



# **INFORME NACIONAL DE AVANCES EN LA RESPUESTA AL VIH Y EL SIDA**

**México 2014**

**Periodo reportado: Enero 2013-Diciembre 2013**

**Fecha del informe: abril 2014**

**Secretaría de Salud**

**Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH  
y el sida (CENSIDA)**



## **Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida**

Dra. Patricia Uribe Zúñiga  
Director General

Mtro. Héctor Sucilla Pérez  
Director de Investigación Operativa

Lic. Agustín López González  
Director de Prevención y Participación Social

Dr. Carlos Magis Rodríguez  
Director de Atención Integral

Mtra. María del Pilar Rivera Reyes  
Subdirectora de Monitoreo e Indicadores

## LISTA DE AGRADECIMIENTOS A PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL INFORME 2014

### GOBIERNO FEDERAL

NOMBRE	CARGO	INSTITUCIÓN
Dra. Patricia Uribe Zúñiga	Directora General	Censida
Dr. Carlos Magis Rodríguez	Director de Atención Integral	Censida
Mtro. Agustín López González	Director de Prevención y Participación Social	Censida
Mtro. Héctor Sucilla Pérez	Director de Investigación Operativa y Punto focal para el Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el sida 2014	Censida
Mtra. María del Pilar Rivera Reyes	Subdirectora de Monitoreo de Indicadores/ Dirección de Investigación Operativa y Coordinadora Técnica para la Elaboración de Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el sida 2014	Censida
Lic. Raúl Ortiz Mondragón	Apoyo técnico para indicadores del Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el sida 2014	Censida
	Apoyo técnico para indicadores	Censida



Lic. Georgina Esquivel García	del informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el sida 2014	
Lic. María de la Luz Ricarda Ortiz Ruiz	Apoyo técnico para indicadores del informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el sida 2014	Censida
Dra. Elia Loo Méndez	Apoyo técnico para indicadores del informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el sida 2014	Censida
Mtro. Marcelo De Luca	Consultor técnico para el ICPN (parte A y B) 2014, análisis de situación nacional de la epidemia del VIH, redacción del informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el sida 2014	Censida
Dr. José Antonio González Anaya	Director General	Imss
Lic. Ángel Campos Hernández	Titular de la División de Información en Salud	Imss
Lic. Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias.	Director General	Issste
Dr. Mario Jáuregui Chiu.	Jefe del Departamento de Vigilancia Epidemiológica de la Subdirección Médica	Issste
Mtro. Emilio Lozoya Austin	Director General	Pemex



Dr. Carlos Nava Esquivel	Gerente de Prevención Médica en la Subdirección de Servicios de Salud	Pemex
Gral. Salvador Cienfuegos Zepeda	Secretario de la Defensa Nacional	Sedena
Cap. 1ero. De SND Aurelio García Ayala	Jefe del Grupo de Programa Integral de Prevención y Control de del VIH/Sida	Sedena
Almirante Vidal Francisco Soberón Sanz	Secretario de Marina y Armada de México	Semar
Dra. MSP. Macrina Mónica Díaz Altamirano	Jefe del Departamento de Epidemiología	Semar
Dr. Fernando Cano Valle	Comisionado Nacional	Conadic
Mtro. Alfredo González Portillo	Subdirector del Observatorio Mexicano de tabaco, alcohol y otras drogas	Conadic
Félix Vélez Fernández Varela	Vicepresidente de Información Demográfica y social	Inegi
Carolina Vizcarra Peña	Gerente	Profesionales Contra la Adicción, y Asistencia Médica contra la adicción
Mtra. Mónica Valdez González	Dirección de investigación y estudios sobre la Juventud	Imjuve

## PROGRAMAS ESTATALES PARA EL VIH Y EL SIDA

Se agradece a los Programas Estatales de del VIH y el sida de las 32 Entidades Federativas por su constante trabajo para la actualización de los indicadores que forman parte de la respuesta en del VIH y el sida, en especial a los que se enlistan a continuación por sus aportaciones específicas para este reporte sobre el trabajo que realizan en su entidad para la población clave de personas que se inyectan droga.

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>INSTITUCIÓN</b>
Dr. Juan Manuel García Díaz	Jefa de Departamento	Programa de Prevención y Control del SIDA e ITS de Sinaloa
M.C. Rubén Carreón Díazconti	Coordinador del Programa de Reducción de Daños	Programa de VIH/Sida de la Ciudad de México
Dr. Héctor Genaro Meza Muñoz	Coordinador Estatal	Programa de VIH/SIDA/ITS de Guanajuato
Dra. Ma. Concepción Meneses Imay	Coordinadora	Programa de VIH/ITS de Baja California
Dr. Luis Antonio Sánchez López	Secretario Técnico	COESIDA Nuevo León
Dr. Sergio Armando Salazar Arriola	Subdirector	Programa Estatal de Respuesta al VIH/SIDA/ITS de Sonora

## SISTEMA DE NACIONES UNIDAS

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>ORGANIZACIÓN</b>
Francisco Javier Arellano	Coordinador Equipo Conjunto Onusida México	Onusida

Anwar Suárez	Gerente del Programa de Gobernabilidad Democrática y punto focal para VIH/Sida	Pnud
Mariana Castro	Oficial Nacional de Información	Cinu
Ana María Güemez	Oficial de Política Social y Punto Focal para VIH/Sida	Unicef
Esther Corral	Directora de la Oficina de Coordinación	Ocr
Javier Domínguez	Oficial Nacional de Programas	Unfpa
Enrique Gil	Oficial de Salud Familiar y Comunitaria y Punto Focal para VIH/Sida	Ops/Oms
Karin Mattsson	Responsable de Programas y Punto Focal para VIH/Sida	Onu Mujeres
Ana Acosta	Gerente del Programa de Gobernabilidad Democrática y punto focal para VIH/Sida	Acnur

## ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida agradece a las 12 Organizaciones de la Sociedad Civil que se registraron en el proceso para participar en la elaboración del presente Informe conforme a la convocatoria pública emitida, especialmente a aquellas que participaron activamente en las reuniones (videoconferencias), en el envío del cuestionario ICPN-B y por sus comentarios puntuales a los indicadores que reporta el país.

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>ORGANIZACIÓN</b>
Jacinto Abel Quiroga Quintanilla	Presidente	Acción Colectiva por los Derechos de las Minorías Sexuales A.C. ACODEMIS
Andrés Costilla Castro	Representante	Amigos Potosinos En Lucha Contra El Sida A.C.
Marco Antonio Ramírez Romero	Representante	Aprendiendo a Vivir con VIH-Sida A.C.
Eugenia López Uribe	Coordinadora General	Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud A.C.
José Martín Luna Sámano	Representante	Centro de Atención Profesional a Personas con Sida A.C. (CAPPSIDA A.C.)
Ernesto Ramírez Balderas	Presidente	Colectivo Seres, A.C. (SER A.C.)
Rubén David Alvarado Jiménez	Representante	Fundación Mexicana Para la Lucha Contra el Sida A.C. (FUNSIDA)





Blanca Rico Galindo	Coordinadora General Proyecto Fondo Mundial	Fundación Mexicana Para la Salud A.C. (Funsalud)
Mtra. Jessica Salas Martínez	Coordinadora de Monitoreo y Evaluación, Proyecto Fondo Mundial	Fundación Mexicana Para la Salud A.C. (Funsalud)
Daniel Serrano De Rejil	Representante	Interculturalidad, Salud Y Derechos A.C. (Insade)
María Luisa González Barrios	Representante	Mexicanas en Acción Positiva A.C
Rosalinda Arechar Lara	Representante	VIHDHA A.C.
Francisco Rosas Sánchez	Representante	Vivir, Participación, Incidencia y Transparencia, A.C. (VIVIR A.C.)

## ORGANIZACIONES QUE APORTARON INFORMACIÓN

Se extiende un cordial agradecimiento a la Fundación Mexicana para la Salud A.C.(Funsalud), por su colaboración en este informe al proporcionar los datos derivados del Proyecto México VIH/Sida Ronda 9, financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Además nueve organizaciones enviaron información específica solicitada por el Censida.

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>ORGANIZACIÓN</b>
Dra. Blanca Rico	Coordinadora General, Unidad de Gestión del Proyecto México VIH/Sida Ronda 9	Funsalud
Mtra. Jessica Salas Martínez	Coordinadora de Monitoreo y Evaluación, Unidad de Gestión del Proyecto México VIH/Sida Ronda 9	Funsalud
Juan de Dios Bueno	Director	Misericordia y Vida para el Enfermo con Sida, A.C. (MYVAC)
Lic. Ma. Del Carmen Tarin Bejar	Directora	Institución de Beneficencia Privada Fátima IBP
Lic. Dulce Ma. Astrid Gallardo Rangel	Representante Legal y Presidente	Irapuato Vive, A.C.
Lic. María Elena Ramos Rodríguez	Representante Legal y Presidenta	Programa Compañeros, A.C.
Dra. Remedios Lozada	Presidenta	PREVENCASA, A.C.



Abel Quiroga	Presidente	Acción Colectiva por los derechos de las minorías sexuales AC
Lic. Andrés Gaeta	Secretario	Centro de Servicios Ser, A.C.
Lourdes Angulo Corral	Directora General	Integración Social Verter A.C
Hilda Peñaloza	Coordinadora de monitoreo del equipo DEMISEX-2	DEMISEX

<b>ÍNDICE</b>	12
<b>ACRÓNIMOS</b>	22
<b>INTRODUCCIÓN</b>	24
<b>I. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y TÉCNICOS DEL INFORME</b>	27
1.1 La participación de las entidades interesadas	27
1.2 Tabla general de Indicadores	31
<b>II. LA EPIDEMIA DE VIH EN MÉXICO</b>	32
2.1 Panorama mundial y regional de la epidemia del VIH	32
2.2 Situación nacional de la epidemia del VIH	33
<b>III. REPORTE DE INDICADORES DE AVANCE EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA</b>	46
<b>Objetivo 1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015</b>	46
1.1 Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	46
1.2 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	47
1.7 Trabajadoras y trabajadores del sexo: el trabajo sexual en programas de prevención	49
1.8 Trabajadoras y trabajadores del sexo: uso del preservativo	50
1.9 Las pruebas del VIH en las trabajadoras y los trabajadores del sexo	53
1.10 La prevalencia del VIH en las trabajadoras y los trabajadores del sexo	55

1.11 Hombres que tienen sexo con hombres: programas de prevención	58
1.12 Hombres que tienen sexo con hombres: uso del preservativo	59
1.13 Las pruebas del VIH en los hombres que tienen sexo con hombres	61
1.14 La prevalencia del VIH en los hombres que tienen sexo con hombres	63
1.17.1 Porcentaje de mujeres que acceden a servicios de atención prenatal que se realizan la prueba de detección de sífilis durante la primera visita a atención prenatal en los últimos 12 meses	64
1.17.2 Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal que fueron positivas para sífilis	66
1.17.4 Porcentaje de trabajadoras y trabajadores del sexo (TS) con sífilis activa	67
1.17.5 Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que presentan sífilis activa	69
1.17.6 Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los últimos 12 meses	70
1.17.7 Número notificado de casos de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses	71
1.17.8 Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses	72
1.17.10 Número notificado de adultos con úlcera genital en los últimos 12 meses	73

<b>Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas para el 2015</b>	75
2.1 Usuarios de drogas inyectables: programas de prevención	75
2.2 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	77
2.3 Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	78
2.4 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce sus resultados	80
2.5 Prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables	81
2.6a y 2.6b Número estimado de personas en terapia de sustitución de opiáceos (inyectores y no inyectores)	82
2.7a y 2.7b Número de puntos de prestación de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringas	85
<b>Objetivo 3. Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida</b>	86
3.1 Prevención de la transmisión materno-infantil	86
3.3 Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses	88
3.4. Porcentaje de embarazadas que conocen su estado serológico con respecto al VIH (se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto o el puerperio [<72 horas], incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado con respecto al VIH)	89

3.6 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que han sido evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antirretroviral mediante la estadificación clínica o el análisis de los CD4	90
3.11 Número de mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación	91
3.12.3 Número de niños nacidos en el 2012 (o los datos más recientes disponibles) de madres seropositivas para el VIH que recibieron un diagnóstico positivo del VIH	93
<b>Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015</b>	94
4.1 Tratamiento del VIH: Porcentaje de adultos y niños que recibe actualmente tratamiento antirretrovírico de entre todos los adultos y niños que viven con el VIH	94
4.2a Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 12 meses después de iniciarlo	96
4.2b Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 24 meses después de iniciarlo	97
4.2c Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 60 meses después de iniciarlo	99
4.3a Número de establecimientos de salud que ofrece TAR	100
4.3b Establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico	101
4.4 Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales (ARVs) y que ha experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los ARVs requeridos en los 12 últimos meses	103

4.5 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH con un primer recuento de células CD4 de < 200 células/ $\mu$ l en el 2013	104
4.6 Atención de la infección por el VIH: Tratamiento ARV	105
4.7a Porcentaje de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el periodo de notificación y que registraron supresión viral	107
4.7b Porcentaje de personas en TAR a las que se les realiza la prueba para determinar la carga viral y que registran una carga viral de $\leq$ 1.000 copias tras 12 meses de tratamiento	108
<b>Objetivo 5. Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015</b>	110
5.1 Porcentaje de casos incidentes de tuberculosis estimados en personas seropositivas que recibieron tratamiento para tuberculosis y VIH	110
<b>Objetivo 6. Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000-24.000) millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios</b>	111
6.1 Gasto nacional e internacional relativo al SIDA por categoría y fuentes de financiación	111
<b>Objetivo 7. Eliminar las desigualdades de genero</b>	113
7.1 Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente	113
<b>CONCLUSIONES</b>	114
<b>Apéndice A. Diagnóstico de los casos de infección por el VIH y el sida (OPS)</b>	118
<b>Apéndice B. Estimaciones del tamaño de las poblaciones clave en México para el año 2013</b>	119



<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	121
<b>ANEXOS</b>	123
<b>ANEXO I. Instrumento de Observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (ICPN) 2014</b>	123
<b>ANEXO II. Fichas Técnicas de los Indicadores</b>	243
<b>ANEXO III. Matriz de gastos en VIH y el sida del informe MEGAS</b>	317
<b>INDICE DE CUADROS</b>	
Cuadro 1. Listado de Indicadores reportados	31
Cuadro 2. Prevalencias del VIH en las poblaciones clave. México 2013	36
<b>INDICE DE GRAFICAS</b>	
Gráfica 1. Prevalencia del VIH y el sida en adultos de 15-49 años. México 2013	34
Gráfica 2. Casos acumulados de VIH y el sida por año de diagnóstico. México 2013	34
Gráfica 3. Casos nuevos de sida y detecciones de VIH por año de diagnóstico. México 2013	35
Gráfica 4. Razón Hombre/Mujer (H:M) en casos de sida, detecciones de VIH y la suma de ambos por año de diagnóstico. México 2013	38
Gráfica 5: Casos acumulados de sida y VIH por sexo y quinquenio de edad. México 2013	39
Gráfica 6: Casos de sida y VIH diagnosticados en 2013 por sexo y quinquenio de edad. México 2013	39
Gráfica 7. Porcentaje de casos de sida y VIH por rango quinquenal de edad entre 1983 y 2013. México	40

Gráfica 8. Hombres. Casos acumulados de sida y VIH por categoría de transmisión. México 2013	41
Gráfica 9. Hombres. Casos nuevos de sida y VIH en 2013 por categoría de transmisión. México	42
Gráfica 10. Mujeres. Casos acumulados de sida y VIH por categoría de transmisión. México 2013	43
Gráfica 11. Mujeres. Casos nuevos de sida y VIH en 2013 por categoría de transmisión. México	43
Gráfica 12. Número de Defunciones por sida y Tasas de Defunción por cien millones de habitantes en México entre 1990 y 2012	44
Gráfica 13. INDICADOR 1.1 Respuesta a la pregunta 3: "¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?"	47
Gráfica 14. INDICADOR 1.2 Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	48
Gráfica 15. INDICADOR 1.7 Porcentaje de trabajadores y trabajadoras del sexo a los que han llegado programas de prevención del VIH	50
Gráfica 16. INDICADOR 1.8 Porcentaje de trabajadores y trabajadoras del sexo que declara haber usado un condón con su último cliente	52
Gráfica 17. INDICADOR 1.9 Porcentaje de trabajadores y trabajadoras del sexo que accedieron a prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocen los resultados	55
Gráfica 18. INDICADOR 1.10 La prevalencia del VIH entre trabajadoras y trabajadores del sexo	57
Gráfica 19. INDICADOR 1.11 Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres a los que han llegado programas de prevención del VIH	59
Gráfica 20. INDICADOR 1.12 Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina	61

Gráfica 21. INDICADOR 1.13 Porcentaje de HSH que accedió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	63
Gráfica 22. INDICADOR 1.14 Prevalencia del VIH en hombres que tienen sexo con hombres	64
Gráfica 23. INDICADOR 1.17.1 Porcentaje de mujeres que acceden a servicios de atención prenatal que se realizan la prueba de detección de sífilis durante la primera visita a atención prenatal en los últimos 12 meses	66
Gráfica 24. INDICADOR 1.17.2 Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal que fueron positivas para sífilis	67
Gráfica 25. INDICADOR 1.17.4 Porcentaje de trabajadoras y trabajadores del sexo (TS) con sífilis activa	68
Gráfica 26. INDICADOR 1.17.5 Porcentaje de HSH con sífilis activa	69
Gráfica 27. INDICADOR 1.17.6 Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los últimos 12 meses	70
Gráfica 28. INDICADOR 1.17.7 Número notificado de casos de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses	72
Gráfica 29. INDICADOR 1.17.8 Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses	73
Gráfica 30. INDICADOR 1.17.10 Número notificado de adultos con úlcera genital en los últimos 12 meses	74
Gráfica 31. INDICADOR 2.1 Personas que se inyectan droga en programas de prevención	76
Gráfica 32. INDICADOR 2.2 Personas que se inyectan droga que declararon haber usado un preservativo durante su última relación sexual	78
Gráfica 33. INDICADOR 2.3 Personas que se inyectan droga que declararon haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	79
Gráfica 34. INDICADOR 2.4 Personas que se inyectan droga que se sometieron a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce sus resultados	81

Gráfica 35. INDICADOR 2.5 Prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan droga	82
Gráfica 36. INDICADOR 2.6a y 2.6b Número estimado de personas en terapia de sustitución de opiáceos (inyectores y no inyectores)	84
Gráfica 37. INDICADOR 2.7a y 2.7b Número de puntos de prestación de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringas (siglas en inglés NSP)	86
Gráfica 38. INDICADOR 3.1 Prevención de la transmisión materno-infantil	87
Gráfica 39. INDICADOR 3.3 Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses	89
Gráfica 40. INDICADOR 3.6 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que han sido evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antirretroviral mediante la estadificación clínica o el análisis de los CD4	91
Gráfica 41. INDICADOR 3.11 Número de mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación	92
Gráfica 42. INDICADOR 3.12.3 Número de niños nacidos en el 2012 (o los datos más recientes disponibles) de madres seropositivas para el VIH que recibieron un diagnóstico positivo del VIH	93
Gráfica 43. INDICADOR 4.1 Tratamiento del VIH: Porcentaje de adultos y niños que recibe actualmente tratamiento antirretrovírico de entre todos los adultos y niños que viven con el VIH	95
Gráfica 44. INDICADOR 4.2a Tratamiento del VIH: retención en el TAR 12 meses después de iniciarlo	97
Gráfica 45. INDICADOR 4.2b Tratamiento del VIH: retención en el TAR 12 meses después de iniciarlo	99
Gráfica 46. INDICADOR 4.2c Tratamiento del VIH: retención en el TAR 60 meses después de iniciarlo	100
Gráfica 47. INDICADOR 4.3a Número de establecimientos de salud que ofrece TAR	101

Gráfica 48. INDICADOR 4.3b Número de establecimientos de salud que ofrece TAR	102
Gráfica 49. INDICADOR 4.4 Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales (ARVs) y que ha experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los ARVs requeridos en los 12 últimos meses	104
Gráfica 50. INDICADOR 4.5 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH con un primer recuento de células CD4 de < 200 células/μl en el 2013	105
Gráfica 51. INDICADOR 4.6 Número de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH durante el periodo de notificación	106
Gráfica 52. INDICADOR 4.7a Porcentaje de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el periodo de notificación y que registraron supresión viral	108
Gráfica 53. INDICADOR 4.7b Porcentaje de personas en TAR a las que se les realiza la prueba para determinar la carga viral y que registran una carga viral de ≤ 1.000 copias tras 12 meses de tratamiento	109
Gráfica 54. INDICADOR 5.1 Porcentaje de casos incidentes de tuberculosis estimados en personas seropositivas que recibieron tratamiento para tuberculosis y VIH	111
Gráfica 55. INDICADOR 6.1 Gasto nacional relativo al sida por categoría	112
Gráfica 56. INDICADOR 7.1 Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente	114

## ACRÓNIMOS

ARV	Antirretrovirales
CAP	Conocimientos, Actitudes y Prácticas
Capasits	Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual.
Cenadic	Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones
Censida	Centro Nacional para la Prevención y Control del del VIH y el SIDA
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CNEGySR	Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva
Coesida	Consejo Estatal para la Prevención y Control del VIH y el SIDA
Conadic	Consejo Nacional contra las Adicciones
Conapred	Comisión Nacional para Prevenir la Discriminación
Conasida	Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA
CTX	Profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol
ENA	Estrategia Nacional de Adherencia
ENDIREH	Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares
Ensanut	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ENVIM	Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres
Funsalud	Fundación Mexicana para la Salud A.C.
GAIA	Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia
GCTH	Grupo de Cooperación Técnica Horizontal
GFATM	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (por sus siglas en inglés)
GIS	Grupo de Información Sectorial
HSH	Hombre que tiene Sexo con Hombre
HTS	Hombre Trabajador Sexual
hudi	Hombre(s) que se inyecta(n) droga(s)
ICPN	Índice Compuesto de Política Nacional
Imjuve	Instituto Mexicano de la Juventud
Imss	Instituto Mexicano del Seguro Social
Inegi	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
Issste	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
M&E	Monitoreo y Evaluación
MARP	Poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad (por sus siglas en inglés)

Megas	Medición del Gasto Nacional en SIDA
MTS	Mujer Trabajadora Sexual
mudi	Mujer(es) que se inyecta(n) droga(s)
NSP	Programa de intercambio de agujas y jeringas (por sus siglas en inglés)
Oms	Organización Mundial de la Salud
Onusida	Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organización de la Sociedad Civil
OST	Terapia de Sustitución de Opiáceos (por sus siglas en inglés)
Pemex	Petróleos Mexicanos
Pnud	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PPL	Población Privada de la Libertad
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno Infantil
PTV	Prevención de la Transmisión Vertical del VIH
pudi	Persona que se inyecta droga
PVV	Personas Viviendo con VIH
RNCS	Registro Nacional de Casos de SIDA
SAI	Servicios de Atención Integral
Salvar	Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV
Semar	Secretaría de Marina y Armada de México
Sedena	Secretaría de la Defensa Nacional
sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SS	Secretaría de Salud
Suive	Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica
TARAA	Terapia Antirretroviral Altamente Activa
TAR	Terapia Antirretrovírica
TB	Tuberculosis
TPI	Terapia Preventiva con Isoniacida
TS	Trabajo Sexual
TTTTI	Transexuales, Travestis, Transgénero e Intersexuales
Unemes	Unidad de Especialidades Médicas
Unesco	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
Unfpa	Fondo de Población de las Naciones Unidas
Ungass	Sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas (por sus siglas en inglés)
Unicef	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

## INTRODUCCIÓN

El Informe 2014 presenta un panorama general de los avances en la respuesta de México a la epidemia del VIH, conforme a los compromisos internacionales adoptados por el país en la Declaración Política sobre el VIH y el sida 2011; intensificando nuestros esfuerzos para eliminar la epidemia del VIH y el sida, aprobada en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas y por los países miembros el 10 de junio de 2011, documento basado en la Declaración de Compromiso sobre el VIH y el sida (2001) y en la Declaración Política sobre el VIH y el sida (2006). La declaración política de 2011 es también un instrumento que apoyará a los países en el cumplimiento del objetivo de Desarrollo del Milenio número 6: detener y empezar a invertir el curso de la epidemia del VIH y el sida para 2015.

Esta nueva declaración política, tiene 10 objetivos<sup>1</sup>:

1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015.
2. Reducir en 50% el número de transmisiones del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para 2015.
3. Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida.
4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015.
5. Reducir las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH en un 50% para 2015.
6. Eliminar el déficit mundial de recursos destinados al sida para 2015 y llegar a una inversión mundial anual de 22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses en países de ingresos bajos y medios.
7. Eliminar las desigualdades de género y el abuso y la violencia de género, y aumentar la capacidad de las mujeres y de las niñas para protegerse a sí mismas frente al VIH.
8. Erradicar el estigma y la discriminación de las personas que viven con el VIH y que se ven afectadas por el VIH a través de la promulgación de leyes y políticas que garanticen la consecución de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
9. Eliminar las restricciones de entrada, estancia y residencia relacionadas con el VIH.

---

1. ONUSIDA. Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el SIDA 2012. Ginebra, Suiza. Diciembre 2011.  
2. OMS, UNICEF y ONUSIDA. Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2014: desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011. Ginebra, 2014



10. Eliminar los sistemas paralelos de servicios relacionados con el VIH para fortalecer la integración de la respuesta al sida en los esfuerzos sanitarios y de desarrollo a nivel mundial.

A efectos de llevar a cabo cada objetivo se establece un sistema de seguimiento mediante una serie de indicadores básicos propuestos por el Onusida, a los que los Estados Miembros, incluido México, se comprometieron a informar sobre sus avances a la Asamblea General. En este informe se presentan datos de siete objetivos de los que se obtuvo información de acuerdo a los lineamientos de Onusida.

Los datos y fuentes que se detallan en este documento buscan dar una descripción detallada, al tiempo que se brinda un análisis de la respuesta del país a la epidemia del VIH. La información que se presenta corresponde, en la mayoría de los casos, a la obtenida para el año 2013, conforme a la solicitud de las Naciones Unidas.

Los datos empleados en el cálculo de los indicadores, en su mayoría, derivan de sistemas de información nacional, encuestas, estudios; así como de las percepciones de los actores clave en el tema.

Los indicadores establecidos son presentados en fichas técnicas que contienen los siguientes componentes:

1. Número y nombre del indicador
2. Resultado del indicador
3. Notas
4. Qué mide el indicador
5. Numerador
6. Denominador (en los casos en los que aplique)
7. Cálculo (en los casos en los que aplique)
8. Frecuencia de medición
9. Metodología de cálculo propuesto por ONUSIDA
10. Metodología de cálculo utilizada por México
11. Fuente del indicador reportado por México
12. Observaciones

El documento está dividido en tres grandes apartados, que hacen referencia a la parte descriptiva y analítica de la epidemia y se encuentra desglosado en los siguientes puntos:

En el primer apartado se describe brevemente el proceso de construcción del presente informe y la metodología utilizada.

El segundo apartado, muestra un panorama general de la epidemia del VIH en el país; así como acciones derivadas de la respuesta política y programática a la epidemia.

En el tercer apartado, se analiza a detalle cada uno de los indicadores propuestos por el ONUSIDA para el seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH y el sida 2011. En esta sección se exponen los progresos del país, a través de indicadores agrupados en los diez objetivos.

En la parte final del informe se encuentran los anexos en donde puede consultarse las fichas técnicas de los indicadores y la información sobre el cálculo, la metodología y las fuentes de datos empleadas para su construcción; la matriz de medición del gasto en sida (MEGAS); el ICPN (parte A y B), respondido tanto por funcionarios de gobierno como por Organizaciones de la Sociedad Civil y Agencias del sistema de Naciones Unidas.

El presente informe es producto de la participación y articulación de diversos sectores: instituciones del sector público de salud, organizaciones de la sociedad civil, centros de estudios, una organización de la iniciativa privada y organismos que conforman el Sistema de las Naciones Unidas; en el cual se observan los progresos, las oportunidades y retos actuales de México en el marco de la Declaración Política sobre el VIH y el sida 2011.

El informe está dirigido a las agencias, autoridades de todos los niveles de Gobierno, a la sociedad civil con trabajo en el VIH y el sida; a Centros e Institutos de Investigación; así como a las personas viviendo con VIH y a todas aquellas personas afectadas o interesadas en la epidemia.

## **I. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y TÉCNICOS DEL INFORME**

### **1.1 La participación de las entidades interesadas**

En primer término se diseñó un plan de trabajo que contempló el cálculo de los indicadores propuestos y las respuestas al instrumento de observación de los compromisos internacionales y las políticas nacionales; con aplicación de procesos de validación con autoridades, organizaciones de la sociedad civil (OSC) y organismos de Naciones Unidas. El objetivo es presentar la información disponible en la actualidad sobre la epidemia del VIH y el sida a través de la observación y el análisis de los indicadores propuestos por el Onusida, a efectos de establecer la situación y las áreas de oportunidades. De tal modo, se incluye información obtenida de las fuentes que conforman el sistema de información nacional en la materia, junto a la consideración de las opiniones y percepciones de personas y organizaciones de la sociedad civil.

#### **Metodología**

La elaboración del Informe Nacional de Progresos realizados en 2014 estuvo coordinado por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (Censida). El equipo de trabajo del CENSIDA contó con la colaboración de funcionarios del sector salud y otros sectores gubernamentales; la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud), como parte coordinadora del Proyecto de Fondo Mundial Ronda 9 de México; así como de las organizaciones de la sociedad civil con experiencia y trabajo en sida (OSC), una empresa de la iniciativa privada y Organismos de las Naciones Unidas en México (ONU).

El proceso de trabajo para la elaboración del informe fue el siguiente:

Se entrevistó a funcionarios del Censida para que respondieran el Instrumento de Observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (ICPN), parte A; las Preguntas de política de la OMS, la Encuesta del Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del Sida (AMDS) sobre el uso de antirretrovirales (ARV) y de laboratorios, y aplicación de las guías pertinentes de la OMS y la revisión del apartado de indicadores.

Para la parte B del ICPN, el Censida emitió una convocatoria pública abierta para invitar a todas las organizaciones de la sociedad civil (OSC) registradas en el censo de OSC (aquellas con trabajo en VIH, sida e ITS) que dispone dicho Centro Nacional. A fin de que todas las organizaciones interesadas pudieran participar en el proceso para elaborar y emitir comentarios a la Parte B del ICPN.

La convocatoria se difundió en el sitio web del Censida; al tiempo que fue enviado un correo electrónico a cada OSC. Un total de 12 OSC optaron por participar en este proceso. Se realizó una videoconferencia mediante la plataforma Elluminate en la que participaron los representantes de las OSC registradas, representantes del Sistema de Naciones Unidas y representantes del Censida, esta videoconferencia tenía como

propósito recordar a los representantes de las OSC el origen y la relevancia del Informe Mundial de Avances en Respuesta al VIH y el Sida 2014, y explicarles la metodología a seguir para el llenado del ICPN.

Terminada la reunión el día 9 de marzo y una vez clarificadas las dudas se compartió el ICPN a cada organización y al sistema de las Naciones Unidas para que procedieran a llenarlo y retornarlo al Censida para efectuar su integración y análisis, previo a una segunda videoconferencia planificada para discutir los resultados del ICPN B el día 21 de marzo. Cabe precisar que las 12 OSC enviaron el ICPN respondido. Para llegar a un consenso sobre las respuestas a la parte B del ICPN se acordó entre todas las partes la siguiente metodología: que la opinión consolidada de todo el Sistema de las Naciones Unidas representaría el 50% de la ponderación en la respuesta final, mientras que la opinión consolidada de las OSC representaría el otro 50%. Por lo anterior, se realizó un análisis de frecuencias de las respuestas recibidas por las diferentes OSC, a fin de poder consolidar la postura de este sector. Una vez que se contaba con la respuesta de las OSC y la respuesta del Sistema de Naciones Unidas, se obtenía el promedio; y esa era la calificación o la respuesta que se asignaba. Cabe precisar que para las variables cualitativas, se les asignó un valor cuantitativo para poder calificarlas y promediarlas. Una vez que se contó con los resultados, se realizó otra videoconferencia para presentar a las OSC los resultados del análisis mediante gráficas de frecuencias; así como la calificación consolidada que correspondería con el promedio otorgado por las OSC; la calificación que había dado el Sistema de Naciones Unidas y la calificación definitiva. Se revisó cada pregunta y cada respuesta, dando un tiempo para reflexiones o debate sobre los resultados del análisis, para poder después acordar la respuesta final.

Dentro de la metodología se acordó desde un inicio que debido a que pudiera haber diferencias entre las percepciones de las diversas OSC, y el Sistema de ONU, todos sus comentarios y ejemplos se iban a incluir en el ICPN para enriquecer el documento con el agregado de aspectos cualitativos en los temas más controversiales.

Finalmente, para la tercera y última reunión (24 de marzo 2014), se revisó la versión final de la sección de indicadores, los cuales fueron previamente trabajados por el Censida, en colaboración con las instituciones del sector salud público (Secretaría de Salud –SS-, Comisión Nacional contra las Adicciones –Conadic-, Instituto Mexicano del Seguro Social –Imss-, Instituto Mexicano de Trabajadores del Estado –Imsste-, Petróleos Mexicanos –Pemex-, Secretaría de la Defensa Nacional –Sedena- y Secretaría de Marina –Secmar-), también una organización particular que brinda tratamientos a personas que usan drogas, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía –Inegi-, Instituto Mexicano de la Juventud y algunas Organizaciones de Sociedad Civil; y enviados previamente a las OSC y ONU para la incorporación de comentarios y datos recabados por los mismos.

Para la elaboración del informe se desarrollaron las siguientes tareas:

- a. Revisión documental.

Se revisaron una serie de documentos referentes al tema, tanto del Censida, como de las instituciones, centros y programas de salud del sector público y de organismos de la sociedad civil e internacionales.

b. Recopilación de la información.

Después de analizar los indicadores y sus especificidades, se buscaron las fuentes de información pertinentes y se solicitaron los datos a distintas dependencias, instituciones de salud, organizaciones de la sociedad civil, programas y centros nacionales.

c. Análisis de bases de datos, de otras fuentes de información y construcción de indicadores.

A fin de construir los indicadores, se analizó la información recopilada, así como las bases de datos pertinentes. Para los análisis de la base de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 17.0. Para los análisis de las otras fuentes de información se utilizó Excel.

d. Validación de indicadores y entrevistas a funcionarios.

Una vez concluido el apartado de indicadores, se sostuvo una reunión de trabajo con funcionarios del Censida a fin de validarlo. Sus observaciones y recomendaciones fueron tomadas en cuenta para mejorar este apartado. Los funcionarios fueron consultados para determinar los avances así como las necesidades en distintos ámbitos: plan estratégico; apoyo político; prevención; tratamiento, atención y apoyo; y vigilancia y evaluación; a través de la aplicación del cuestionario del ICPN parte A; dirigida a funcionarios del gobierno. (La lista de entrevistados puede consultarse en la sección inicial de este documento).

e. Se consideró el trabajo conjunto de indicadores y entrevistas a representantes de organizaciones de la sociedad civil y de agencias del Sistema de Naciones Unidas.

f. Elaboración del Informe escrito

Una vez anexados los datos y observaciones de los funcionarios del gobierno y las OCS a la sección de Indicadores y concluida la aplicación del ICPN (parte A y B), el equipo de trabajo del Censida procedió a elaborar el informe final.

g. Captura en línea en el sistema oficial de ONUSIDA

Una vez finalizada la sección de indicadores, el ICPN (parte A y B) y el informe escrito; el equipo del CENSIDA procedió a la captura en línea del informe, en el sistema diseñado por el ONUSIDA, expresamente para este fin.

h. Difusión del informe

El informe GARP 2014, estará disponible para todos aquellos organismos, entidades, estudiosos del tema e interesados en general que deseen consultarlo a través del portal del Censida; así como del ONUSIDA.

## 1.2 Tabla general de indicadores

Contiene una síntesis de la dimensión cuantitativa del reporte de los progresos de México en respuesta global al VIH y sida, 2013.

**Cuadro 1**

No.	Nombre	Disponibilidad
1.1	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15-24 años de edad que identifica correctamente las formas de evitar la transmisión sexual del VIH y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH	ND Pregunta 3: Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH= 81.6%
1.2	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	Total: 7.7% Hombres 15-24: 10.1% Mujeres 15-24: 5.3% Hombres 15-19: 9.2% Mujeres 15-19: 6.2% Hombres 20-24: 11.0% Mujeres 20-24: 4.4%
B	B. Estimaciones del tamaño de las poblaciones clave	TS. 237,798; HSH. 911,852; PUDI. 164,157
1.7	Porcentaje de profesionales del sexo a los que han llegado programas de prevención del VIH	HTS: ND MTS: 35.4% MT: 68.2% <25 años: 34.1 25 años ó más: 43.4%
1.8	Porcentaje de mujeres y hombres trabajadores sexuales que declaran haber usado un preservativo con su último cliente	Total: 86.8% HTS: 93.4% MTS: 85.3% MT: 85.4% <25 años: 85.3% 25 años ó más: 87.8%
1.9	Porcentaje de mujeres y hombres trabajadores sexuales que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados	Total: 78.2% HTS: 56.4% MTS: 95.9% MT: 73.3% <25 años: 76.1% 25 años ó más: 85.4%
1.10	Prevalencia del VIH entre trabajadoras y trabajadores sexuales	Total: 7.0% HTS: 24.1% MTS: 0.7% MT: 15.5% <25 años: 8.1% 25 años ó más: 6.4%
1.11	Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres a los que han llegado programas de prevención del VIH	HSH: 39.9% <25 años: 32.9% 25 años ó más: 47.8%
1.12	Porcentaje de hombres que declaran haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina	HSH: 73.1% <25 años: 72.4% 25 años ó más: 73.6%
1.13	Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres que se sometieron a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	HSH: 47.5% <25 años: 44.3% 25 años ó más: 50.1%
1.14	Prevalencia del VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres	HSH: 17.3% <25 años: 11.9% 25 años ó más: 21.8%
1.17.1	Porcentaje de mujeres que acceden a servicios de atención prenatal que se realizan la prueba de detección de sífilis (cualquier visita de atención prenatal)	57.5%
1.17.2	Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal que fueron positivas para sífilis	0.22%
1.17.4	Porcentaje de mujeres y hombres trabajadores sexuales con sífilis activa	Total 2.19% Hombres: 10.7% Mujeres: 1.2%
1.17.5	Porcentaje de hombres que tienen sexo con otro hombres con sífilis activa	9.2%
1.17.6	Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los últimos 12 meses	Total: 3,502 Hombres: 2,066 Mujeres: 1,436
1.17.7	Número notificado de casos de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses	85
1.17.8	Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses	544
1.17.10	Número notificado de adultos con úlcera genital en los últimos 12 meses	Total: 6,887 Hombres: 3,638 Mujeres: 3,249
2.1	Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por persona usuaria de drogas inyectables por año	19.7 jeringas por Pudi
2.2	Porcentaje de personas usuarias de drogas inyectables que declaran haber usado un preservativo durante su última relación sexual	Total 27.8% ; Hombres 28.1; Mujeres 25.7
2.3	Porcentaje de personas usuarias de drogas inyectables que declaran haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectaron	Total 71.3%; Hombres 71.5%; Mujeres 69.7%
2.4	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Total 35%; Hombres 33.3%; Mujeres 44.3%
2.5	Prevalencia de VIH entre los usuarios de drogas inyectables.	Total 2.4%; Hombres 2.5%; Mujeres 3.3%
2.6a.	Número estimado de consumidores de opiáceos (inyectables y no inyectables)	141,690
2.6b.	Número de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos	26,316
2.7a	Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas	31
2.7b.	Número de centros de tratamiento de sustitución de opiáceos	21

No.	Nombre	Disponibilidad
3.1	Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil	74.7%
3.3	Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses.	6.6%
3.4	Porcentaje de embarazadas que conocen su estado serológico con respecto al VIH (se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto o el puerperio [ $<72$ horas], incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado con respecto al VIH).	1,296,300
3.6	Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que han sido evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antirretroviral mediante la estadificación clínica o el análisis de los CD4	83.2%
3.11	Número de mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación	2,344,289
3.12.3	Número de niños nacidos en el 2012 (o los datos más recientes disponibles) de madres seropositivas para el VIH que recibieron un diagnóstico positivo del VIH	131
4.1	Porcentaje de adultos y niños que recibe actualmente tratamiento antirretrovírico de entre todos los adultos y niños que viven con el VIH	Total 51.1%; hombres 50.8%; mujeres 52.2%
4.2a	Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 12 meses después de iniciarlo	Total: 90.9% Hombres: 90.5% Mujeres: 92.1% <15 años: 92.3% 15 años ó más: 90.9%
4.2b	Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 24 meses después de iniciarlo	Total: 89.7%
4.2c	Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 60 meses después de iniciarlo	Total: 82.0%
4.3a	Establecimientos de salud que ofrecen TAR	378
4.3b	Establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico	180
4.4	Desabastecimientos de antirretrovirales (ARV)	5.6%
4.5	Porcentaje de personas seropositivas para el VIH con un primer recuento de células CD4 de $< 200$ células/ $\mu$ l en el 2013	50.0%
4.6	Atención de la infección por el VIH: Tratamiento ARV: adultos y niños incorporados por primera vez en atención	Total 10,880 hombres 8,410; mujeres 2470
4.7a	Porcentaje de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el período de notificación que registraron supresión viral	Total: 87.4% Hombres: 87.9% Mujeres: 85.4% <15 años: 79.6% 15 años ó más: 87.6%
4.7b	Porcentaje de personas en TAR a las que se les realiza la prueba para determinar la carga viral y que registran una carga viral de $\leq 1.000$ copias tras 12 meses de tratamiento	Total: 90.2% Hombres: 91.1% Mujeres: 87.4% <15 años: 80.4% 15 años ó más: 90.5%
5.1	Porcentaje de casos incidentes de tuberculosis estimados en personas seropositivas que recibieron tratamiento para tuberculosis y VIH	Total: 512 Mujeres: 90 Hombres 422 <15 años: 21 15 años ó más: 491
7.1	Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses	6.5%
P.1d	Número de casos de infección por el VIH diagnosticados en el 2012, desglosados por sexo para el 2012	Total 5,804 Mujeres 1,439; Hombres 4,365
P.2d	Número de casos de sida diagnosticados en el 2012 y notificados, por sexo, para el 2012	Total 5,548 Mujeres 1,096; Hombres 4,452



## II. LA EPIDEMIA DEL VIH EN MÉXICO

### 2.1 Panorama mundial y regional de la epidemia del VIH

De acuerdo con el Onusida<sup>2</sup>, a nivel mundial, se estima que en 2012 las personas que vivían con el VIH eran 35,3 (32,2–38,8) millones, lo que representa un aumento en comparación con años anteriores. Se notificaron 2,3 (1,9–2,7) millones de nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial, lo que representa una disminución de 33% en comparación con 3,4 (3,1–3,7) millones en 2001. Al mismo tiempo, el número de muertes por sida también disminuyó de 2,3 (2,1–2,6) millones en 2005 a 1,6 (1,4–1,9) millones en 2012.

