (19.0%); 2005 con 171 (23.5%), un aumento dramático en el 2006 de 185 casos (25.5%); y al mes de octubre del 2007 se habían registrado 153 casos (16.5%).<sup>t</sup>

Adicionalmente la misma fuente revela que las más afectadas son las mujeres jóvenes ya que del total (725) el 35% tenían entre 11 y 25 años, 21% entre 26 y 35 años. Los lugares de mayor concentración de este fenómeno son el Departamento de Cortés (30%) y Francisco Morazán (27%). Los instrumentos o armas de mayor uso son objeto y cuerpo romo y en el femicidio son mayormente utilizadas el arma blanca y las de fuego. La información demuestra claramente la tendencia ascendente de casos que alcanza un promedio que va desde 4.6 diarios a partir del 2004 a 6.1 crímenes diarios en el 2006, cifra que en los diez meses tabulados en el 2007 aumentan dramáticamente a 15 mujeres por mes.

En cuanto a las percepciones de las usuarias de los servicios de administración de justicia, el CDM realizó un estudio en el 2003 en una población de 32 mujeres sobrevivientes de violencia doméstica, de las cuales todas excepto una, fueron víctimas de violencia física acompañada de violencia psicológica y en ocasiones amenazas de asesinato, dos casos fueron por violencia patrimonial.<sup>49</sup> Algunas de las razones por las cuales recibieron maltratos físicos fueron: patrimonio y espacios familiares inseguros por existencia de una segunda mujer, amenazas de muerte por diversas razones, amenaza de violación a hijas, uso y control de ingresos familiares, manutención de hijos y sin motivo aparente. Sólo tres de las

46. Información obtenida mediante entrevista coloquial con funcionario del Ministerio Público.

47. Datos obtenidos mediante entrevista coloquial con una funcionaria de la Oficina de Fiscales quien recibe a diario denuncias de mujeres por violencia física y doméstica. Diciembre 2008.

48. Informe de fuentes periodísticas elaborado por Centro de Estudios de la Mujer. (CEM-H) Honduras 2008.

49. Estudio Cualitativo de Opiniones y Comportamientos de los Operadores de Justicia y las Mujeres Usuarias de la Ley. Pérez, Isabel M, Travieso, Jorge F. Centro de Derechos de Mujeres (CDM).

entrevistadas declararon que presentaron la denuncia la primera vez que fue maltratada, las otras en su mayoría, habían soportado varios años de violencia física, verbal, económica y sexual. Las mujeres reconocieron varias formas de abuso que no identifican como violencia y generalmente esperan a que ésta se manifieste en forma física para presentar una denuncia.

Otros de los hallazgos de dicho estudio se refieren a las opiniones sobre la Ley contra la Violencia, revelando que el 75% de las entrevistadas no conocían esta normativa antes de presentar la denuncia. Todas las mujeres opinaron que la VCM es un delito, el 25% opinó que un hombre que maltrata a su mujer merece la cárcel de por vida, entre las cuales tres mencionaron cadena perpetua. Con frecuencia las mujeres manifestaron gran preocupación por el momento en que el esposo/compañero de hogar sale de la cárcel, ya que en ocasiones vuelve con intenciones de matar a la mujer, razón por la cual muchas no se atreven a presentar denuncia.

Otra percepción predominante encontrada es que la Ley, les apoya en la aplicación de medidas inmediatas, pero a su vez, si éstas medidas son severas, aumenta la posibilidad de que los agresores reaccionen en forma más drástica, lo que conduce a que ellas mismas pidan a los administradores de justicia su benevolencia. Los lugares más recurridos por las denunciantes son en primera instancia la policía y juzgados, por ser más accesibles.

### 3.3.2. Marco Legal sobre la VCM

El marco legal que se presenta en este estudio se basa en los acuerdos internacionales relacionados con el tema, los cuales han sido ratificados por los países de América Latina y el Caribe. Estos han sido una fuente de gran utilidad para establecer en el país las definiciones del problema, entender su magnitud e impacto, así como identificar componentes importantes para el desarrollo de guías normativas, y constituyen el marco de referencia para establecer medidas efectivas y apropiadas para enfrentar la violencia intrafamiliar y doméstica.

#### Acuerdos y Convenciones ratificadas por Honduras

- Aprobación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer por el Congreso Nacional en 1980, ratificada en 1982.
- Participación en la II Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos. Junio, 1993.
- Aprobación de la Declaración de la Asamblea de la ONU sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. 1993.
- Aprobación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Belém Do Pará. 1995.
- Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas o Degradantes (CAT). 1996.
- IV Conferencia Mundial de la ONU sobre Mujer. 1996. (Da paso a la Plataforma de Acción Mundial para la Mujer).
- Convención Americana sobre Derechos Humanos. 1978.

#### Marco legal nacional

- 1982 - Constitución de la República. Decreto 131-82.
- 1984 - Aprobado el Código de Familia.

- 1993 - Creación de las Consejerías de Familia Acuerdo Ejecutivo No.0079.
- 1994 - Publicada en la Gaceta la Creación del Ministerio Público por Decreto No. 228-93.
- 1994 - Creación del Comisionado Nacional de Protección de los Derechos Humanos. Reforma Constitucional.
- 1995 - Decreto Legislativo para Ley Orgánica del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos.
- 1997 - Reformas de Decretos 191-196 y 59-97. Tipificación en el Código Penal del Delito de Violencia Intrafamiliar.
- 1997 - Creación de la Ley Contra la Violencia Doméstica.
- 1998 - Ley del Instituto Nacional de la Mujer. (INAM) Decreto Legislativo 232-98.
- 2000 - Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer. Decreto 34-2000.
- 2002 - Código Procesal Penal. Decreto 9-99 vigente a partir de febrero 2002.
- 2002 - Política Nacional de la Mujer. Elevada a categoría de Política de Estado por medio de Decreto 013-2002.

**Política Nacional de Salud Mental. 2004 Departamento de Salud Mental. Secretaría de Salud**

Esta política presenta la equidad de género, ética y DDHH como ejes transversales y menciona entre los grupos vulnerables a “mujeres para la prevención del VIH” (numeral 5, pág. 20). Sin embargo, en las líneas de acción, indicadores y objetivos no se aborda el tema. La integralidad en salud mental se visualiza desde el significado de la “salud física, mental y social (cuerpo, mente y espíritu)”.

**Guía de Información Básica para Proveedores y Proveedoras de Servicios Directos de Salud. 2008. Departamento de Atención Integral a la Familia. Programa de Atención Integral al Hombre (PAIH)**

Esta Guía fue elaborada a través de equipos de trabajo y de consultas con las diferentes unidades de salud de la Región Metropolitana del Distrito Central y un equipo multidisciplinario técnico de profesionales. Aborda la violencia sexual en el matrimonio.

En sus principios orientadores se reconocen las distintas formas de abuso en el marco de los DDHH de las mujeres. Sin embargo, no se menciona en las acciones el abordaje del VIH como factor condicionante de la violencia. Una fortaleza de incalculable valor es la Hoja de Tamizaje y Detección de Violencia que se aplica a toda mujer que acude a cualquiera de los servicios de salud reproductiva en los diferentes establecimientos de Salud Ambulatoria.

**Las Consejerías de Familia. Manual de Normas y procedimientos para el Abordaje de la Violencia Intrafamiliar/Doméstica. Departamento de Salud Mental, Secretaría de Salud. Honduras, 2004**

Este instrumento normaliza la atención a nivel nacional para mujeres violentadas y hombres agresores. Describe las funciones, actividades y el sistema de información para las consejerías de familia. No se contempla ningún objetivo, actividad o estrategia relacionada al VIH.