El análisis por región muestra la mayor concentración de los casos de sida en los países de ingreso bajo, el 68% de las personas que vivían con VIH en el 2010 estaban en el África Subsahariana, siendo la región más afectada por la epidemia; es decir 22.9 millones [2.6–24.1 millones] de personas. En segundo lugar se posiciona la región de Asia oriental y sudoriental, con un número estimado de 4,0 millones [3.6–4.5 millones] personas que vivían con VIH. Por otra parte, América Latina, Europa oriental y Asia central se encuentran en tercer lugar con alrededor de 1,5 millones de personas. En este rango de regiones que suman alrededor de un millón de personas se encuentra América del Norte con una estimación total de 1.3 millones [1.0–1.9 millones] de personas.

El ONUSIDA reportó que durante 2012 en América Latina se habrían dado 86 mil nuevas infecciones (9% menos que en 2011). Por el contrario, las muertes relacionadas con el sida se redujeron un 30% en el mundo desde los índices máximos registrados en 2005, siendo que en 2012, 1.6 millones [1.4–1.9 millones] de personas fallecieron por el sida, de las cuales 52 mil [35 mil–75 mil] corresponden a nuestra región. Lo anterior, recordando que desde los comienzos de la epidemia, alrededor de 36 millones de personas han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el sida.

La región de América Latina se caracteriza por tener una epidemia relativamente estable. Hacia finales del 2010, el estimado de personas viviendo con el VIH en nuestra región ascendió a 1,5 millones [1,2–1,7 millones]. Este ligero incremento se atribuye parcialmente al aumento en el acceso a tratamiento antirretroviral; que implica esfuerzos de detección cada vez más temprana, lo que ha ayudado a reducir el número de muertes anuales relacionadas con el Sida.

La epidemia del VIH a nivel global continúa concentrando las nuevas infecciones en contextos de epidemias generalizadas, como es el caso de la región del África

---

<sup>2</sup> ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. Ginebra: ONUSIDA; 2013.



Subsahariana. En Latinoamérica y el Caribe, la epidemia sigue principalmente concentrada en el grupo de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), y en otros grupos como mujeres trans (MT), hombres trabajadores sexuales (HTS), personas que usan drogas inyectadas (PUDI) en algunos países; y en menor medida en mujeres trabajadoras sexuales (MTS).

Los niveles de la infección por VIH reportados en HSH en América Latina van del 7% al 12% (América Latina 8% y el Caribe 7% en promedio); de modo tal que los HSH representan la fuente más grande de nuevas infecciones en la región, oscilando desde 33% en República Dominicana a 56% en Perú. Otros estudios regionales documentan prevalencias de, al menos, 10% en el grupo de HSH en nueve países, y en algunas ciudades a llegado al 19% en este grupo.<sup>3</sup> Las PUDI representan un grupo que concentra la epidemia en la región, especialmente en países del Cono Sur de Sudamérica y México; también es clave el grupo de las personas que se dedican al trabajo sexual, especialmente los HTS.

Durante los últimos diez años la prevalencia de infección por el VIH en la región se ha mantenido estable (cerca de 0.4%) donde el 65% de las PV son hombres. En países que tienen frontera con México, como Belice, la prevalencia reportada es de 1.4% (1.3% a 1.6%).

## **2.2 Situación nacional de la epidemia del VIH**

La epidemia del VIH en México, se clasifica como concentrada, dado que no se ha establecido en la población en general. En México la epidemia se mantiene en poblaciones clave como son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), hombres trabajadores del sexo (HTS) y las personas que usan drogas inyectadas (PUDI). En un ejercicio de modelaje utilizando *Spectrum 5.03* de ONUSIDA se estima que en el 2013 la prevalencia de infección por el VIH en la población adulta de 15 a 49 años de edad se encuentra en el orden del [0.18% - 0.32%], considerando los límites inferior y superior del análisis de plausibilidad que ofrece el modelo, donde el 0.23% sería el estimador puntual.

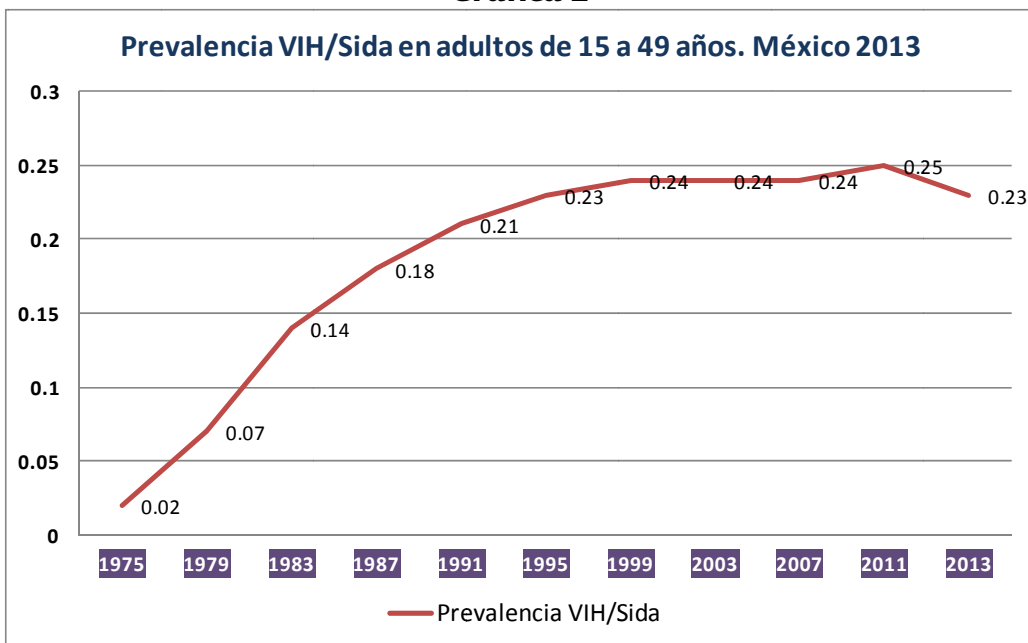
La tendencia observada para el indicador denota que la prevalencia está disminuyendo en los últimos años. El resultado del modelaje realizado con *Spectrum 5.03* para 2013 encuentra que viven en el país entre [140,000 - 230,000] personas con el VIH. Según los límites del análisis de plausibilidad, el estimador puntual es de 180,000 personas que viven con VIH, en todas las edades y las nuevas infecciones que se habrían producido en 2013 alcanzarían las 9,300 personas [6,100 – 15,000].<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Beyrer C, et al, 2010; Kerr L, et al, 2012; Tinajeros F, et al, 2011 citados en ONUSIDA, 2012.

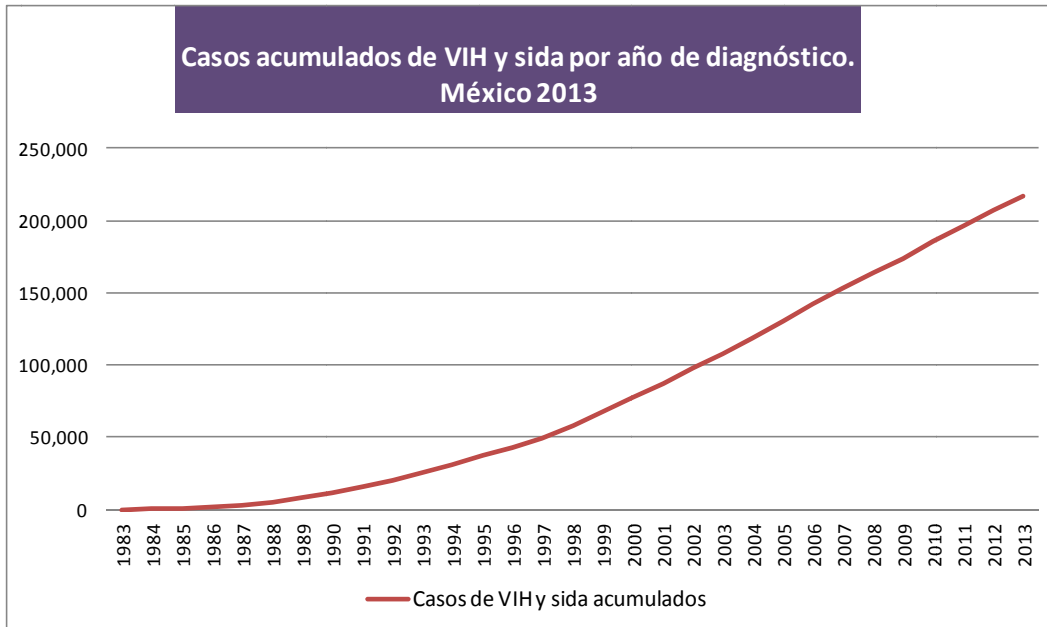
<sup>4</sup> Se utilizan cifras redondeadas por el Onusida.

**Gráfica 1**



Fuente: CENSIDA-ONUSIDA, Estimaciones con herramienta de modelaje *Spectrum* 5.03, mayo 2014.

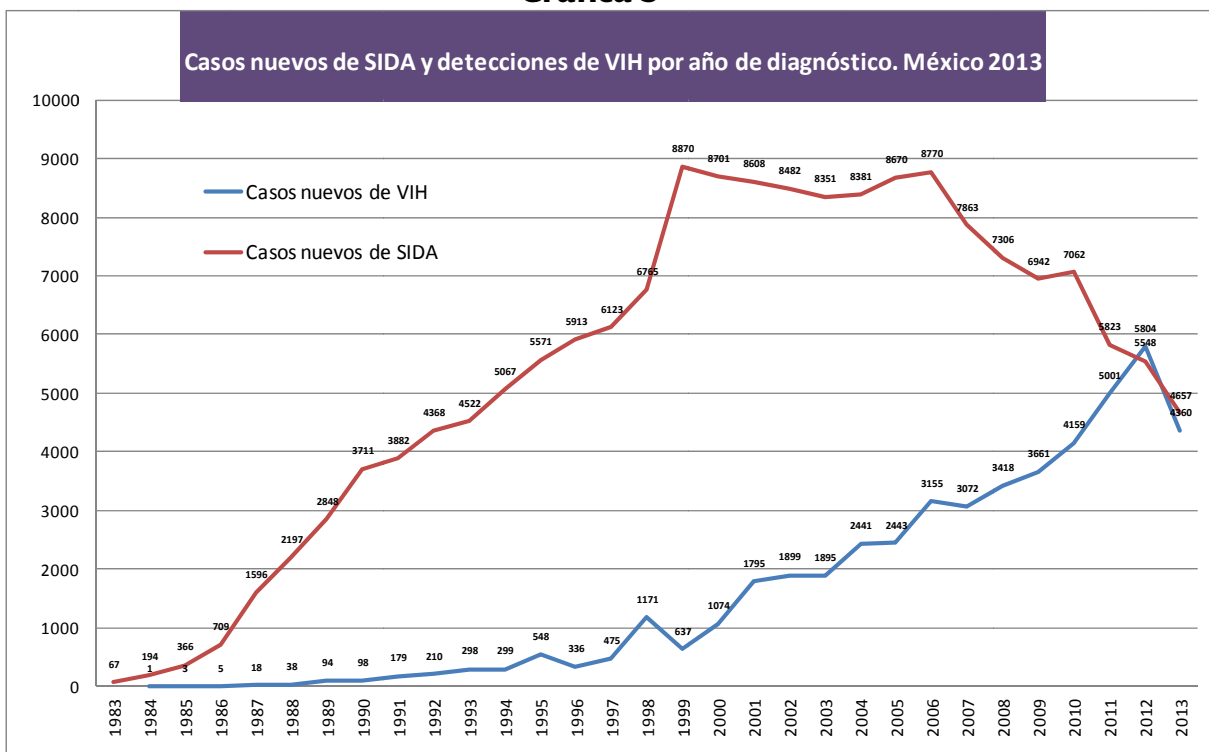
**Gráfica 2**



Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre del 2013. Elaboración SS/CENSIDA/DIO.

Entre los años 1997 y 2007 la epidemia creció a ritmo constante (ver Gráfica 2). Si bien para los últimos años se encuentran incompletas las cifras, dado el fenómeno del retraso en el registro de casos diagnosticados, no parece que esta tendencia se vaya a acelerar, el ritmo de crecimiento para el periodo 1998 – 2013 aparece entre estacionario y, posiblemente, a la baja (dada la menor pendiente de la curva en esos años). Esta hipótesis también considera que en los últimos cinco años se ha incrementado la detección de VIH a un ritmo mucho mayor que los diagnósticos de sida, especialmente en las poblaciones clave para la epidemia de México, en buena medida por el incremento en la utilización de pruebas rápidas (ver Gráfica 3). Aún con la extensión de los operativos de detección y consejería para incluir en el registro el hallazgo de personas que se desconocían como portadores del VIH, la curva no parece reflejar una aceleración en el ritmo de crecimiento de la epidemia. No obstante, para adquirir la completa certidumbre habrá que esperar otros cuatro o cinco años en función del impacto real que podría tener el retraso en la notificación desde el año 2009.

**Gráfica 3**



Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre del 2013. Elaboración SS/CENSIDA/DIO.

Las poblaciones clave que se han observado históricamente más vulneradas por el VIH son: HSH, pudi y HTS. Para 2013, datos empíricos obtenidos mediante encuestas transversales refieren prevalencias de VIH en los HTS del 24.1%, en HSH del 17.3%, seguidos de MT-TS (15.5%), hombres y mujeres UDI (2.5%) y las MTS (0.7%).

**Cuadro 2**

<b>Prevalencias del VIH en las poblaciones clave México 2013</b>					
<b>Población</b>	<b>Total</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>&lt;25</b>	<b>25+</b>
<b>MT en trabajo sexual</b>	15.5%**		15.5%* *	19.7%	23.2%
<b>HTS</b>	24.1%*	24.1%*		18.4%	26.8%
<b>MTS</b>	0.67%**		0.67%* *		
<b>Todas las categorías de Trabajo sexual</b>	7.0% (***)			8.1% (***)	6.4% (***)
<b>HSH</b>	17.3%*			11.9%	21.8%
<b>Pudi</b>	2.5%*	2.4%*	3.3%*	0.6%	3.1%

Fuentes:

(\*)1. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Cortés M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M. Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/Sida. Reporte a FUNSALUD, Marzo 2014.

(\*\*)2. Juan Pablo Gutiérrez, Aurora Franco Nuñez, Diana Nichte-Há Sansores Martínez, Andrey Ryo Shiba Matsumoto. Informe técnico analítico sobre la prevalencia del VIH; así como factores de riesgo y vulnerabilidad en personas que se dedican al trabajo sexual; y en personas transexuales y personas transgénero. INSP. México, 2012.

(\*\*\*) Porcentajes calculados por adición de numeradores y denominadores de poblaciones que realizan trabajo sexual referidas en el cuadro. No es producto de una encuesta por lo cual es necesario tomar con cautela este "promedio".

La nueva información que se presenta para 2013 no reporta novedades para las poblaciones de MTS y HSH respecto del informe anterior, esto significa que en dos años la epidemia ha seguido estable en estas poblaciones clave. Un contundente descenso de la prevalencia se observa en la Pudi, pasando del 7% en 2011 a 2.5% según mediciones recientes. En el informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el SIDA del 2012, la prevalencia reportada del 7% proviene de un sistema de medición continuo que recupera información de las personas que son atendidas en los servicios especializados en VIH e ITS de la Secretaría de Salud, el cual se denomina Sistema de Monitoreo de Poblaciones Vulnerables, el cual no es comparable con el resultado obtenido para 2013 mediante encuestas representativas en sitios de reunión.

En el informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el SIDA 2013, la prevalencia de VIH en Pudi fue de 5.7%, y proviene de una encuesta realizada en los lugares de encuentro de tres ciudades del norte del país (Ciudad Juárez, Chih., Hermosillo, Son. y Tijuana, B.C.), donde el uso de drogas inyectables se encuentra más extendido que en otras regiones del país. Esta encuesta constituye la base del proyecto "Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daño dirigidos a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y hombres y mujeres usuarios de drogas intravenosas (UDI)",

financiado por Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, en la Ronda 9.

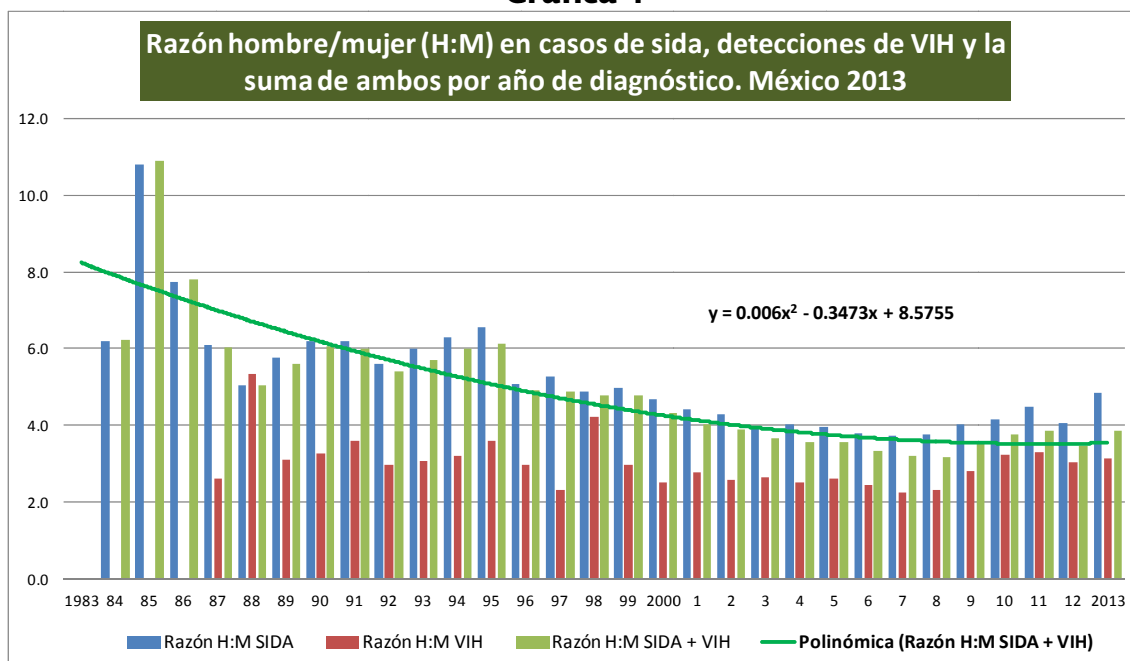
En el informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el sida 2014, la prevalencia observada en esta población es de 2.5%, la fuente de información es la encuesta de seguimiento del referido proyecto financiado por Fondo Mundial efectuada en dos ciudades del norte del país (Ciudad Juárez, Chih. y Tijuana, B.C.). Las diferencias entre ambas prevalencias deberán promover la realización de un exhaustivo análisis sobre la generación de datos epidemiológicos y el posible éxito de las acciones preventivas ensayadas en los últimos años con esta población.

Además de las diferencias metodológicas referidas se considera que en ese descenso de la prevalencia del VIH en Pudi están influyendo significativamente las intervenciones de prevención aplicadas en el terreno, especialmente con el suministro de nuevas jeringas que se ha extendido e incrementado desde hace algunos años. La experiencia ganada por las OSC que atienden a Pudi, resulta determinante a la hora de dar una respuesta eficaz en la fase operativa junto a la mayor dotación de insumos que aparecieron desde el 2011 cuando se inició el Proyecto del Fondo Global en 3 de las principales ciudades que albergan a Pudi. Lamentablemente donde parece haber un incremento en la prevalencia del VIH es en los HTS, el anterior reporte señalaba un 18% y actualmente ronda el 24%. Se trata de una población de difícil acceso y, si bien las OSC que los atienden han ganado cuantiosa experiencia en la prevención con este grupo en los últimos tres años, aún resta contar con mayor continuidad en la dotación de insumos para alcanzar a capitalizar esta experiencia.

### ***Distribución por sexo y edad***

Desde los primeros casos de sida, registrados en 1983, hasta el 31 de diciembre del 2013 se han contabilizado en el Registro Nacional de Casos de SIDA un total de 167,933 casos acumulados de sida, de estos el 82% son hombres y el 18% son mujeres. Además se han detectado 48,587 personas con VIH que aún no desarrollan sida, donde el 26% son mujeres y el 74% son hombres. A fin de presentar un análisis con mejor aproximación al desarrollo completo de la epidemia, se aplicará por lo regular en este informe un enfoque basado en la suma de las cifras de casos de sida con los de VIH.

**Gráfica 4**

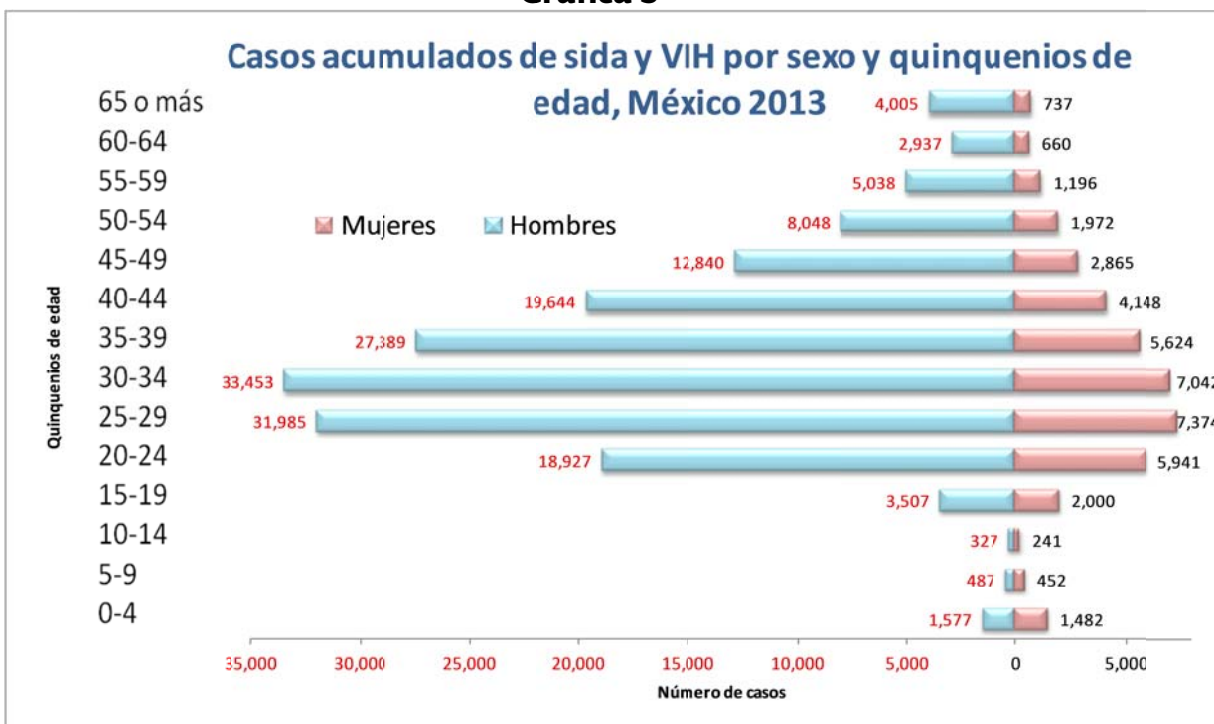


Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre del 2013. Elaboración SS/CENSIDA/DIO.

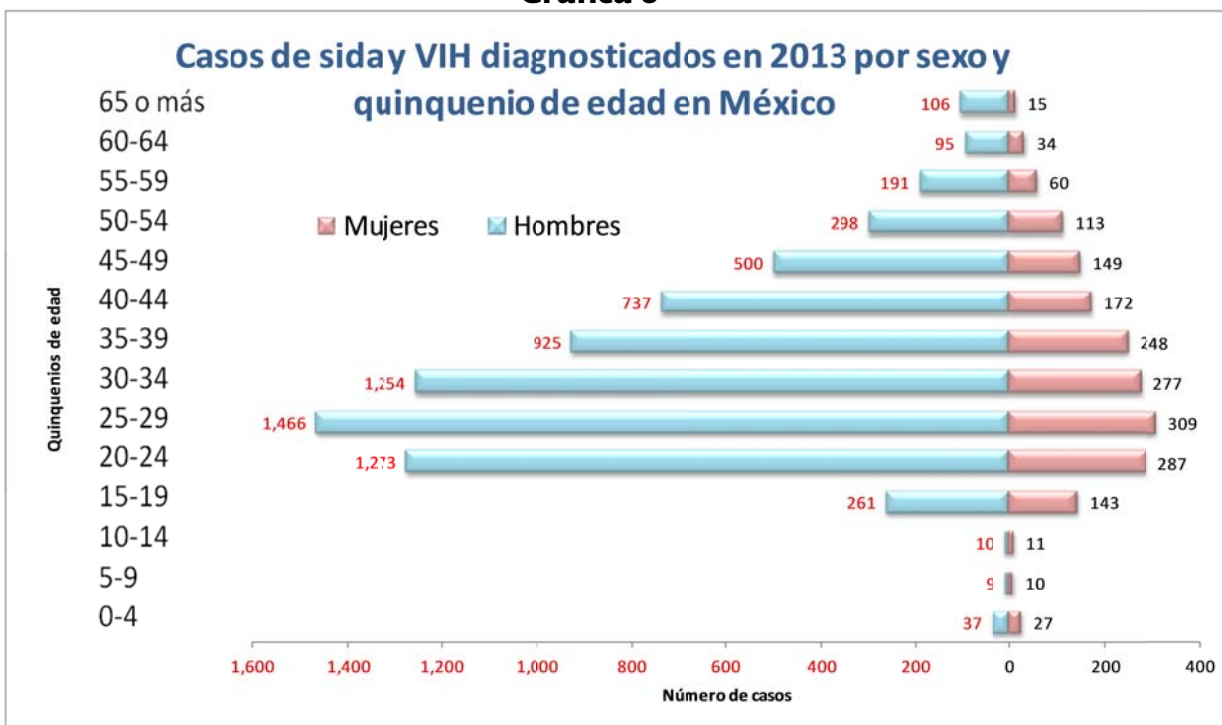
La razón hombre/mujer histórica es de 4.05 hombres con sida o VIH por cada mujer con la misma infección. En los casos diagnosticados durante el 2013 la razón H/M es de 3.9, si bien cabe considerar que estas cifras son provisorias en función del retardo en el registro de reportes. De todos modos se puede notar que durante los últimos cuatro años la razón hombre/mujer parece tender a estacionarse en alrededor de 4 hombres por cada mujer (ver Gráfica 4).

La línea de tendencia polinómica ubicada con base en las cifras de la razón hombre/mujer por año, cuando se han sumado casos de sida más detecciones de VIH, sugiere que podría estacionarse esta razón en alrededor de 4 hombres por cada mujer, dado el aplanamiento de la curva que se aprecia en los últimos 5 años de la serie de valores (ver Gráfica 4).

**Gráfica 5**



**Gráfica 6**

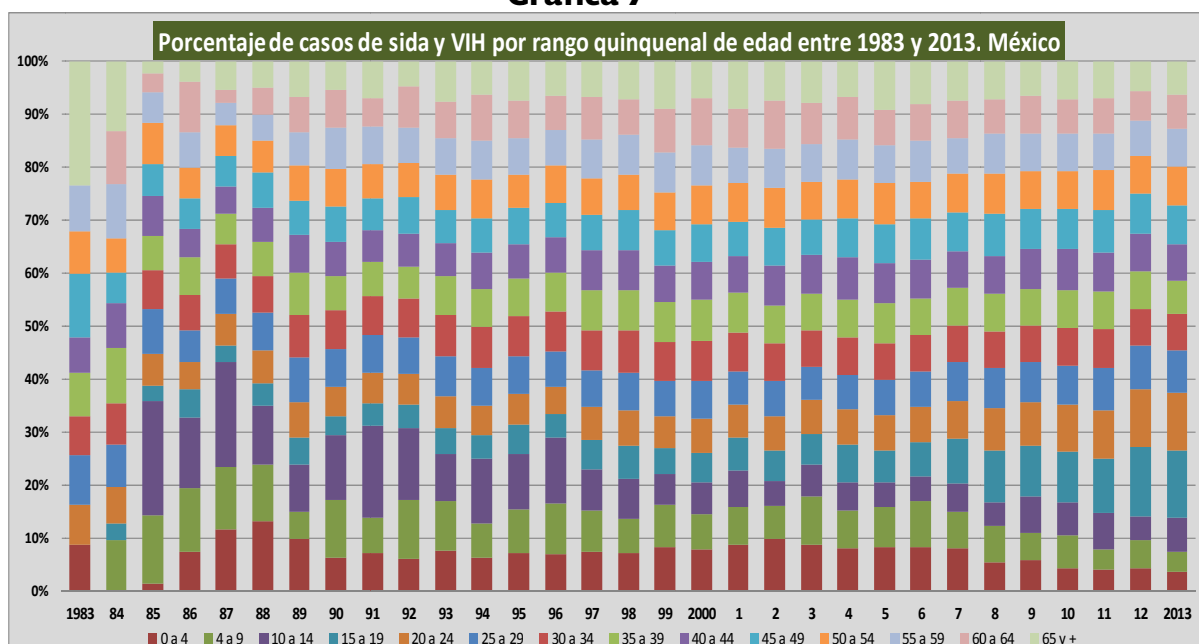


Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre del 2013. Elaboración SS/CENSIDA/DIO.

Respecto a la edad, observando la Gráfica 5 constatamos que el grupo de 30-34 años de edad es el que históricamente contiene el mayor porcentaje de casos de sida y VIH (19.1%), seguido muy cerca por del grupo de 25-29 años de edad (18.6%). En tercer lugar aparecen el grupo de 35-39 años de edad con el 15.6% de los casos acumulados.

La tendencia actual de la epidemia, según la distribución de las edades que presentan los datos recabados de las personas diagnosticadas en 2013 (ver Gráfico 6), es que los y las jóvenes de 15 a 29 años concentran una proporción del 41.5% de todos los casos de VIH y sida diagnosticados, según lo registrado hasta el momento.

**Gráfica 7**



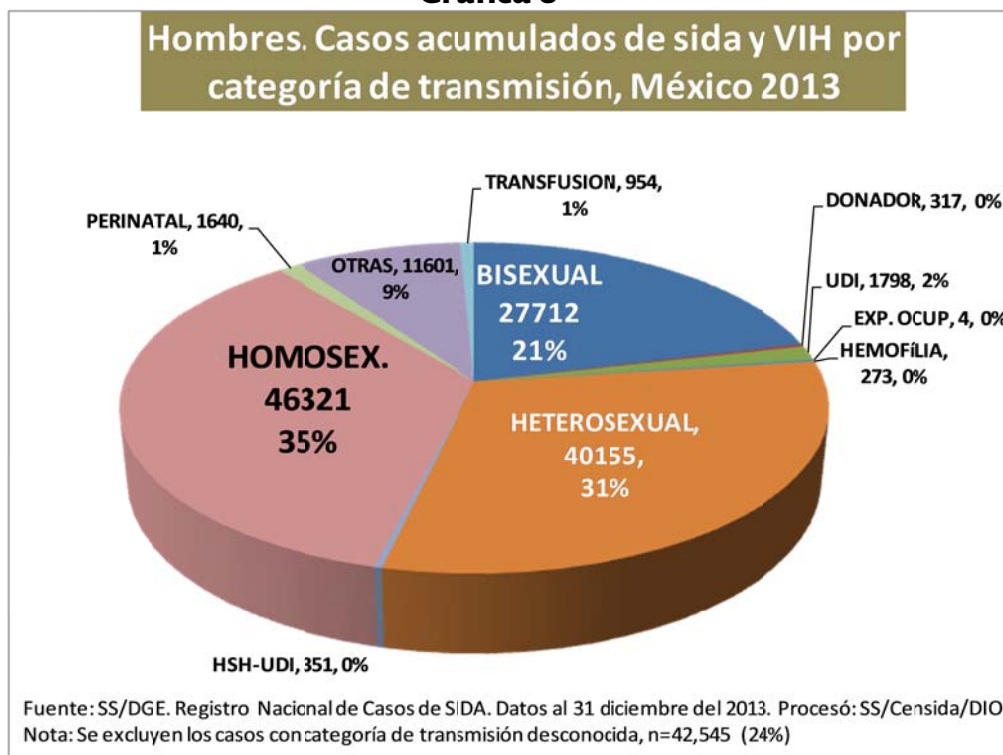
Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre del 2013. Elaboración SS/CENSIDA/DIO.

### **Vías de transmisión**

La epidemia del VIH en México es predominantemente transmitida por vía sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de más del 90% de los casos acumulados de sida y de VIH. Una visión histórica de las vías de transmisión en los hombres se puede apreciar observando los casos acumulados de sida y de VIH. La transmisión de tipo HSH puede ser asociada con, al menos, el 60% de los casos registrados, (ver Gráfica 8).

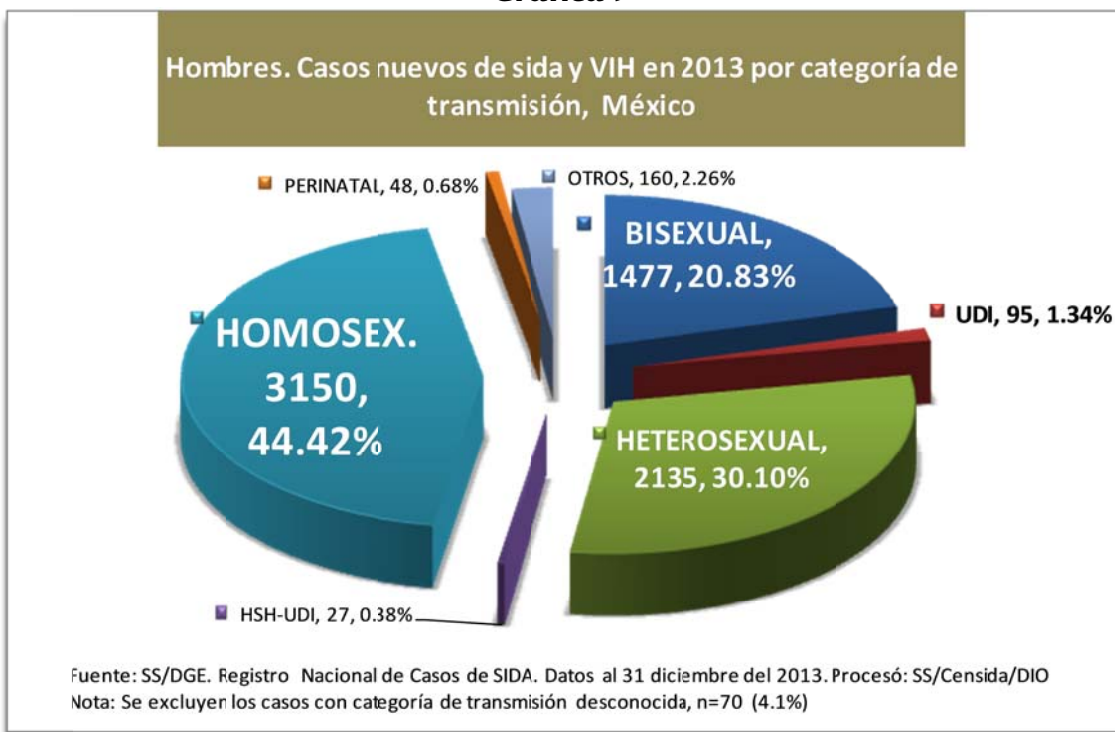


**Gráfica 8**



Los casos de sida y de VIH diagnosticados durante el 2013 en hombres se han diagnosticado y registrado con mayor precisión y, por tanto denotan con mayor claridad la mayoritaria presencia de HSH en la dinámica de transmisión del VIH. Se puede apreciar claramente que, al menos, el 66% de las infecciones en hombres se relaciona con alguna de las categorías que conforman el concepto epidemiológico de transmisión por prácticas de HSH. Un 30% declara en 2013 que su infección se produjo en una relación heterosexual. Los casos de transmisión vertical y los casos asociados con UDI continúan representando un bajo porcentaje entre los hombres, ya que ambas categorías de transmisión sumadas no alcanzan al 2.5%, (Gráficas 8 y 9).

**Gráfica 9**

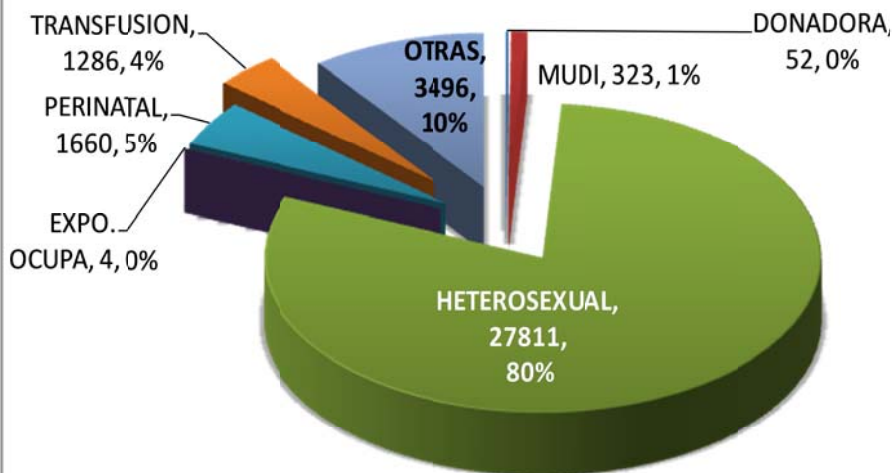


La epidemia de VIH y sida en mujeres muestra como principal causa la transmisión sexual, tanto en su acumulado histórico (80%), que se aprecia en la Gráfica 10, como en los casos diagnosticados en 2013 (95%). La transmisión de tipo heterosexual representa el 95% del total de casos diagnosticados y registrados en el 2013. Cabe destacar que muchos hombres que tienen sexo con otros hombres y no se asumen como HSH, transmiten el VIH a sus parejas sexuales mujeres, quienes suelen desconocer este comportamiento de su pareja masculina. Los casos de sida y VIH perinatales y en usuarias de drogas inyectadas (MUDI) suman el 3%, constituyéndose en la mayor parte del 5% restante (ver Gráficas 10 y 11).

Los casos de sida y VIH en mujeres asociados a transfusiones de sangre, y que llegaron a representar más del 80% de los casos al inicio de la epidemia, han desaparecido como resultado del tamizaje obligatorio de la sangre a transfundir, así como por la prohibición de la comercialización de la misma aplicada en nuestro país exitosamente durante los primeros años de la epidemia.

**Gráfica 10**

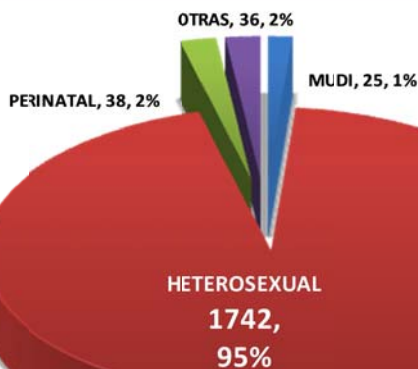
Mujeres. Casos acumulados de sida y VIH por categoría de transmisión, México 2013



Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 diciembre del 2013. Procesó: SS/Censida/DO  
Nota: Se excluyen los casos con categoría de transmisión desconocida, n=8,217 (19.2%)

**Gráfica 11**

Mujeres. Casos nuevos de sida y VIH en 2013 por categoría de transmisión, México



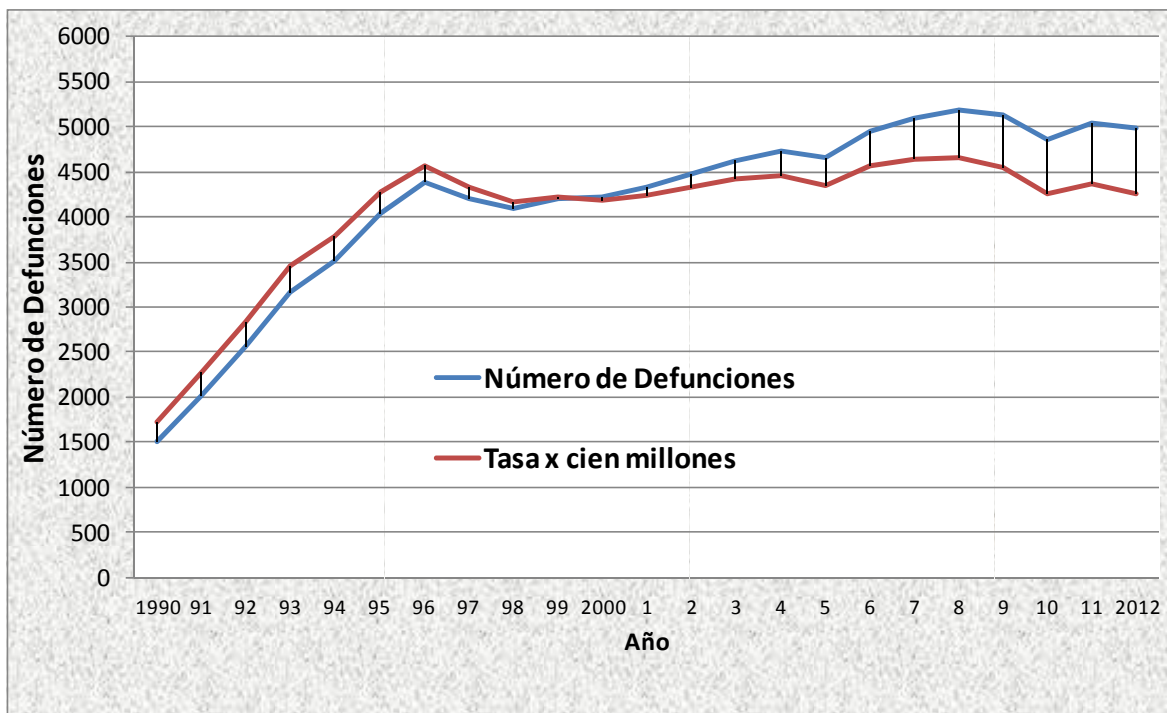
Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 diciembre del 2013. Procesó: SS/Censida/DIO  
Nota: Se excluyen los casos con categoría de transmisión desconocida, n=14 (0.8%)

## Mortalidad

Según las cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), al cierre de 2011, se reportaron 5,043 defunciones por sida, lo que representa una tasa de 4.6 por 100 mil habitantes, cifra ligeramente superior a la de 2003, cuando se logró el acceso universal. Durante el período que recorre del 2003 al 2011, cerca de 45 mil personas murieron por causa del sida.