Las Consejerías de Familia dependen de la Secretaría de Salud y ofrecen atención especializada y directa a los(as) menores y mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. En el acuerdo de creación se asumen mecanismos de control de garantías de los DDHH para prevenir, proteger y dar apoyo a las víctimas de violencia intrafamiliar; además cuentan con personal de psicología, medicina, trabajo social y, en algunos casos, con profesionales de derecho.



Actualmente funcionan en 12 departamentos, con un total de 15 consejerías. Desde 1998, se organizaron las consultas a hombres agresores con profesionales especializados en masculinidad en dos Unidades de Salud de Tegucigalpa y una en Juticalpa, Olancho, en consonancia con la Ley contra la Violencia Doméstica que establece medidas de reeducación a hombres bajo la conducción de las Consejerías de Familia.

En un esfuerzo por hacer un breve análisis crítico de algunas sanciones legales sobre VCM, el CDM realizó una evaluación de la Ley Contra la Violencia Doméstica, sus reformas y reglamento, mediante decreto 132-97 y las reformas de 250-2005, autoriza a las Consejerías de Familia a proporcionar atención a mujeres sobrevivientes de violencia y a hombres agresores para iniciar un proceso de reeducación, adscritos a la Secretaría de Salud.<sup>50</sup> Se identificaron los siguientes vacíos:<sup>51</sup>

- El personal médico y de salud públicos y privados, no registran denuncias, a pesar de estar establecido en la Ley.
- Las Consejerías de Familia son insuficientes para la atención de la problemática.
- Muchas de las personas que atienden en las consejerías no están sensibilizadas, ni tienen un enfoque de género.
- No se incorporan sanciones a funcionarios públicos que incumplen con sus responsabilidades como medida para mejorar la efectividad de la Ley.

#### **Código Penal, Decreto 144-83, reformas: 234-05. 1983**

Esta Ley no establece las responsabilidades específicas del sector salud, ni obligaciones a los prestadores privados de salud. En cuanto a la VCM, la misma fuente identifica los siguientes vacíos: sólo existen dos dependencias (Tegucigalpa y San Pedro Sula); el personal que realiza evaluaciones es llamado también a declarar en los juicios orales; no cuenta con presupuesto, personal, ni local apropiado para brindar una atención adecuada; y no tienen los recursos de ADN que requieren las investigaciones.

#### **Código de la Niñez y la Adolescencia. 1996**

En el Artículo 2, expresa lo siguiente: El objetivo general del código es la protección integral de “los niños” en los términos que consagra la constitución de la República y la Convención sobre los Derechos del Niño, así como la modernización e integración del ordenamiento jurídico de la República en esta materia” no incluye análisis de género, contiene un lenguaje sexista y no tiene especificaciones sobre el VIH y/o la VCM.

### *3.3.3. Respuestas Sociales a la VCM: programas y proyectos*

La violencia contra la mujer es actualmente un tema de prioridad nivel nacional e internacional. A nivel mundial han sido las organizaciones de mujeres las que han dado prioridad y vigencia al tema, fortalecidas por diferentes organizaciones tal como la Asamblea de las Naciones Unidas en los años ochenta; la Organización Panamericana de la Salud también impulsó el tema para requerir atención inmediata, cuya consecuencia es el surgimiento de iniciativas importantes en el marco de nuevos instrumentos internacionales que surgieron paulatinamente.

50. Análisis fortalecido mediante consultas con personal del área judicial y el Perfil Nacional sobre Violencia de Género y Salud. OPS/OMS/CDM. Honduras, 2007.

51. Perfil Nacional sobre Violencia de Género y Salud. Honduras. OPS/OMS/Dentro de Derechos de Mujeres (CDM) 2007, página 18.

### Organizaciones gubernamentales

El Estado de Honduras, al igual que el resto de países de la región, ratificó la Convención Interamericana para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belém Do Pará) y a partir de allí se inician procesos importantes para dar respuesta al problema a través de diferentes organizaciones e instituciones. Algunas de las organizaciones gubernamentales que se destacan en Honduras son:

- Ministerio Público
- Clínica de Medicina Forense
- Comisionado Nacional de los Derechos Humanos
- Dirección Nacional de Investigación Criminal (DNIC)
- Dirección Nacional de Medicina Preventiva
- Policía Femenina
- Juzgados de Familia
- Instituto Nacional de la Mujer (INAM)
- Secretaría de Salud - Consejerías de Familia

### Organizaciones no gubernamentales

La respuesta de la sociedad civil ha sido un motor muy importante en el abordaje de la VCM y continúa impulsando las acciones en la búsqueda de justicia a través de educación, prevención, abogacía, incidencia política y cumplimiento de la Ley. Algunas de estas organizaciones se mencionan a continuación.

- Centro de Derechos de Mujeres (CDM)
- Centro de Estudios de la Mujer-Honduras (CEM-H)
- Consultorio Jurídico Popular
- Asociación Nacional para Personas Viviendo con VIH/SIDA en Honduras (ASONAPVSIHAH)
- Enlace de Mujeres Negras de Honduras (ENMUNEH)
- Pastoral Social Cáritas Arquidiocesana. Pastoral del Buen Samaritano
- Casa Alianza
- Foro Nacional de SIDA
- Asociación Calidad de Vida
- Casa Ixchel
- Colectiva de Mujeres Hondureñas (CODEMUH)
- Centro de Investigación y Promoción de Derechos (CIPRODEH)
- Comisionado Nacional de los Derechos Humanos (CONADEH)

### Organismos de Cooperación

Los organismos de cooperación han apoyado e impulsado el tema de la violencia contra la mujer y continúan acompañando a los países de América Latina y el mundo en el diseño de estrategias e iniciativas para la erradicación de este problema. En Honduras tienen presencia significativa las siguientes:

- Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer de Honduras (UNIFEM)
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas

### 3.4. Intersecciones entre el VIH y la VCM: evidencia y respuestas sociales

La evidencia sobre la intersección entre VIH/VCM disponible en Honduras fue producida por la OPS/OMS a través de un estudio<sup>52</sup> realizado con 375 mujeres, 207 (55%) son VIH+ y 168 (45%) sobrevivientes de violencia. Se encontró que un 49% de las 207 mujeres VIH+ y 68% de 168 usuarias de consejería fueron forzadas a tener relaciones sexuales, 64% del total de entrevistadas afirmó que su esposo/compañero de hogar es infiel; el 59% (122) eran VIH+ y 70% (117) sobrevivientes de violencia. En cuanto a la VCM como factor que limita la capacidad de las mujeres para negociar el sexo protegido se encontró que el 46% de entrevistadas VIH+ (95) no usaron condón, 79% (163) pidieron usarlo les fue negado al 45% (93).

La epidemia del VIH como factor desencadenante de la violencia en la pareja y la familia se evidencia en el hecho de que de las 207 mujeres VIH+ entrevistadas, un 44% (91) reportó haber sido violentada por su pareja, un 18% (37) por algún miembro de su familia y un 12% (25) por la comunidad al enterarse de su estado serológico. El 69% (143) no lo había comunicado a su familia/esposo por temor. El miedo al rechazo de la familia fue indicado por un 18.8%, la vergüenza 12.0%; y la preocupación por el impacto de la noticia en la familia con un 10.1%. En cuanto al esposo/compañero el sentimiento más frecuente es el miedo, manifiesta temer la reacción de él (7.7%), a su ignorancia (6.2%); a perder los hijos (3.3%); o al riesgo de ser golpeadas (4.3%).