En el transcurso de los últimos trece años los esfuerzos del país, en materia de acceso universal a tratamiento antirretroviral y de atención integral, han facilitado que las muertes anuales permanezcan constantes en alrededor de 5,000 defunciones entre los años 2006 y 2012, pero al considerar el crecimiento de la población, estas defunciones representan cada vez menos muertes en términos relativos, cuando se mide a través de tasas anuales de defunción por esta causa (ver Gráfica 13). La reducción de la mortalidad asociada al VIH en el país se observa claramente si consideramos que de 4.66 fallecimientos cada cien mil habitantes del 2008, se ha pasado a 4.25 en el 2012. Esto representa una disminución del 9% en las tasas de los últimos 4 años.

**Gráfica 12**  
**Número de Defunciones por VIH y Tasas de Defunción por cien millones de habitantes en México entre 1990 y 2012**



Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre del 2013. Elaboración SS/CENSIDA/DIO.



En el año 2012, se reportaron 4,974 defunciones por sida, lo que representa una tasa de 4.2 por 100 mil habitantes. No está claro de todos modos que esta reducción en la tasa de mortalidad sea sostenida en el tiempo, aunque sí se ha revertido la tendencia de mortalidad creciente por VIH. De todos modos es necesario incrementar los esfuerzos para lograr la meta comprometida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, esto es reducir la mortalidad por VIH/sida a una tasa de 3.5 defunciones por cien mil habitantes.

### **III. REPORTE DE INDICADORES DE AVANCES EN LA RESPUESTA AL VIH Y EL SIDA**

#### **Objetivo 1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales de VIH para el 2015**

##### **1.1 Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus**

En México la epidemia del VIH se transmite principalmente a través del contacto sexual. El adecuado conocimiento de los modos de transmisión del VIH constituye un aspecto clave para adoptar comportamientos que reduzcan el riesgo de adquirir o de transmitir a otras personas el VIH.

##### Características del indicador

La mayor parte de la información que compone este índice de indicadores no se encuentra disponible actualmente en México. Al presente no se han incluido en encuestas representativas de la población general preguntas sobre conocimientos, comportamiento sexual y aquellas preguntas que se requieren para identificar correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazar las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.<sup>5</sup> El único indicador disponible se compone de las respuestas brindadas a la pregunta: ¿Una persona que se ve sana puede estar infectada de VIH?

##### Metodología

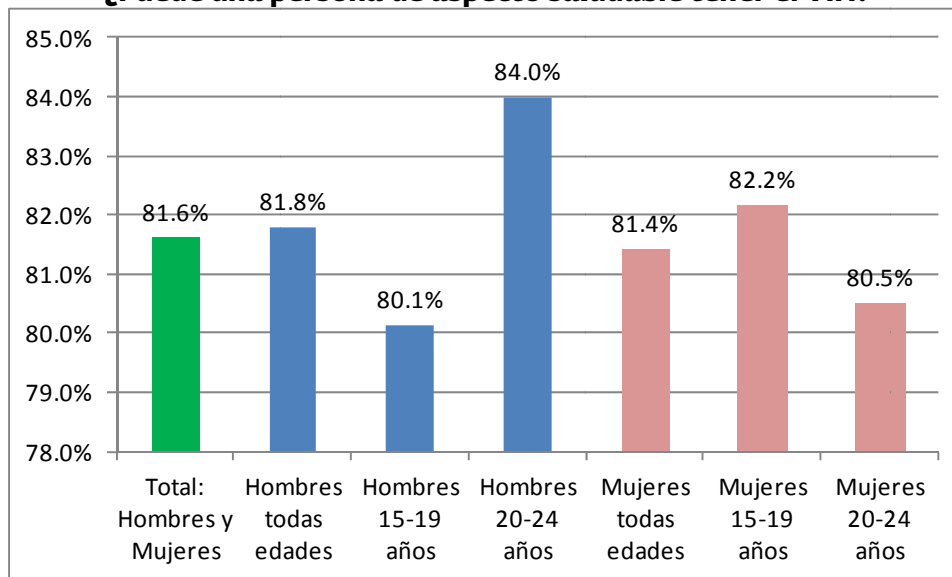
Se utilizó la Encuesta Nacional de Adiciones 2011 realizada del 13 al 29 de agosto del 2011 con 14,980 entrevistas completas en hogares con representatividad a nivel nacional. La muestra se compone con población adolescente de 12 a 17 años y adulta de 18 a 65 años. Si bien se trata de una encuesta que estima prevalencias de uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas legales e ilegales, tanto médicas como no médicas, la encuesta cuenta con un apartado sobre la percepción de las consecuencias sociales y de salud por el consumo de drogas y algunas de sus posibles consecuencias como en el incremento en la vulnerabilidad para adquirir el VIH, según edad, sexo, tipo de residencia, actividad laboral, etcétera.

---

<sup>5</sup> Este indicador se elabora a partir de las siguientes respuestas: 1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja no infectada y que no tiene otras parejas? 2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales? 3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH? 4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito? 5. ¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?

## Resultados

**Gráfica 13**  
**INDICADOR 1.1 Respuesta a la pregunta 3:**  
**"¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?"**



Fuente: SG/CONADIC/Encuesta Nacional de Adicciones 2011. México.

El porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15-24 años de edad que responde correctamente a la pregunta es de 81.6%, el mejor porcentaje de respuesta correcta se obtuvo entre hombres de 19 a 24 años con 84% y el más bajo entre hombres de 15 a 19 años (80.1%), sin embargo, no existen diferencias importantes por edad y sexo.

### **1.2 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años**

Una de las medidas sugeridas para reducir el riesgo de exposición al VIH es retrasar la edad de la primera relación sexual y, en algunos casos, desalentar la actividad sexual prematrimonial. Hay evidencia que posponer la primera relación sexual reduce el riesgo de infección por transmisión sexual, al menos en las mujeres.

#### Características del indicador

El progreso en el aumento de la edad en que las mujeres y los hombres jóvenes de 15-24 años tienen su primera relación sexual es el indicador sugerido para medir los posibles cambios de conducta en este comportamiento.

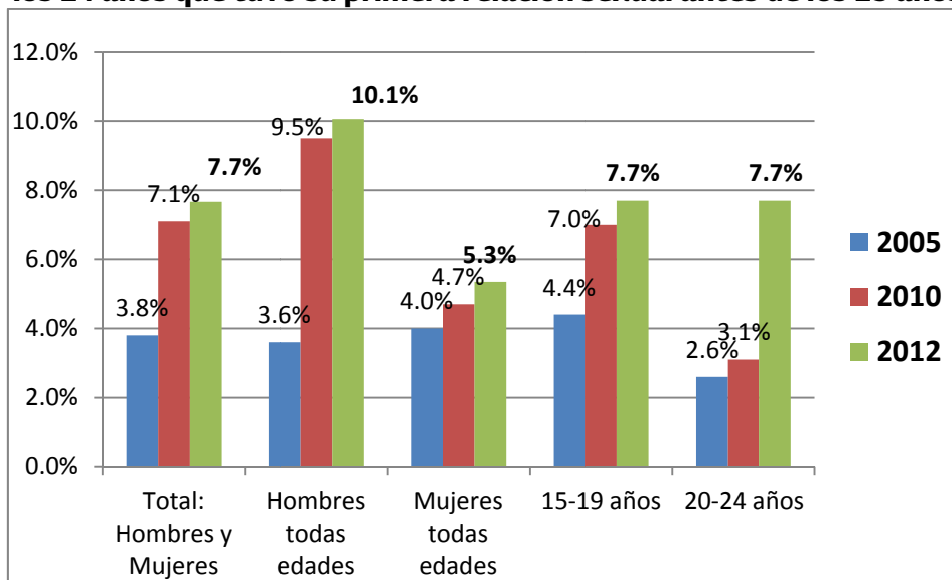
#### Metodología

Se utilizó la Encuesta Nacional de Valores en la Juventud 2012, que contempla a la población de 12 a 29 años. La encuesta generó información sobre la población joven del país a partir de una muestra conformada por residentes de las viviendas que, al momento de la encuesta, tenían entre 12 a 29 años. Los resultados tienen validez nacional. La metodología que se utilizó para el cálculo del indicador no es diferente a la utilizada por ONUSIDA. Primero se selecciona la población 15-24 años, se calcula mediante una frecuencia simple el número de hombres y mujeres que declararon haber tenido relación sexual antes de los 15 años, luego se calcula el indicador dividiendo lo anterior por el número total de jóvenes entre 15 y 24 años.

## Resultados

**Gráfica 14**  
**INDICADOR 1.2**

**Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años**



Fuente: Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2005, 2010 y 2012. México.

Según la Encuesta Nacional de la Juventud 2010, 7.1% de los jóvenes (15-24 años) tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años; en comparación con los datos del 2005 de la misma encuesta que revelaron un porcentaje del 3.8%. El porcentaje de mujeres y hombres jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años en la encuesta del año 2012 es del 7.7%. Lo anterior, más que denotar aumento de este indicador en los dos últimos años, parece mostrar diferencias metodológicas entre las primera y las dos últimas encuestas mencionadas.

Los datos entre 2010 y 2012 no presentan diferencias significativas.



## **1.7 Trabajadoras y trabajadores del sexo: el trabajo sexual en programas de prevención**

Para prevenir la propagación del VIH en esta población clave que se encuentra en contacto con ciertos segmentos de la población general es importante disponer de servicios de prevención y facilitar el acceso a los mismos.

### Características del indicador

Porcentaje de trabajadores y trabajadoras del sexo a los que han llegado programas de prevención para el VIH. Operativamente se trata del número de trabajadoras y trabajadores del sexo que respondieron “sí” a dos preguntas:

1. ¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a una prueba del VIH?
2. ¿Ha recibido preservativos en los últimos doce meses? (p.e: a través de un servicio de difusión, un centro de consulta o una clínica de salud sexual)?

Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto. Siempre que sea posible, los datos de los profesionales del sexo deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.

### Metodología

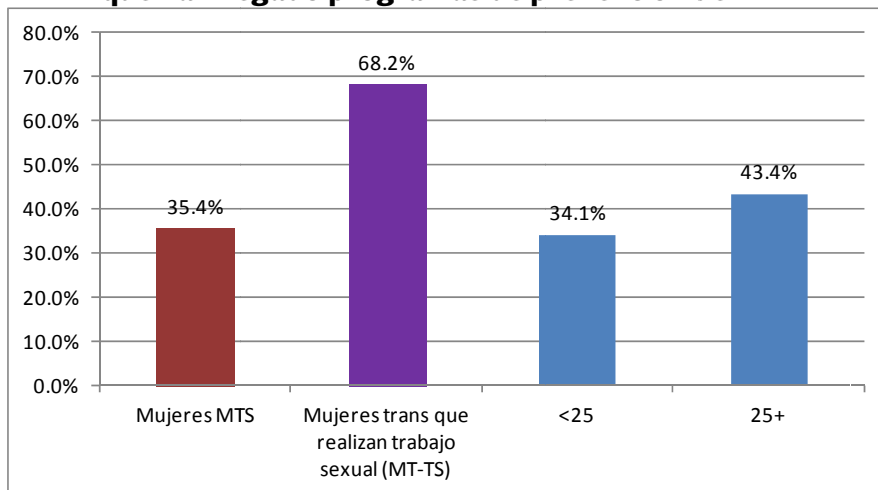
Mujeres trabajadoras del sexo (MTS): Los datos se toman a partir de una encuesta realizada en el 2012 a 1,034 MTS en 3 estados del país (Jalisco, Estado de México y Veracruz). Se entrevistaron a estas personas en sus sitios de trabajo, con criterios de inclusión de ser trabajadoras del sexo y tener entre 18 y 60 años de edad.

Mujeres trans -son personas que biológicamente nacieron hombres y adoptan una identidad femenina- que practican el trabajo sexual (MT-TS): Los datos se toman a partir de una encuesta realizada en el 2012 a 420 personas consideradas transgénero, travesti o transexual (MT) en 3 estados de México (Jalisco, Estado de México y Veracruz). Se entrevista a dichas personas en los sitios de reunión y en algunas ocasiones, en los sitios de trabajo, con criterios de inclusión de ser transgénero, travesti o transexuales y tener entre 18 y 60 años de edad. Se identifican a aquellas personas que refieren dedicarse al trabajo sexual, a través de la pregunta de cuál es su principal fuente de ingresos. Se contabilizó a 179 mujeres Trans que son TS.

Hombres Trabajadores sexuales (HTS): No hay datos.

## Resultados

**Gráfica 15**  
**INDICADOR 1.7**  
**Porcentaje de trabajadores y trabajadoras del sexo a los que han llegado programas de prevención del VIH**



Nota: No hay datos para la población HTS

Fuente: Juan Pablo Gutiérrez, Aurora Franco Nuñez, Diana Nichte-Há Sansores Martínez, Andrey Ryo Shiba Matsumoto. Informe técnico analítico sobre la prevalencia del VIH; así como factores de riesgo y vulnerabilidad en personas que se dedican al trabajo sexual; y en personas transexuales y personas transgénero. INSP. México, 2012.

El 40.2% de MTS y mujeres trans TS respondieron afirmativamente a las dos preguntas. Pero hay una diferencia importante entre MTS y mujeres trans, ya que las últimas respondieron afirmativamente a ambas preguntas en un 68% contra 35% de las MTS.

### 1.8 Trabajadoras y trabajadores del sexo: uso del preservativo

Dentro de los factores que aumentan el riesgo de exposición al VIH en las personas que ejercen el trabajo sexual se encuentran las parejas múltiples ocasionales y las relaciones sexuales más frecuentes. Sin embargo, pueden reducir considerablemente el riesgo de transmisión del VIH, tanto de los clientes como de ellas y ellos, a través del uso sistemático y correcto del preservativo.

#### Características del indicador

Se contabiliza el número de entrevistados que declara haber usado un preservativo con su cliente más reciente entre el número de entrevistados que declara haber mantenido relaciones sexuales remuneradas en los últimos 12 meses. La pregunta es: ¿Ha usado preservativo con su cliente más reciente? MTS, HTS y MT-TS se presentan como muestras diferentes.

#### Metodología

Hombres trabajadores del sexo (HTS): Encuesta transversal a 6,937 hombres que tienen sexo con hombres (HSH) entrevistados en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2013. La encuesta se realizó en 24 ciudades representativas de las 5 regiones del país. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Se hizo una selección aleatoria de los sitios en cada ciudad y se estableció la meta de entrevista en función de la población estimada que acude al sitio de acuerdo con el mapeo. Para este indicador, se definió como trabajador sexual a quien refirió en la encuesta que intercambiar sexo por regalos o dinero representaba una fuente estable de ingresos y que contestara a la pregunta de uso de condón (denominador). El numerador correspondió a individuos que contestaron solo yo, solo él o ambos a la pregunta ¿al tener sexo con penetración anal con tu cliente más reciente usaron condón? De los 300 HSH entrevistados que declararon que recibir dinero o regalos a cambio de sexo representaba una fuente estable de ingresos, de ellos 185 tuvieron sexo con penetración (a quienes se les preguntaron por uso de condón) y 4 de estos 185 no respondieron a la pregunta de uso de condón.

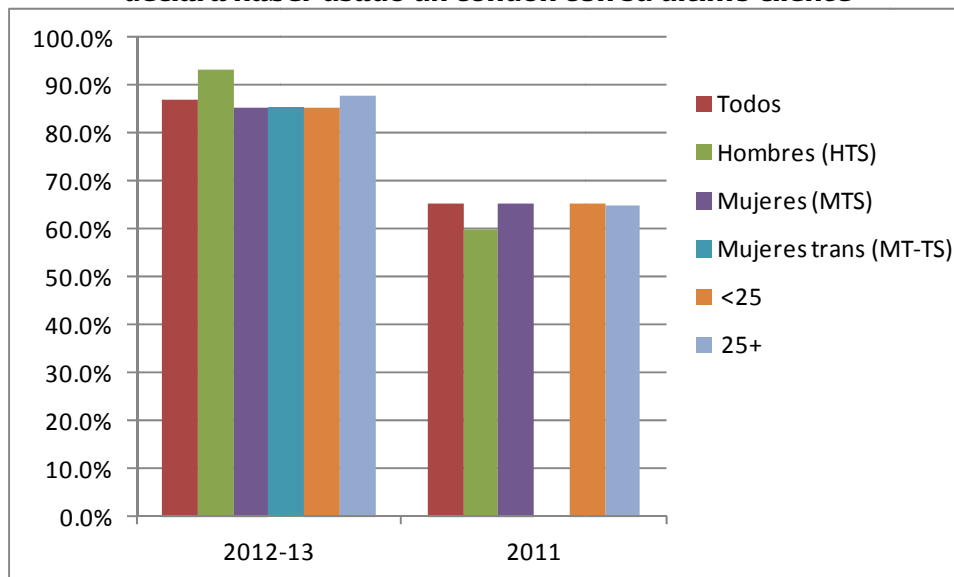
Mujeres trabajadoras del sexo (MTS): Los datos se toman a partir de una encuesta realizada en el 2012 a 1,034 mujeres trabajadoras sexuales en 3 estados de México (Jalisco, Estado de México y Veracruz). Se entrevistó a las MTS en sus sitios de trabajo, con criterios de inclusión de ser trabajadoras sexuales y tener entre 18 a 60 años de edad.

Se entrevistó a 1,034 MTS en la encuesta, para el denominador, se identifican a las menores de 25 años y de 25 años o más y que reportaron que en su última relación sexual tuvo relación sexual con penetración anal, vaginal o haber hecho sexo oral, teniendo una muestra de 649 personas. Para el numerador, se tomaron en cuenta de éste grupo, a las que refirieron haber usado condón con su último cliente, habiendo 16 que no respondieron, obteniendo una muestra final de 633 mujeres. La información correspondiente al 2011 se obtuvo en el sistema denominado Monitoreo de Poblaciones Vulnerables, el cual concentra información de un cuestionario aplicado por los Programas Estatales de VIH/Sida e ITS de la Secretaría de Salud.

Mujeres trans (MT-TS): Los datos se toman a partir de una encuesta realizada en el 2012 a 420 personas consideradas transgénero, travesti o transexual en 3 estados de México (Jalisco, Estado de México y Veracruz). Se entrevistaron a dichas personas en los sitios de reunión y en algunas ocasiones en los sitios de trabajo con criterios de inclusión de ser transgénero, travesti o transexuales y tener entre 18 y 60 años de edad. Se identifican a aquellas MT que refieren dedicarse al trabajo sexual, obteniendo a 179 MT trabajadores sexuales en la encuesta, de las cuales para el denominador, se identifican a los menores de 25 años y de 25 años o más y que reportaron que en su última relación sexual ha sido con un hombre, teniendo a 2 que refirieron que fue con una mujer y otras situaciones de exclusión, obteniendo una muestra final de 171 personas. Para el numerador se identifican quienes reportan haber usado condón en su última relación sexual con un hombre en los últimos 6 meses.

## Resultados

**Gráfica 16**  
**INDICADOR 1.8**  
**Porcentaje de trabajadores y trabajadoras del sexo que declara haber usado un condón con su último cliente**



Fuentes: 1. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M., Conde C. Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de HSH. Enero 2012.

2. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Cortés M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M. Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/SIDA. Reporte a FUNSALUD, Marzo 2014.

3. Juan Pablo Gutiérrez, Aurora Franco Nuñez, Diana Nichte-Há Sansores Martínez, Andrey Ryo Shiba Matsumoto. Informe técnico analítico sobre la prevalencia de VIH; así como factores de riesgo y vulnerabilidad en personas que se dedican al trabajo sexual; y en personas transexuales y personas transgénero. INSP. México, 2012.

4. SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2009-2011.

El promedio total observado para los años 2012 y 2013 que incluye a las tres poblaciones clave en uso del condón es de 86.8%. Para el grupo de HTS es de 93.4%, para las MTS es de 85.3% y para MT-TS es 85.4%. Es importante señalar que el promedio de uso es muy superior al registrado dos años antes con muestras de similar intervalo de confianza en HTS, cuando el uso de preservativo fue de 59.8% en hombres. En MT-TS, no se presentaron datos en 2011. Es importante señalar que para la estimación en mujeres trabajadoras sexuales (MTS), se utilizó como fuente de información en el año 2011 el sistema de monitoreo en poblaciones vulnerables del Censida, en donde los valores se obtienen a partir de la asistencia voluntaria y la aplicación de un cuestionario de comportamientos de riesgo en los servicios especializados de la Secretaría de Salud. Por tanto su comparación con MTS del 2012 no procede. Bajo la mencionada metodología el uso del condón en MTS fue de 65.2% en el 2011.

## **1.9 Las pruebas del VIH en las trabajadoras y los trabajadores del sexo**

Conocer el estado serológico con respecto al VIH, facilita tomar más recaudos para evitar la transmisión a otras personas. El conocimiento del propio estado serológico también es un factor fundamental en la decisión de buscar tratamiento y brinda la posibilidad de que éste sea oportuno, entre más temprana sea la detección mayores posibilidades de sobrevivida de los pacientes.

### Características del indicador

En encuestas de seguimiento del comportamiento u otro tipo de encuestas poblacionales se pregunta a las y los profesionales del sexo:

1. ¿Le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es afirmativa:

2. No quiero saber los resultados, pero, ¿conoce los resultados de la prueba?

Luego el indicador se calcula considerando el número de trabajadores/as del sexo que se sometió a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados entre el número de trabajadores/as del sexo que respondieron a esta pregunta. MTS, HTS y MT-TS se presentan como muestras diferentes.

### Metodología

Hombres trabajadores del sexo (HTS): Entre agosto y diciembre del 2013 se realizó una encuesta transversal a 6,937 hombres que tienen sexo con hombres (HSH) quienes fueron entrevistados en lugares de encuentro en 24 ciudades representativas de las 5 regiones del país. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo construido previo a la encuesta. Se hizo una selección aleatoria de los sitios en cada ciudad y se estableció la meta en el número de entrevistas en función de la población estimada que acude al sitio. Para este indicador, se definió como trabajador sexual a quien refirió en la encuesta que intercambiar sexo por regalos o dinero que representa una fuente estable de ingresos y que contestaron a la preguntas. El numerador corresponde a individuos que contestaron sí a la pregunta ¿en los últimos doce meses, te has hecho alguna prueba de VIH? y que contestaron sí o no a la pregunta ¿te dieron consejería al entregarte los resultados? De los 300 HSH entrevistados que declararon que recibir dinero o regalos a cambio de sexo representa una fuente estable de ingresos, 298 respondieron a la dos preguntas que conforman este indicador. La misma metodología se utilizó en 2011.

Mujeres trabajadoras del sexo (MTS): Los datos se toman a partir de una encuesta realizada en el 2012 a 1,034 mujeres trabajadoras sexuales en 3 estados de México (Jalisco, Estado de México y Veracruz). Se entrevistó a las MTS en sus sitios de trabajo, con criterios de inclusión de ser trabajadoras sexuales y tener entre 18 a 60 años de edad. La información correspondiente al 2011 se obtuvo en el sistema denominado Monitoreo de Poblaciones Vulnerables, el cual concentra información de un cuestionario aplicado por los Programas Estatales de VIH/Sida e ITS de la

Secretaría de Salud. En este caso los resultados obtenidos para cada año no pueden ser comparados.

Mujeres trans en trabajo sexual (MT-TS): Encuesta transversal a 346 mujeres trans (MT) -hombres biológicos con identidad de género femenina-, entrevistadas en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2013. La encuesta se realizó en 24 ciudades. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Se hizo una selección probabilística de sitios de encuentro de cuatro estratos definidos en función de la población estimada y de las posibilidades de hacer prevención en los sitios. Para este indicador, se definió como trabajadora sexual a quien refirió en la encuesta que intercambiar sexo por regalos o dinero representaba una fuente estable de ingresos (denominador).

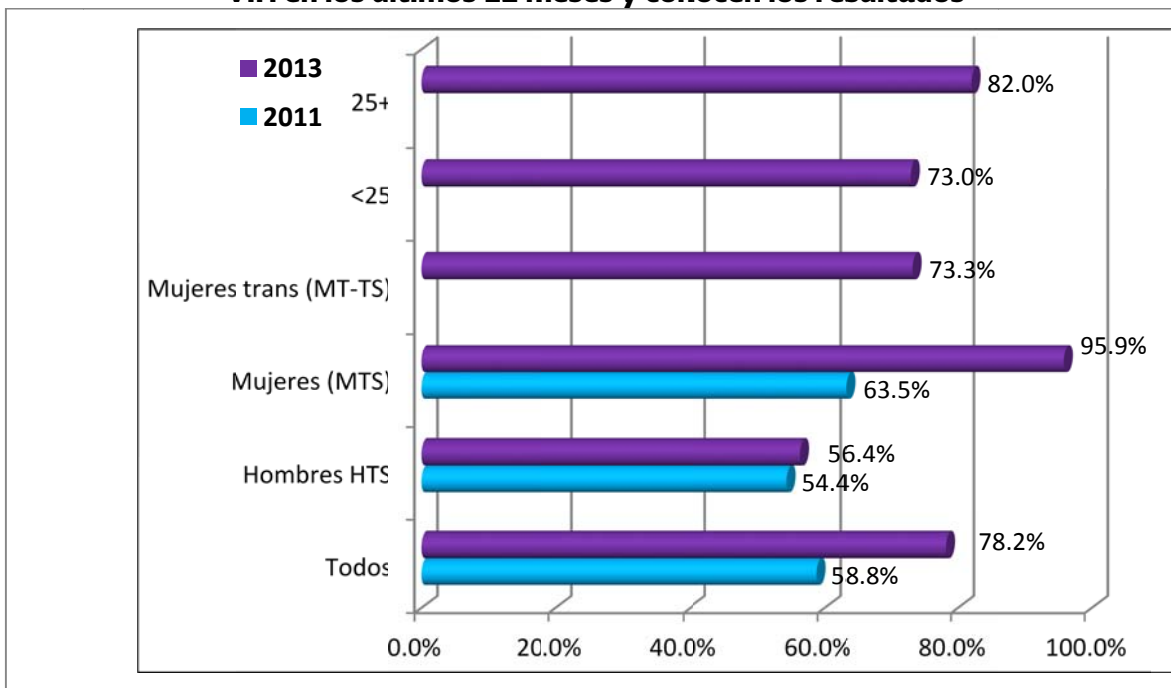
El numerador correspondió a individuos que contestaron afirmativamente a la pregunta ¿en los últimos doce meses, te has hecho alguna prueba de VIH? y que contestaron sí o no a la pregunta ¿te dieron consejería al entregarte los resultados? De las 161 MT-TS entrevistadas que declararon recibir dinero o regalos a cambio de sexo como una fuente estable de ingresos, todas respondieron a las dos preguntas que conforman este indicador. La misma metodología se utilizó en 2011.

## Resultados

El total de estas poblaciones que se realizó la prueba y obtuvo su resultado es del 78.2%, mucho mayor que el 58.8% reportado en el 2011. Menores de 25 años lo hicieron en 73% de los casos y de 25 y más años en un 82% de los casos entrevistados. En HTS es del 56.4%, cuando en 2011 se registró 59.3%. En MTS se obtiene un 95.9% y en MT que realizan trabajo sexual el 73.3% declaró que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados, el 74.3% con menos de 25 años de edad y el 72.4% de quienes cuentan con 25 y más años.

**Gráfica 17**  
**INDICADOR 1.9**

**Porcentaje de trabajadores y trabajadoras del sexo que accedieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocen los resultados**



Fuentes: 1. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M., Conde C. Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de HSH. Enero 2012.

2. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Cortés M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M. Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/SIDA. Reporte a FUNSALUD, Marzo 2014.

3. Juan Pablo Gutiérrez, Aurora Franco Nuñez, Diana Nichte-Há Sansores Martínez, Andrey Ryo Shiba Matsumoto. Informe técnico analítico sobre la prevalencia de VIH; así como factores de riesgo y vulnerabilidad en personas que se dedican al trabajo sexual; y en personas transexuales y personas transgénero. INSP. México, 2012.

4. SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2009-2011.

Es importante señalar que para la estimación en mujeres trabajadoras sexuales (MTS), se utilizó como fuente de información en el año 2011 el sistema de monitoreo en poblaciones vulnerables del Censida, en donde los valores se obtienen a partir de la asistencia voluntaria y la aplicación de un cuestionario de comportamientos de riesgo servicios de la Secretaría de Salud. Por tanto su comparación con MTS del 2012 no procede. Bajo la mencionada metodología el acceso a prueba del VIH en MTS fue de 63.5% en el 2011.

### **1.10 La prevalencia del VIH en las trabajadoras y los trabajadores del sexo**

Las poblaciones clave del trabajo sexual tienen mayor prevalencia del VIH que la población general. Por lo mismo deben ser constantemente monitoreadas en función del control de la respuesta a la epidemia de VIH.



## Características del indicador

Se mide los progresos logrados en la reducción de la prevalencia del VIH en trabajadoras/es del sexo.

## Metodología

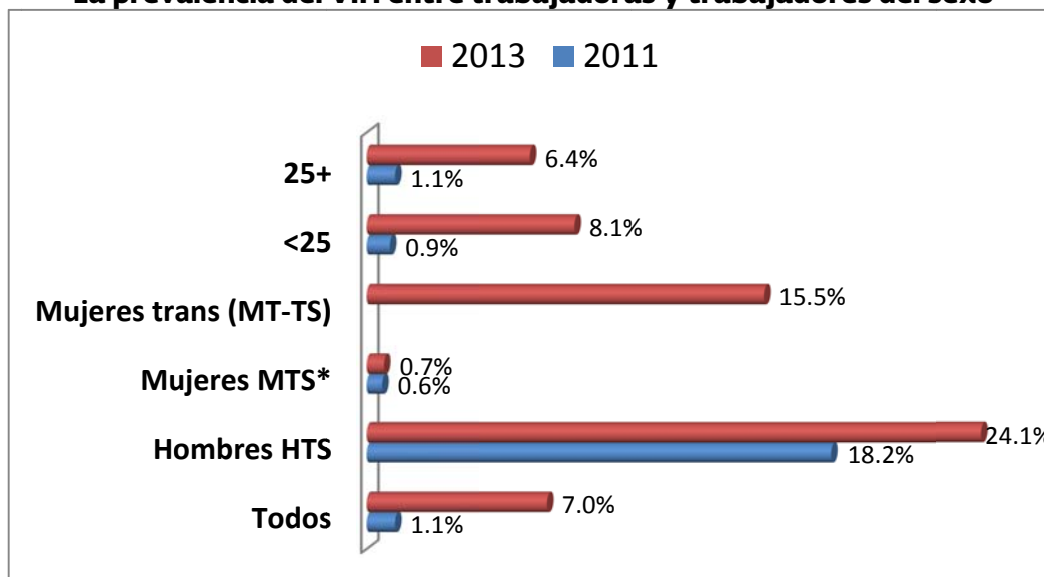
Hombres trabajadores del sexo (HTS): Encuesta transversal a 6,937 hombres que tienen sexo con hombres (HSH) entrevistados en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2013. La encuesta se realizó en 24 ciudades representativas de las 5 regiones del país. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Se hizo una selección aleatoria de los sitios en cada ciudad y se estableció la meta de entrevista en función de la población estimada que acude al sitio de acuerdo con el mapeo. En esta encuesta de seguimiento se recolectó sangre en papel filtro y las muestras fueron analizadas en el laboratorio del Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas del INSP. Para este indicador, se definió como trabajador sexual a quien refirió en la encuesta que intercambiar sexo por regalos o dinero representaba una fuente estable de ingresos y que hubieran aceptado dar una muestra de sangre (denominador). El numerador correspondió a individuos que tuvieron resultado positivo a la prueba de VIH. Se ajustó por valor de predicción positivo dado que la prueba tiene una sensibilidad del 100% y especificidad del 98.7%. De los 300 HSH entrevistados que declararon que recibir dinero o regalos a cambio de sexo representa fuente estable de ingresos, 299 de ellos se hicieron la prueba de VIH en el momento de la encuesta.

Mujeres trabajadoras del sexo (MTS): Los datos se toman a partir de una encuesta realizada en el 2012 a 1,034 mujeres trabajadoras sexuales en 3 estados de México (Jalisco, Estado de México y Veracruz). Se entrevistaron a dichas personas en sus sitios de trabajo, con criterios de inclusión de ser trabajadoras sexuales y tener entre 18 a 60 años de edad. Un total de 1,033 MTS accedieron a hacerse dos pruebas rápidas para VIH en caso que la primera diera reactiva. Para el denominador se seleccionaron a quienes accedieron a hacerse la prueba rápida de VIH. En el numerador participan quienes salieron reactivos (resultado positivo en ambas pruebas rápidas). Los porcentajes son valores ponderados de acuerdo al tipo y tamaño de la población.

Mujeres trans en trabajo del sexo (MT-TS): Los datos se toman a partir de una encuesta realizada en el 2012 a 420 personas consideradas transgénero, travesti o transexual en 3 estados de México (Jalisco, Estado de México y Veracruz). Se entrevista en los sitios de reunión y, en algunas ocasiones, en los sitios de trabajo sexual, con criterios de inclusión de tener entre 18 a 60 años de edad. Hubo 5 MT que no desearon hacer pruebas rápidas para detección de VIH. La muestra quedó compuesta de 174 transexuales trabajadoras sexuales. El numerador se compone de quienes obtuvieron resultados reactivos en ambas pruebas rápidas. Los porcentajes son valores ponderados de acuerdo al tipo y tamaño de la población.



**Gráfica 18**  
**INDICADOR 1.10**  
**La prevalencia del VIH entre trabajadoras y trabajadores del sexo**



Fuentes: 1. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M., Conde C. Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de HSH. Enero 2012.

2. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Cortés M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M. Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/Sida. Reporte a FUNSALUD, Marzo 2014.

(\*)3. Juan Pablo Gutiérrez, Aurora Franco Nuñez, Diana Nichte-Há Sansores Martínez, Andrey Ryo Shiba Matsumoto. Informe técnico analítico sobre la prevalencia de VIH; así como factores de riesgo y vulnerabilidad en personas que se dedican al trabajo sexual; y en personas transexuales y personas transgénero. INSP. México, 2012.

## Resultados

La prevalencia del VIH en HTS es del 24.1%, mayor que en 2011 (18.2%) y en MTS es de 0.7%, prácticamente igual (0.6%) que en 2011. En MT-TS se observa 15.5% de prevalencia, en el anterior informe no hay registro de la prevalencia en esta población. La prevalencia total para trabajo sexual es del 7%, por edades del 8.1% para menores de 25 años y de 6.4% para quienes tienen 25 o más años.

### **1.11 Hombres que tienen sexo con hombres: contacto con los programas de prevención**

A efectos de brindar una respuesta eficaz a la propagación del VIH en esta población clave para el tipo de epidemia concentrada, tal la que se presenta en México, es importante el acceso a estos servicios de prevención.

#### Características del indicador

Se mide los progresos realizados en la puesta en práctica de los elementos básicos de los programas de prevención del VIH entre los HSH. Número de entrevistados de la población más expuesta que ha respondido "sí" a las preguntas: 1. ¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a la prueba del VIH?; 2. ¿Ha recibido preservativos en los últimos doce meses?

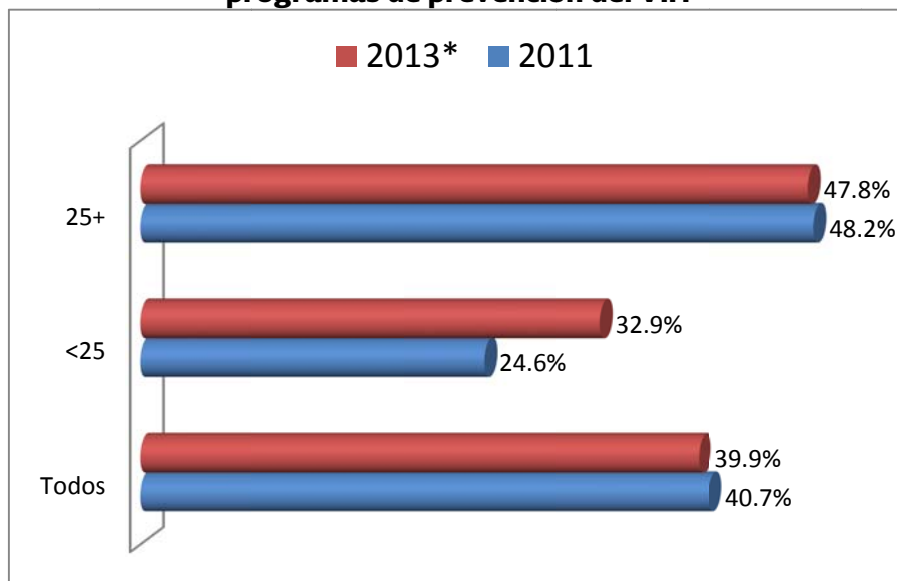
#### Metodología

Los datos se toman a partir de una encuesta realizada en el 2012 a 1,112 hombres que tienen sexo con hombres en 3 estados de México (Jalisco, Estado de México y Veracruz). Se entrevistaron a dichas personas en los sitios de reunión, con criterios de inclusión de ser hombres que tienen sexo con hombres y tener entre 18 a 60 años de edad. Se excluye a aquellos que respondieron que compraron los condones. Para la primera parte donde se seleccionan a los que respondieron que "SI" a ambas preguntas, se creó una variable para identificar dicha condición. Los porcentajes son valores ponderados de acuerdo al tipo y tamaño de la población.

#### Resultados

El 39.9% respondió afirmativamente a las dos preguntas, en 2011 con otra metodología de medición había sido del 40.7% (ver Gráfica 19). De los menores de 25 años de edad solamente el 32.9% respondió adecuadamente a las dos preguntas y el 47.8% de los mayores de 25 entrevistados. No se cuenta con elementos suficientes para determinar si existe o no una mejora en el comportamiento de la población HSH respecto de este indicador.

**Gráfica 19**  
**INDICADOR 1.11**  
**Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres a los que han llegado programas de prevención del VIH**



Fuente: 1. SS/Censida. Programa de monitoreo de poblaciones vulnerables 2009-2010. México.

(\*)2. Juan Pablo Gutiérrez, Aurora Franco Nuñez, Diana Nichte-Há Sansores Martínez, Andrey Ryo Shiba Matsumoto. Informe técnico analítico sobre la prevalencia de VIH; así como factores de riesgo y vulnerabilidad en personas que se dedican al trabajo sexual; y en personas transexuales y personas transgénero. INSP. México, 2012.

### 1.12 Hombres que tienen sexo con hombres: uso del preservativo

El uso del preservativo con la pareja masculina más reciente se considera un indicador fiable del comportamiento preventivo a largo plazo.

#### Características del indicador

Se mide los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales anales sin protección con parejas masculinas. Se considera para el numerador al número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en los últimos 6 meses y que declaran haber usado un preservativo durante el último coito anal. Estas preguntas sólo se realizaron a los HSH que no se consideraron como TS.

#### Metodología

Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombres: Encuesta transversal a 6,937 hombres que tienen sexo con hombres (HSH) entrevistados en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2013. La encuesta se realizó en 24 ciudades representativas de las 5 regiones del país. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro

construido previo a la encuesta. Se hizo una selección aleatoria de los sitios en cada ciudad y se estableció la meta de entrevista en función de la población estimada que acude al sitio de acuerdo con el mapeo.

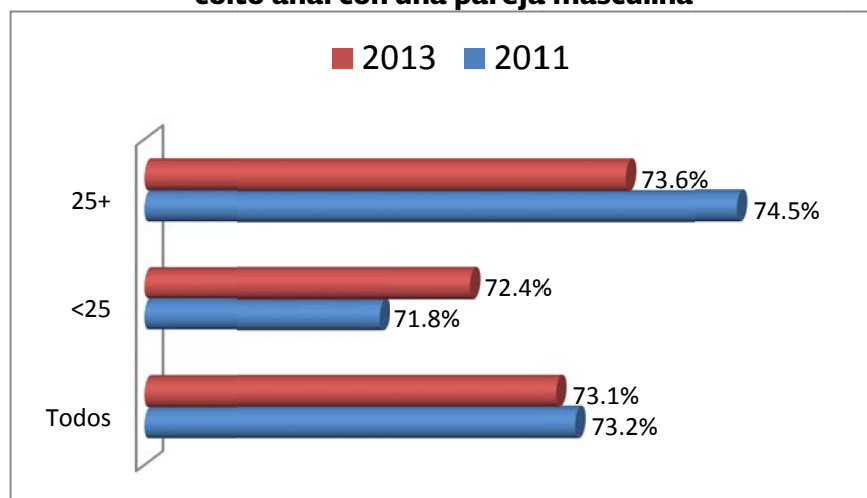
Para este indicador, se definió como HSH quien declaró haber tenido sexo con hombres en los últimos 12 meses, no ser trabajador sexual y que contestaran la pregunta de uso de condón (denominador). El numerador correspondió a individuos que contestaron solo yo, solo él o ambos a la pregunta. De total de HSH entrevistados, 5,729 respondieron haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses.

Mujeres Transexuales: Encuesta transversal a 346 mujeres trans (MT) -hombres biológicos con identidad de género femenina- entrevistadas en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2013. La encuesta se realizó en 14 ciudades. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Se hizo una selección aleatoria de los sitios en cada ciudad y se estableció la meta de entrevista en función de la población estimada que acude al sitio de acuerdo con el mapeo. Para este indicador, el denominador correspondió a MT no trabajadoras sexuales que contestaron la pregunta de uso de condón (denominador). El numerador correspondió a individuos que contestaron solo yo, solo él o ambos a la pregunta ¿La última vez que tuviste sexo con penetración anal con un hombre, usaron condón tú o él? De 185 MT entrevistadas, un total de 180 dieron respuesta a esta pregunta.

## Resultados

El estudio refiere que el 73.1% de los HSH declararon haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina, el mismo resultado se presentó en 2011 (ver Gráfica 21). También es notorio que no hay prácticamente diferencias en el uso de condón entre menores y mayores de 25 años de edad, 72.4% y 73.6% respectivamente. Estos resultados parecen reflejar que dos años representan poco tiempo para esperar un cambio apreciable en este tipo de conducta preventiva.

**Gráfica 20**  
**INDICADOR 1.12**  
**Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina**



Fuentes: 1. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M., Conde C. Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de HSH. Enero 2012.  
2. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Cortés M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M. Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/Sida. Reporte a FUNSALUD, Marzo 2014.

### 1.13 Las pruebas del VIH en hombres que tienen sexo con hombres

Conocer el estado serológico con respecto al VIH, facilita tomar más recaudos para evitar la transmisión a otras personas. El conocimiento del propio estado serológico también es un factor fundamental en la decisión de buscar tratamiento y brinda la posibilidad de que éste sea oportuno, entre más temprana sea la detección mayores posibilidades de sobrevivida de los pacientes.

#### Características del indicador

En encuestas de seguimiento del comportamiento u otro tipo de encuestas poblacionales se pregunta a los HSH:

1. ¿Le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es afirmativa:

2. No quiero saber los resultados, pero, ¿conoce los resultados de la prueba?

Luego el indicador se calcula considerando el número de HSH que se sometió a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados entre el número de HSH que respondieron a la pregunta.

#### Metodología

Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombres: Encuesta transversal a 6,937 hombres que tienen sexo con hombres (HSH) entrevistados en lugares de encuentro

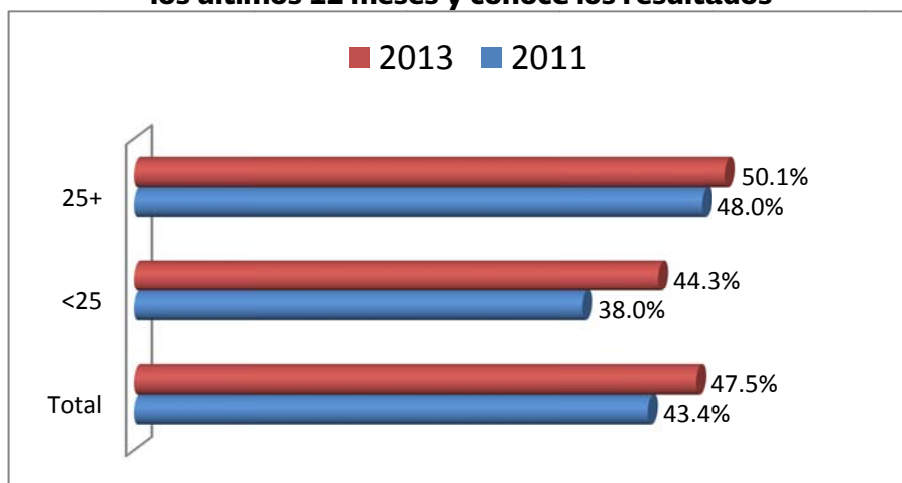
entre agosto y diciembre del 2013. La encuesta se realizó en 24 ciudades representativas de las 5 regiones del país. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Se hizo una selección aleatoria de los sitios en cada ciudad y se estableció la meta de entrevista en función de la población estimada que acude el sitio de acuerdo con el mapeo. Para este indicador, se definió como HSH quien declaró haber tenido sexo con hombres en los últimos 12 meses, no ser trabajador sexual y que contestó las preguntas de prueba y consejería (denominador). El numerador correspondió a individuos que contestaron si a la pregunta ¿en los últimos doce meses, te has hecho alguna prueba de VIH ? y que contestaron si o no a la pregunta ¿te dieron consejería al entregarte los resultados? De los 6,637 HSH entrevistados 6,617 respondieron a la pregunta haber realizado o no una prueba de VIH y conocer el resultado durante los últimos 12 meses.

Mujeres Trans (MT): Encuesta transversal a 346 MT -hombres biológicos con identidad de género femenina- entrevistadas en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2013. La encuesta se realizó en 14 ciudades. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Para este indicador, se definió MT a quien declaró no ser trabajadora sexual (denominador). El numerador correspondió a individuos que contestaron si a la pregunta ¿en los últimos doce meses, te has hecho alguna prueba de VIH? y que contestaron sí o no a la pregunta ¿te dieron consejería al entregarte los resultados? De las 185 MT no TS entrevistadas, todas respondieron.

## Resultados

Se reporta que 47.5% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometieron a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados. En 2011 esta cifra fue 43.4%. Los menores de 25 años se incorporaron a esta conducta en un 44.3%, los mayores en 50.1%. Estas cifras muestran que se debe insistir en estas poblaciones para que adquieran el interés por acceder a la prueba del VIH. En dos años se ha incrementado un 10% esta conducta preventiva.

**Gráfica 21**  
**INDICADOR 1.13**  
**Porcentaje de HSH que accedió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados**



Fuentes: 1. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M., Conde C. Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de HSH. Enero 2012.

2. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Cortés M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M. Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/Sida. Reporte a FUNSALUD, Marzo 2014.

### 1.14 La prevalencia del VIH en hombres que tienen sexo con hombres

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres constituyen un grupo numeroso de la población, además con elevada prevalencia, por lo que en países con prevalencia del VIH concentrada son objeto de atención específica. Por tales motivos se constituye en un grupo clave a efectos de brindar una respuesta eficaz.

#### Características del indicador

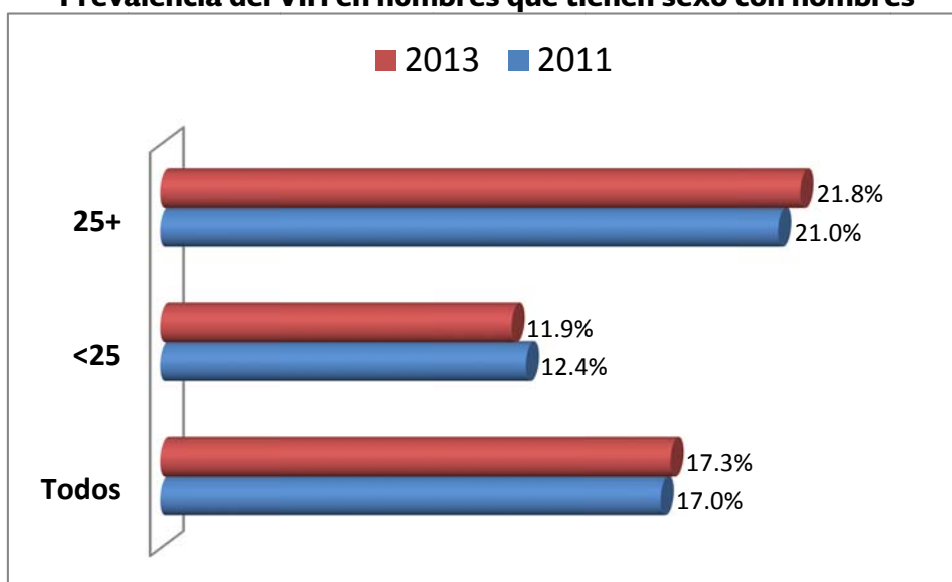
Se busca poder medir y evaluar los progresos logrados en la reducción de la prevalencia del VIH entre los Hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Se obtiene midiendo el número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que han obtenido un resultado reactivo en la prueba del VIH.

#### Metodología

Encuesta transversal a 6,937 HSH entrevistados en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2013. La encuesta se realizó en 24 ciudades representativas de las 5 regiones del país. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de lugares de reunión que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Se hizo una selección aleatoria de los sitios en cada ciudad y se estableció la meta de entrevista en función de la población estimada que acude al sitio de acuerdo con el mapeo. En esta encuesta de seguimiento se recolectó sangre en papel filtro y las muestras fueron analizadas en el laboratorio del Centro de

Investigación en Enfermedades Infecciosas del INSP. Para este indicador, el denominador fue de HSH que hubieran aceptado dar una muestra de sangre. El numerador correspondió a individuos que tuvieron resultado positivo a la prueba de VIH. Se ajustó por valor de predicción positivo dado que la prueba tiene una sensibilidad del 100% y especificidad del 98.7%. De los 6.937 HSH entrevistados 6,834 se realizaron la prueba de VIH en el momento de la encuesta.

**Gráfica 22**  
**INDICADOR 1.14**  
**Prevalencia del VIH en hombres que tienen sexo con hombres**



Fuentes: 1. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M., Conde C. Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de HSH. Enero 2012.

2. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Cortés M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M. Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/Sida. Reporte a FUNSALUD, Marzo 2014.

## Resultados

El 17.3% de los HSH incluidos en la muestra obtuvieron resultado reactivo en la prueba aplicada con una muestra de sangre. Esta cifra es prácticamente idéntica a la observada en 2011 en el estudio basal. En cuanto al impacto de la prevalencia por edad, se observa que en menores de 25 años es de 11.9% y en mayores 21.8%. También cifras similares a las observadas dos años antes.

### **1.17.1 Porcentaje de mujeres que acceden a servicios de atención prenatal que se realizan la prueba de detección de sífilis durante la primera visita a atención prenatal en los últimos 12 meses**

La detección temprana de la sífilis durante el embarazo es fundamental para la salud de la madre y la del feto permitiendo el inicio del tratamiento de forma oportuna. Además se ha estudiado que padecer sífilis facilita la transmisión del VIH, por lo que



se debe explorar la presencia del virus y brindar consejería para prevenir éstas y otras ITS.

#### Características del indicador

Se utiliza para medir los cambios en la cobertura de las pruebas de detección de la sífilis en las mujeres que acceden a los servicios de atención prenatal. Consiste en obtener el número de mujeres embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección de sífilis en la primera consulta de atención prenatal, y el número de mujeres embarazadas que asistieron a consulta prenatal.

Este indicador no se encuentra disponible en buena parte de las instituciones del sector salud público, ya que no pueden identificar en sus sistemas de información aquellas mujeres embarazadas en atención prenatal que se realizaron la prueba de detección de sífilis durante la primera visita de atención. Cabe aclarar que, como parte de los indicadores de OPS, se encuentra el mismo indicador pero no referido a la primera visita, sino a la detección de sífilis en cualquier momento durante el proceso de atención prenatal.

#### Metodología

La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA), para el año 2013. Se incluye información de: SS, IMSS, PEMEX, SEDENA y SEMAR.

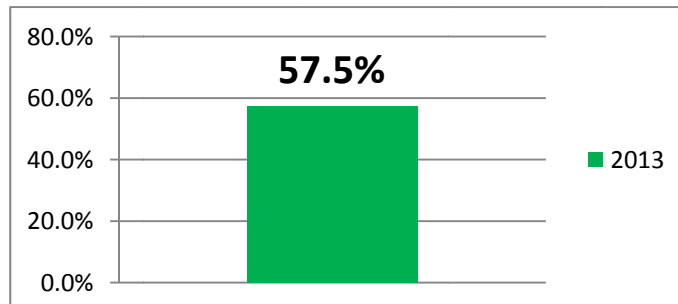
En el numerador se incluyen las detecciones de sífilis realizadas en mujeres embarazadas en cualquier momento de la atención prenatal, por no disponer del dato para la primera visita de atención como lo señala ONUSIDA. En el denominador se incluye la estimación de embarazadas nacional.

#### Resultados

De las 2,279,365 de mujeres que se asistieron a atención prenatal, a 1,309,615 se les realizó la prueba de sífilis. Esto representa una cobertura del 57.5%. En el informe anterior este indicador se realizó con una metodología diferente que no los hace comparables.

**Gráfica 23**  
**INDICADOR 1.17.1**

**Porcentaje de mujeres que acceden a servicios de atención prenatal que se realizan la prueba de detección de sífilis durante la primera visita a atención prenatal en los últimos 12 meses**



Fuentes: 1. SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación. Datos 2013.

2. SS/DGIS/Sistema Informativo de Nacimientos (SINAC). Datos proporcionados por el SS/CNEGSR.

**1.17.2 Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal que fueron positivas para sífilis**

El conocimiento del espacio y tiempo en que se ha detectado infección por sífilis en embarazadas que acuden a atención prenatal, puede ser utilizado para orientar las necesidades de los programas de prevención de ITS.

**Características del indicador**

Se mide el porcentaje de embarazadas atendidas en los servicios de atención prenatal que tienen una serología positiva para la sífilis.

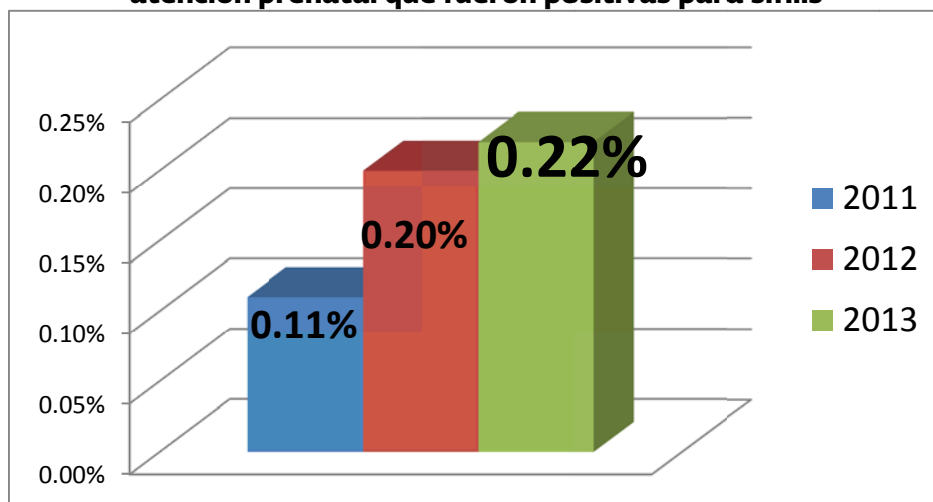
**Metodología**

El estado serológico respecto a la sífilis puede medirse con pruebas no treponémicas (por ejemplo, VDRL o RPR) o pruebas treponémicas (por ejemplo, TPHA, TPPA, EIA o una variedad de pruebas rápidas disponibles), o bien, con una combinación de ambas, que sería lo ideal. Una prueba no treponémica reactiva, especialmente si el título es elevado indica una infección activa, mientras que el resultado positivo en una prueba treponémica indica cualquier infección anterior incluso si el tratamiento fue exitoso. Para los fines de este indicador (concebido para medir la seropositividad), es aceptable notificar seropositividad sobre la base del resultado de una sola prueba. Si se dispone de los resultados de ambos tipos de pruebas, la seropositividad para la sífilis se establece si el resultado de ambas pruebas es positivo. El uso de pruebas treponémicas rápidas ha permitido realizar pruebas de sífilis en entornos que carecen de laboratorio, lo que ha aumentado enormemente el número de mujeres que pueden realizarse la prueba y recibir tratamiento para esta enfermedad durante el embarazo. Los datos deben ser recolectados anualmente.

En México, la información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA), para el año 2013. Sólo se incluye información de: SS, PEMEX, SEDENA y SEMAR que representan alrededor del 53% del total de mujeres embarazadas en el país. En el numerador se incluye el número de detecciones de sífilis positivas realizadas en mujeres que acudieron a atención prenatal. En el denominador, el total de detecciones de sífilis realizadas en mujeres embarazadas que acudieron a atención prenatal.

## Resultados

**Gráfica 24**  
**INDICADOR 1.17.2**  
**Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal que fueron positivas para sífilis**



Fuente: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación. Datos 2011 y 2013.  
SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares del 2012, al 15 de febrero del 2013.

El único dato obtenido es que la prevalencia de sífilis en embarazadas es del 0.22%, que representa ser el doble de lo hallado en 2011, pero similar a lo observado en 2012. No se pudo acceder a información que detalle datos según la edad de las embarazadas.

### **1.17.4 Porcentaje de trabajadoras y trabajadores del sexo (TS) con sífilis activa**

A fin de prevenir las ITS en los trabajadores sexuales para que conserven su salud facilitando atenuar la dinámica de crecimiento de la epidemia de VIH, es importante la

detección y tratamiento de cualquier ITS, para su salud y para propósitos de vigilancia de segunda generación.

#### Características del indicador

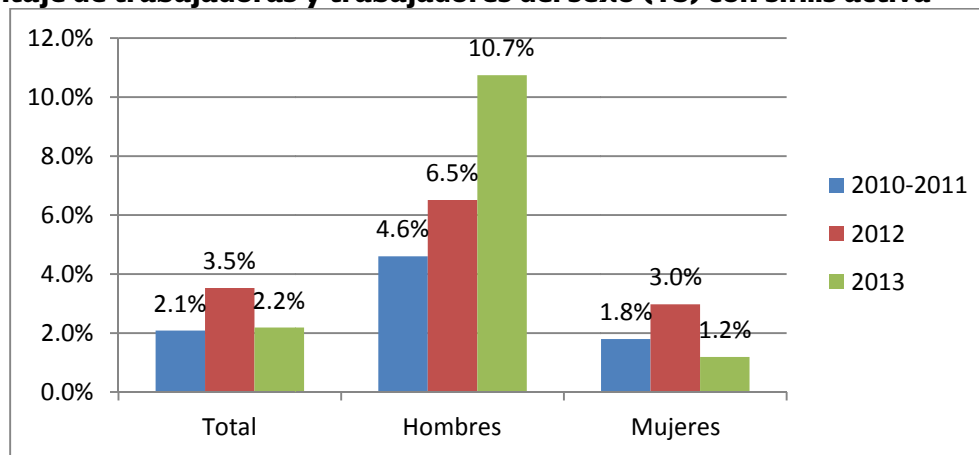
Se busca medir los avances en la disminución de las conductas sexuales de riesgo y los esfuerzos de intervención para controlar la sífilis. En el numerador se incluye el número de detecciones de sífilis positivas realizadas en hombres y mujeres trabajadores sexuales. En el denominador se incluye el total de detecciones de sífilis realizadas en hombres y mujeres trabajadores sexuales.

#### Metodología

Se incluye información de la Secretaría de Salud, correspondiente a los servicios especializados que atienden a personas con VIH e ITS. Este indicador se obtuvo de los servicios de atención especializada de VIH, sida e ITS que tiene la Secretaría de Salud: Unidades de Especialidades Médicas “UNEMES” en su modalidad de Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y el Servicios de Atención Integral (SAI); cuyo sistema de información permite registrar los servicios e insumos otorgados a poblaciones clave.

**Gráfica 25**  
**INDICADOR 1.17.4**

#### Porcentaje de trabajadoras y trabajadores del sexo (TS) con sífilis activa



Fuentes: 1. SS/DGIS. Sistema de información en salud. Datos reportados por los SAI y CAPACITS, al 31 de diciembre del 2010 -2011 y 2012.

2. SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares 31 de diciembre 2013, con el corte al 24 de febrero del 2014.

#### Resultados

En 5,168 trabajadores y trabajadoras sexuales atendidos durante el 2013, se detectó una prevalencia del 2.2% de sífilis activa y en 2011 fue del 2.1%. En las MTS la prevalencia es del 1.2%, mientras que en HTS es nueve veces mayor respecto de las

MTS con un 10.7%. Las diferencias entre los años al interior de cada grupo, se relacionan más con el mejoramiento en el reporte de datos desagregados por poblaciones clave, de los servicios especializados de atención del VIH en la Secretaría de Salud.

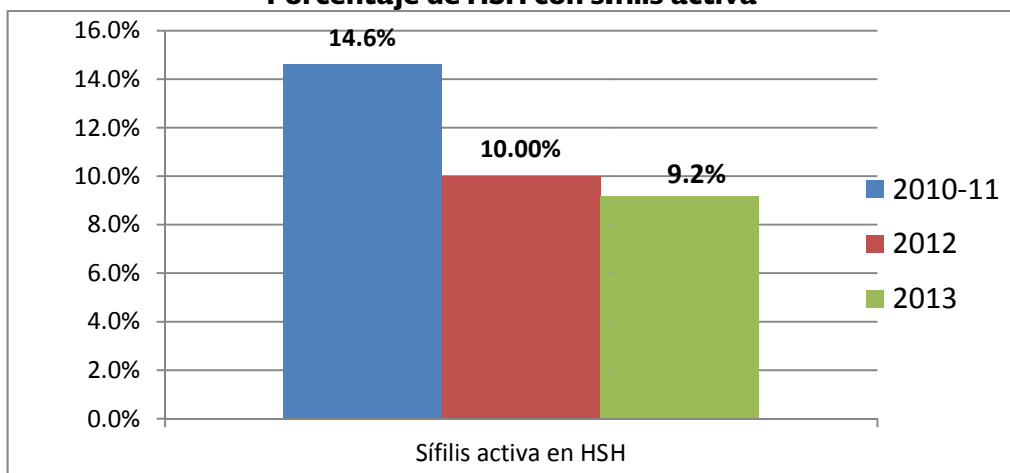
### **1.17.5 Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que presentan sífilis activa**

Realizar pruebas de sífilis a los hombres que tiene sexo con hombres (HSH) es importante para su salud y para propósitos de vigilancia de segunda generación.

Características del indicador

Este indicador nos refiere a los progresos realizados en cuanto a la disminución de las conductas sexuales de alto riesgo y los esfuerzos de intervención para controlar la sífilis.

**Gráfica 26**  
**INDICADOR 1.17.5**  
**Porcentaje de HSH con sífilis activa**



Fuente: SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos reportados por los SAIS y CAPACITS, al 31 de diciembre del 2010 y 2011.

SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares, al 15 febrero del 2013.

SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares, al 24 febrero del 2014.

### **Metodología**

Se incluye información de Secretaría de Salud, correspondiente a los servicios especializados que atienden a personas con VIH e ITS. En el numerador se incluye el número de detecciones de sífilis en hombres que tienen sexo con hombres que dieron positivo. En el denominador, el total de detecciones de sífilis realizadas en hombres que tienen sexo con hombres.

## Resultados

El 9.2% de los HSH que se realizaron la prueba resultaron positivos para sífilis activa. Dos años antes se había reportado un 14.6%. No existen datos disponibles por edad.

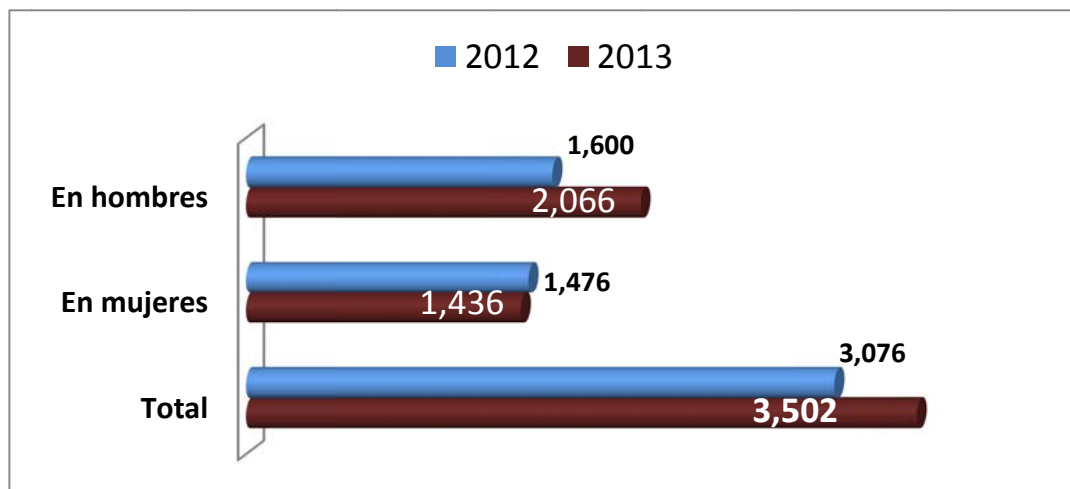
### **1.17.6 Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los últimos 12 meses**

Mide el progreso en la reducción de relaciones sexuales sin protección en la población general.

#### Características del indicador

Este indicador nos refiere a los progresos realizados en cuanto a la disminución de las conductas sexuales de riesgo y los esfuerzos de intervención para controlar la sífilis en población general. La sub-notificación suele afectar a este indicador; en la ausencia de cambios importantes en la definición de caso y en las prácticas de detección en general, estos datos se pueden utilizar para el seguimiento de las tendencias en el transcurso del tiempo en un país.

**Gráfica 27**  
**INDICADOR 1.17.6**  
**Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los últimos 12 meses**



Fuentes: SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana 52/Datos preliminares, 2013.  
SS/DGE. SINAVE/Sistema de Notificación Semanal/Datos definitivos, 2012.

#### Metodología

La fuente de información sugerida son los sistemas ordinarios de información sanitaria. Su cálculo implica obtener el número de adultos con reporte de sífilis

durante el periodo de notificación y el número de personas mayores de 15 años, información que debe proporcionar la División de Población de las Naciones Unidas-UNPD. Se incluye información de la Secretaría de Salud correspondiente a los servicios especializados que atienden a personas con VIH/Sida e ITS.

## Resultados

El número de adultos reportados con sífilis durante el año 2013 asume un total de 3,502 casos, donde 2,066 son hombres y 1,436 son mujeres. La tasa no se encuentra disponible al momento, falta el número de personas mayores de 15 años para calcularla, una información que debe proporcionar la División de Población de las Naciones Unidas-UNPD. A la fecha no está disponible el dato.

### **1.17.7 Número notificado de casos de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses**

Mide el progreso en la eliminación de la transmisión de madre a hijo de la sífilis.

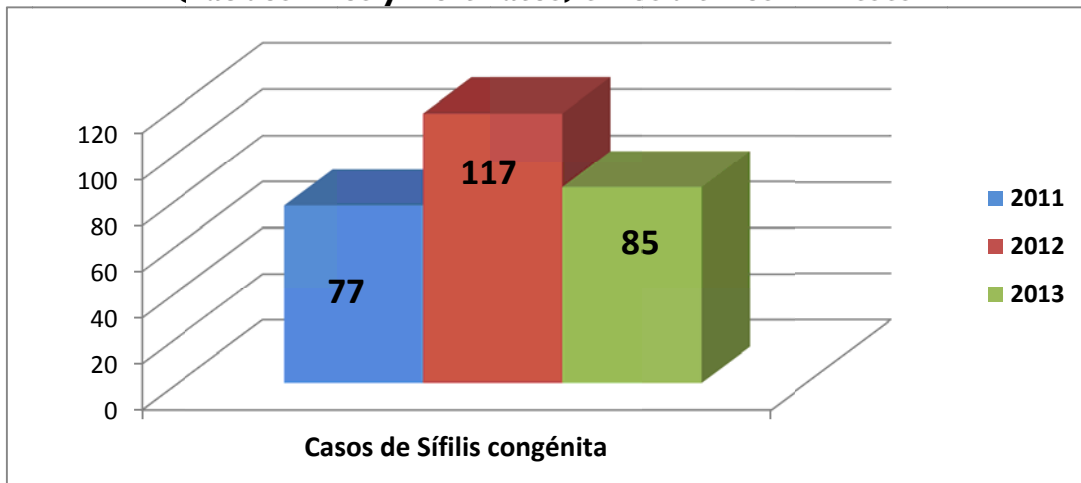
#### Características del indicador

Este indicador nos refiere a los progresos realizados en el diagnóstico temprano y, en general, de los esfuerzos de intervención para controlar la sífilis en embarazadas. Dadas las dificultades para diagnosticar la sífilis congénita, y dependiendo de la definición de caso utilizada, tanto la subnotificación como la notificación excesiva puede suponer un problema. Al examinar las tasas de la sífilis congénita hay que tener siempre en cuenta la magnitud probable de esos errores en la notificación. Sin embargo, si se utiliza una definición de caso uniforme, las tendencias a lo largo del tiempo pueden ser útiles.

#### Metodología

La fuente de información sugerida son los sistemas ordinarios de información sanitaria. Su cálculo implica obtener el número de casos con sífilis congénita notificados (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses, y el número de nacidos vivos que proporciona la División de Población de las Naciones Unidas (UNPD, por sus siglas en inglés). Se incluye información de la Secretaría de Salud correspondiente a los servicios de atención prenatal.

**Gráfica 28**  
**INDICADOR 1.17.7**  
**Número notificado de casos de sífilis congénita**  
**(nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses**



Fuentes: SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana 52/Datos preliminares, 2013.  
SS/DGE. SINAVE/Sistema de Notificación Semanal/Datos definitivos, 2012.  
SS/DGE. SINAVE/Sistema de Notificación Semanal/Datos definitivos, 2011.

## Resultados

El número de casos notificados con sífilis congénita durante el año 2013 asume los 85 casos (cifras preliminares). Es importante mencionar que las cifras preliminares generalmente son superiores a las definitivas de cada año, al cierre 2012, se reportaron 77 casos de sífilis congénita. En este sentido, se espera que las cifras definitivas en 2013, sean similares a las del 2012. La tasa no se encuentra disponible al momento, aún no se cuenta con el número estimado de nacidos vivos para calcularla, una información que debe proporcionar la División de Población de las Naciones Unidas-UNPD.

### **1.17.8 Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses**

Mide los avances en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en la población masculina.

#### Características del indicador

Este indicador nos refiere a los progresos realizados en el diagnóstico y la capacidad de diagnóstico de la *Neisseria gonorrhoeae* en cada país; aunque la subnotificación de este indicador es posible, y en México parece ser considerable. Es importante que al notificar información de gonorrea, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional.

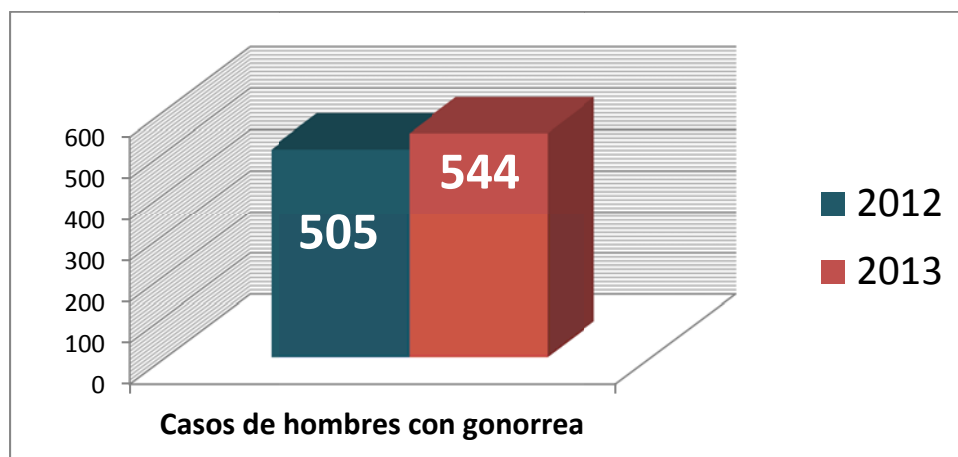


## Metodología

La fuente de información sugerida son los sistemas ordinarios de información sanitaria. Su cálculo implica obtener el número de casos notificados de hombres con gonorrea (infección gonocócica genitourinaria) durante el periodo de notificación, y el número de hombres mayores de 15 años de la División de Población de las Naciones Unidas (UNPD, por sus siglas en inglés). Se incluye información de la Secretaría de Salud correspondiente a los servicios especializados que atienden a personas con VIH/Sida e ITS.

## Resultados

**Gráfica 29**  
**INDICADOR 1.17.8**  
**Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses**



Fuentes: SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana 52/Datos preliminares, 2013.  
SS/DGE. SINAVE/Sistema de Notificación Semanal/Datos definitivos 2012.

El número de casos notificados de hombres con gonorrea durante el año 2013 es de 544 casos (cifras preliminares). La tasa no se encuentra disponible al momento, hasta que la División de Población de las Naciones Unidas informe el número de hombres mayores de 15 años estimados para el país en el 2013.

### **1.17.10 Número notificado de adultos con úlcera genital en los últimos 12 meses**

Mide el progreso en la reducción de relaciones sexuales sin protección en la población general.

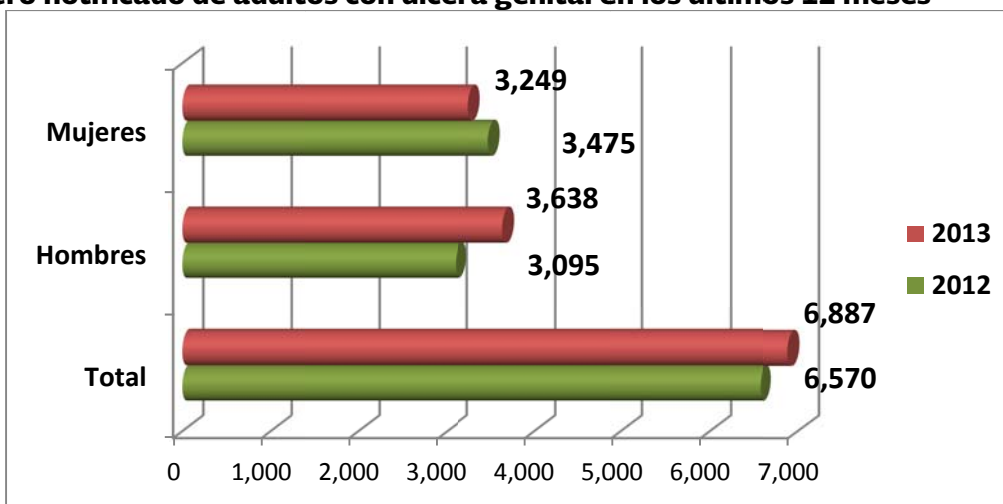
## Características del indicador

Este indicador nos refiere a la enfermedad de la úlcera genital, que es un síndrome de una ITS causada generalmente por la sífilis, el virus del herpes simple y el chancro blando. La OMS ha proporcionado una definición de caso mundial, la definición de caso real y la capacidad de diagnóstico clínico puede variar dentro de cada país.

## Metodología

En el numerador, se reporta los casos nuevos de sífilis adquirida, herpes genital y chancro blando en adultos y, en el denominador, se incluye las proyecciones de la población mayor de 15 años de edad, según la UNPD. Se incluye información de la Secretaría de Salud y, por otra parte, se reconoce que existe subregistro para los casos de ITS.

**Gráfica 30**  
**INDICADOR 1.17.10**  
**Número notificado de adultos con úlcera genital en los últimos 12 meses**



Fuentes: SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana 52/Datos preliminares, 2013.  
SS/DGE. SINAVE/Sistema de Notificación Semanal/Datos definitivos, 2012.

## Resultados

Se reportan 6,887 casos nuevos de sífilis adquirida, herpes genital y chancro blando en el 2013 (cifras preliminares), donde 3,638 son en hombres y 3,249 en mujeres. En este sentido, es importante mencionar que las cifras preliminares generalmente son superiores a las definitivas de cada año, al cierre 2012, se reportaron 6,725 casos de sífilis adquirida, herpes genital y chancro blando (3,527 en hombres y 3,198 en mujeres). La tasa no se encuentra disponible al momento, hasta que la División de Población de las Naciones Unidas informe el número de hombres mayores de 15 años estimados para el país en el 2013.

## **Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre personas que se inyectan droga para el 2015**

### **2.1 Personas que se inyectan droga: programas de prevención**

Bajo el paradigma de la reducción del daño, se han desarrollado los programas de dotación y sustitución de agujas y jeringas. Esta forma de prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones por vía sanguínea figuran en el paquete integral elaborado por ONUSIDA, la OMS y UNODC para la prevención, tratamiento, cuidado y atención relacionados con el VIH dirigidos a usuarios/as de drogas inyectables. Dotar y sustituir jeringas tienen el mayor impacto en la prevención del VIH entre personas que se inyectan drogas (pudi).

#### Características del indicador

Se mide los avances hacia la mejora en la cobertura de un servicio indispensable de prevención del VIH para pudi. Se trata de contabilizar el número de jeringas distribuidas en los últimos doce meses por los programas de agujas y jeringas entre el número de usuarios/as de drogas inyectables en el país.

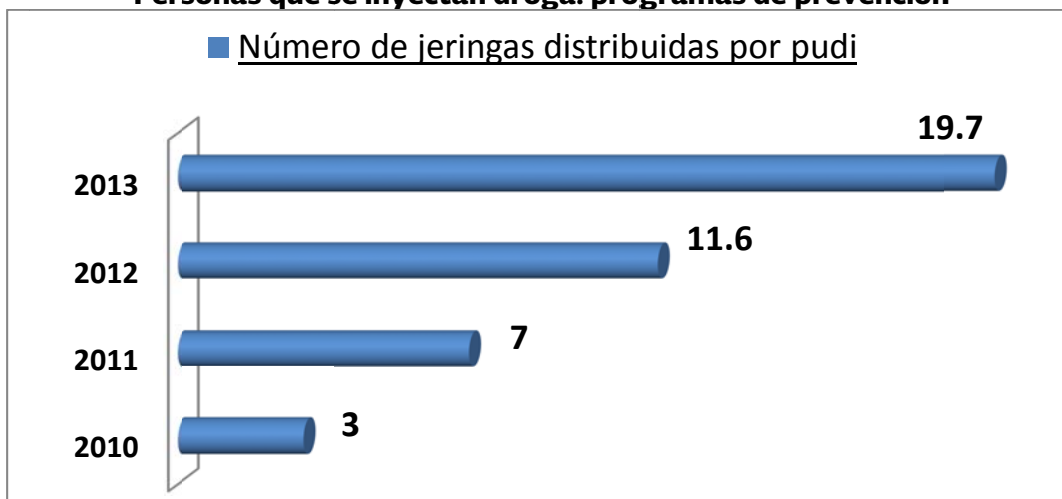
#### Metodología

Para calcular el número de jeringas distribuidas por pudi, se solicitó el reporte del número de jeringas distribuidas gratuitamente en esta población a los Programas Estatales para la Prevención y del Control del VIH y el SIDA, Organismos de la Sociedad Civil que distribuyen jeringas para pudi, a la Comisión Nacional Contra las Adicciones (Conadic) y a la Unidad de Gestión del proyecto financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria - Ronda 9, Acuerdo de Subvención MEX-910-G01-H: "Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidos a HSH, HSH/TS y personas UDI", que proveyó 2,508,840 jeringas que fueron distribuidas por organizaciones de la sociedad civil en sitios de encuentro de personas que se inyectan drogas.

Para el reporte del número de usuarios de drogas inyectables en el país, se volvió a utilizar la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA 2011), la cual señala que 164,157 personas 12 a 65 años de edad declararon haberse inyectado algún tipo de droga ilegal. Las diferencias en número de jeringas entre los años de 2012 y 2013 y anteriores dependen fundamentalmente de las aportaciones del Fondo Mundial que significan el 77.6% de las jeringas que se distribuyeron en el 2013. Las aportadas por organismos civiles con recursos propios representaron una aportación de 17.3% de las jeringas. El aporte de los gobiernos federal y estatal alcanzó el 3.9%. Los organismos de la sociedad civil distribuyeron casi la totalidad de las jeringas aportadas por las todas organizaciones referidas: por un lado hicieron llegar a los pudi la totalidad de las aportadas por el Fondo Mundial, parte de las suministradas por los

gobiernos estatales y federal, las reportadas por Cenadic, así como las que adquirieron con recursos propios.

**Gráfica 31**  
**INDICADOR 2.1**  
**Personas que se inyectan droga: programas de prevención**



Fuentes: - SS/Censida. Jeringas distribuidas en el 2013. México, marzo 2014.  
 - SS/Conadic. Cuadros Cenadic distribución de Jeringas 2013.pdf. México, marzo 2014.  
 - Funsalud/Unidad de Gestión del proyecto financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria - Ronda 9, Acuerdo de Subvención MEX-910-G01-H. Jeringas distribuidas en el 2013. México, marzo 2014.  
 - Acción Colectiva por los derechos de las minorías sexuales, A.C., Integración Social Verter, A.C., Irapuato Vive, A.C., Centro de Servicios Cser, A. C., Programa Compañeros, A. C., Institución de Beneficencia Privada Fátima IBP, Misericordia y Vida para el Enfermo con Sida, A.C., Prevencasa, A.C.). Jeringas distribuidas en el 2013. México, marzo 2014.  
 - SS/Programas Estatales en VIH/SIDA e ITS (Baja California, Chihuahua, Coahuila, Tamaulipas, Sonora, Durango, Zacatecas, Nuevo León, Guanajuato, Sinaloa y D.F.-Clínica condesa ). Jeringas distribuidas en el 2013. México, marzo 2014. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México, 2008. Conapo. República Mexicana: Indicadores demográficos. 2005-2008. Información solicitada Organismos de la sociedad civil con trabajo en drogas inyectables. Programas Estatales para la prevención y el control de VIH/Sida.  
 - SS/Conadic et. al. Usuarios de 12 a 65 años que se ha inyectado algún tipo de droga ilegal según sexo. En: Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Editor: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). Primera Edición. México, 2012.

## Resultados

Se distribuyeron 3,235,372 entre 164,167 pudi, lo que representa 19.7 jeringas por pudi al año. En el 2011 se distribuyeron 534,573 (incluidas 92,070 jeringas del Fondo Mundial) y en el 2012 esa cifra llegó a 1,904,961 jeringas distribuidas (financiadas por Fondo Mundial: 1,199,520). En el 2013 se distribuyeron 3,235,372 (2,508,840 financiadas por el Fondo Mundial), en este periodo, de 2011 a 2013, el número de jeringas distribuidas a pudi aumentó 3.7 veces.

## **2.2 Porcentaje de personas que se inyectan droga que declararon haber usado un preservativo durante su última relación sexual**

En pudi, resulta necesario que haya mayor seguridad en las prácticas de inyección, pero también en las sexuales, ya que la segunda vía de transmisión también debe estar sujeta a prevención.

### Características del indicador

Para observar los progresos logrados en la prevención de la transmisión sexual del VIH entre las pudi, se les pide que respondan a las siguientes preguntas:

1. ¿Se ha inyectado drogas alguna vez durante el último mes?
2. Si la respuesta es afirmativa: ¿Ha mantenido relaciones sexuales el último mes?
3. Si la respuesta a las preguntas 1 y 2 es "sí": ¿Utilizó usted un preservativo en su última relación sexual?

Siempre que sea posible, se deben recopilar los datos de los usuarios de drogas inyectables a través de las organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población. El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionen debe ser confidencial.