A pesar de los recursos invertidos para la capacitación del personal de salud dedicado a VIH en los programas de VCM así como del personal del programa de Consejerías de Familia, no se ha logrado hasta ahora integrar ambos. Permanece una ejecución separada y sin ningún acercamiento activo que beneficie a las mujeres que sufren ambas epidemias. Las organizaciones que integran el abordaje de ambos problemas son en su mayoría de la sociedad civil y han iniciado procesos de integración, entre ellas las siguientes:

- Centro de Derechos de la Mujer (CDM)
- Centro de Estudios de la Mujer (CEM-H)
- Asociación Calidad de Vida
- Foro Nacional de SIDA
- Asociación Nacional para Personas Viviendo con VIH/SIDA en Honduras (ASONAPVSIHAH)
- Enlace de Mujeres Negras de Honduras (ENMUNEH)
- Pastoral Social Cáritas Arquidiocesana. Pastoral del Buen Samaritano. Casa Alianza
- Colectiva de Mujeres Hondureñas (CODEMUH)
- Centro de Investigación y Promoción de Derechos (CEPRODEH)
- Comisionado Nacional de los Derechos Humanos (CONADEH).

52. Estudio Multicéntrico Exploratorio sobre las Relaciones entre VIH/SIDA y Violencia Doméstica e Intrafamiliar en una muestra de mujeres de 18-49 años y usuarias de las Clínicas de Atención Integral (CAI) por VIH y de los Servicios de Consejería de Familia de la Secretaría de Salud de Honduras. OPS/OMS. Honduras 2006.

## 4. Conclusiones y Recomendaciones

### Conclusiones

- Las instituciones gubernamentales que se dedican al VIH tienen fortalezas que pueden facilitar la integración VIH/VCM. Entre éstas se puede mencionar las normas de atención y procedimientos, sistema de monitoreo y evaluación a nivel local y nacional y el sistema de vigilancia epidemiológica.
- El nivel normativo de la Secretaría de Salud tiene acceso directo a las Unidades de Salud, lo cual facilita el acceso a estas instancias en el marco de este AS para promover la integración de políticas y programas de VIH/VCM.
- Los Programas de la Secretaría de Salud que abordan la salud sexual y reproductiva de las mujeres tienen enfoque de género y de DDHH pero no contemplan el VIH ni la VCM.
- Algunos de los documentos normativos de la Secretaría de Salud (Programa de Atención Integral a la Mujer, Programa de ITS/VIH/SIDA) se encuentran en vías de ser reestructurados, lo cual podría brindar una oportunidad para incorporar la integración de estas dos epidemias.
- Ninguna institución gubernamental de salud pública que atiende VIH y/o VCM ha integrado ambos temas.
- El Programa de Salud Mental y el Programa de Género Salud y Desarrollo están debilitados por falta de direccionalidad, movilización del personal técnico y de jefatura, así como por la escasez de personal técnico capacitado con enfoque de DDHH, género, violencia y VIH.
- La formulación y difusión del PENSIDA es una excelente práctica de planificación estratégica, coordinación y trabajo multidisciplinario en equipo que ha proporcionado experiencias enriquecedoras que preparan a los profesionales para la iniciación de futuros procesos integradores. Este Plan no cuenta con la integración VIH/VCM.
- Algunas ONG (CDM, CEM-H, Foro Nacional de SIDA, Pastoral Social de Cáritas, Calidad de Vida, CODEMUH, ASONAPVSI DAH, CONADEH, CIPRODEH) tienen experiencia y capacidad acumulada en la integración de VCM/VIH, en la que las PVVS tienen un rol protagónico ejemplar.
- Los programas de la Secretaría de Salud (Salud Integral de la Mujer, ITS/VIH/SIDA) definen los esquemas como de atención integral, sin embargo este enfoque varía en ambas áreas y no contempla el bagaje socio cultural de las y los usuarios(as).

- El Plan de los Trabajadores de Honduras en respuesta al VIH es oportuno para establecer coordinación y lograr la incorporación del tema de VCM.
- El Plan Operativo Nacional para el 2009 menciona la transversalización de la equidad de género, los DDHH y la violencia, pero no tiene intervenciones estratégicas claras, ni indicadores para lograr sus objetivos.
- La última versión del segundo Plan Nacional de Oportunidades no fue revisada por encontrarse en etapa de consulta nacional por el INAM.