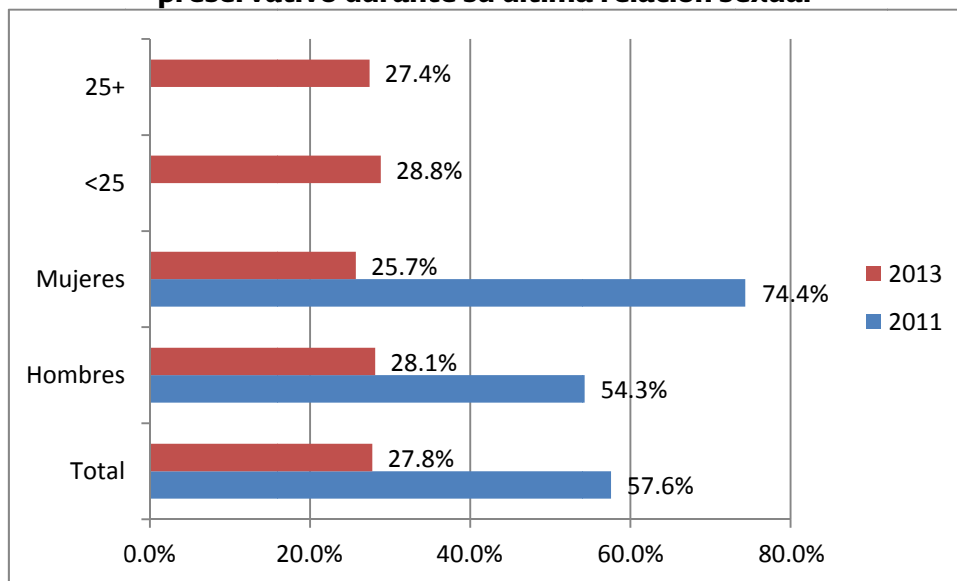
### Metodología

Como parte del proyecto de "Evaluación de Impacto de las Estrategias de Prevención del VIH/Sida Ronda 9", financiado por del Fondo Mundial, se realizaron las encuesta basal y de seguimiento sobre Usuarios de Drogas Inyectables. La encuesta basal se realizó en Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo en 2011 y la encuesta de seguimiento en Ciudad Juárez y Tijuana del 13 al 31 de enero del 2014. Para la obtención de la muestra se recurrió al método de muestreo por tiempo lugar (TLS). Esta metodología consiste en un muestreo aleatorio en dos etapas, cuyo marco muestral para la primera etapa se genera mediante un mapeo etnográfico de sitios y horas de reunión del grupo objetivo en las ciudades donde se llevará a cabo el mapeo. Con un tamaño total de muestra de 800 pudi, la encuesta incluye preguntas socio-demográficas, socio-económicas, sobre su uso de drogas y acceso a servicios de salud, y un examen de VIH. No se tiene información de los entrevistados acerca de si tuvieron relaciones sexuales en el último mes, solo para relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

### Resultados

El 27.8% de pudi declararon haber utilizado condón en su última relación sexual. Los hudi: 28.1% y las mudi: 25.7%. En cuanto al uso de preservativo por edad, las pudi con menos de 25 años de edad 28.8% de los casos y el resto en un 27.4%.

**Gráfica 32**  
**INDICADOR 2.2**  
**Porcentaje de personas que se inyectan droga que declararon haber usado un preservativo durante su última relación sexual**



Fuente: 1. FUNSALUD e INSP. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de UDI. Subvención MEX-910-G01-H. Proyecto "Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidas a HSH, HSH-TS y UDI hombres y mujeres", Ronda 9. México, 2012.

2. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Cortés M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M. Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/Sida. Reporte a FUNSALUD, Marzo 2014.

En el informe de la encuesta basal en 2011 se señala que el porcentaje de pudí que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual es de 57.6%, siendo mayor en mujeres (74.4%) que en hombres (54.3%). Las diferencias de los valores obtenidos entre ambas mediciones (encuesta basal y encuesta de seguimiento) son diferentes en todo sentido, razón por las que deben ser analizadas, para buscar evidencias de cambios reales y descartar diferencias metodológicas o de otra índole.

### **2.3 Porcentaje de personas que se inyectan droga que declararon haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó**

El riesgo de transmisión del VIH por el uso de equipo de inyección contaminado es alto. Por lo tanto, las acciones preventivas deben atender de forma prioritaria este riesgo asegurando inyecciones no contaminadas con VIH.

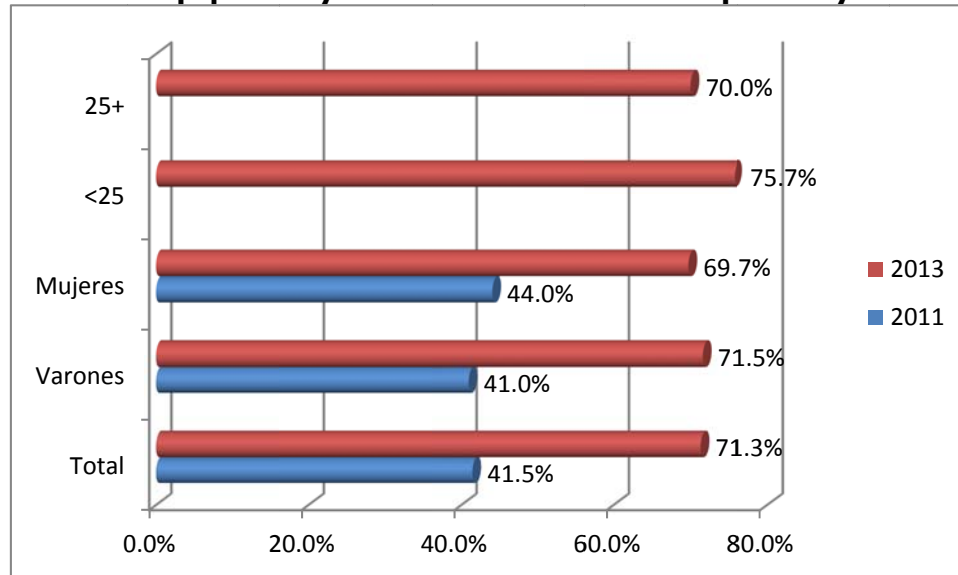
#### Características del indicador

Consiste en medir los progresos realizados en la prevención de la transmisión del VIH relacionada con el uso de drogas inyectables. Operativamente consiste en realizar

encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas Especiales. Se pide a los entrevistados que respondan las siguientes preguntas:

1. ¿Se ha inyectado drogas alguna vez durante el último mes?
2. Si la respuesta es afirmativa, ¿usó equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó drogas?

**Gráfica 33**  
**INDICADOR 2.3**  
**Porcentaje de personas que se inyectan droga que declararon haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó**



Fuente: 1. FUNSALUD e INSP. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de UDI. Subvención MEX-910-G01-H. Proyecto "Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidas a HSH, HSH-TS y UDI hombres y mujeres", Ronda 9. México, 2012.

2. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Cortés M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M. Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/Sida. Reporte a FUNSALUD, Marzo 2014.

## Metodología

Como parte del proyecto de "Evaluación de Impacto de las Estrategias de Prevención del VIH/Sida Ronda 9", financiado por del Fondo Mundial, se realizaron las encuesta basal y de seguimiento sobre Usuarios de Drogas Inyectables. La encuesta basal se realizó en Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo en 2011 y la encuesta de seguimiento en Ciudad Juárez y Tijuana del 13 al 31 de enero del 2014. Con un tamaño total de muestra de 800 UDI, la encuesta incluye preguntas socio-demográficas, socio-económicas, sobre su uso de drogas y acceso a servicios de salud, más una prueba para detectar anticuerpos del VIH.

## Resultados

En 800 entrevistas de encuesta realizadas, el 71.3% de las pudo declara haber utilizado equipo estéril la última vez que se inyectó. Los hombres 71.5% y las mujeres

69.7%. Los jóvenes menores de 25 años lo utilizaron en un 75.7% de los casos y los mayores en un 70%.

En el informe anterior, las cifras al 2011 son apreciablemente inferiores en cuanto a declaración de haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó, mostrando un promedio general de utilización de equipo de inyección estéril de las pudi del 41.5%, lo que indicaría la gran eficacia para la prevención que se obtuvo con los programas de prevención desarrollados durante los años 2012 y 2013.

#### **2.4 Porcentaje de personas que se inyectan droga que se sometieron a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce sus resultados**

Las pudi deben conocer su estado serológico con respecto al VIH, tanto para protegerse a sí mismas como para evitar transmitir el VIH. Este conocimiento puede alentar a las pudi a buscar tratamiento antirretroviral.

##### Características del indicador

Se busca conocer los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y el acceso a las pruebas del VIH a las pudi. En encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales. Se plantean las siguientes preguntas a los entrevistados:

1. ¿Se ha sometido a las pruebas del VIH en los últimos 12 meses?

Si la respuesta es afirmativa:

2. No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba?

Siempre que sea posible, los datos de los usuarios de drogas inyectables deben recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno en estrecha colaboración con esta población. El acceso a los usuarios de drogas inyectables y a la información que proporcionen debe ser confidencial.

##### Metodología

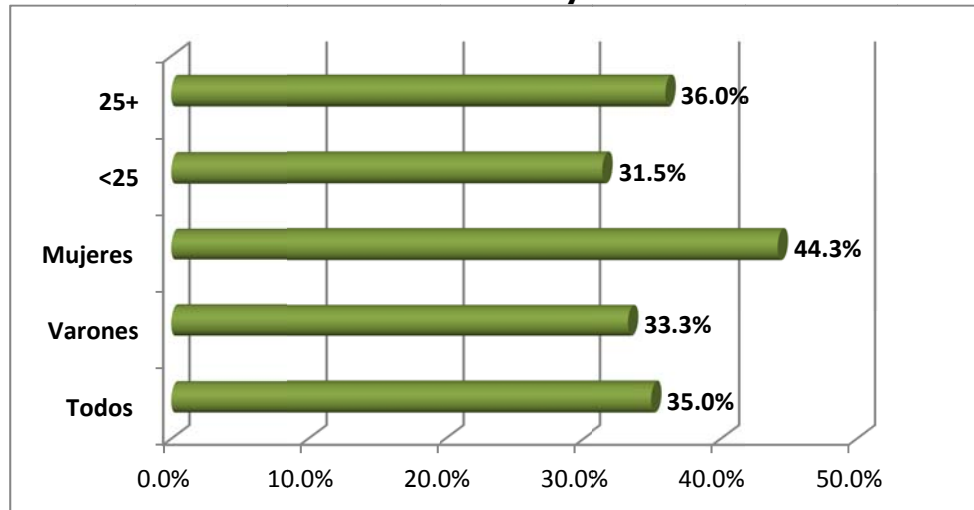
Como parte de la del proyecto de "Evaluación de Impacto de las Estrategias de Prevención del VIH/Sida Ronda 9", financiado por del Fondo Mundial, se realizaron las encuesta basal y de seguimiento sobre Usuarios de Drogas Inyectables. La encuesta basal se realizó en Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo en 2011 y la encuesta de seguimiento en Ciudad Juárez y Tijuana del 13 al 31 de enero del 2014. Con un tamaño total de muestra de 800 UDI, la encuesta incluye preguntas socio-demográficas, socio-económicas, sobre su uso de drogas y acceso a servicios de salud, más un examen de VIH.



Resultados

**Gráfica 34**  
**INDICADOR 2.4**

**Porcentaje de personas que se inyectan droga que se sometieron a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce sus resultados**



Fuentes: Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Cortés M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M. Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/Sida. Reporte a FUNSALUD, Marzo 2014.

El porcentaje de pudí que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados fue 35%. Las diferencias por sexo son significativas, las mujeres en un 44.3% mientras que los varones en 33.3%. Por edad, los mayores de 25 años: 36% y 31.5% de las personas menores de 25 años.

## 2.5 Prevalencia del VIH entre personas que se inyectan droga

La reducción de la prevalencia entre las pudí es un objetivo de importancia para la respuesta nacional al VIH, dado el elevado nivel de riesgo de transmisión que tiene esta población clave y las posibilidades de extender la infección en otros puntos geográficos del país.

Características del indicador

Se utiliza para medir los progresos realizados en la reducción de la prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables.

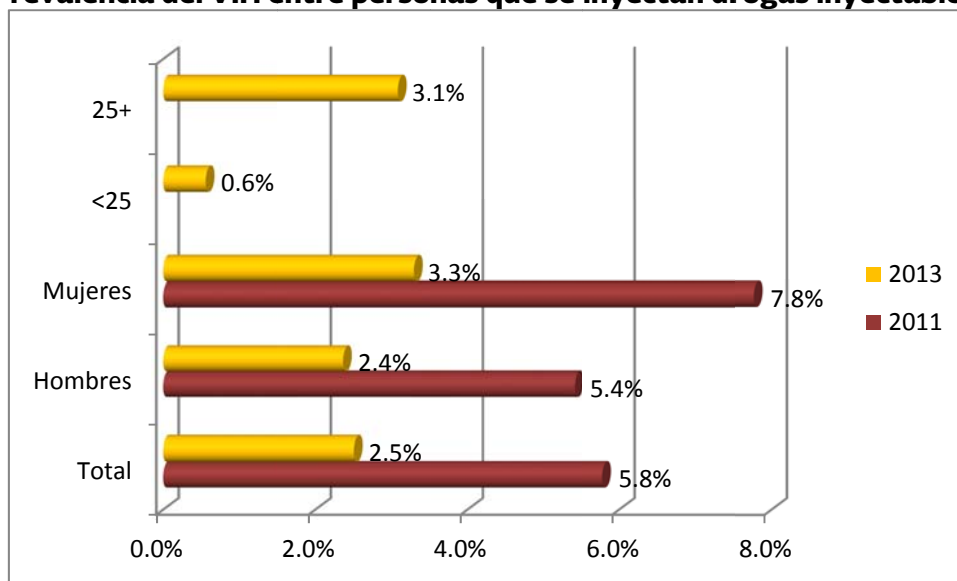
Metodología

Como parte del proyecto de "Evaluación de Impacto de las Estrategias de Prevención del VIH/Sida Ronda 9", financiado por del Fondo Mundial, se realizaron las encuesta basal y de seguimiento sobre Usuarios de Drogas Inyectables. La encuesta basal se realizó en Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo en 2011 y la encuesta de seguimiento en Ciudad Juárez y Tijuana del 13 al 31 de enero del 2014. Con un tamaño total de

muestra de 800 pudi, la encuesta incluye preguntas socio-demográficas, socio-económicas, sobre su uso de drogas y acceso a servicios de salud, más un examen de VIH.

## Resultados

**Gráfica 35**  
**INDICADOR 2.5**  
**Prevalencia del VIH entre personas que se inyectan drogas inyectables**



Fuente: 1. FUNSALUD e INSP. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de UDI. Subvención MEX-910-G01-H. Proyecto "Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidas a HSH, HSH-TS y UDI hombres y mujeres", Ronda 9. México, 2012.

2. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Cortés M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M. Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/Sida. Reporte a FUNSALUD, Marzo 2014.

El porcentaje de pudi que vive con el VIH fue de 2.5%, según sexo, 2.4% en hombres y 3.3% en mujeres. Las pudi con menos de 25 años de edad obtienen una prevalencia del 0.6%, el resto del 3.1%. El estudio realizado en 2011 refiere una prevalencia en pudi del 5.8%. Cabe realizar en este punto un exhaustivo análisis sobre las causas de estas diferencias.

### **2.6a y 2.6b Número estimado de personas en terapia de sustitución de opiáceos (inyectores y no inyectores)**

La terapia de sustitución de opiáceos busca terminar con la dependencia de opiáceos. Además de reducir el consumo de drogas inyectables, se trata de disminuir esta conducta de elevado riesgo para la transmisión del VIH, junto a mejorar la condición de los consumidores para asumir el tratamiento del VIH, la tuberculosis y la hepatitis viral.

#### Características del indicador

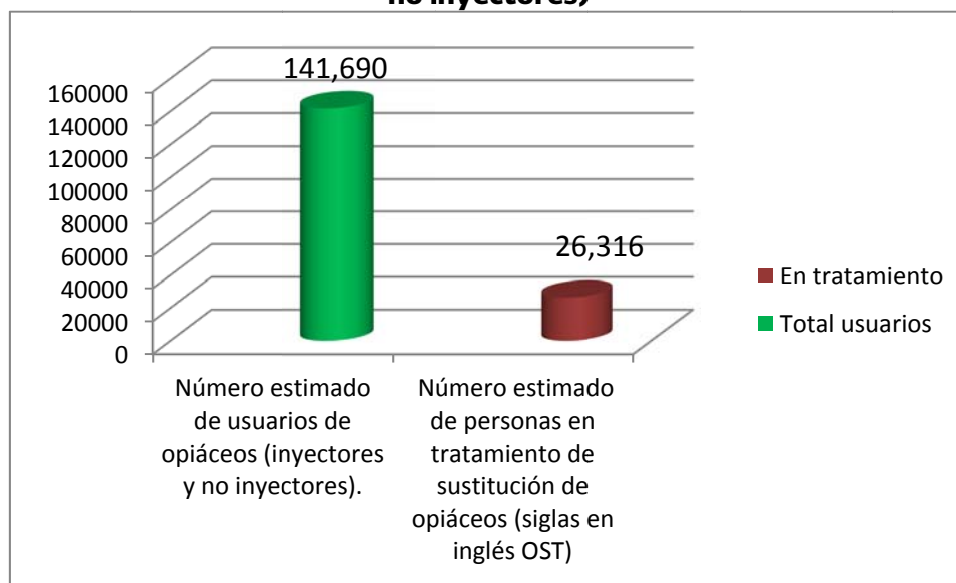
Se trata de observar el compromiso nacional y el progreso hacia el tratamiento de la dependencia de opiáceos, junto a la reducción de las probabilidades de transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas. Para ello debemos conocer el número estimado de usuarios de opiáceos (inyectores y no inyectores) y el número estimado de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos

### Metodología

1.- El número estimado de usuarios de opiáceos que se presentan es la expansión del porcentaje hacia la población general de la misma edad y sexo publicado en la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA 2011), la cual es una encuesta de hogares con representatividad nacional y regional, en la que se encuentran representadas áreas rurales –aquellas con un número de habitantes menor o igual a 2,500– y urbanas –aquellas con más de 2,500 habitantes–. La selección de las unidades de muestra se realizó en múltiples etapas: áreas geoestadísticas básicas (AGEB), manzanas o segmentos, viviendas y, finalmente, personas dentro de los hogares. La selección de viviendas se hizo a partir de los croquis y listados elaborados en campo usando una técnica de muestreo aleatorio sistemático. El trabajo de aplicación de cuestionarios de la ENA 2011 se desarrolló entre el 13 de junio al 29 de agosto de forma simultánea en las 32 entidades federativas.

2.- El número estimado de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos (OST), se obtuvo preguntando a la Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic) y a servicios particulares de atención a consumidores de drogas por el número de personas atendidas en OST en el 2013. De la Conadic se consideró un total de 699 personas en tratamiento de sustitución de opiáceos (de los cuales 697 fueron atendidos en dos Centros de Integración Juvenil y las otras dos en 2 servicios particulares) y, en el conjunto de los restantes 17 servicios particulares considerados 25,617 personas. De la información proporcionada por la Conadic se consideraron la de los Centros de Integración Juvenil, Nuevo León, Guerrero y, se excluyeron 40 casos de Sonora y Sinaloa para evitar posibles repeticiones con los datos de las restantes clínicas particulares de metadona que también ofrecen OST en estos dos últimos estados.

**Gráfica 36**  
**INDICADOR 2.6a y 2.6b**  
**Número estimado de personas en terapia de sustitución de opiáceos (inyectores y no inyectores)**



Fuentes: 1. SS/Conadic et. al. Usuarios de 12 a 65 años que se ha inyectado algún tipo de droga ilegal según sexo. En: Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Editor: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). Primera Edición. México, 2012.

2. SS/Cenadic/Sisvea/Cij, A.C./Cenadic. Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas (2014). México, D.F. México: Conadic. Conadic 2013 Terapia de sustitución.

3. Beatriz Martínez. Clínicas de Metadona. Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones, S. A. de C. V.

4. Carolina Vizcarra Peña. Gerente. Profesionales Contra la Adicción y Asistencia Médica contra la adicción.

## Resultados

Para el año 2013, según la ENA 2011, se estima un total de 141,690 usuarios de opiáceos en el país, de los cuales el número estimado de personas que pasaron por el tratamiento de sustitución de opiáceos (siglas en inglés OST) es de 26,316 (18.6%).

El número estimado de personas en OST aumentó considerablemente respecto del anterior informe, el motivo es una variación en la metodología de recolección de la información. En el 2012, Cenadic proporcionó las cifras; mientras que para 2013 (presente informe) se solicitó información a Conadic y a clínicas privadas que otorgan servicios de sustitución de opiáceos. La inclusión de las últimas es la razón por la cual aumenta significativamente el número de usuarios de este servicio. Por tanto los valores entre las mediciones de pudí en terapia no son comparables.

## **2.7a y 2.7b Número de puntos de prestación de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringas (siglas en inglés NSP)**

Los programas de distribución de agujas y jeringas constituyen una de las intervenciones más eficaces en la prevención de la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectables.

### Características del indicador

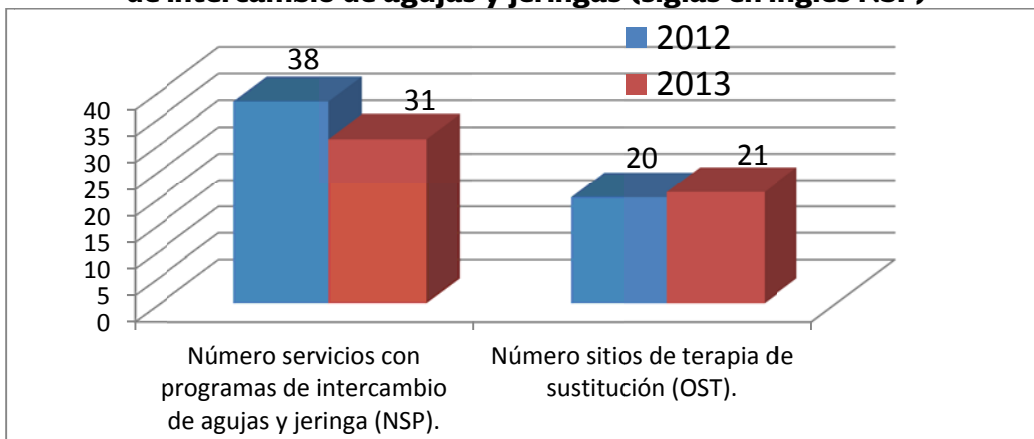
Se trata de contabilizar los puntos del NSP (incluidos los puntos en las farmacias que proporcionan agujas y jeringas sin costo alguno). Disponibilidad de los centros que pueden proporcionar agujas y jeringas limpias a los consumidores de drogas inyectables y sitios de sustitución.

### Metodología

1.NSP: Para contabilizar los programas de intercambio de jeringa se solicitó el número de estos servicios que instalaron u operaron en el 2013 organismos de la sociedad civil que trabajan con personas que usan drogas inyectables (pudi), Programas Estatales en VIH/sida y a la Unidad de Gestión del Proyecto del Fondo Mundial en México Ronda 9 y Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic). La diferencia con las cifras reportadas para 2012, se producen porque el Proyecto del Fondo Mundial en México no dotó de jeringas a centros privados proveedores de tratamiento de sustitución de opiáceos, por tanto, el número de sitios que proveen jeringas disminuyó, lo que no significa que disminuyera el número de jeringas entregadas.

2.- OST: Se solicitó al Conadic y a servicios particulares de atención a consumidores de drogas, identificar el número de clínicas o sitios que ofrecen terapia de sustitución de opiáceos. Ambos servicios (de NSP y OST) están ubicados en áreas urbanas.

**Gráfica 37**  
**INDICADOR 2.7a y 2.7b**  
**Número de puntos de prestación de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringas (siglas en inglés NSP)**



Fuentes: Consulta realizada a CONADIC, OSC, UGP/FUNSAUD y Programas Estatales de VIH/Sida e ITS. 2013 y 2014, México.

## Resultados

Pudieron contabilizarse 31 servicios con programas de intercambio de agujas y jeringa (NSP) y 28 sitios que ofrecen terapia de sustitución en 2013. En el anterior informe se contabilizaron 38 y 20 respectivamente. Es importante mencionar que, dado el clima de violencia existente en algunas ciudades, hay clínicas de terapia de sustitución que han debido suspender sus servicios, según expresiones vertidas por el personal de OST.

## **Objetivo 3. Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida**

### **3.1 Prevención de la transmisión materno-infantil**

El riesgo de la transmisión materno-infantil o vertical puede reducirse significativamente con enfoques complementarios de acceso a tratamiento antirretroviral para la madre y profilaxis al lactante, junto a la aplicación de prácticas seguras en el parto y lactancia.

#### Características del indicador

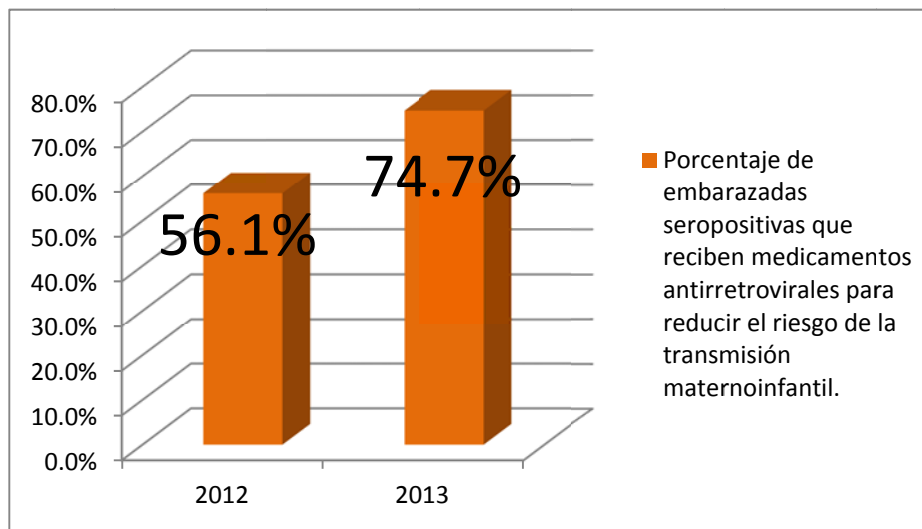
Para obtener el porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales a efectos de reducir el riesgo de la transmisión materno-infantil, se requiere contar con el número de embarazadas seropositivas que recibió medicamentos antirretrovirales durante los últimos doce meses para reducir el riesgo

de transmisión materno-infantil durante el embarazo y el parto, además del número estimado de mujeres con VIH que dieron a luz en los últimos doce meses.

### Metodología

Las cifras del numerador fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013. El IMSS que, se estima atiende alrededor de 40% de las mujeres embarazadas en el país, no cuenta con la información completa del número embarazadas seropositivas que recibió medicamentos antirretrovirales durante los últimos doce meses para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil, pues reporta un número muy bajo comparado con lo que se calcula debería atender; por ello, esta cifra se estimó asumiendo que las mujeres embarazadas en TAR siguen la misma distribución porcentual del número de personas en TAR. También, se reconoce subregistro en la Secretaría de Salud, debido a problemas de registro de las embarazadas atendidas, por lo que se estima que el porcentaje de cobertura de tratamiento en embarazadas es mayor a lo reportado en este indicador.

**Gráfica 38**  
**INDICADOR 3.1**  
**Prevención de la transmisión materno-infantil**



Fuentes: Numerador: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del Sector público: SS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR y el sector privado 2012 y 2013.

Denominador: Modelo Spectrum 2013 y 2014.

Los datos del denominador corresponden a estimaciones realizadas por el modelo Spectrum 5.03. A partir del Registro Nacional de Casos de SIDA se realizó una estimación del sector privado, aplicando el porcentaje de los casos diagnosticados en este sector.

## Resultados

Atendiendo a esta metodología y supuestos aplicados, el porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil es de 74.7%. Este cálculo se obtiene considerando las 1,104 embarazadas seropositivas que recibieron medicamentos antirretrovirales durante los últimos doce meses, entre las 1,478 embarazadas VIH-positivas que se estima dieron a luz en los últimos doce meses.

En el informe anterior esta cifra fue 56.1%; las diferencias entre ambos informes, se relaciona con un menor subregistro en las cifras utilizadas en el presente informe, que no permiten ver el grado de avance en este sentido.

### **3.3 Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses**

El porcentaje de los recién nacidos que viven con VIH debería disminuir conforme aumenta la detección oportuna del VIH en las embarazadas y la cobertura de las intervenciones relacionadas con la PTMI y el uso de regímenes más efectivos.

#### Características del indicador

Se calcula obteniendo el número de nuevos casos de niños seropositivos debido a la transmisión maternoinfantil entre los nacidos de madres seropositivas en los últimos 12 meses. El denominador requerido es el número de mujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos 12 meses.

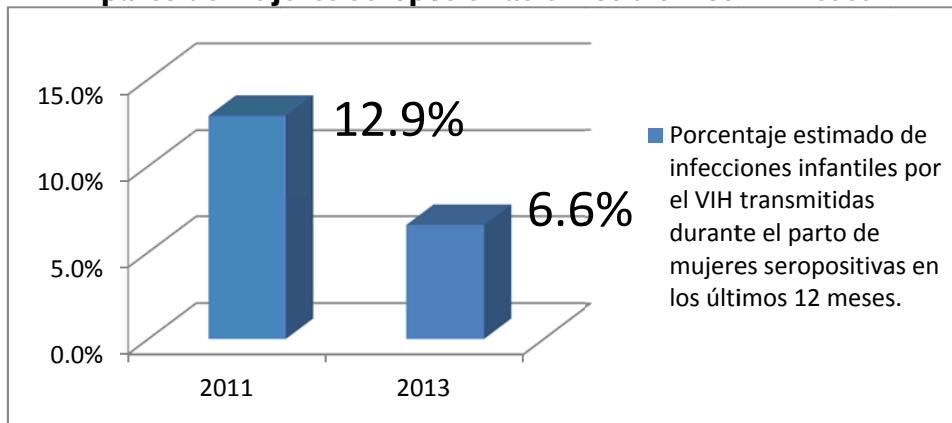
#### Metodología

Se utilizaron las estimaciones de la herramienta de modelaje *Spectrum 5.03* del ONUSIDA, tanto para el numerador como para el denominador. Se consideró para el numerador la variable obtenida de Spectrum titulada “Nuevas infecciones por el VIH entre los niños menores de 1 año”. Para el denominador se consideró la estimación de Spectrum que brinda el número de mujeres embarazadas que estaban en necesidad de TAR.



Resultados

**Gráfica 39**  
**INDICADOR 3.3**  
**Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses**



Fuente: Se utilizaron las estimaciones del modelo Spectrum tanto para el numerador como para el denominador. 2012 y 2014.

El porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses, según la herramienta *Spectrum 5.03*, fue de 6.6% en el 2013. Esta cifra proviene de considerar las estimaciones de los 97 nuevos casos de niños seropositivos debido a la transmisión materno-infantil y las 1,478 embarazadas seropositivas que dieron a luz en los últimos 12 meses.

Para el año 2011 se estimó, con una metodología muy similar, un 12.9% de transmisión materno-infantil. Este pronunciado descenso en tan sólo dos años puede deberse, a la reducción del subregistro de mujeres en TAR, mejoras en la respuesta al VIH en embarazadas, así como a las diferencias en los resultados del modelaje para 2011 y 2013, producto de la mejora en la calidad de los datos que alimentan los parámetros de la herramienta de modelaje, así como de las modificaciones introducidas a la herramienta misma, puesto que son versiones diferentes del instrumento para las estimaciones en ambos periodos.

### **3.4. Porcentaje de embarazadas que conocen su estado serológico con respecto al VIH (se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto o el puerperio [<72 horas], incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado con respecto al VIH)**

La detección del VIH en las embarazadas proporciona la oportunidad de acceder a los demás servicios de prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI).

#### Características del indicador

El numerador se compone con el número de mujeres con estado serológico desconocido respecto al VIH que acuden a los servicios de atención prenatal, atención durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, que se han hecho la prueba de detección del VIH y conocen el resultado; y del número de mujeres con infección por el VIH conocida que acuden a los servicios de atención prenatal por un nuevo embarazo durante los 12 últimos meses.

El denominador se obtiene mediante una estimación poblacional del número de embarazadas que han dado a luz en los 12 últimos meses, el cual puede obtenerse de las estimaciones de nacimientos del organismo central de estadística, de la División de Población de las Naciones Unidas o de los sistemas de registro de embarazadas que tengan datos completos.

#### Resultados

No se dispone de la información completa para el cálculo de este indicador. En México, se tiene conocimiento del número de detecciones de VIH realizadas a mujeres embarazadas que acuden a control prenatal (1,296,300), las cuales se registran en los sistemas de información de las instituciones del sector salud (sólo sector público); sin embargo, no es posible identificar cuántas de ellas conocen sus estado serológico.

### **3.6 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que han sido evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antirretroviral mediante la estadificación clínica o el análisis de los CD4**

Las embarazadas con VIH que satisfacen los criterios clínicos y los criterios inmunológicos para recibir TAR, deben iniciar el tratamiento. El TAR ayuda a mantener la salud a las mujeres embarazadas con VIH y reduce el riesgo de transmisión materno-infantil.

#### Características del indicador

Para obtener el porcentaje se debe contar con el número de mujeres embarazadas infectadas con VIH evaluadas para recibir terapia antirretroviral a través de su estado clínico o prueba de CD4, en los últimos 12 meses, y el número de embarazadas seropositivas para el VIH.

#### Metodología

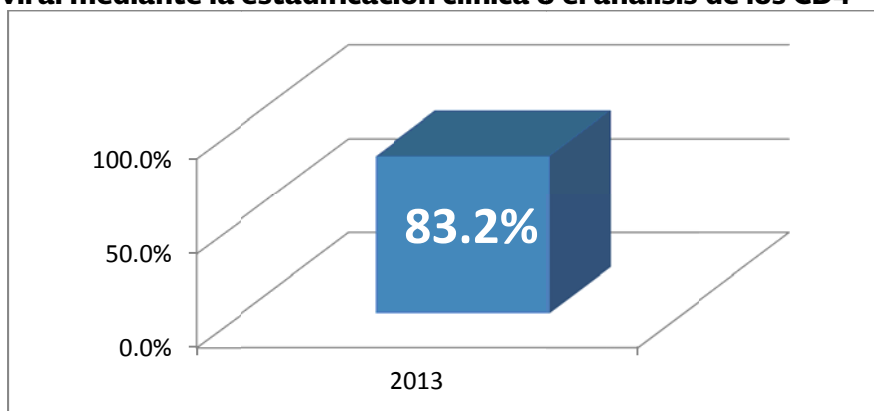
Las cifras del numerador fueron solicitadas a las instituciones del sector salud pública que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del

Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013. Para el denominador se utilizará sólo el 53% del número estimado de embarazadas seropositivas para el VIH según la estimación obtenida con la herramienta *Spectrum*, ya que esta fracción corresponde con lo que notificaron las instituciones incluidas en el numerador. Es decir, sólo se incluye información de: SS, ISSSTE y PEMEX que atienden alrededor del 53% del total de mujeres embarazadas en el país.

## Resultados

**Gráfica 40**  
**INDICADOR 3.6**

**Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que han sido evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antirretroviral mediante la estadificación clínica o el análisis de los CD4**



Numerador: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, ISSSTE y PEMEX. Datos 2013.  
Denominador: ONUSIDA y CENSIDA. Modelaje con Spectrum.

El número estimado de embarazadas seropositivas para el VIH es de 783, y el número de mujeres embarazadas infectadas con VIH evaluadas para recibir terapia antirretroviral en los últimos 12 meses es de 652. Esto significa que el 83.2% de las embarazadas ha comenzado con el tratamiento antirretroviral.

### **3.11 Número de mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación**

Si las embarazadas no acuden a los servicios de atención prenatal, difícilmente podrá existir una valoración de su estado serológico respecto del VIH.

## Características del indicador

Se busca contar con el número de mujeres embarazadas con al menos una visita a la consulta de atención prenatal durante el año 2013, período que abarca el reporte.

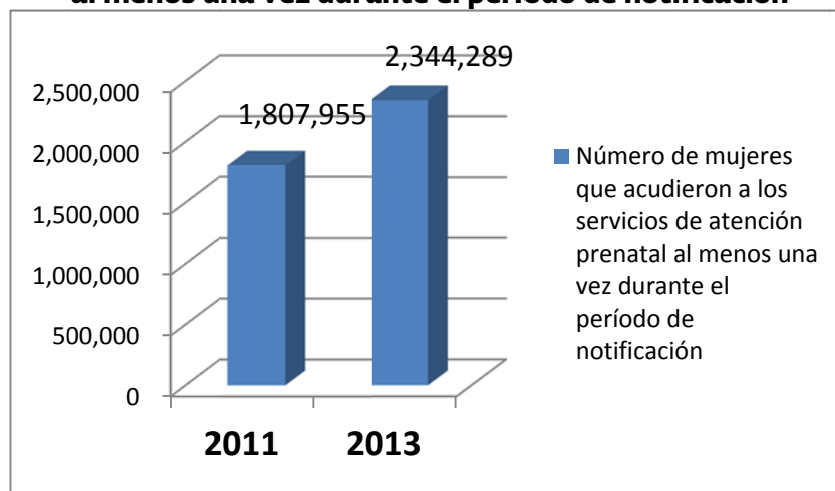
## Metodología

La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA), para el año 2013. Se incluye información de: SS, IMSS, PEMEX, SEDENA y SEMAR.

Se incluye las consultas de embarazadas por primera vez registradas por las instituciones. Sin embargo, se reconoce un sobre-registro, por lo tanto en el indicador 1.17.1 se utiliza nacimientos estimados como indicador próximo del número embarazadas.

## Resultado

**Gráfica 41**  
**INDICADOR 3.11**  
**Número de mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación**



Fuente: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. 2011 y 2013.

En el periodo 2013 se estima que 2,344,289 embarazadas acudieron a atención prenatal al menos una vez. En el 2011, se estimó que fueron 1,807,955 mujeres embarazadas las que accedieron a atención prenatal al menos una vez, en ambos casos en las instituciones del sector salud público.

### **3.12.3 Número de niños nacidos en el 2012 (o los datos más recientes disponibles) de madres seropositivas para el VIH que recibieron un diagnóstico positivo del VIH**

Características del indicador

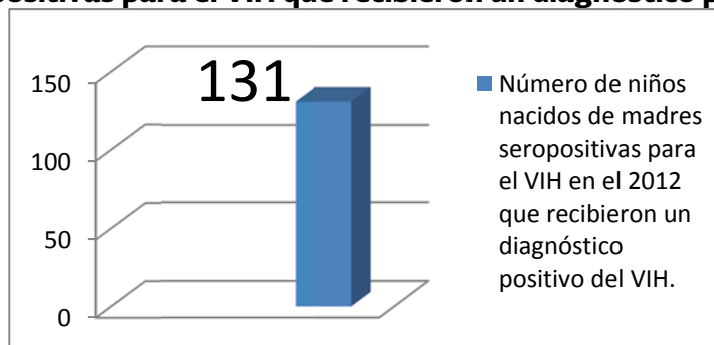
Se trata de obtener el número de niños nacidos de madres seropositivas para el VIH en el 2012 que recibieron un diagnóstico positivo del VIH.

Metodología

Las cifras se obtuvieron del sistema epidemiológico nacional. Incluye casos de Sida y casos de VIH perinatales diagnosticados en el 2012 por todas las instituciones del sector salud.

Resultados

**Gráfica 42**  
**INDICADOR 3.12.3**  
**Número de niños nacidos en el 2012 (o los datos más recientes disponibles) de madres seropositivas para el VIH que recibieron un diagnóstico positivo del VIH**



Fuentes: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de Sida. Datos 2012. Base de datos al 31 de diciembre 2013.  
SS/DGE. Registro de Seropositivos a VIH. Datos 2012. Base de datos al 31 de diciembre 2013.

La cifra presentada incluye casos de VIH y casos de sida perinatales: 64 y 67, respectivamente (131 en total). Estos conteos se pueden ver afectados por el retraso en la notificación de los casos, por lo cual es factible que se incrementen en años subsiguientes.

## **Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015**

### **4.1 Tratamiento del VIH: Porcentaje de adultos y niños que recibe actualmente tratamiento antirretrovírico de entre todos los adultos y niños que viven con el VIH**

A medida que avanza la pandemia de VIH, un mayor número de personas alcanza fases avanzadas de la infección por el VIH. La terapia antirretroviral ha demostrado su capacidad de reducir la mortalidad entre los infectados, así como las enfermedades relacionadas con el sida: también puede reducir considerablemente el riesgo de transmisión del VIH, y la propagación de la tuberculosis. Un aspecto crucial para el mejoramiento de la respuesta a la epidemia.

#### Características del indicador

Se trata de informar el avance hacia el suministro de terapia antirretroviral de combinación a todas las personas que reúnen los requisitos para recibir el tratamiento considerando si es mayor o menor de edad y sexo.

#### Metodología

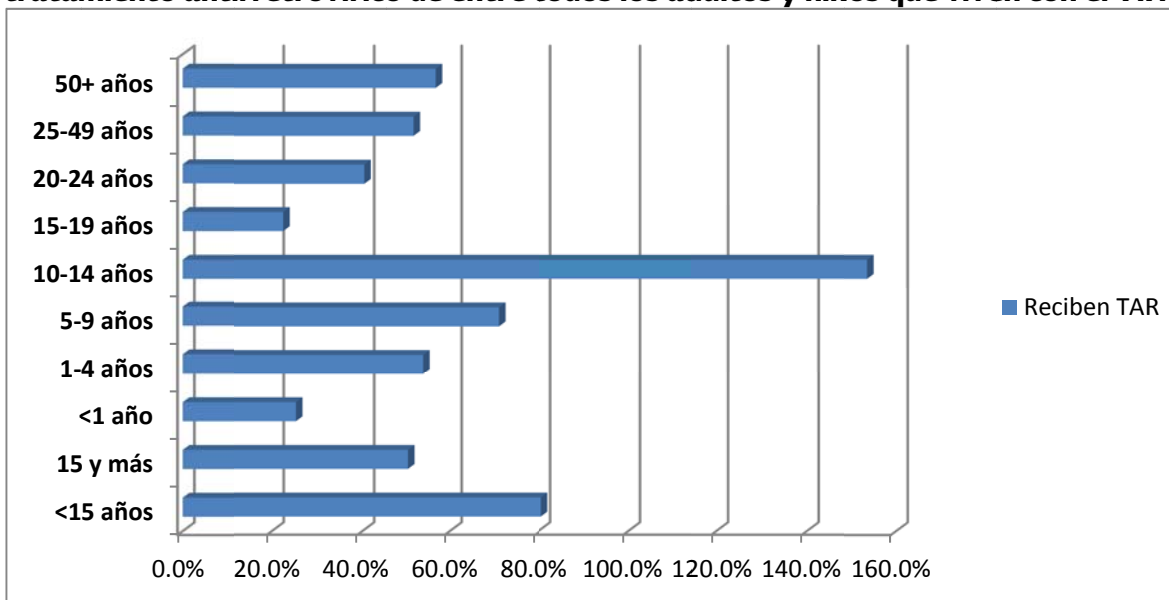
Las cifras del numerador fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), desagregadas por sexo y edad, para el año 2013. A partir del Registro Nacional de Casos de SIDA se hace una estimación del sector privado, aplicando la distribución porcentual de los casos diagnosticados en este sector, bajo el supuesto de que conservan la misma distribución por sexo y edad que el sector público.

Los datos del denominador corresponden a estimaciones realizadas con la herramienta de modelaje *Spectrum 5.03*, utilizando los criterios de la OMS para estimar personas que viven con VIH, a fin de poder establecer comparación internacional en el indicador. Esto porque, según la guía GARPR 2014: Los criterios nacionales de admisión a la terapia antirretrovírica varían de un país a otro. Para lograr que este indicador sea comparable entre países, los informes mundiales presentaran la cobertura de las terapias antirretroviricas para adultos y niños como un porcentaje de todas las personas que viven con el VIH. Por lo cual, el nuevo porcentaje de 51.1% no puede ser comparable con las cifras de informes anteriores.

Resultados

**Gráfica 43**  
**INDICADOR 4.1**

**Tratamiento del VIH: Porcentaje de adultos y niños que recibe actualmente tratamiento antirretrovírico de entre todos los adultos y niños que viven con el VIH**



Numerador: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del Sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013. SS/CENSIDA. Estimaciones del sector privado.

Denominador: Los datos provienen de las estimaciones del modelo de Onusida Spectrum 5.03.

Las cifras presentadas muestran que el 51% de las personas que se estima viven con VIH se encuentran en tratamiento; si se usa la metodología del año anterior (PVV en TAR / PVV elegibles para TAR) ese porcentaje subiría al 75.8%. Considerando la estimación de quienes son elegibles para iniciar el tratamiento (utilizando los criterios nacionales de elegibilidad), esto último implicaría que hay 28,623 personas con VIH en situación de iniciar el tratamiento y no lo han hecho, en la mayoría de los casos porque desconocen ser portadores del VIH. La necesidad de incrementar el acceso a la detección y la retención en los servicios son las lecciones que reportan las estimaciones señaladas. No se aprecian diferencias en el acceso a TAR entre hombres y mujeres.

Un señalamiento importante es que el 12.2% de quienes se encuentran en TAR (10,885 nuevos pacientes) lo han iniciado durante el año 2013. De acuerdo con datos del Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR), presentados en el Informe sobre la situación en el 2011, habrían ingresado a TAR 15,451 personas ese año. Cabría indagar en profundidad el por qué se presenta tamaña diferencia en el número de incorporaciones al TAR en solo dos años, especialmente cuando se considera que desde el año 1999 en adelante se ha observado una epidemia estable con cifras estimadas inferiores a las diez mil transmisiones al año en ese entonces.

Del número estimado de niños y adultos que viven con VIH, el 80.5% de los niños ya se encuentran en tratamiento, mientras que en los adultos esta proporción baja al 50.7%. En el rango de edad de 10 a 14 años se observa una inconsistencia en la proporción de niños que se encontraría en TAR (153.7%), esto se debe a una sub estimación en el número de niños en esas edades que vivirían con VIH, según el Spectrum.

#### **4.2a Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 12 meses después de iniciarlo**

El tratamiento antirretroviral busca aumentar la supervivencia de las personas que viven con el VIH. La provisión de la terapia antirretroviral se amplía permanentemente en México, y también es clave para mejorar los servicios, saber cuántas personas abandonan los programas de tratamiento y entender por qué lo hacen. Por una parte, esta información permite valorar la eficacia de los programas comprometidos, por otra, se delatan los obstáculos para su ampliación y mejoramiento.

##### Características del indicador

Se trata de observar los progresos realizados en el incremento de la supervivencia en adultos y niños infectados al mantenerlos en terapia antirretroviral. Para esto se requiere contabilizar el número de adultos y niños que continúan con vida y en terapia antirretroviral a los 12 meses de iniciar el tratamiento.

##### Metodología

A medida que los pacientes comienzan la terapia antirretroviral, deben recopilarse datos de cohorte mensuales de forma continua para dichos pacientes. Deberán agruparse los datos de las cohortes mensuales que han completado por los menos 12 meses de tratamiento.

Se considera la siguiente desagregación de pacientes según condición:

- Sexo
- Periodo de 12 meses
- Edad (<15, 15+)
- Situación del embarazo al inicio de la terapia
- Situación de lactancia al inicio de la terapia

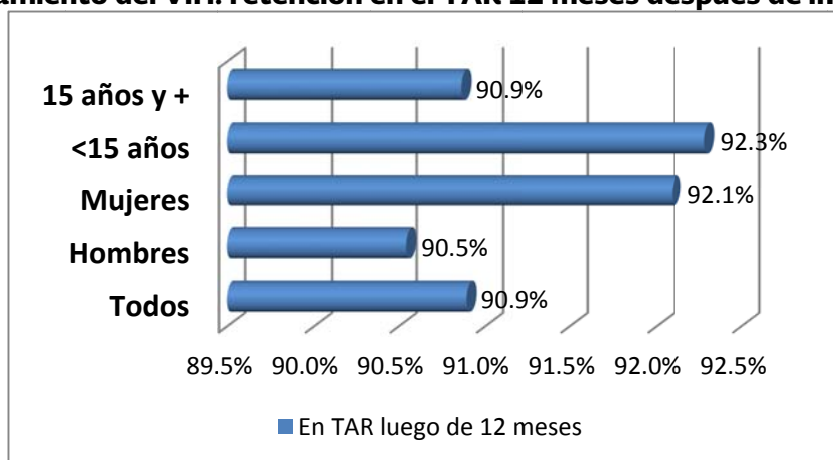
En el numerador deben incluirse los pacientes adultos y niños sigan con vida y en terapia antirretroviral 12 meses después del inicio del tratamiento. Para poder realizar una interpretación completa de la supervivencia deben recabarse los siguientes datos:

- Número de adultos y niños que inició la terapia antirretroviral en el grupo de terapia inicial por lo menos 12 meses antes del final del periodo de información;
- Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretroviral 12 meses después de iniciar el tratamiento.



Para incluirlos en el numerador, no es necesario que los pacientes hayan seguido una terapia antirretroviral de forma constante durante los 12 meses del periodo. Los pacientes que hayan faltado a una o dos visitas o a recoger los medicamentos, y que hayan suspendido temporalmente el tratamiento durante los 12 meses desde el comienzo del tratamiento, pero están registrados como pacientes en tratamiento en el duodécimo mes, se incluyen en el numerador. En cambio, los pacientes que han fallecido, abandonado el tratamiento o están perdidos para el seguimiento a los 12 meses del inicio del tratamiento no se incluyen en el numerador.

**Gráfica 44**  
**INDICADOR 4.2a**  
**Tratamiento del VIH: retención en el TAR 12 meses después de iniciarlo**



Fuente: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013.

## Resultado

El porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral, se calculó para las personas que son atendidas en el año 2013 en SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR que representan 99.2% del total de personas en TAR (incluye sector público y privado) a nivel nacional. La supervivencia general fue de 90.9%, las mujeres continúan en 92.1% de los casos, los hombres 90.5%, menores de 15 años en 92.3% y mayores de 15 años 90.9%. Las cifras del 2013 respecto del informe 2012 (92.1%) no variaron significativamente, por lo que se considera que la supervivencia al año de TAR se encuentra estable.

## 4.2b Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 24 meses después de iniciarlo

El tratamiento antirretroviral es una intervención de por vida. Medir la retención de este tratamiento es fundamental para determinar la eficacia de los programas, al

inferir sus repercusiones y destacar los obstáculos para su ampliación y mejoramiento.

#### Características del indicador

Se trata de observar los progresos realizados en el incremento de la supervivencia en adultos y niños infectados al mantenerlos en terapia antirretroviral. Para esto se requiere contabilizar el número de adultos y niños que continúan con vida y en terapia antirretroviral a los 24 meses de iniciar el tratamiento.

Metodología Se repite la metodología anterior

A los 24 meses: número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2011 (u otro período especificado) y de quienes se esperaban resultados a los 24 meses dentro del período de notificación correspondiente al 2013 (o 24 meses después del período de inicio especificado), incluidos aquellos que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellos que han suspendido el tratamiento y aquellos registrados como pérdidas de seguimiento al cabo de los 24 meses.

Se considera la siguiente desagregación de pacientes según condición:

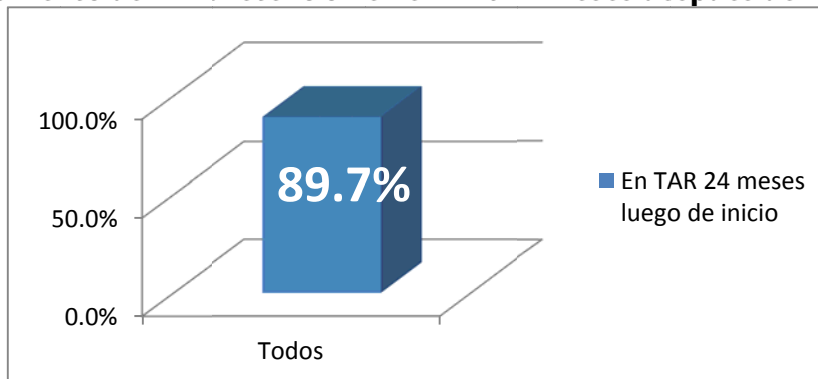
- Sexo
- Período de 24 meses
- Edad (<15, 15+)
- Situación del embarazo al inicio de la terapia
- Situación de lactancia al inicio de la terapia

En el numerador deben incluirse los pacientes adultos y niños sigan con vida y en terapia antirretroviral 24 meses después del inicio del tratamiento. Para poder realizar una interpretación completa de la supervivencia deben recabarse los siguientes datos:

- Número de adultos y niños que inició la terapia antirretroviral en el grupo de terapia inicial por lo menos 24 meses antes del final del periodo de información;
- Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretroviral 24 meses después de iniciar el tratamiento.

Para incluirlos en el numerador, no es necesario que los pacientes hayan seguido una terapia antirretroviral de forma constante durante los 24 meses del periodo. Los pacientes que hayan faltado a una o dos visitas o a recoger los medicamentos, y que hayan suspendido temporalmente el tratamiento durante los 24 meses desde el comienzo del tratamiento, pero están registrados como pacientes en tratamiento en el duodécimo mes, se incluyen en el numerador. En cambio, los pacientes que han fallecido, abandonado el tratamiento o están perdidos para el seguimiento a los 24 meses del inicio del tratamiento no se incluyen en el numerador.

**Gráfica 45**  
**INDICADOR 4.2b**  
**Tratamiento del VIH: retención en el TAR 12 meses después de iniciarlo**



Fuente: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013.

### Resultado

Número de adultos y niños que siguen el tratamiento antirretroviral a los 24 meses después de iniciar el tratamiento (iniciaron el tratamiento en 2011) = 14,102; Número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2011 (u otro período especificado) y de quienes se esperaban resultados a los 24 meses dentro del período de notificación correspondiente al 2013 (o 24 meses después del período de inicio especificado) = 15,727. El porcentaje de los que siguen vivos y en tratamiento 24 meses después es del 89.7%.

Las cifras 2013 respecto del Informe GARPR anterior (85.2%) se incrementan ligeramente, aunque no representa un cambio significativo en la supervivencia a los dos años de TAR.

### **4.2c Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 60 meses después de iniciarlo**

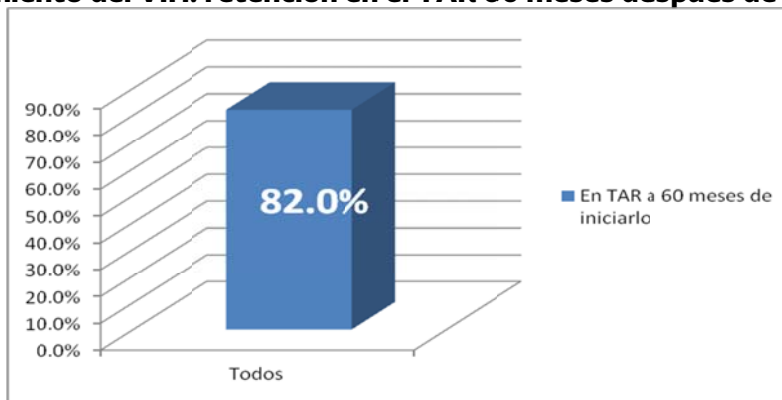
Características del indicador y Metodología igual que en los dos casos anteriores pero calculado a 60 meses, lo que implica una cohorte de un en tamaño menor a las ya expuestas.

### Metodología

A los 60 meses: número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2008 (u otro período especificado) y de quienes se esperaban resultados a los 60 meses dentro del período de notificación correspondiente al 2013 (o 60 meses después del período de inicio especificado), incluidos aquellos que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellos que han suspendido el tratamiento y aquellos registrados como pérdidas de seguimiento al cabo de los 60 meses. La

evaluación de los resultados a los 60 meses debe incluir a todos los pacientes que iniciaron el tratamiento hace 5 años.

**Gráfica 46**  
**INDICADOR 4.2c**  
**Tratamiento del VIH: retención en el TAR 60 meses después de iniciarlo**



Fuente: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013.

## Resultado

El número de adultos y niños que siguen en tratamiento antirretroviral 60 meses después de iniciarlo en 2008 = 7,166; Número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2008 = 8,740. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH que siguen con vida y en TAR 60 meses después del inicio del tratamiento es del 82%. El porcentaje en 2013 (82%) muestra un incremento significativo en la supervivencia al quinto año de TAR respecto del 72.5% presentado en el informe sobre lo acontecido en la respuesta nacional durante el 2011. Sin embargo, estas diferencias metodológicas pueden deberse a una mejora en la metodología de estimación, ya que el año anterior, fue el primer año de reporte de los indicadores de supervivencia por parte de todas y/o la gran mayoría de las instituciones del sector salud público.

### 4.3a Número de establecimientos de salud que ofrece TAR

El TAR es una de las piedras angulares de la atención eficaz del VIH. El continuo incremento de establecimientos de salud que proporcionan TAR se relaciona con la disponibilidad de dicho tratamiento.

#### Características del indicador

El número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral (es decir, que lo recetan o realizan el seguimiento clínico).

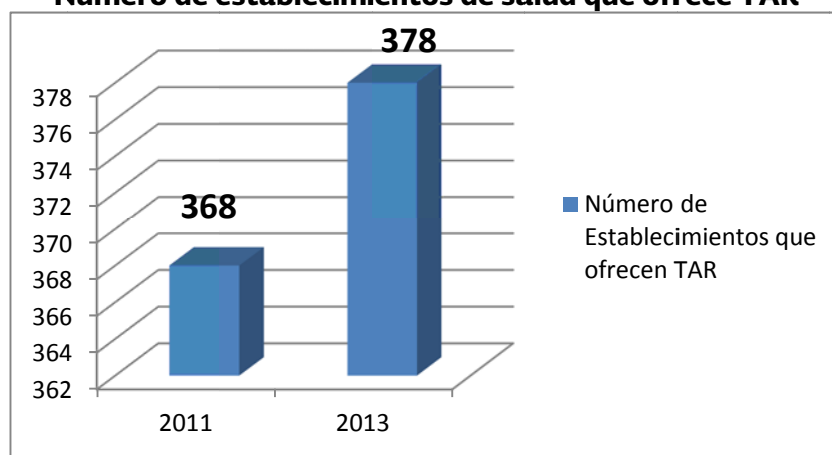
La capacidad de los establecimientos de salud para proporcionar TAR, expresada como el porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen el TAR (es decir, que lo

recetan o realizan el seguimiento clínico). Dentro de los establecimientos de salud se encuentran los establecimientos públicos y privados, los centros de salud y los consultorios (incluidos los centros antituberculosos), así como centros de salud gestionados por organizaciones religiosas o no gubernamentales.

## Metodología

Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013.

**Gráfica 47**  
**INDICADOR 4.3a**  
**Número de establecimientos de salud que ofrece TAR**



Fuente: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013.

## Resultado

De acuerdo con el Grupo de Información Sectorial del CONASIDA, el número de establecimientos de salud que ofrece TAR son 378 en el sector público. No hay datos de centros privados.

### 4.3b Establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico

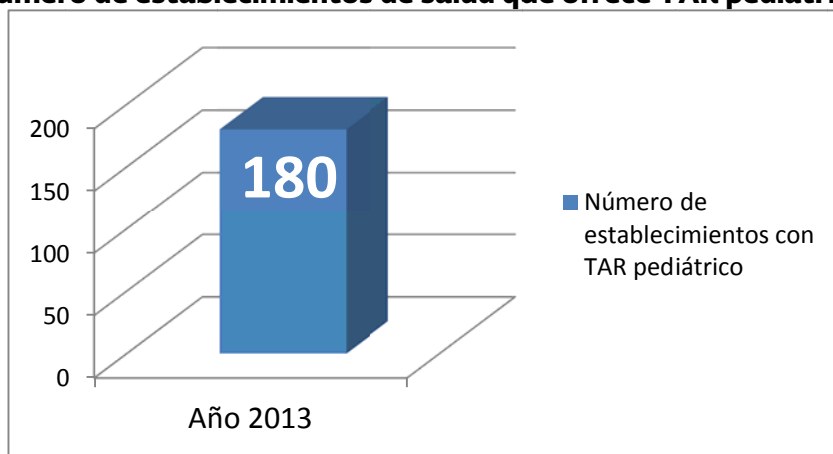
El TAR es una de las piedras angulares del tratamiento eficaz del VIH. Medir el porcentaje de establecimientos de salud que proporcionan TAR pediátrico se relaciona con la disponibilidad de dicho tratamiento para los infantes.

#### Características del indicador

El número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral pediátrico (es decir, que lo recetan o realizan el seguimiento clínico).

Delata la capacidad de los establecimientos de salud para facilitar TAR expresada como el porcentaje de establecimientos que ofrecen TAR pediátrico. Los establecimientos de salud incluyen los establecimientos públicos y privados, los centros de salud y consultorios (incluidos los centros antituberculosos), así como los establecimientos de salud gestionados por organizaciones religiosas u organizaciones no gubernamentales.

**Gráfica 48**  
**INDICADOR 4.3b**  
**Número de establecimientos de salud que ofrece TAR pediátrico.**



Fuente: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013.

### Metodología

Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013.

### Resultado

El total de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico (es decir, que prescriben medicamentos o proporcionan seguimiento clínico) es de 180. No se dispone de información de establecimientos privados.

#### **4.4 Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales (ARVs) y que ha experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los ARVs requeridos en los 12 últimos meses**

El TAR es una estrategia de tratamiento a largo plazo para las personas con infección avanzada del VIH por lo que las interrupciones del tratamiento pueden conducir al fracaso terapéutico y a la farmacorresistencia del VIH. Se trata de mejorar la gestión para asegurar un suministro ininterrumpido de los ARV.

##### Características del indicador

El porcentaje de de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales (ARVs) y que ha experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los ARVs requeridos en el 2013.

##### Metodología

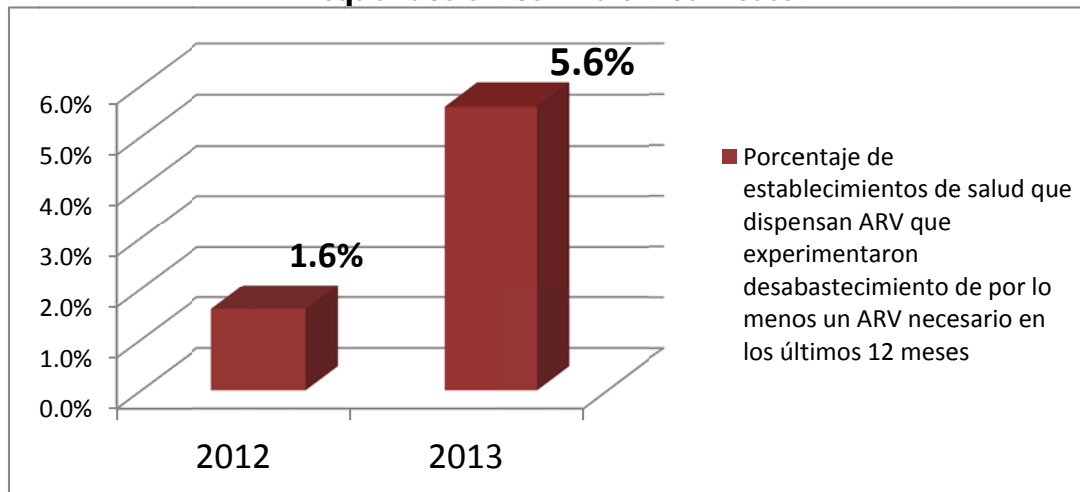
Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013.

##### Resultado

El número total de establecimientos de salud que dispensan ARV es de 250 y en 14 de estos se reporta desabasto en 2013, esto representa un 5.6% de desabasto. En el anterior informe GARPR se reportó un 18% de establecimientos en donde se produjo desabasto parcial de algunos medicamentos.

**Gráfica 49**  
**INDICADOR 4.4**

**Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales (ARVs) y que ha experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los ARVs requeridos en los 12 últimos meses**



Fuente: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. 2012 y Datos preliminares, cierre 2013.

**4.5 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH con un primer recuento de células CD4 de < 200 células/ $\mu$ l en el 2013**

El diagnóstico tardío de la infección por el VIH se reconoce cuando la persona seropositiva tiene un primer recuento de linfocitos CD4 menor de 200 células/l.

**Características del indicador**

Este indicador mide la proporción de personas con un recuento de linfocitos CD4 menor a 200 células/ $\mu$ l de entre las que tuvieron un primer recuento de CD4 durante el período de notificación.

**Metodología**

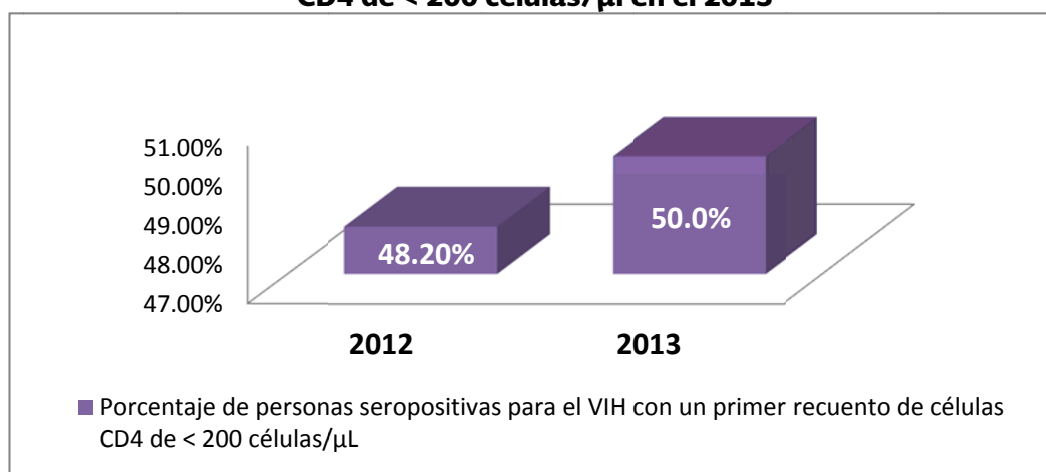
La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013: incluye información del sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR, que representa el 99.2% del total de personas en TAR.



## Resultado

El número total de personas seropositivas para el VIH con primer recuento de células CD4 en el 2013 es de 16,401; el número de personas seropositivas para el VIH con un primer recuento de células CD4 de < 200 células/ $\mu$ L en el 2013 es de 8,201, lo que significa que el 50% de las personas con VIH son diagnosticadas de modo tardío. En relación informe anterior, no se perciben diferencias significativas.

**Gráfica 50**  
**INDICADOR 4.5**  
**Porcentaje de personas seropositivas para el VIH con un primer recuento de células CD4 de < 200 células/ $\mu$ L en el 2013**



Fuente: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013.

### 4.6 Atención de la infección por el VIH: Tratamiento ARV

Además de las pruebas de detección del VIH, es importante hacer el seguimiento del vínculo con la atención y el tratamiento de la infección por el VIH. La comparación de la evolución del número de personas a las que se les realizó la prueba de detección del VIH al finalizar el año no indica el número de personas nuevas que se registraron en la atención de la infección por el VIH, especialmente debido a que las pérdidas en la cascada del continuo proceso de la atención de la infección por el VIH pueden ser elevadas, con un síndrome de desgaste importante y pérdidas de seguimiento.

#### Características del indicador

Por lo tanto, este indicador capta el número de pacientes que están registrados en servicios de atención de la infección por el VIH en espera de iniciar el tratamiento antirretroviral o que ya están recibiendo el tratamiento durante el año de notificación.

Establecimientos de atención de salud que recibieron pacientes para evaluar las necesidades de tratamiento antirretroviral y registros de tratamiento antirretroviral. Se contabiliza el número de pacientes que se vinculan a la atención y el tratamiento antirretroviral dentro del período de notificación.

### Metodología

La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013: incluye información del sector público. IMSS, SEMAR, PEMEX e ISSSTE.

### Resultados

Únicamente se cuenta con el “Número de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH durante el período de notificación” (4.6b), cuyo dato asciende a 10,880. Quedó sin información “Número total de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH a fines del período de notificación”.

**Gráfica 51**  
**INDICADOR 4.6**  
**Número de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH durante el periodo de notificación**



Fuente: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013.

#### **4.7a Porcentaje de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el periodo de notificación y que registraron supresión viral**

Una carga viral reducida por debajo de los límites de detección se denomina “carga viral indetectable”, generalmente entre 50 y 400 copias/ml. La carga viral de los pacientes que reciben atención puede usarse como un indicador de la calidad de la atención con respecto a la población en atención. Si se la mide con el transcurso del tiempo, debería reflejar el acceso a la atención de salud, la aceptación y el cumplimiento del tratamiento antirretroviral, y el seguimiento clínico adecuado de la carga viral. En el caso de algún sistema de salud específico, puede usarse como una medición aproximada del acceso a los antirretrovirales, el cumplimiento de la posología de los antirretrovirales, el cumplimiento por parte del paciente del seguimiento de la enfermedad y la calidad de la atención que se brinda a los pacientes.

##### Características del indicador

La carga viral es la manera de medir el efecto del tratamiento antirretroviral sobre la replicación viral. Según las directrices de la OMS del 2013 sobre el tratamiento antirretroviral, el fracaso terapéutico se define como un nivel de  $>1.000$  copias/ml. Por tanto se trata de conocer el número de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el período de notificación que registraron supresión (es decir,  $\leq 1.000$  copias/ml).

##### Metodología

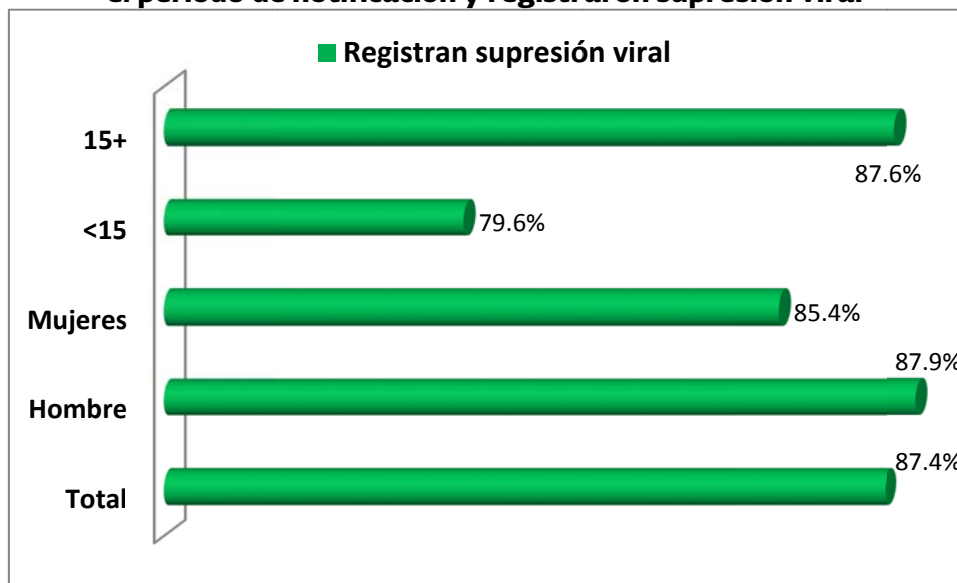
Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), que representan al 71.0% del total de personas en TAR, para el año 2013.

##### Resultado

El 87.4% de los pacientes en TAR registraron supresión de carga viral. El segmento con menores resultados fueron los infantes menores de 15 años de edad (79.6%), lo que habla de intensificar en ellos mejoras en los tratamientos. Para el resto de los grupos, ya sea de sexo o edad no se observan diferencias apreciables con el promedio general ya señalado.

**Gráfica 52**  
**INDICADOR 4.7a**

**Porcentaje de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el periodo de notificación y registraron supresión viral**



Fuente: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013.

**4.7b Porcentaje de personas en TAR a las que se les realiza la prueba para determinar la carga viral y que registran una carga viral de  $\leq 1.000$  copias tras 12 meses de tratamiento**

Una carga viral reducida por debajo de los límites de detección se denomina “carga viral indetectable”, generalmente entre 50 y 400 copias/ml. La carga viral de los pacientes que reciben atención puede usarse como un indicador de la calidad de la atención con respecto a la población en atención. Si se la mide con el transcurso del tiempo, debería reflejar el acceso a la atención de salud, la aceptación y el cumplimiento del tratamiento antirretroviral, y el seguimiento clínico adecuado de la carga viral. En el caso de algún sistema de salud específico, puede usarse como una medición aproximada del acceso a los antirretrovirales, el cumplimiento de la posología de los antirretrovirales, el cumplimiento por parte del paciente del seguimiento de la enfermedad y la calidad de la atención que se brinda a los pacientes.

**Características del indicador**

La carga viral es la manera de medir el efecto del tratamiento antirretroviral sobre la replicación viral. Según las directrices de la OMS del 2013 sobre el tratamiento antirretroviral, el fracaso terapéutico se define como un nivel de  $>1.000$  copias/ml. Por tanto se trata de conocer el número de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral tras 12 meses de tratamiento que muestran supresión (es decir,  $\leq 1.000$  copias) durante el período de notificación

## Metodología

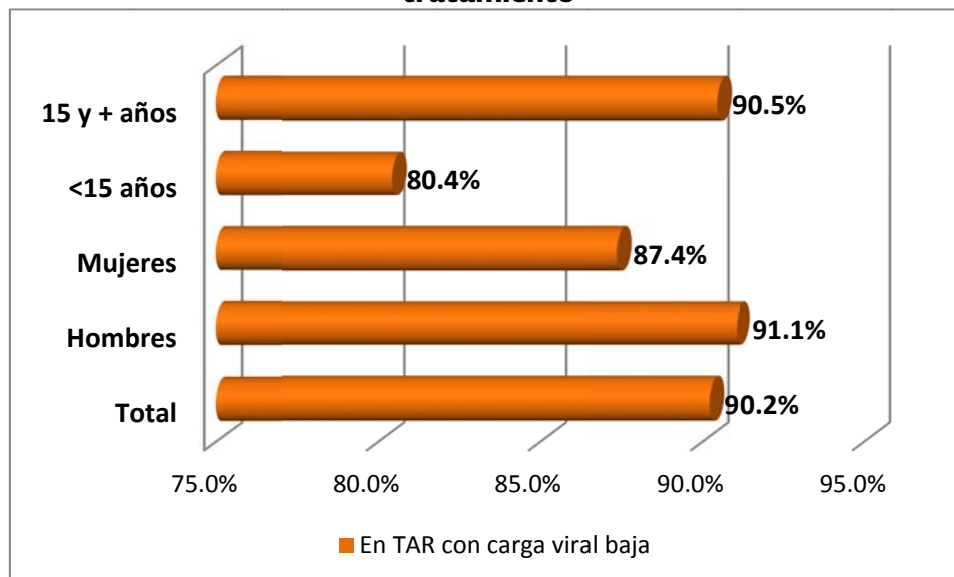
Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013.

## Resultado

El porcentaje de personas a las que se les realizó la prueba de la carga viral tras 12 meses de tratamiento y que muestran supresión (es decir,  $\leq 1.000$  copias) durante el período de notificación es de 90.2%. Sin embargo, los menores de 15 años de edad muestran porcentajes de respuesta inferiores a la media general. En el pasado informe no se reportaron las cifras en este indicador, por lo que no se puede observar la evolución del mismo.

**Gráfica 53**  
**INDICADOR 4.7b**

**Porcentaje de personas en TAR a las que se les realiza la prueba para determinar la carga viral y que registran una carga viral de  $\leq 1.000$  copias tras 12 meses de tratamiento**



Fuente: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información de: SS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR, que representan al 71.0% del total de personas en TAR. Datos 2013.

## **Objetivo 5. Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015**

### **5.1 Porcentaje de casos incidentes de tuberculosis estimados en personas seropositivas que recibieron tratamiento para tuberculosis y VIH**

La tuberculosis (TB) es la principal causa de morbilidad y mortalidad de las personas que viven con el VIH, incluidas aquellas que están en tratamiento antirretroviral. La detección de casos y el acceso al diagnóstico y tratamiento de calidad de la tuberculosis, según las directrices nacionales/internacionales, es fundamental para mejorar la calidad y la esperanza de vida. Por lo mismo se requiere disponer de una medida del porcentaje de casos de coinfección por el VIH y la tuberculosis a fin de que pueda adecuarse un tratamiento eficaz en esa población.

#### Características del indicador

Se trata de tener la información del número de adultos y niños seropositivos que ha recibido terapia antirretrovírica de combinación según el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (conforme a las directrices del programa nacional de tuberculosis) durante el año sobre el que se informa.

#### Metodología

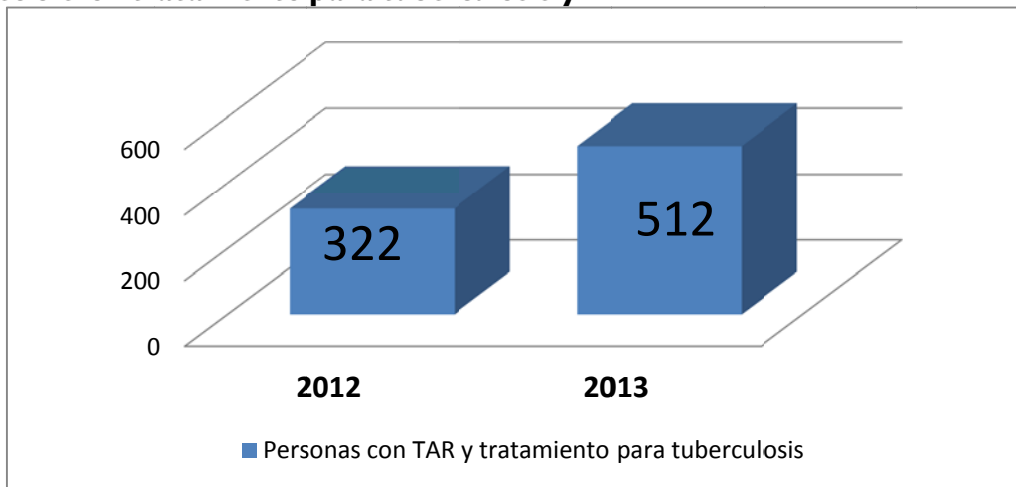
La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013: Se incluye información de: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR que representan 99.2% del total de personas en TAR (incluye sector público y privado).

#### Resultado

Únicamente se cuenta con datos del numerador que indica el Número de adultos y niños seropositivos que ha recibido terapia antirretrovírica de combinación según el protocolo aprobado y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis. Un total de 512 se encuentran en esta doble condición (reciben TAR y tratamiento para tuberculosis): 422 son hombres, 90 mujeres y según edad 21 son menores de 15 años y 491 de 15 o más. En el reporte anterior el total de casos de coinfección por el VIH y la tuberculosis en tratamiento fue de 322. En este sentido, se observa una mejora metodológica en este indicador, entre ambos años.

**Gráfica 54**  
**INDICADOR 5.1**

**Porcentaje de casos incidentes de tuberculosis estimados en personas seropositivas que recibieron tratamiento para tuberculosis y VIH**



Fuente: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del: Sector público: SS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013.

## **Objetivo 6. Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios**

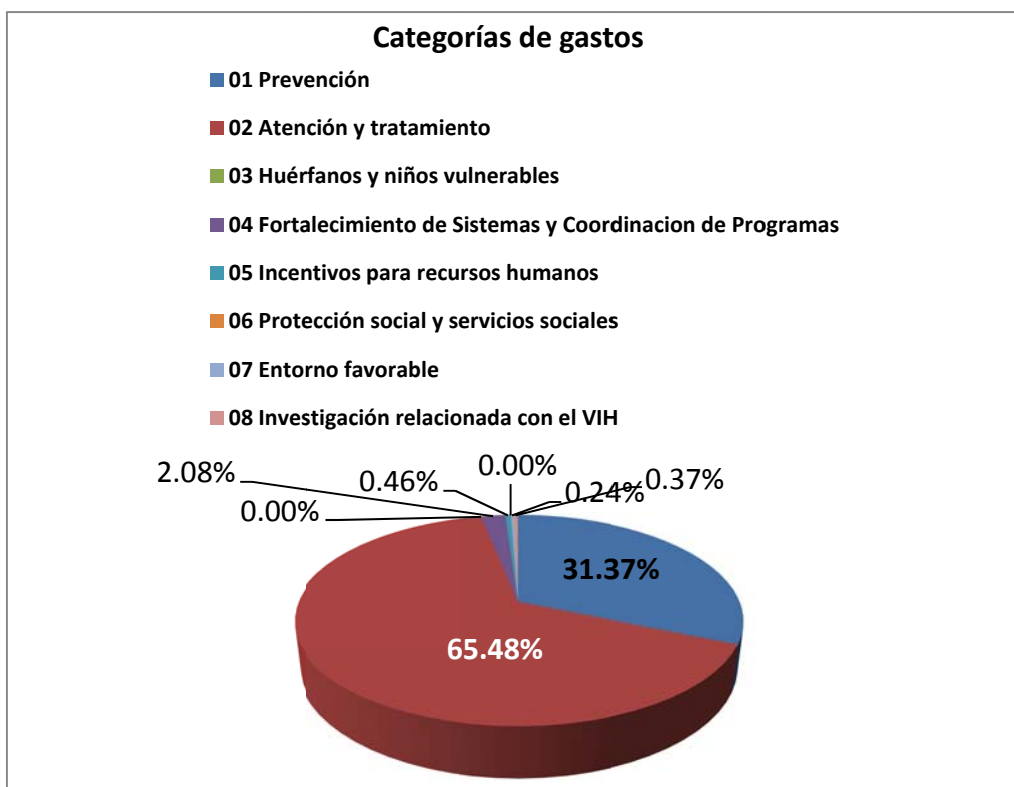
### **6.1 Gasto nacional e internacional relativo al SIDA por categoría y fuentes de financiación**

A medida que continúa la ampliación de la respuesta nacional e internacional al sida se ha vuelto más conveniente y necesario poder evaluar cuáles gastos han sido eficientes y cuáles no, cuáles fuentes de financiamiento son sostenibles y cuáles no y en qué conviene invertir cuando los fondos son transitorios o temporales.

La información detallada es necesaria para medir los gastos anuales relacionados con el VIH a nivel internacional, un elemento importante del seguimiento de la Declaración Política de 2011 sobre el VIH/Sida. Los responsables nacionales en la toma de decisiones programáticas deben conocer detalladamente en qué se está invirtiendo y en qué no, a fin de efectuar el seguimiento del alcance y la eficacia de sus programas. La información agregada de varios países, especialmente agrupados en regiones, ayuda a la comunidad internacional a evaluar el estado de la respuesta a nivel regional y a escala mundial. Este elemento de información estratégica apoya el papel coordinador de la autoridad nacional en materia de VIH/Sida de cada país, y proporciona la base para la asignación de recursos y los procesos de planificación estratégica que se requiere para el mejoramiento continuo y la planificación de

oportunidades de ir progresivamente configurando una respuesta más eficaz y de mayor eficiencia.

**Gráfica 55**  
**INDICADOR 6.1**  
**Gasto nacional relativo al sida por categoría**



Fuente: Medición nacional del gasto relativo al SIDA (MEGAS), 2011.

Cada país puede seleccionar diferentes metodologías e instrumentos para efectuar el seguimiento del flujo de fondos para el sida, tal el caso de la Medición del Gasto Nacional en SIDA “MEGAS”, subcuentas del SIDA de las Cuentas Nacionales de Salud y Encuestas de Flujos de Recursos. Además la Matriz de Financiación Nacional incluye una hoja de cálculo para introducir, comprobar y presentar fácilmente los datos financieros procedentes de estas tres metodologías.

La matriz completa para el año 2011, puede ser consultada en el Anexo III del presente informe.



## **Objetivo 7: Eliminar las desigualdades de género**

Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses. Todos los indicadores con datos desglosados por sexo pueden emplearse para medir el estado del progreso hacia el logro del objetivo 7.

### **7.1 Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente**

Cada vez se reconoce más que el riesgo que corren las mujeres y las niñas y su vulnerabilidad con respecto a la infección de VIH está marcado por las arraigadas y dominantes desigualdades de género, y en especial por la violencia contra ellas.

Se han llevado a cabo estudios en muchos países que indican que, una alta proporción de las mujeres que han experimentado algún tipo de violencia en cierto momento de sus vidas, muestran aumentos hasta tres veces mayores en el riesgo de contraer el VIH comparado con las que no han experimentado violencia.