### Recomendaciones

- Difundir los resultados del Análisis Situacional con las instituciones y organizaciones que brindaron información y documentación.
- Durante la vida del proyecto, impulsar la concientización de las instituciones del Estado, las organizaciones de la sociedad civil, los grupos organizados y organismos de cooperación sobre la necesidad y las justificaciones para la integración de políticas y programas de VIH/VCM.
- Apoyar y fortalecer las organizaciones e instituciones en el conocimiento y experiencia sobre la integración de ambos problemas.
- Durante el desarrollo del proyecto, impulsar la capacitación, promoción y divulgación con los actores sociales, organizaciones, y grupos de la comunidad, entre otros, sobre la relevancia de abordar la integrar el VIH/VCM.
- Tomar en cuenta durante la puesta en práctica del proyecto las fortalezas de algunas instituciones gubernamentales y de la sociedad civil en particular (por ejemplo del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, Foro Nacional, Región Metropolitana de Francisco Morazán, Cáritas Pastoral Social, CODEMUH), las relacionadas con los programas de monitoreo y evaluación, organización de redes, estilos de coordinación y comunicación, capacidad de convocatoria, organización y funciones y la administración de proyectos.
- Establecer coordinación con las principales instituciones (CONASIDA, Foro Nacional de SIDA, Programa de ITS/VIH/SIDA, Programa de Salud Mental, entre otras), para incorporar la integración VIH/VCM y DDHH en los documentos rectores de las intervenciones en ITS/VIH/SIDA (PENSIDA III, en el Plan Operativo Nacional, Manuales de Normas y procedimientos, Manual de Consejería por Violencia y por VIH, entre otros).
- Iniciar el acercamiento de la CIM/OEA con las organizaciones entrevistadas para mantener el interés demostrado por las mismas en esta iniciativa.

## 5. Bibliografía

- Convención Belem Do Para Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Brasil. 2006.
- Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA). Plan Estratégico Nacional (PENSIDA III) 2008 – 2012. Honduras, 2007.
- Código de la Niñez y de la Adolescencia. Congreso Nacional de la República de Honduras. Decreto No. 73-96. Honduras, 1996.
- Cubas, D, Impactos del VIH/SIDA en la Comunidad Triunfo de la Cruz, Municipio de Tela, Atlántida. UNIFEM, Honduras 2003.
- Cubas, D, Pineda, E. Muertes por SIDA en Mujeres Mayores de 15 Años Ocurridas en Tres Hospitales Nacionales del 01 de Junio 2000 al 31 de Mayo 2001. Fundación Fomento en Salud, Centro Nacional de Concientización y Prevención del SIDA. Honduras 2001.
- Departamento de ITS/VIH/SIDA. Manual de Normas y Procedimientos de Atención a Usuarios(as) de Servicios de Salud por Infecciones de Transmisión Sexual. Department for International Development (DFID) Secretaría de Salud. Tegucigalpa, Honduras. 2006.
- Departamento de ITS/VIH/SIDA. Normas de Atención al Paciente Pediátrico con VIH/SIDA. Segunda Edición. Secretaría de Salud. Honduras 2003.
- Departamento de ITS/VIH/SIDA. Normas de Atención Integral a la Mujer Embarazada para la Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo(a). Secretaría de Salud. Tegucigalpa, Honduras. 2005.
- Departamento de ITS/VIH/SIDA. Plan de Monitoreo y Evaluación. Unidad de M&E. Secretaría de Salud. Honduras. 2006.
- Departamento de ITS/VIH/SIDA. V Reimpresión de la Ley Especial de VIH/SIDA. I Impresión de Reglamento de la Ley Especial de VIH/SIDA. Secretaría de Salud. Honduras, 2003.
- Departamento de Salud Integral a la Familia. Guía de Información Básica para Proveedores(as) de Servicios Directos de Salud. Secretaría de Salud de Honduras, Tegucigalpa, 2008.
- Departamento de Salud Integral a la Familia, Departamento de Desarrollo de Servicios. Estrategias Metodológicas de los Servicios de Planificación Familiar en la Red de Servicios de Salud y Hospitales. Secretaría de Salud. USAID. Honduras. Enero 2008.

- Departamento de Salud Integral a la Familia, Normas Nacionales de Atención Salud Materna-Neonatal. Programa de Atención Integral a la Mujer. Secretaría de Salud, Honduras, 2005.
- Departamento de Salud Materno Infantil. Manual de Normas y Procedimientos de Atención integral a la Mujer. Secretaría de Salud. Honduras. 1999.
- Departamento de Salud Mental. Normas y Procedimientos para el Abordaje de la Violencia Intrafamiliar y Doméstica. Secretaría de Salud de Honduras, Sub. Secretaría de Riesgos Poblacionales. Honduras. 2004.
- Hermannsdorfer, Claudia. Informe sobre la Situación de la Violencia Doméstica contra las Mujeres. Documento Presentado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en Guatemala 2006. Centro de Derechos de Mujeres. Honduras, 2006.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Derechos Humanos y VIH/SIDA: Jurisprudencia del Sistema Interamericano y Análisis Comparativo del Marco Jurídico Interno Relativo al VIH/SIDA en los Países Centroamericanos. UNAIDS, UNFPA, OIT. San José, Costa Rica. 2004.
- Instituto interamericano de Derechos Humanos (ILDH). Informe Regional: Situación y Análisis del Femicidio en la Región Centroamericana. Agencia Sueca de Cooperación internacional para el Desarrollo (ASDI), Agencia Danesa de Cooperación Internacional. (Danida). Consejo Centroamericano de Procuradores de Derechos Humanos. San José, Costa Rica. 2006.
- Instituto Nacional de la Mujer (INAM). Ley Contra la Violencia Doméstica. Honduras, 2003.
- Instituto Nacional de Estadística. (INE) Encuesta Nacional de Demografía y Salud. (ENDESA) Honduras, 2005-2006.
- Kafati, Rosa, Díaz Carla. Boletín Epidemiológico de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa. No. 01 Hospital Escuela. Tegucigalpa, Honduras, 2008.
- Méndez, M. E. Análisis de las Políticas Nacionales de las ITS y el VIH/SIDA Desde un Enfoque de Género. Centro de Estudios de la Mujer. (CEM-H) Honduras 2003.
- M. Paredes. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH e ITS en Poblaciones Vulnerables, Población Garífuna, Trabajadoras Sexuales, Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Personas con VIH. Departamento de ITS/VIH/SIDA. Secretaría de Salud, Honduras 2008.
- Centro de Derechos de la Mujer (CDM). Perfil Nacional sobre Violencia de Género y Salud. Organización Panamericana de la Salud. Honduras. 2007.
- Pérez, I, Travieso, Jorge F. Estudio Cualitativo de Opiniones y Comportamientos de los Operadores de Justicia y las Mujeres Usuarias de la Ley. Centro de Derechos de mujeres

(CDM) Honduras, 2003.

- Poder legislativo. Ley de Policía y de Convivencia Social Honduras, 2006.
- Yakin, La Integración de los Derechos Humanos de la Mujer y la Perspectiva de Género: Violencia contra la Mujer. Interrelaciones entre la Violencia Contra la Mujer y el VIH/SIDA. Informe de la Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer, sus Causas y Consecuencias. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. 2005.
- [www.laccaso.org/pdfs/Honduras](http://www.laccaso.org/pdfs/Honduras).
- [www.cocnadeh.hjn/CEDV/Leyes](http://www.cocnadeh.hjn/CEDV/Leyes).