#### Características del indicador

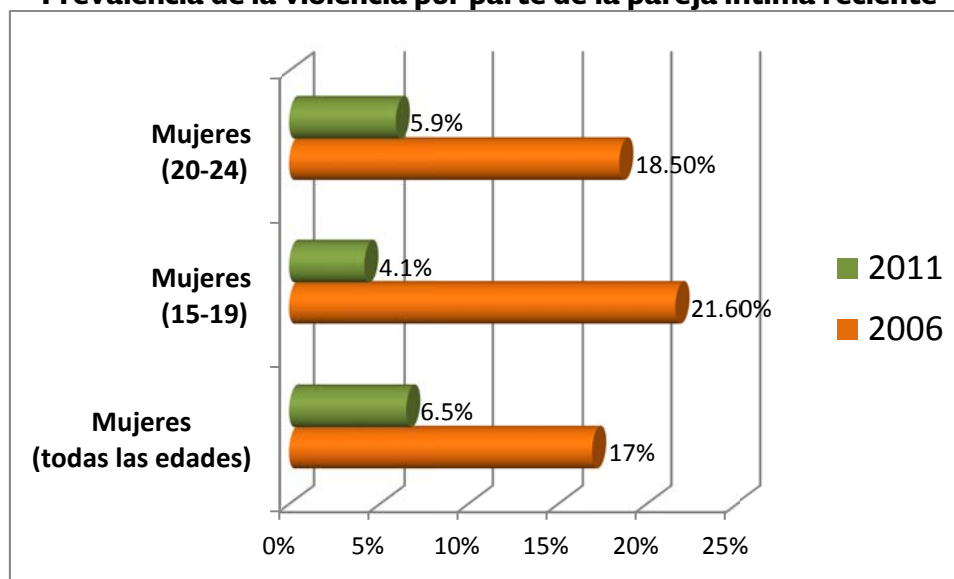
Mide el progreso hacia la reducción de la prevalencia de la violencia contra las mujeres por parte de una pareja íntima (este indicador es un resultado en sí mismo, pero también un indicador aproximado de la desigualdad de género). El término “pareja íntima” se refiere a la pareja con la que se conviva, estén o no estén casados durante ese tiempo. La violencia podría haberse dado después de la separación. Se trata de reportar a las mujeres de 15-49 años de edad que actualmente tienen o han tenido una pareja sexual, y que reportaron haber experimentado violencia física o sexual con al menos una de estas parejas en los últimos 12 meses.

#### Metodología

Se utilizaron datos de la “Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011” (ENDIREH 2011) que se realizó con base en el Marco Nacional de Viviendas 2002 del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), el cual fue construido a partir de la información demográfica y cartográfica obtenida del XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Este marco es una muestra maestra, a partir de ésta se seleccionan las muestras para todas las encuestas que realiza el INEGI, en viviendas. Para su conformación y estructura, se utilizó un diseño probabilístico, estratificado, unietápico y por conglomerados; como resultado del proceso se generan las unidades primarias de muestreo (UPM). En una segunda etapa, se seleccionan las viviendas que integran las muestras de las diferentes encuestas que realiza el INEGI. La ENDIREH 2011, se realizó entrevistando a mujeres de 15 años y más de cada hogar seleccionado. El levantamiento de la información por parte de las entrevistadoras se realizó del 3 de octubre al 11 de noviembre de 2011. El objetivo de la encuesta es cuantificar la prevalencia, frecuencia y magnitud de los

diferentes tipos de violencia de género padecidos por todas las mujeres de 15 años y más, infligidos por su pareja o en los ámbitos familiar, escolar, laboral y comunitario.

**Gráfica 56**  
**INDICADOR 7.1**  
**Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente**



Fuentes: INEGI. Mujeres de 15 a 49 años que han tenido pareja o esposo por condición de violencia física o sexual en los últimos 12 meses. Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares 2011. Estimaciones con las Bases finales publicadas en 2013. Procesamiento realizado por personal de INEGI.

-Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Panorama de violencia contra las mujeres en México: ENDIREH 2011. México: INEGI, c2013.

-INEGI. "Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006". México, INEGI, 2006.

## Resultado

En el anterior informe este indicador se obtuvo de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006 (ENDIREH 2006). Los resultados mostraron que un 17% de las mujeres entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, declararon haber experimentado violencia física por parte de una pareja íntima de sexo masculino. Un porcentaje mucho menor se observa en la ENDIREH 2011, que es 6.5% y está referido a violencia física y sexual en los últimos 12 meses. La diferencia entre ambos indicadores pueden deberse a diferencias metodológicas en la construcción del indicador, hasta algunos cambios entre las encuestas.

## CONCLUSIONES

En México la epidemia de VIH sigue concentrada en las poblaciones clave de: HSH, HTS, MT-TS, Pudi y, en menor medida, en MTS. Dado el resultado del ejercicio de modelaje realizado con *Spectrum 5.03* de Onusida se estima que en el 2013 la

prevalencia de infección por el VIH en la población adulta de 15 a 49 años de edad se encuentra en el orden del 0.23%. Esta prevalencia supone la existencia de alrededor de 180,000 personas que viven con VIH en todas las edades, y un estimado de 9,300 nuevas infecciones durante el año 2013.

La transmisión de tipo heterosexual representa el 95% del total de casos diagnosticados y registrados en el 2013 en las mujeres y el 30% en los hombres. Las prácticas de HSH explican, al menos, el 66% de los casos diagnosticados en hombres durante el 2013.

Aún con la extensión de los operativos de detección y consejería que han facilitado diagnosticar y registrar a personas que se desconocían como portadores del VIH en los últimos años, la dinámica de transmisión del VIH resultante del modelaje no parece reflejar una aceleración en el ritmo de crecimiento de la epidemia. Las poblaciones clave más numerosas son HSH y MTS, y ambas se han mantenido en las mismas prevalencias de VIH observadas hace dos años con 17% y 0.7% respectivamente.

Un descenso importante de la prevalencia se observa en la PUDI, pasando del 5.7% en 2011 a 2.5% en 2013. Sin embargo, en el mismo periodo se observa un incremento en la prevalencia del VIH en los HTS. El reporte del 2011 señaló una prevalencia del 18%, que actualmente ronda el 24%. Ambos cambios deberán analizarse de forma más profunda, para determinar si son cambios reales o diferencias entre metodologías de medición o cambios de alguna otra naturaleza. Ciertamente que HTS se trata de una población de difícil acceso, sin embargo, gradualmente se está incrementando su cobertura de prevención como lo demuestra el mayor uso de condón en 2013 respecto de años anteriores.

La razón hombre/mujer histórica es de 4.05 hombres con sida o VIH por cada mujer con la misma infección. En los casos diagnosticados durante el 2013 la razón H/M es de 3.9. Por el momento, la relación tiende a estacionarse en alrededor de 4 hombres por cada mujer.

La mortalidad relacionada con el VIH permanece constante en alrededor de 5,000 defunciones al año entre 2006 y 2012. En términos relativos considerando la expansión de la población, sí se observa una reducción de la mortalidad en el país puesto que, de 4.66 fallecimientos cada cien mil habitantes del 2008, ha disminuido a 4.25 en el 2012. Esto parece indicar que hay mejoras relacionadas con los servicios que proveen TAR.

Con referencia al Objetivo 1: Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales de VIH para el 2015; aún resulta incierto que se pueda alcanzar si consideramos que aún existe un 19% de jóvenes de 15 a 24 años de edad que no identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH. Tampoco se distingue una reducción en el porcentaje de mujeres y hombres entre los 15 y los 24 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años en la encuesta del año 2012 es del 7.7% en 2010 fue del 7.1%.

La utilización de servicios de prevención alcanza solamente al 40% del conjunto de MTS y MT-TS. El promedio total observado para los años 2012 y 2013 de uso del condón en las poblaciones que realizan trabajo sexual es de 87%. En la utilización de pruebas para el VIH se observa un destacado crecimiento, ya que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses el 78% de las personas que realizan trabajo sexual, mucho mayor que el 59% reportado en el 2011. Sin embargo, no se observa aún una reducción en la prevalencia del VIH en las poblaciones que realizan trabajo sexual, que en conjunto promedian una prevalencia del 7%.

Para el caso de los hombres que tienen sexo con hombres sin ser trabajadores del sexo, el contacto con los programas de prevención es del 40%, aún resta cubrir una brecha amplia para mejorar la cobertura con programas de prevención que alcancen a esta población. Existe un uso del preservativo insuficiente por parte del 25% de los HSH. Sin embargo se ha mejorado en el acceso a las pruebas de VIH y casi la mitad de los HSH se ha realizado al menos una prueba en los últimos 12 meses.

En la prueba de sífilis para mujeres embarazadas se alcanza a una cobertura del 57.5%. El único dato obtenido es que la prevalencia de sífilis en embarazadas es del 0.22%, que representa ser el doble de lo hallado en 2011, pero similar a lo observado en 2012. De todos modos el registro de sífilis en México es un dato complejo de manejar en estimaciones dado que existe subregistro.

En términos generales los indicadores que refieren a ITS se han mantenido bastante estables en los últimos años para población general, sin embargo cabe resaltar que de 5,168 trabajadores y trabajadoras sexuales atendidos durante el 2013, se detectó una prevalencia del 2.2% de sífilis activa, prácticamente igual que en 2011. En las MTS la prevalencia de sífilis fue del 1.2%, menor que las anteriores referencias, mientras que en HTS fue del 10.7%. Por el contrario, el 9.2% de los HSH que se realizaron la prueba resultaron positivos para sífilis activa y dos años antes se había reportado un 14.6%, lo que permite afirmar que al menos no ha empeorado el nivel de prevención asumido en esta extensa población clave.

En el 2013 se distribuyeron en las puidi 3.7 veces más jeringas que en 2012. Además el 71.3% de las puidi declara haber utilizado equipo estéril la última vez que se inyectó. En el informe anterior, las cifras al 2011 son apreciablemente inferiores (41.5%), lo que indicaría la gran eficacia para la prevención que se ha conseguido con las estrategias de reducción del daño puestas en práctica desde hace algunos años, pero que últimamente se vieron reforzadas por una mejor dotación de jeringas estériles. Que el porcentaje de puidi que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados sea del 35%, puede considerarse un enorme logro en función de lo complejo que es llegar a esta población.

En México también se observan algunos indicadores cuyos valores transitan hacia alcanzar el Objetivo 4: *Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan*

*un tratamiento antirretroviral para 2015.* Las cifras presentadas muestran que el 51% de las personas que se estima viven con VIH se encuentran en tratamiento. La supervivencia general es de 90.9%, y se considera que la supervivencia al año de TAR se halla estable. El porcentaje de los que siguen vivos y en tratamiento 24 meses después es del 89.7%; y del 82% al quinto año de TAR. Las mayores pérdidas de vidas se están produciendo en el primer año, y esto se relaciona estrechamente con el hecho de que el 50% de las personas con VIH son diagnosticadas de modo tardío. El “Número de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH durante el período de notificación es de 10,880. Una cifra similar al estimado de 9,300 personas que adquirieron el VIH en 2013, por lo que parecería que se está respondiendo en consonancia con el avance de la epidemia.

El porcentaje de personas a las que se les realizó la prueba de la carga viral tras 12 meses de tratamiento y que muestran supresión (es decir,  $\leq 1.000$  copias) durante el período de notificación es de 90.2%. Sin embargo, los menores de 15 años de edad muestran porcentajes de respuesta inferiores a la media general. Lo que permite una ventana de oportunidades para mejorar el tratamiento en estos segmentos de la población.

## **Apéndice A. Diagnóstico de los casos de infección por el VIH y el sida (OPS)**

En México la infección asintomática de VIH y los casos de Sida son registrados como dos padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica. Para lo cual se cuenta con el denominado "Registro nacional de casos sida" que elabora la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (SS), el cual concentra datos nacionales de los casos de sida y de infección por VIH diagnosticados y registrados en las diferentes instituciones de salud, públicas y privadas. Tanto la infección asintomática por virus de la inmunodeficiencia humana como el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, son de notificación obligatoria e inmediata y registrados como dos padecimiento específicos con clave CIE Z21 y B20-B24, respectivamente. En ambos casos se aplican metodologías y estrategias epidemiológicas compendiadas como la vigilancia de casos, registro de casos, encuestas, vigilancia basada en laboratorio.

Como resultado de esta forma de registrar los casos que forman parte de la epidemia, se observa que la detección de casos de VIH (5,804) es superior a la de casos de Sida (5,548) a partir del año 2012, según se observa en la Gráfica 3 del presente informe. En casos de infección por VIH los hombres representan el 75% y en los de sida el 80%. El resultado de poder registrar las infecciones por VIH antes que se transforme en sida es alentador, a efectos de contar con mejores posibilidades de iniciar en forma oportuna el tratamiento ARV.

## Apéndice B. Estimaciones del tamaño de las poblaciones clave en México para el año 2013

### 1.- Profesionales del sexo

¿Ha realizado estimaciones del tamaño de la población en profesionales del sexo?

Si	x	No	
----	---	----	--

Si la respuesta es sí, ¿cuándo se realizó la última estimación? (año)

Año	2014
-----	------

Si la respuesta es sí, ¿cuál era la estimación del tamaño de la población?

Estimación:	237,798
-------------	---------

Comentarios (incluya la definición utilizada para la población, el método utilizado para derivar la estimación de su tamaño y las estimaciones específicas de cada lugar en el caso de que se hayan realizado en diferentes emplazamientos)

Para el caso de los HTS, se definió como trabajador sexual a quien refirió en la encuesta que intercambiar sexo por regalos o dinero representaba una fuente estable de ingresos; para las mujeres trabajadoras sexuales y trans se incluyeron como trabajadoras sexuales a aquellas personas que refieren el trabajo sexual como su principal fuente de ingresos. La estimación corresponde al año 2013, al rango de edad de 15 a 49 años y se realizó con Spectrum 5.03.

Para realizar esta estimación se realizó una revisión literaria y se utilizaron los siguientes supuestos:

- En una encuesta de DF 1992-1993 Izazola et. al., encontraron que 2.1% de los hombres eran bisexuales y que el 0.4% tenía sexo exclusivo con hombres, lo que indica que un 2.5% de los hombres serían HSH, cifra que se redondeó a 3%.
- Para el caso de los HTS, una encuesta realizada en 2012 por CENSIDA-INSP en siete áreas metropolitanas de Jalisco, Veracruz y Estado de México indicó que el 2.4% de los HSH eran HTS, cifra que se usó para la estimación de HTS.
- Para el caso de las MTS se asume el supuesto de que el 0.66% de las mujeres son MTS, se aplica a las mujeres de 15 a 49 años. El supuesto se toma de Talbot et al, 2007.

Con base en lo anterior, se estimó que en México hay 237,798 personas que se dedican al trabajo sexual, de las cuales 219,037 son mujeres y 18,761 son hombres.

## 2.- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

¿Ha realizado estimaciones del tamaño de la población en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres?

Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	----	--------------------------

Si la respuesta es sí, ¿cuándo se realizó la última estimación?

Año	<input type="text" value="2014"/>
-----	-----------------------------------

Si la respuesta es sí, ¿cuál era la estimación del tamaño de la población?

Estimación:	<input type="text" value="911,852"/>
-------------	--------------------------------------

Comentarios (incluya la definición utilizada para la población, el método utilizado para derivar la estimación de su tamaño y las estimaciones específicas de cada lugar en el caso de que se hayan realizado en diferentes emplazamientos)

Se consideró a hombres que tiene sexo con otros hombres: a hombres que tienen o han tenido relaciones sexuales con hombres con penetración anal u oral, independientemente de si también tienen sexo con mujeres o, si se identifican como gay, bisexual o como heterosexual que ocasionalmente tienen relaciones sexuales con hombres. Sin importar la periodicidad con la que tengan relaciones sexuales con hombres.

La estimación corresponde al año 2013, al rango de edad de 15 a 49 años y se realizó con Spectrum 5.03.

Para realizar esta estimación se realizó una revisión literaria y se utilizaron los siguientes supuestos:

- En una encuesta de DF 1992-1993 Izazola et. al., encontraron que 2.1% de los hombres eran bisexuales y que el 0.4% tenía sexo exclusivo con hombres, lo que indica que un 2.5% de los hombres serían HSH.

- Se redondea a 3% la cifra total de HSH basada en estudio de Izazola (2.5%), ya que el 3% es consistente por lo reportado por Purcell et al (Purcell D, Johnson CH, Lansky A, et al. Estimating the population size of men who have sex with men in the United States to obtain HIV and syphilis rates.

## 3.- Usuarios de drogas inyectables

¿Ha realizado estimaciones del tamaño de la población en usuarios de drogas inyectables?

Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	----	--------------------------

Si la respuesta es sí, ¿cuándo se realizó la última estimación?

Año	<input type="text" value="2011"/>
-----	-----------------------------------

Si la respuesta es sí, ¿cuál era la estimación del tamaño de la población?

<input type="text" value="164,157"/>
--------------------------------------

Comentarios (incluya la definición utilizada para la población, el método utilizado para derivar la estimación de su tamaño y las estimaciones específicas de cada lugar en el caso de que se hayan realizado en diferentes emplazamientos)

Definición de PUDI: Son personas que se han inyectado drogas catalogadas como ilegales en México.

Las estimaciones se hicieron a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 que es llevada a cabo de manera periódica por la Secretaría de Salud (1990, 1994, 1998, 2003, 2008 y 2011). Tiene la finalidad de medir la evolución del consumo de sustancias y otras problemáticas de salud mental, en la población adolescente de entre 12 y 17 años de edad y en la población adulta de entre 18 y 65 años. No viene especificado este desglose por entidad federativa, únicamente nacional porque el consumo de drogas inyectables es relativamente bajo en México. Los porcentajes muestrales de personas que se inyectan droga son obtenidos a partir de la población de 12 a 65 años que usa drogas ilegales.



## **BIBLIOGRAFÍA**

Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M., Conde C. Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de HSH. SS/Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Enero, 2012.

Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Cortés M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M. Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/SIDA. Reporte a FUNSALUD, Marzo 2014.

CONAPO. Republica Mexicana: Indicadores demográficos. 2005-2008.

El Colegio de México/Programa de Salud Reproductiva y Sociedad. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. México, D.F.

Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Editor: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). Primera Edición. México, 2012.

Gutiérrez, Juan Pablo; Aurora Franco Nuñez, Diana Nichte-Há Sansores Martínez, Andrey Ryo Shiba Matsumoto. Informe técnico analítico sobre la prevalencia del VIH; así como factores de riesgo y vulnerabilidad en personas que se dedican al trabajo sexual; y en personas transexuales y personas transgénero. INSP. México, 2012.

Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de la Juventud 2010. México, 2011.

Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2005, 2010 y 2012. México, 2013.

ISSSTE. Departamento de Programas Sectoriales de Segundo y tercer nivel. Dirección Médica. Datos al 31 de diciembre de 2011. Cifras preliminares.

Izazola-Licea JA MD ScD (1) Steven L Gortmaker PhD (2) Víctor de Gruttola ScD (3) Kathryn Tolbert PhD (4) Jonathan Mann MD MPH.(5) Sexual behavior patterns and HIV risks in bisexual men compared to exclusively heterosexual and homosexual men. Salud Pública Méx 2003; Vol. 45(5):662-671

ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. Ginebra: ONUSIDA; 2013.

ONUSIDA. Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el SIDA 2012. Ginebra, Suiza. Diciembre, 2011.

OMS, UNICEF y ONUSIDA. Guía sobre indicadores para la vigilancia y notificación de la respuesta del sector salud al VIH/SIDA 2012. Enero, 2012

Ospina, Angélica. Estudio PLACE para planear acciones de reducción del daño y la prevención del VIH con usuarios de drogas inyectadas en Hermosillo, Sonora. México, 2010. Realizado por: PSI/México.



Organismos de la Sociedad Civil con trabajo en drogas inyectables. Información sobre Distribución de jeringas para Usuarios de Drogas Inyectables. Cifras al 31 de diciembre 2011.

Ponce de León, S., Macías, A.E., Cruz, A. et al. "Los primeros cinco años de la epidemia de SIDA en México: experiencia en el Instituto Nacional de la Nutrición 'Salvador Zubirán'", Salud Pública de México. 30 (4): 544-554. (1988).

Programas Estatales en VIH/SIDA e ITS. Información sobre Distribución de jeringas para Usuarios de Drogas Inyectables. SS. Cifras al 31 de diciembre 2011 y 2013.

Purcell DW<sup>1</sup>, Johnson CH, Lansky A, Prejean J, Stein R, Denning P, Gau Z, Weinstock H, Su J, Crepaz N. Estimating the population size of men who have sex with men in the United States to obtain HIV and syphilis rates. Open AIDS J. 2012;6:98-107.

SEDENA. Informes mensuales de tratamientos del Hospital Central Militar. Datos al 31 de diciembre de 2011. Cifras preliminares.

SG/CONAPO. República Mexicana: Indicadores demográficos, 2005-2050. En: [http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=36&Itemid=234](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=234). Consultado 6 marzo 2012.

SS/Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC). Clínicas de metadona y usuarios de opiáceos. Datos al 31 de diciembre 2011.

SS/CENSIDA. Informe de México UNGASS-SIDA 2008. México, 2008.

SS/CENSIDA. Informe de México UNGASS-SIDA 2010. México, 2010.

SS/CENSIDA. El VIH y el SIDA en México 2011. México, diciembre, 2011.

SS/CENSIDA. Sistema para el Registro y Explotación de la Información contenida en la Cédula para Prevenir la Transmisión Vertical del VIH/SIDA.

SS/CENSIDA. Programa de Acción Específico en respuesta al VIH/SIDA e ITS, 2007-2012. México, 2008.

SS/CONADIC. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México, 2008.

## **ANEXO 1. Instrumento de observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (ICPN) 2014**

**PAÍS: MÉXICO**

**INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DE LOS COMPROMISOS Y  
POLÍTICAS NACIONALES (ICPN)  
PROCESO DE RECOPIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DATOS**

**Describe el proceso utilizado para la recopilación y validación de los datos del ICPN:**

**Parte A**

Debido a que la parte A corresponde a la parte gubernamental, fue el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, la entidad encargada de responder esta parte. Las tres direcciones de área que son, Atención Integral, Investigación Operativa y Prevención y Promoción de la Salud; así como la Subdirección de Normatividad y Derechos Humanos, participaron en el llenado de esta parte del ICPN, consultando la información disponible a nivel de país en cuanto a respuesta al VIH, sida e ITS. Una vez llenado el ICPN se sometió a validación de la Directora General del CENSIDA.

**Parte B**

El CENSIDA emitió una convocatoria pública abierta para invitar a todas las organizaciones de la sociedad civil (OSC) registradas en el censo de OSC (aquellas con trabajo en VIH, sida e ITS) que dispone dicho Centro Nacional. A fin de que todas las organizaciones interesadas pudieran participar en el proceso para elaborar y emitir comentarios a la Parte B del ICPN. La convocatoria se difundió en el sitio web del CENSIDA; al tiempo que fue enviado un correo electrónico a cada OSC. Un total de 12 OSC optaron por participar en este proceso. Se realizó una videoconferencia mediante la plataforma Elluminate en la que participaron los representantes de las OSC registradas, representantes del Sistema de Naciones Unidas y representantes del CENSIDA, esta videoconferencia tenía como propósito recordar a los representantes de las OSC el origen y la relevancia del Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el SIDA 2014, explicarles la metodología a seguir para el llenado del ICPN. Terminada la reunión y una vez clarificadas las dudas se compartió el ICPN a cada organización y al sistema de las Naciones Unidas para que procedieran a llenarlo y retornarlo al CENSIDA para efectuar su integración y análisis, previo a una segunda videoconferencia planificada para discutir los resultados del ICPN B. Cabe precisar que las 12 OSC enviaron el ICPN respondido. Para llegar a un consenso sobre las respuestas a la parte B del ICPN se acordó entre todas las partes la siguiente metodología: que la opinión consolidada de todo el Sistema de las Naciones Unidas representaría el 50% de la ponderación en la respuesta final, mientras que la opinión consolidada de las OSC representaría el otro 50%. Por lo anterior, se realizó un análisis de frecuencias de las respuestas recibidas por las diferentes OSC, a fin de poder consolidar la postura de este sector. Una vez que se contaba con la respuesta de las OSC y la respuesta del Sistema de Naciones Unidas, se obtenía el promedio; y

esa era la calificación o la respuesta que se asignaba. Cabe precisar que para las variables cualitativas, se les asignó un valor cuantitativo para poder calificarlas y promediarlas. Una vez que se contó con los resultados, se realizó otra videoconferencia para presentar a las OSC los resultados del análisis mediante gráficas de frecuencias; así como la calificación consolidada que correspondería con el promedio otorgado por las OSC; la calificación que había dado el Sistema de Naciones Unidas y la calificación definitiva. Se revisó cada pregunta y cada respuesta, dando un tiempo para reflexiones o debate sobre los resultados del análisis, para poder después acordar la respuesta final.

Dentro de la metodología se acordó desde un inicio que debido a que pudiera haber diferencias entre las percepciones de las diversas OSC, y el Sistema de ONU, todos sus comentarios y ejemplos se iban a incluir en el ICPN para enriquecer el documento con el agregado de aspectos cualitativos en los temas más controversiales.

**Describa el proceso utilizado para resolver los desacuerdos, si los hubiera, relativos a las respuestas a preguntas concretas:**

Cuando alguien estaba en desacuerdo con la respuesta que parecía representar la opinión de la mayoría se le daba un espacio para la réplica, posteriormente, se realizaba una votación para ver si se conservaba la respuesta que en primera instancia era representativa de la mayoría; o si se cambiaba de opinión con base a los argumentos presentados para sostener el desacuerdo.

**Destaque las cuestiones, en caso de haberlas, relacionadas con los datos finales del ICPN presentados (como la calidad de los datos, posibles interpretaciones equívocas de las preguntas o puntos similares):**

**ICPN B**

**Sección I. Participación de la sociedad civil.**

**Pregunta 7.** ¿Qué porcentaje de los siguientes programas/servicios relacionados con el VIH se estima que proporciona la sociedad civil? Cabe mejorar la especificidad de la pregunta agregando: en relación al sector público. Por otra parte, la variable número 8 ‘Conocimiento de derechos/servicios legales’ se encuentra sin categorías de respuesta impresas, lo que llevó a que varias OSC no contestaran nada en ese punto.

**Sección III. Derechos humanos**

**Pregunta 6.** ¿Tiene el país establecida una política o estrategia de gratuidad para los siguientes servicios? Indique si los siguientes servicios se facilitan de forma gratuita a todas las personas, a algunas personas o a nadie en absoluto (Rodee “Sí” o “No” según corresponda).

No tiene sentido la diagramación del cuadro en donde se señala la respuesta, ya que las mismas categorías de respuesta se encuentran en filas y columnas construyendo un menú donde abundan las falsas opciones. Algunas OSC percibieron el problema y marcaron claramente una sola de las 18 alternativas de respuesta disponible para cada variable, en otros casos señalaron varias respuestas lo que conduce a que no quede claro lo que se selecciona.

## ENTREVISTADOS PARA EL ICPN-PARTE A

**[Indique los datos de todos los entrevistados cuyas respuestas se han recogido para rellenar (partes de) el ICPN en la siguiente tabla; añada tantas filas como sean necesarias]**

### ICPN - PARTE A [para que respondan los funcionarios gubernamentales]

ORGANIZACIÓN	NOMBRE/CARGO	Entrevistados para la Parte A [indique sobre qué partes se ha preguntado a cada encuestado]					
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V	A.VI
CENSIDA	DRA. PATRICIA URIBE ZÚÑIGA/ DIRECTORA GENERAL	X	X	X	X	X	X
CENSIDA	MTRO. HÉCTOR SUCILLA PÉREZ/ DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA	X	X				X
CENSIDA	LIC. AGUSTIN LOPEZ GONZALEZ/ DIRECTOR DE PREVENCIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	X	X		X		
CENSIDA	JUAN CARLOS JARAMILLO ROJAS/ SUBDIRECTOR DE NORMATIVIDAD Y DERECHOS HUMANOS	X	X	X			

## ENTREVISTADOS PARA EL ICPN-PARTE B

**[Indique los datos de todos los entrevistados cuyas respuestas se han recogido para rellenar (partes de) el ICPN en la siguiente tabla; añada tantas filas como sean necesarias]**

**ICPN - PARTE B [para que respondan las organizaciones de la sociedad civil, organismos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas]**

ORGANIZACIÓN	NOMBRE/CARGO	Entrevistados para la Parte B [indique sobre qué partes se ha preguntado a cada encuestado]				
		B.I	B.II	B.III	B.IV	B.V
FUNDACION MEXICANA PARA LA SALUD A.C.	BLANCA RICO GALINDO/COORDINADORA GENERAL PROYECTO FONDO MUNDIAL					
	JESSICA SALAS MARTINEZ/COORDINADORA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO FONDO MUNDIAL	X	X	X	X	X
VIVIR. PARTICIPACIÓN, INCIDENCIA Y TRANSPARENCIA, A.C.	FRANCISCO ROSAS SANCHEZ/REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
INSADE	DANIEL SERRANO DE REJIL/REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD A.C.	EUGENIA LÓPEZ URIBE/ REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
CAPPSIDA A.C.	JOSE MARTIN LUNA SAMANO/REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS	ABEL QUIROGA Q./ REPRESENTANTE	X	X	X	X	X



DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.						
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--

AMIGOS POTOSINOS EN LUCHA CONTRA EL SIDA A.C.	ANDRES COSTILLA CASTRO/REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
COLECTIVO SERES, A.C.	ERNESTO RAMIREZ BALDERAS/REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
MEXICANAS EN ACCIÓN POSITIVA A.C	MARIA LUISA GONZALEZ BARRIOS/REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
VIHDHA A.C.	ROSALINDA ARECHAR LARA/REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
APRENDIENDO A VIVIHR CON VIH- SIDA A.C	MARCO ANTONIO RAMIREZ ROMERO/REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA A.C	RUBEN DAVID ALVARADO JIMENEZ/REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
ONUSIDA	F. JAVIER ARELLANO	X	X	X	X	X
OCR	ESTHER CORRAL	X	X	X	X	X
UNFPA	JAVIER DOMINGUEZ	X	X	X	X	X
ACNUR	ANA ACOSTA	X	X	X	X	X
CINU	MARIANA CASTRO	X	X	X	X	X
ONU Mujeres	KARIN MATTSSON	X	X	X	X	X
OPS/OMS	ENRIQUE GIL	X	X	X	X	X
PNUD	ANWAR SUAREZ	X	X	X	X	X
UNICEF	ANA MARÍA GÜEMES	X	X	X	X	X

## INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DE LOS COMPROMISOS Y LAS POLÍTICAS NACIONALES (ICPN)

### PARTE "A"

(para que respondan los funcionarios del gobierno)

#### I. Plan Estratégico

1. **¿Ha desarrollado el país una estrategia nacional multisectorial para responder al VIH?** (Las estrategias multisectoriales deben incluir, por lo menos, las desarrolladas por ministerios, como las que se mencionan a continuación en el apartado 1.2)

<b>SI</b>	NO
-----------	----

*Si la respuesta es sí, indique período cubierto:*

**2007-2012 y 2013-2018**

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, explique brevemente las modificaciones/mejoras principales entre la estrategia nacional actual y la anterior. SI LA RESPUESTA ES "NO" O "NO CORRESPONDE", explique brevemente los motivos.**

La estrategia multisectorial al VIH, sida e ITS; y la política del país al respecto, incluyendo sus actores, estrategias y acciones se sustentan en varios instrumentos, entre los que destacan:

Plan Nacional de Desarrollo

Programa Sectorial de Salud

Programa de Acción Especial en VIH, sida e ITS

Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF)

Programas Anuales de Trabajo (incluye presupuesto).

Sin embargo, se comenta que el año 2013 fue un año de cambio de gobierno (primer año de la administración 2013-2018) por lo que durante este año, se continuó trabajando con el marco de sustento correspondiente a 2007-2012; y de manera paralela se comenzaron a generar los instrumentos correspondientes de 2013 a 2018.

Por lo que también la respuesta operativa fue incorporando gradualmente elementos críticos definidos y consensados para alimentar los instrumentos de la nueva administración.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 20 de mayo de 2013 y posteriormente, se publicó el Plan Sectorial en Salud el 12 de Diciembre de 2013.

Desde septiembre de 2013 se comenzaron las consultas y ejercicios técnicos para la generación del Programa Especial en VIH, sida e ITS 2013-2018, que se concluirá y se publicará entre abril-mayo de 2014.

En los ejercicios para la generación de los instrumentos y políticos que guiarán la respuesta en la actual administración, se priorizaron aquellas estrategias y acciones cuyo impacto está demostrado y que tienen sustento científico, destacando que también se consideraron los compromisos internacionales en la materia y la continuidad de acciones exitosas y buenas prácticas resultantes de previas administraciones.

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA**, responda las preguntas 1.1 a 1.10; **SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA**, pase a la pregunta 2.

**1.1. ¿Qué ministerios u organismos gubernamentales son los responsables generales del desarrollo e implementación de la estrategia nacional multisectorial para responder al VIH?**

**Nombre de los ministerios u organismos gubernamentales [rellenar]:**

**Secretarías (Ministerios):** Salud, Educación, Defensa, Marina, Trabajo y Previsión Social.

**Organismos:** Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CONASIDA), Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA), Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), Centro Nacional de Transfusión Sanguínea (CNTS), Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE), Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), Dirección General de Epidemiología (DGE), Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Generales (Federales), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos-Servicios de Salud (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional-

Servicios de Salud (SEDENA), Secretaría de Marina-Servicios de Salud (SEMAR).

**\*Organismo Autónomo:** Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH)

**NOTA:** Se menciona que el nivel Federal, el Estatal, el municipal y el local deben participar en la respuesta al VIH, sida e ITS.

## 1.2 ¿Qué sectores están incluidos en la estrategia multisectorial con un presupuesto específico para el VIH destinado a sus actividades?

SECTORES INCLUIDOS	Incluido en la estrategia		Presupuesto asignado	
	SI	NO	SI	NO
Educación	SI	NO	SI	NO
Salud	SI	NO	SI	NO
Trabajo	SI	NO	SI	NO
Ejército / Policía	SI	NO	SI	NO
Bienestar social	SI	NO	SI	NO
Transporte	SI	NO	SI	NO
Mujeres	SI	NO	SI	NO
Jóvenes	SI	NO	SI	NO
Otros*: (especificar)				
Sociedad civil organizada,	SI	NO	SI	NO
Cooperación Multilateral	SI	NO	SI	NO
Derechos Humanos	SI	NO	SI	NO
Prevención de la Discriminación	SI	NO	SI	NO

**COMENTARIO CENSIDA:** En el Programa Sectorial de Salud de México y en el Programa de Acción Específico en VIH y el sida e ITS de México no se asignan ni se describen los presupuestos. Los presupuestos son parte de la Programación Anual (Programa de Trabajo Anual) de las diferentes instancias y sectores gubernamentales que intervienen en la respuesta al VIH, sida e ITS. Los presupuestos se asignan año con año con base al Presupuesto de Egresos de la Federación y son dependientes a la planeación anual de las dependencias que se basa en su Programa de Acción, Programas Sectoriales y Plan Nacional de Desarrollo. No obstante lo anterior, los sectores incluidos en la estrategia incluyen algún presupuesto para acciones en

materia de respuesta al VIH, sida e ITS, en mayor o menor medida, en sus programas anuales.

Los sectores que se marcaron como incluidos en la estrategia multisectorial son aquellos que cuentan con vinculación a la respuesta al VIH, sida e ITS en el marco y/o contenidos de alguno o varios de los instrumentos que se definieron como componentes de la estrategia multisectorial.

**SI NO hay un presupuesto asignado, para algunos o ninguno de los sectores anteriores,** explique qué financiación se utiliza para asegurar la ejecución de las actividades específicas relacionadas con el VIH de dicho sector:

No obstante que el rol del sector transporte o el trabajo del mismo o queda explícito en los instrumentos que componen y enmarcan la estrategia multisectorial en VIH, sida e ITS; y que generalmente no destina presupuesto para responder a las epidemias, este sector participa en la respuesta como socio estratégico al permitir la difusión de campañas de prevención y promoción de la salud en el tema de VIH, sida e ITS, pagadas por otro(s) sector(es), en medios de transporte públicos. En algunos medios de transporte como el metro, se facilita acceso para la implementación de estrategias de detección pagadas con presupuesto del sector salud.

### 1.3 La estrategia multisectorial, ¿está dirigida a las siguientes poblaciones destinatarias, entornos y asuntos interrelacionados?

<b>POBLACIONES CLAVE Y OTRAS POBLACIONES VULNERABLES</b>		
<b><i>Parejas serodiscordantes</i></b>	<b>SI</b>	NO
<b><i>Ancianos</i></b>	SI	<b>NO</b>
<b><i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i></b>	<b>SI</b>	NO
<b><i>Poblaciones migrantes/móviles</i></b>	<b>SI</b>	NO
<b><i>Huérfanos y otros niños vulnerables</i></b>	SI	<b>NO</b>
<b><i>Personas con discapacidades</i></b>	SI	<b>NO</b>
<b><i>Usuarios de drogas inyectables</i></b>	<b>SI</b>	NO
<b><i>Profesionales del sexo</i></b>	<b>SI</b>	NO
<b><i>Personas transgénero</i></b>	<b>SI</b>	NO
<b><i>Mujeres y niñas</i></b>	<b>SI</b>	NO
<b><i>Mujeres y hombres jóvenes</i></b>	<b>SI</b>	NO
<b><i>Otras subpoblaciones vulnerables específicas</i></b>		
<b>Indígenas (interculturalidad)</b>		NO



<b>Clientes de personas trabajadoras sexuales</b>	<b>SI</b>	
---	-----------	--

<b>ENTORNOS</b>		
<b>Prisiones</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Escuelas</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Lugares de trabajo</b>	<b>SI</b>	NO

<b>ASPECTOS TRANSVERSALES</b>		
<b>Tratamiento del estigma y la discriminación</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Capacitación y/o igualdad de género</b>	<b>SI</b>	NO
<b>VIH y pobreza</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Protección de los derechos humanos</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Participación de las personas que viven con el VIH</b>	<b>SI</b>	NO

**SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, explique cómo se identificó a las poblaciones clave**

**1.4 ¿Cuáles son las poblaciones clave y los grupos vulnerables a los que van destinados los programas nacionales del VIH? [especificar]**

<b>POBLACIONES CLAVE Y OTRAS POBLACIONES VULNERABLES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>Personas que viven con el VIH</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Poblaciones migrantes/móviles</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Huérfanos y otros niños vulnerables</b>	SI	<b>NO</b>
<b>Personas con discapacidades</b>	SI	<b>NO</b>
<b>Usuarios de drogas inyectables</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Reclusos</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Profesionales del sexo</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Personas transgénero</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Mujeres y niñas</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Mujeres y hombres jóvenes</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Otras subpoblaciones vulnerables específicas</b>	<b>SI</b>	NO

**1.5. ¿El país cuenta con una estrategia que atienda aspectos relacionados con el VIH dentro de sus servicios uniformados (como el ejército, la policía, las fuerzas de mantenimiento de la paz, el personal de las prisiones, etc.)??**

<b>SI</b>	NO
<b>SI</b>	NO

**1.6. ¿La estrategia multisectorial incluye un plan operativo?**

**1.7. ¿La estrategia multisectorial o el plan operativo incluye**

<b>a. objetivos formales del programa?</b>	<b>SI</b>	NO
<b>b. metas o hitos claros?</b>	<b>SI</b>	NO
<b>c. un desglose de los costos de cada área programática?</b>	<b>SI</b>	NO
<b>d. una indicación de las fuentes de financiamiento que apoyan la ejecución del programa?</b>	<b>SI</b>	NO
<b>e. un marco de vigilancia y evaluación?</b>	<b>SI</b>	NO

**1.8. ¿Ha asegurado el país la “integración y participación plenas” de la sociedad civil en el desarrollo de la estrategia multisectorial**

<b>X Participación Activa</b>	Participación moderada	Participación nula
-------------------------------	------------------------	--------------------

**SI SU PARTICIPACIÓN ES ACTIVA, explique brevemente cómo se organizó:**

En 2013 la sociedad civil continuó participando activamente en diversos cuerpos de gobernanza y actividades relevantes para la generación, desarrollo e implementación de la política y estrategias nacionales en respuesta al VIH, sida e ITS, destacando:

- Representación con voz y voto en el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA.
- Participación en la implementación y seguimiento de programas de prevención, campañas dirigidas a disminuir el estigma, la discriminación y la homofobia. Destacando su participación para implementar acciones preventivas con financiamiento del Gobierno Federal y de algunos gobiernos de entidades federativas.
- Participación en la implementación, gerencia y monitoreo del Proyecto del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, en su último año (año de transición).

Considerando la importancia de este año de inicio de la nueva administración para la reestructura de la política y estrategia nacional de respuesta al VIH, sida e ITS, la sociedad civil fue un actor clave en procesos para la generación de los documentos e instrumentos que sustentarán la respuesta de 2013 a 2018. Por lo anterior, la sociedad civil participó en diversos foros y consultas para la generación del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y el Programa Especial en VIH, sida e ITS 2013-2018. Respecto a este último instrumento, destacó la amplia participación de 70 organizaciones de la sociedad civil de diversas zonas del país, en el encuentro comunitario, celebrado en Monterrey, Nuevo León.

**SI LA PARTICIPACIÓN ES NULA o MODERADA, explique brevemente por qué:**

---



**1.9 ¿Han respaldado la mayor parte de los asociados para el desarrollo externo (bilaterales y multilaterales) la estrategia multisectorial?**

<b>SI</b>	No	No correspon de
-----------	----	-----------------------

**1.10 ¿Los asociados para el desarrollo externos han ajustado y armonizado sus programas relacionados con el VIH a la estrategia nacional multisectorial?**

<b>X Sí, todos los asocia dos</b>	Sí, alguno s asocia dos	No	No corres ponde
---	-------------------------------------	----	-----------------------

**COMENTARIO CENSIDA:** En México la cooperación para el desarrollo en 2013 correspondió al sistema de la ONU; y al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, TB y Malaria (FMSTM), en ambos casos hubo armonía y apego a la respuesta multisectorial. En caso de ONU en lo correspondiente al proceso de elaboración del UNDAF 2014-2019 y en caso del FMSTM en cuanto al proyecto R-9 implementado en México para fortalecer la respuesta

**SI LO HAN HECHO ALGUNOS o NINGUNO, explique brevemente en qué áreas no hay ajustes/armonización y por qué**

-----
-------

**2.1 ¿Ha integrado el país el VIH en los siguientes planes de desarrollo específicos?**

<b>PLANES DE DESARROLLO ESPECÍFICOS</b>	<b>SI</b>	<b>No</b>	<b>No corresponde</b>
<b>La Evaluación Nacional Común / el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo</b>	<b>SI</b>	No	No corresponde
<b>El plan de desarrollo nacional</b>	<b>SI</b>	No	No corresponde
<b>La estrategia para la reducción de la pobreza</b>	<b>SI</b>	No	No corresponde
<b>El plan estratégico nacional de protección social</b>	<b>SI</b>	No	No corresponde
<b>El enfoque multisectorial</b>	<b>SI</b>	No	No corresponde
<b>Otros [especifique]:</b>			
<b>Programa Sectorial de Salud</b>	<b>SI</b>	No	No corresponde

**2.2 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuáles de las siguientes áreas específicas relacionadas con el VIH están incluidas en uno o más de los planes de desarrollo?**

<b>ÁREA RELACIONADA CON EL VIH INCLUIDA EN EL /LOS PLAN/ES DE DESARROLLO</b>			
<b>Eliminación de leyes punitivas</b>	SI	No	<b>No corresponde</b>
<b>Alivio del impacto del VIH</b> (incluidos los cuidados paliativos para adultos y niños)	<b>SI</b>	No	No corresponde
<b>Reducción de las desigualdades de género que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH</b>	<b>SI</b>	No	No corresponde
<b>Reducción de las desigualdades de ingresos que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o</b>	<b>SI</b>	No	No corresponde

<b>apoyo relativos al VIH</b>			
<b>Reducción del estigma y la discriminación</b>	<b>SI</b>	No	No corresponde
<b>Tratamiento, atención y apoyo (incluidos la seguridad social u otros planes)</b>	<b>SI</b>	No	No corresponde
<b>Mayor autonomía económica de las mujeres (por .ejm., acceso al crédito, a la tierra y a la capacitación)</b>	<b>SI</b>	No	No corresponde
<b>Otros[especificar a continuación]:</b> <i>Fortalecimiento e integración de la participación de sociedad civil, personas viviendo con VIH y poblaciones clave en la política y respuesta nacional al VIH</i>	<b>SI</b>	No	No corresponde

**3. ¿Ha evaluado el país el impacto del VIH en el desarrollo socioeconómico a efectos de planificación?**

<b>SI</b>	No	No corresponde
-----------	----	----------------

**3.1 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, en una escala del 0 al 5 (donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”), ¿en qué grado ha incidido la evaluación en las decisiones de asignación de recursos?**

Bajo					Alto
0	1	2	3	<b>X 4</b>	5

**4. ¿El país cuenta con un plan para fortalecer los sistemas de salud?**

<b>SI</b>	No
-----------	----

**Incluya información sobre cómo ha influido en las infraestructuras relacionadas con el VIH, los recursos humanos y las capacidades, los sistemas logísticos de suministro de fármacos a los niños.**

Como parte del aumento de la calidad de atención integral de las personas con VIH, se incluye la acreditación de los centros de atención de VIH e Infecciones de Transmisión Sexual. Hasta diciembre de 2013, se tenían 74 centros ambulatorios para la prevención y atención del sida e ITS (capasits) de los cuales, 64 estaban acreditados (86%); y se contaba con 61 servicios de atención integral (sai) de los cuales 24(39%) contaban con acreditación.

La implementación de los centros de atención especializados ha permitido ejecutar el Programa de VIH/sida e ITS a nivel nacional y realizar las acciones correspondientes de prevención y atención integral propias para las personas con VIH e ITS. La constante capacitación, actualización, equipamiento y renovación de los centros y su personal, es una tarea continua y una actividad de colaboración entre las entidades federativas y el nivel nacional, como órgano rector de las acciones en materia de VIH, sida e ITS.

Los capasits se constituyen como la unidad operativa de las políticas públicas, programas de prevención, atención médica, promoción social, ejecución de recursos y de vigilancia epidemiológica del VIH e ITS en el país, ofreciendo promoción de salud sexual, atención integral a las personas con VIH e ITS e incluyen aspectos psicológicos, sociales, culturales y étnicos. Los capasits, dadas sus funciones, mejoran el acceso a los servicios de salud brindando atención con calidad y calidez, libres de discriminación y homofobia.

Respecto al sistema logístico de suministro de fármacos, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida (Censida) continúa coordinando el sistema de administración, logística y vigilancia de ARV (salvar), sistema informático para administrar la adquisición y distribución de los medicamentos antirretrovirales, así como dar seguimiento a los pacientes que viven con VIH/SIDA y que son atendidos de manera gratuita por la Secretaría de Salud en el país.

5. ¿Los centros de salud están prestando servicios relacionados con el VIH que estén integrados en otros servicios sanitarios?	Muchos	Pocos	Ninguno
a) Asesoramiento y pruebas del VIH con salud sexual y reproductiva	X		
b) Asesoramiento y pruebas del VIH con servicios para la tuberculosis	X		
c) Asesoramiento y pruebas del VIH con atención ambulatoria general	X		
d) Asesoramiento y pruebas del VIH con servicios para enfermedades crónicas no transmisibles		X	
e) El tratamiento antirretrovírico con los servicios para la tuberculosis	X		
f) El tratamiento antirretrovírico con la atención ambulatoria general		X	
g) El tratamiento antirretrovírico con los servicios para enfermedades crónicas no transmisibles			X
h) La prevención de la transmisión maternoinfantil con la atención prenatal y la salud materna e infantil	X		
i) Otros comentarios sobre la integración de los servicios del VIH:			X

**6. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos de planificación estratégica de los programas de su país relacionados con el VIH en 2013?**

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:**

De 2011 a 2013, los esfuerzos de planeación estratégica que se llevaron a cabo en el diseño del proyecto R-9 financiado por el FMSTM a México dieron resultados, al permitir que el proyecto se implementara en el país de forma exitosa, en el marco del Programa de Acción Específico-2007-2012, dando un valor agregado al asegurar mayores recursos focalizados a poblaciones clave; y cubriendo áreas de oportunidad y brechas.

El Censida y los demás actores involucrados en la respuesta al VIH, sida e ITS, han continuado elaborando sus planes anuales de trabajo, para el cumplimiento a los Programas de Acción. Se tuvieron dos reuniones de trabajo con las entidades federativas a fin de trabajar asuntos relacionados a su programación anual de actividades, metas e insumos, incluyendo la necesidad de medicamentos antirretrovirales.

En 2013 se realizaron consultas para la generación del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, el Programa Especial en VIH, sida e ITS; y el UNDAF 2014-2019 (que incluye VIH, sida e ITS). En este mismo año se publicaron el PND, el PROSESA y el UNDAF. Se precisa que en el PROSESA quedaron explícitas estrategias y líneas de acción sobre VIH, sida e ITS; así como temas asociados, en las que se enmarcará el PESIDA que se liberará en 2014. Por otra parte se comenta que dada esta planificación la Presidencia de la República dará particular seguimiento a la meta de eliminación de la transmisión vertical del VIH.

**¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:**

- Poco tiempo para realizar la planeación.
- Cada instancia involucrada en la respuesta realiza su planeación de manera independiente sin recibir asesoría o consultar con la entidad rectora en la respuesta. Esta situación se vuelve más compleja dado el número de actores y sectores involucrados en la misma.
- Presupuesto limitado, en especial poco recurso para acciones preventivas.
- Adopción de experiencias exitosas y estrategias del Proyecto del Fondo Mundial dentro de la respuesta nacional con sostenibilidad mediante recurso del país (nivel federal y estatal; así como diversos sectores involucrados).
- No es posible realizar acciones o proyectos a largo plazo que requieran continuidad dado que el ejercicio presupuestal y los procesos de contratación no pueden tener una perspectiva plurianual.
- Homologación del nivel de compromiso ante la respuesta al VIH, capacidades gerenciales y asignación de recursos en las entidades federativas y otros niveles como los municipios.
- Los planes y programas de gobierno son por periodos sexenales, conforme a la administración federal; y en el caso de entidades federativas por el tiempo

que duren las administraciones, lo cual en cierta forma podría limitar políticas y estrategias pensadas a largo plazo, aunque en algunos casos se retoman acciones de planes y programas previos por su relevancia o resultados esperados.

- En algunos escenarios la asignación de recursos para la respuesta al VIH, sida e ITS; o para atender algunos temas de la misma está sujeta a prioridades políticas de funcionarios o dependencias.
- Mayor integralidad y coordinación entre los servicios de VIH, sida e ITS y otros servicios/programas de salud.

## II. Apoyo y liderazgo Políticos

**1. ¿Los siguientes altos cargos hablan en público a favor de los esfuerzos relacionados con el VIH en los grandes foros locales por lo menos dos veces al año?**

<b>A. Ministros del gobierno</b>	<b>SI</b>	No
----------------------------------	-----------	----

<b>B. Otros altos cargos a nivel subnacional</b>	<b>SI</b>	No
--	-----------	----

**1.1. En los últimos doce meses, ¿ha emprendido alguna acción el presidente u otros altos cargos que demostrara liderazgo en la respuesta al VIH?**

<b>En los últimos doce meses, ¿ha emprendido alguna acción el presidente u otros altos cargos que demostrara liderazgo en la respuesta al VIH?</b> (Por ejemplo, prometer más recursos para solventar las deficiencias identificadas en la respuesta al VIH, hablar del VIH como cuestión de derechos humanos en un gran foro nacional o internacional, y actividades que incluyan visitas a clínicas del VIH, etc.)	<b>SI</b>	No
--	-----------	----

**Describa brevemente algún ejemplo de un caso donde el presidente u otro alto cargo haya demostrado su liderazgo:**

La Secretaria de Salud, Dra. Mercedes Juan López encabezó un acto conmemorativo del día mundial de respuesta al VIH y el sida el 1 de diciembre de 2013. En este acto también estuvieron presentes Subsecretarios de Salud, titulares de otras instituciones de la seguridad social que ofertan servicios públicos de salud, vocales del Conasida, la Directora General del Censida, sociedad civil organizada, academia y personal del Censida. En este acto en su primer año de administración, la C. Secretaria de Salud ratificó su compromiso con la respuesta al VIH, sida e ITS en el país; y presentó las prioridades a atender en la materia.

México a través del CENSIDA mantuvo su compromiso con la Región de América Latina y El Caribe al continuar fungiendo junto con Brasil y Guyana como representante ante la Junta Coordinadora de Programa del ONUSIDA (PCB-ONUSIDA), en su último año del mandato 2011-2013, posicionando temas de importancia para la región y para la respuesta global a la epidemia.

La Secretaria de Salud y el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud participaron en sesiones correspondientes al tema de VIH, sida e ITS en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud; y de reuniones del Consejo Ejecutivo de la OPS/OMS.

El Comisionado Nacional para Prevenir la Discriminación encabezó un acto acompañado por la Directora General del Censida y otros altos funcionarios para conmemorar el 17 de mayo (día mundial de lucha contra la homofobia).

El tema del VIH, sida e ITS fue parte de la glosa presentada por la Secretaria de Salud en su informe ante el Poder Legislativo.

**2. ¿Dispone el país de un órgano de gestión/coordinación multisectorial nacional del VIH reconocido oficialmente? (Consejo Nacional del SIDA o equivalente)**

<b>SI</b>	No
-----------	----

**SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, explique brevemente por qué no, y cómo se gestionar los programas del VIH:**



**2.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, el órgano multisectorial nacional del sida:**

<b>¿Tiene términos de referencia?</b>	<b>SI</b>	No
<b>¿Tiene liderazgo y participación activos del gobierno?</b>	<b>SI</b>	No
<b>¿Tiene un presidente oficial?</b>	<b>SI</b>	No
<b>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuál es su nombre y su cargo?</b> Dra. Mercedes Juan López, C. Secretaria del Salud, Presidenta del Consejo Nacional para la Prevención y Control del sida		
<b>¿Tiene una composición definida?</b>	<b>SI</b>	No
<b>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuántos miembros lo componen?</b> 44 miembros		
<b>¿Incluye a representantes de la sociedad civil?</b> <b>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a cuántos?</b>	<b>SI</b>	No
8 vocales representantes de sociedad civil		
<b>¿Incluye a las personas que viven con el VIH?</b>	<b>SI</b>	No
<b>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a cuántas?</b> Por lo menos dos que lo han manifestado abiertamente		
<b>¿Incluye al sector privado?</b>	<b>SI</b>	No
<b>¿Fortalece la coordinación de los donantes para evitar la financiación paralela y la duplicación de esfuerzos en materia de programación y preparación de informes?</b>	<b>SI</b>	No

**3. ¿El país cuenta con un mecanismo que promueva la interacción entre el gobierno, la sociedad civil y el sector privado para ejecutar programas y estrategias relativos al VIH?**

<b>SI</b>	No	No corresponde
-----------	----	----------------

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente los principales logros conseguidos:**

Dentro de los principales logros en 2013 en el trabajo con la sociedad civil e

instancias académicas se comenta que el Censida continuó su compromiso de fortalecer la respuesta nacional mediante intervenciones ejecutadas por OSC en materia de prevención y promoción de la salud; así como de generación de información estratégica en diversas entidades del país, a través de convocatorias públicas que destinaban recursos federales para ser ejecutados por las OSC. Mientras que en 2011 el Censida destinó \$40,814,119.47, para el 2013 el monto asignado para esta dinámica de financiamiento a OSC aumentó a \$73,376,067.73, es decir, casi un 80% de incremento respecto a 2011. Cabe comentar que existen otros organismos como el Instituto nacional para el Desarrollo Social y el Instituto nacional de las Mujeres que también realizan trabajo en el tema con las OSC y que incluso también apoyan proyectos de intervención con recurso federal.

Por otra parte, el Proyecto R-9 del FMSTM concluyó su fase de transición (último año) de forma exitosa. Gracias al trabajo articulado con las OSC el proyecto cumplió satisfactoriamente sus metas, cerrando la brecha nacional en cuanto a alcance de poblaciones clave (HSH, HTS y PUDI) con intervenciones de prevención primaria y secundaria.

Por último se comenta que la participación de sociedad civil en el Conasida, sus comités y grupos de trabajo continuó propiciando la coordinación con este sector para la generación de insumos que mejoren la coordinación de la respuesta nacional.

### **¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:**

- Mayor articulación a nivel estatal entre programas estatales de VIH, sida e ITS con sociedad civil, academia y sector privado.
- Homologación de la profesionalización de las OSC y de capacidades técnicas y gerenciales.
- Mayor involucramiento del sector privado en iniciativas sobre el tema.
- Mejorar capacidades técnicas y gerenciales en entidades federativas, municipios y localidades para monitorear programas y estrategias en las que intervienen diversos actores y sectores.
- No existe balance geográfico de presencia de OSC en las entidades federativas.
- La estructura y funcionamiento actuales del Conasida ya no responden del todo a las necesidades de coordinación actuales de la respuesta al VIH, sida e ITS. Se

requiere trabaja en su reestructura y dinámica de trabajo.

- Históricamente han existido problemáticas con algunas OSC en cuanto a la rendición de cuentas (comprobación de gasto) de los recursos federales que se les otorgan para implementar intervenciones/proyectos.

- No obstante que sociedad civil tiene vocalías en el Conasida, existe un problema de representatividad, ya que muchas de las más de 400 OSC registradas en Censida que tienen trabajo en el tema, no se sienten representadas por quienes ocupan las vocalías de este sector en dicho consejo. El reto está en encontrar un mecanismo que facilite la elección de estas vocalías de manera que sean representativas para todas las OSC.

**4. ¿Qué porcentaje del presupuesto nacional relativo al VIH se dedicó a actividades llevadas a cabo por la sociedad civil durante el año pasado?**

**COMENTARIO CENSIDA:** La fuente de este porcentaje es MEGAS 2010-2011. Corresponde a la estimación de gasto ejercido por OSC (agentes financieros sin fines de lucro) en función del gasto nacional en VIH y el sida.

**2.31%**

**5. ¿Qué tipo de apoyo ofrece el Comisión Nacional del Sida (o equivalente) a las organizaciones de la sociedad civil para la ejecución de actividades relacionadas con el VIH?**

Tipo de apoyo		
<b>Desarrollo de las capacidades</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Coordinación con otros asociados de ejecución</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Información sobre las necesidades prioritarias</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Adquisición y distribución de fármacos u otro suministros</b>	SI	<b>NO</b>
<b>Orientación técnica</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Otros (especificar):</b> Financiamiento para intervenciones/proyectos preventivos y de promoción de la salud	<b>SI</b>	NO

**6. ¿Ha revisado el país las políticas y la legislación nacionales para determinar cuáles, si las hubiera, son contradictorias con las políticas**

SI	<b>NO</b>
----	-----------

de Control nacional del SIDA?

--	--

<b>6.1 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿se han enmendado las políticas y la legislación para que sean coherentes con las políticas nacionales de control del sida?</b>	SI	No
---	----	----

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, enumere y describa como se enmendaron las políticas/leyes**

**Nombre y describa las incoherencias que persisten entre las políticas/legislación y las políticas de control nacional del sida:**

**7. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría el apoyo político al programa del VIH en 2013?**

Muy deficiente					Excelente					
0	1	2	3	4	5	6	7	<b>8</b>	9	10

**Desde 2011, ¿Cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo? :**

El tema de VIH y el sida quedó posicionado en alto nivel de prioridad política en la presente administración. Dentro del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, la respuesta al VIH, sida e ITS quedó implícita en diversas estrategias y ejes de acción; así como otros temas relacionados con la salud sexual. La eliminación de la transmisión vertical del VIH será una meta de seguimiento de la Presidencia de la República. Por otra parte en 2013 se inició el proceso de generación del Programa Especial en VIH, sida e ITS 2013-2018, con consultas nacionales, regionales y locales de forma amplia e incluyente.

**¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:**

Compromiso a nivel de las entidades federativas que se traduzca en la asignación de presupuesto en las entidades para la respuesta al VIH, sida e ITS: Existe una alta dependencia del presupuesto que asigna la Federación, se requiere inversión de las entidades federativas.

### III Derechos humanos

**1.1. ¿Dispone el país de leyes o regulaciones contra la discriminación que protejan de forma específica a una población clave determinada y a otros grupos vulnerables? Rodee "S" si la política se refiere específicamente a alguno de las siguientes poblaciones clave y grupos vulnerables:**

<b>POBLACIONES CLAVE y GRUPOS VULNERABLES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>Personas que viven con el VIH</b>	SÍ	NO
<b>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</b>	SÍ	NO
<b>Poblaciones migrantes y poblaciones móviles</b>	SÍ	NO
<b>Huérfanos y otros niños vulnerables</b>	SÍ	NO
<b>Personas con discapacidades</b>	SÍ	NO
<b>Usuarios de drogas inyectables</b>	SÍ	NO
<b>Reclusos</b>	SÍ	NO
<b>Profesionales del sexo</b>	SÍ	NO
<b>Personas transgénero</b>	SÍ	NO
<b>Mujeres y niñas</b>	SÍ	NO
<b>Mujeres y hombres jóvenes</b>	SÍ	NO
<b>Otras subpoblaciones vulnerables específicas [especificar]</b>	SÍ	NO

**1.2. ¿Dispone el país de una ley general (es decir, no de la discriminación relacionada con el VIH específicamente) contra la discriminación?**

<b>SI</b>	NO
-----------	----

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA a las preguntas 1.1. o 1.2, describa brevemente el contenido de la o las leyes:**

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, El objeto de la misma es prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona en los términos del Artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como promover la igualdad de oportunidades y de trato. (En términos del artículo 1 constitucional, se prohíbe la discriminación motivada por: origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra...)

**Comente brevemente qué mecanismos están en marcha para garantizar la implementación de estas leyes:**

Las disposiciones de esta Ley son de orden público y de interés social.

**Comente brevemente en qué grado están siendo aplicadas actualmente:**

El CONAPRED es la institución rectora para promover políticas y medidas tendientes a contribuir al desarrollo cultural y social y avanzar en la inclusión social y garantizar el derecho a la igualdad, que es el primero de los derechos fundamentales en la Constitución Federal. También se encarga de recibir y resolver las reclamaciones y quejas por presuntos actos discriminatorios cometidos por particulares o por autoridades federales en el ejercicio de sus funciones.

El CONAPRED desarrolla acciones para proteger a todos los ciudadanos y las ciudadanas de toda distinción o exclusión basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, que impida o anule el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas (artículo 4º Ley Federal para Prevenir la Discriminación).

**2. ¿Dispone el país de leyes, reglamentaciones o políticas que presenten obstáculos a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para las poblaciones clave y los grupos vulnerables?**

SI	<b>NO</b>
----	-----------

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿para qué poblaciones clave y grupos vulnerables?**

<b>Personas que viven con el VIH</b>	SI	NO
<b>Ancianos</b>	SI	NO
<b>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</b>	SI	NO
<b>Migrantes y poblaciones móviles</b>	SI	NO
<b>Huérfanos y otros niños vulnerables</b>	SI	NO
<b>Personas con discapacidades</b>	SI	NO
<b>Usuarios de drogas inyectables</b>	SI	NO
<b>Reclusos</b>	SI	NO
<b>Profesionales del sexo</b>	SI	NO
<b>Personas transgénero</b>	SI	NO
<b>Mujeres y niñas</b>	SI	NO
<b>Mujeres y hombres jóvenes</b>	SI	NO
<b>Otras poblaciones vulnerable específicas [especificar a continuación]:</b>	SI	NO

**Describe brevemente el contenido de estas leyes, regulaciones o políticas:**

--

**Comente brevemente de qué forma suponen un obstáculo:**

--

## IV. Prevención

**1. ¿Tiene establecido el estado una política o estrategia para fomentar la información, educación y comunicación (IEC) sobre el VIH entre la población en general?**

<b>SI</b>	NO
-----------	----

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA ¿qué mensajes clave se promueven explícitamente?**

Aplazamiento del inicio de la actividad sexual	SI	<b>NO</b>
Práctica de relaciones sexuales seguras	<b>SI</b>	NO
Combatir la violencia contra las mujeres	SI	<b>NO</b>
Mayor aceptación y participación de las personas que viven con el VIH	<b>SI</b>	NO
Mayor participación de los varones en programas de salud reproductiva	<b>SI</b>	NO
Conocimiento del estado serológico con respecto al VIH	<b>SI</b>	NO
Circuncisión masculina bajo supervisión medica	SI	<b>NO</b>
Prevención de la transmisión materno infantil del VIH	<b>SI</b>	NO
Promoción de una mayor igualdad entre hombres y mujeres	<b>SI</b>	NO
Reducción del número de parejas sexuales	SI	<b>NO</b>
Uso de equipo de inyección estéril	<b>SI</b>	NO
Uso sistemático del preservativo	<b>SI</b>	NO
Otros: (escribir abajo) Educación sexual, información sobre servicios amigables de salud, en particular para adolescentes y jóvenes	<b>SI</b>	NO



**1.2 ¿el país ha emprendido una actividad o ejecutado un programa durante el último año para promover una información correcta sobre el VIH en los medios de comunicación?**

SI	<b>NO</b>
----	-----------

**2. ¿El país cuenta con una política o estrategia establecidas para promover la educación sobre salud sexual y reproductiva relacionada con el VIH entre los jóvenes?**

<b>SI</b>	NO
-----------	----

**2.1 ¿Forma parte el VIH del plan de estudios de:**

Las escuelas primarias?	<b>SI</b>	NO
Las escuelas secundarias?	<b>SI</b>	NO
La formación de maestros?	<b>SI</b>	NO

**2.2. ¿La estrategia incluye:**

a) elementos apropiados para cada edad?	<b>SI</b>	NO
b) elementos sobre salud sexual y reproductiva que tengan en cuenta la dimensión de género?	<b>SI</b>	NO

**2.3 ¿Tiene el país una estrategia de educación sobre el VIH para los jóvenes no escolarizados?**

SI	<b>NO</b>
----	-----------

**3. ¿Tiene el país una política o estrategia para promover la información, educación y comunicación y otras intervenciones sanitarias preventivas para las subpoblaciones más expuestas u otras subpoblaciones vulnerables?**

<b>SI</b>	NO
-----------	----

**Describe brevemente el contenido de esta política o estrategia.**

Se identifica necesidades regionales, a través de acciones estatales que permitan dar una respuesta nacional integral al VIH bajo la rectoría del programa federal, considerando las características y necesidades particulares de cada estado.

Reuniones con diferentes actores clave para la respuesta al VIH y sus aportaciones para la elaboración del programa de acción nacional.

Mediante la invitación a organizaciones de la sociedad civil e instituciones académicas para que, con fondos y recursos públicos, se ejecuten acciones de prevención y detección oportuna, acciones que se dirigen a poblaciones específicas como personas usuarias de drogas inyectables, personas en reclusión, personas con trabajo sexual, hombres que tienen sexo con otros hombres, personas transgénero, poblaciones móviles entre otros.

**3.1 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿qué poblaciones y qué elementos de la prevención del VIH cubre la política/estrategia?**

Las poblaciones clave, HSH, TS, UDI, PVVS, privados de libertad.

**Marque las poblaciones y elementos específicos incluidos en la política/estrategia**

	UDI*	HSH†	Profesionales del sexo	Clientes de los profesionales del sexo	Reclusos	Otras Subpoblaciones (especificar)
Fomento del uso del preservativo	XX	XX	XX	XX	XX	Jóvenes, mujeres en situación de desigualdad
Terapia de sustitución de drogas						
Asesoramiento y pruebas de VIH	XX	XX	XX		XX	Jóvenes, mujeres en situación de desigualdad
Intercambio de jeringas y agujas	XX					Jóvenes, mujeres
Salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	XX	XX	XX		XX	Jóvenes, mujeres en situación de desigualdad
Reducción del estigma y la discriminación	XX	XX	XX		XX	Población en general
Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre el VIH	XX	XX	XX		XX	Jóvenes, mujeres en situación de desigualdad
Reducción de la vulnerabilidad (p.e.generación de ingresos)						

\* UDI= Personas que usan drogas inyectables

† HSH=Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

**3.2. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH en 2013?**

Muy deficiente		Marque con una X					Excelente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								X		

**Desde 2011, ¿Cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?**

Se han realizado estrategias para fortalecer la comunicación entre las instituciones de salud, con el objeto de homogeneizar las acciones para la respuesta ante la epidemia, a través del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CONASIDA).

Se ha logrado a través de las intervenciones de las organizaciones de la sociedad civil, el incremento de participación de la sociedad en las acciones preventivas y de cobertura mediante el otorgamiento de recursos federales para el desarrollo de las mismas.

**¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?**

Lograr la integración de todos los actores en una respuesta nacional con la rectoría del gobierno federal

Lograr una mayor articulación con la Secretaría de Educación Pública, para lograr el cumplimiento de los compromisos del Gobierno mexicano, en la Declaración Ministerial “Prevenir con educación”.

**4. ¿Ha identificado el país necesidades específicas en los programas de prevención del VIH?**

SI	NO
----	----

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cómo se determinaron dichas necesidades específicas?**

Con base en las demandas de la sociedad civil. A partir de las recomendaciones internacionales en seguimiento y atención a las directrices plasmadas en el Plan Nacional de Desarrollo, Programa Sectorial de Salud y Programa Nacional.

**SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, ¿cómo están ampliándose los programas de prevención del VIH**

**4.1 ¿En qué grado se ha aplicado la prevención del VIH? Marque con una X**

La mayoría de las personas necesitadas disponen de acceso a ...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
Seguridad hematológica				XX	
Promoción del preservativo			XX		
Apoyo económico, p.ej. transferencias de efectivo			XX		
Reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables		XX			
Programas para jóvenes no escolarizados		XX			
Prevención del VIH en el lugar de trabajo		XX			
Asesoramiento y				XX	



<b>pruebas del VIH</b>					
------------------------	--	--	--	--	--

<b>Información, educación y comunicación sobre reducción del riesgo</b>			<b>XX</b>		
<b>Información, educación y comunicación sobre reducción del estigma y discriminación</b>			<b>XX</b>		
<b>Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH</b>				<b>XX</b>	
<b>Prevención para las personas que viven con el VIH</b>				<b>XX</b>	
<b>Servicios de salud reproductiva, incluidos prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual</b>			<b>XX</b>		
<b>Reducción del riesgo para las parejas íntimas de las poblaciones clave</b>			<b>XX</b>		
<b>Reducción del riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</b>				<b>XX</b>	
<b>Reducción del riesgo para los profesionales del sexo</b>				<b>XX</b>	
<b>Reducción de la</b>		<b>XX</b>			

<b>violencia de género</b>					
<b>Educación escolar sobre el VIH para jóvenes</b>			<b>XX</b>		
<b>Tratamiento como prevención</b>				<b>XX</b>	
<b>Precauciones universales en entornos de atención sanitaria</b>				<b>XX</b>	
<b>Otros[especificar]: (especificar)</b>					

**5. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos de ejecución de los programas de prevención del VIH en 2013?**

0	1	2	3	4	5	6	7	<b>8</b>	9	10
								<b>X</b>		

**Desde 2011 ¿Cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?**

Fortalecimiento de la prevención del VIH mediante el incremento de los recursos federales destinados a la prevención, incrementando la cobertura de la prevención entre las poblaciones clave.

Se instauró el Día Nacional de la Prueba de Detección, “Si te detectas a tiempo hay tiempo”, con la finalidad de fortalecer la detección oportuna ente los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad.

**¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?**

Lograr que las poblaciones en riesgo, acudan a los servicios de salud de manera preventiva a realizarse las pruebas de detección y garantizar que se cuenten con servicios de salud integrales a nivel nacional.

## V. Tratamiento, atención y apoyo

1. **¿Ha identificado el país los elementos necesarios en un paquete integral de servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?**

<b>SI</b>	NO
-----------	----

**Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente los elementos y a cuáles se les ha dado prioridad:**

Diagnóstico y tratamiento de la transmisión vertical del VIH y de la Sífilis  
 Diagnóstico y tratamiento coinfección por tuberculosis activa y latente  
 Diagnóstico y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual  
 Diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas  
 Monitoreo de la eficacia y resistencia al tratamiento antirretroviral

**Describa brevemente cómo están ampliándose los servicios de tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH**

Mejora en el nivel de detección, oportunidad en el acceso al tratamiento y monitoreo de la eficacia del mismo.  
 Mejora y adecuaciones en el sistema de monitoreo y evaluación de los medicamentos antirretrovirales de todo el país.  
 Centros de atención especializada en VIH en todo el país.  
 Operación de un programa específico para prevenir la transmisión vertical del VIH y de la Sífilis.  
 Espacios libres de homofobia y discriminación en los servicios de atención especializada.  
 Programas de mejora de las competencias en el personal de salud que proporciona los servicios de atención para las personas con VIH.  
 Mejora en el nivel de detección de la coinfección tuberculosis/VIH  
 Disponibilidad del tratamiento de la tuberculosis activa y latente.



Accesibilidad al diagnóstico y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual y principales infecciones oportunistas.  
Se han ampliado los servicios de atención integral para las personas con VIH.

**1.1. ¿En qué grado están ejecutándose los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?**

La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No corresp. (N/C)
Terapia antirretrovirica	1	2	3	<b>4 X</b>	N/C
Terapia antirretrovirica para los pacientes de Tuberculosis	1	2	3	<b>4 X</b>	N/C
Profilaxis con cotrimoxazol para exposiciones ocupacionales al VIH	1	2	3	<b>4 X</b>	N/C
Diagnóstico infantil precoz	1	2	<b>3 X</b>	4	N/C
Apoyo económico	<b>1 X</b>	2	3	4	N/C
Atención y apoyo en el entorno familiar	1	2	<b>3 X</b>	4	N/C
Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativo)	1	2	<b>3 X</b>	4	N/C
Asesoramiento y pruebas del VIH para las personas con tuberculosis	1	2	<b>3 X</b>	4	N/C
Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo	1	2	<b>3 X</b>	4	N/C
Atención nutricional	1	2	<b>3 X</b>	4	N/C
Tratamiento pediátrico del sida	1	2	3	<b>4 X</b>	N/C
Cuidados paliativos para niños y adultos	1	2	3	<b>4 X</b>	N/C
Provisión a las mujeres de terapia antirretrovirica tras el parto	1	2	3	<b>4 X</b>	N/C
Profilaxis posterior a la exposición para una exposición no ocupacional (p.ej. agresión sexual)	1	2	3	<b>4 X</b>	N/C
Profilaxis posterior a la exposición para exposiciones ocupacionales al VIH	1	2	3	<b>4 X</b>	N/C
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias	1	2	3	<b>4 X</b>	N/C

Gestión de la infección transmitida por vía sexual	1	2	<b>3 X</b>	4	N/C
Control de la infección por tuberculosis en los centros de tratamiento y atención del VIH	1	2	3	<b>4 X</b>	N/C
Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas que viven con el VIH	1	2	<b>3 X</b>	4	N/C
Realización de pruebas de la tuberculosis a las personas que viven con el VIH	1	2	<b>3 X</b>	4	N/C
Tratamiento de las infecciones comunes relacionadas con el VIH	1	2	<b>3 X</b>	4	N/C
Otros: (especificar)	1	2	3	4	N/C

**2. ¿El gobierno dispone de una política o estrategia para prestar apoyo social y económico a las personas infectadas con/afectadas por el VIH?**

<b>SI</b>	NO
-----------	----

**Aclare qué tipo de ayuda social y económica se ha brindado:**

Las personas con empleo formal y sus familiares (aproximadamente 50 millones) cuentan con las prestaciones sociales, tal como incapacidad laboral en caso de no poder trabajar.

**3. ¿El país dispone de una política o estrategia para desarrollar/usar medicamentos genéricos o importar paralelamente medicamentos para el VIH?**

<b>SI</b>	NO
-----------	----

**4. ¿Tiene el país acceso a la obtención y suministro a nivel regional de los mecanismos de control de materias esenciales, como los fármacos para la terapia antirretrovírica, preservativos, y medicamentos de sustitución?**

<b>SI</b>	NO	N/C
-----------	----	-----

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a qué tipo de productos?**

Medicamentos. Las Normas Oficiales Mexicanas que establecen los requerimientos mínimos que deben cumplir los antirretrovirales, los preservativos, genéricos, que garanticen la seguridad para su uso en la población mexicana.

**5. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos hacia la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2013?**

Muy deficientes									Excelentes	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									X	

**¿Desde el 2013, cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?**

A partir del 2003, en que se logró el acceso universal a los antirretrovirales, el número de pacientes cubiertos ha ido incrementándose, México ha logrado una cobertura mayor del 80% de las personas que requieren tratamiento antirretroviral (ARV) con los criterios establecidos en la actualidad, de las cuales 99.2% son atendidas en instituciones públicas. El número de personas que reciben tratamiento antirretroviral por todas las instituciones de salud en México fue de 84,095 en 2012. El número acumulado de personas sin seguridad social que ha recibido tratamiento con antirretrovirales fue de 45,256 al 31 de diciembre de 2012 y para diciembre de 2013 ascendió a 57,073, lo que significa un incremento porcentual de 26.1.

En el 2013, por primera vez se destinaron sin costo para el paciente, medicamentos antirretrovirales para profilaxis de la transmisión vertical del VIH y para profilaxis post exposición no ocupacional (violencia sexual).

El control virológico de las personas en tratamiento ARV por más de seis meses se ha incrementado: en el 2011 el número de pacientes con seis meses o más de recibir ARV fue de 33,120, de los cuales 23,503 tenían CV menor de 400 copias (71.0%); en el 2012 de 44,612 personas, 31,872 (71.4%) estaban en esta condición; y para el 2013 de 46,491 personas, 34,427 (74.1%) contaban con

carga viral menor a 400 copias.

Además de la atención que se brinda en los centros de salud, clínicas y hospitales, se cuenta con Servicios de Atención Integral de Personas con VIH (sai), ubicados en unidades hospitalarias de tercer y segundo nivel de atención de la República Mexicana, los cuales están integrados por un equipo de salud multidisciplinario, en un espacio destinado a proporcionar atención médica ambulatoria e integral y que para el 2013 ascienden a 61.

Por otro lado, y como parte del Plan Maestro de Infraestructura en el 2003 se incluyó en el proyecto de Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES), el establecimiento de los Centros ambulatorios de prevención y atención del sida e infecciones de transmisión sexual (capasits). Su creación se da como respuesta a la necesidad de garantizar un trato adecuado, abatir las desigualdades en la atención médica, mejorar las condiciones de salud de las personas con VIH y ampliar el acceso a la atención integral por un equipo multidisciplinario, que incluye la distribución de antirretrovirales, actividades de prevención y la detección oportuna del VIH e ITS. Los capasits se constituyen en la unidad operativa de las políticas públicas, programas de prevención, atención médica, promoción social, ejecución de recursos y de vigilancia epidemiológica del VIH e ITS en el país, en espacios libres de discriminación y homofobia. Al 2006 se encontraban en funciones, 38 capasits; al año 2011 había 68; en el 2012, hubo 71, y para el 2013 existen 75 en toda la República Mexicana.

### ***¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?***

El incremento de nuevos casos de personas con VIH que requieren tratamiento antirretroviral y de aquellas que se mantienen con una sobrevida mayor, podría dar como resultado que no se logre sostener la política de acceso universal de ARV para el 2018. La mayoría de los medicamentos ARV son de patente, lo cual eleva los precios. Por lo que se requiere avanzar para alcanzar una mayor disminución del costo de los ARV en México, para lo cual se deben analizar los tratados internacionales y sus flexibilidades, los criterios vigentes para patentar y buscar estrategias para fomentar la competencia y mayor número de proveedores de genéricos de ARV en el país.

El 48% de las personas con VIH son diagnosticadas de manera tardía (< 200 CD4), por lo que es necesario dar mayor énfasis a estrategias de acompañamiento, retención y adherencia para garantizar el acceso efectivo, oportuno y con calidad a los servicios de salud. Las estrategias biomédicas se tendrán que vincular de manera efectiva, con definiciones de inicio de tratamiento temprano y considerar las propuestas de detección-tratamiento (test & treat), fortaleciendo los sistemas de atención con personal calificado y equipamiento adecuado.

Es necesario reconocer que existen problemas sistémicos de las instituciones de

Salud que requieren ser atendidos para mejorar la atención y los servicios dirigidos a las personas en riesgo o con VIH o sida y que es necesario fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud como autoridad sanitaria, para lograr el cumplimiento de las responsabilidades y metas de todas instituciones, actores, sectores y niveles de gobierno y que los servicios de salud garanticen la calidad requerida y se articulen, vinculen o integren, centrados en las personas y sus necesidades, en un marco de derechos humanos, género e inclusión permanente de las poblaciones en situación de desigualdad y de la diversidad sexual.

Ampliar los recursos disponibles en todas las entidades federativas, instituciones y grupos de la población prioritarios. Se requiere también reducir la coinfección por Tuberculosis y VIH y eliminar la transmisión vertical del VIH y la sífilis por medio de privilegiar la prevención, la educación integral de la sexualidad, los derechos humanos y políticas incluyentes.

Que la desigualdad, la discriminación, las inequidades de género y la exclusión sean combatidas y rechazadas por las instituciones públicas y la sociedad en su conjunto.

Incrementar la percepción de riesgo de contraer VIH y/o infecciones de transmisión sexual.

**6. ¿El país tiene una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables?**

<b>SI</b>	NO	N/C
-----------	----	-----

**6.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿hay en el país alguna definición operativa para “huérfano” y “niño vulnerable”?**

<b>SI</b>	NO
-----------	----

**6.2 si la respuesta es afirmativa, ¿tiene el país un plan de acción nacional específico para los huérfanos y otro niños vulnerables?**

SI	<b>NO</b>
----	-----------

**7. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a satisfacer las**

**necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables in 2013?**

Muy deficiente					Excelentes					
0	1	2	3	4	<b>5</b>	6	7	8	9	10
					x					

**Desde 2011, ¿Cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?**

México ha ratificado los compromisos internacionales de prevención y atención del VIH y el sida en la población infante, Declaración de la Sesión Extraordinaria de la Asamblea de las Naciones Unidas en favor de la Infancia (PAFI) sobre VIH y el sida. El Programa Especial de VIH sida e ITS 2013-2018, considera dentro de las estrategias y objetivos, consolidar la prevención, detección y atención integral de casos de violencia familiar en niños y niñas. Implementar estrategias de prevención combinada en poblaciones clave y en situación de desigualdad. Incrementar la detección temprana del VIH, con énfasis en población clave y en situación de desigualdad.

**¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?**

Contar con presupuesto para actividades focalizadas en mujeres, jóvenes y población en situación de desigualdad.  
Existen instituciones gubernamentales que atienden a niños huérfanos en general, pero aún existe rechazo por parte de la sociedad.  
Fortalecer el trabajo interinstitucional y la continuidad a los programas dirigidos a niños y niñas en situación de desigualdad.  
Diseñar e implementar programas de prevención que incluyan factores de importancia para adolescentes y jóvenes frente al VIH, como el uso de alcohol y drogas ilegales, violencia de género, escasas oportunidades educativas y laborales, y baja percepción del riesgo de adquirir el virus.  
Reforzar la coordinación con la Secretaría de Educación Pública para dar seguimiento a los compromisos en la Declaración Ministerial, trabajando temas de estigma y discriminación a partir del nivel primario de la educación.  
Garantizar la continuidad a la prevención focalizada (HSH, MTS, HTS y pudi) como pilar fundamental de la respuesta a la epidemia del VIH para reducir nuevas infecciones en estos grupos, así como en otros en situación de desigualdad.  
Fortalecer como ejes prioritarios la prevención y la promoción de derechos sexuales y reproductivos de mujeres, imperativos en evitar la transmisión vertical del VIH.

## VI. Seguimiento y evaluación

### 1. ¿Cuenta el país un plan nacional de vigilancia y evaluación (SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN)?

<b>SI</b>	En curso	NO
-----------	----------	----

**COMENTARIO CENSIDA:** En México no existe tal cual un plan (documento programático específico) sobre vigilancia y evaluación (seguimiento y evaluación), sin embargo, para efectos de esta sección se considera que el país cuenta con un marco de vigilancia y evaluación, que se encuentra presente en documentos normativos y en sistemas de información. Es decir, para esta pregunta y sección del cuestionario de entiende plan nacional de vigilancia y evaluación como “marco de vigilancia y evaluación”.

#### Describa brevemente los problemas encontrados en el desarrollo o implementación:

Existen retos para regular, coordinar y homologar el funcionamiento de las diversas instancias que son parte del marco de vigilancia y evaluación en materia de VIH, sida e ITS. No obstante que existen objetivos, líneas de acción, metas e indicadores nacionales; así como internacionales prioritarios para el país, no todas las instituciones tienen el mismo nivel de compromiso en cuanto la implementación de acciones de vigilancia y monitoreo, el seguimiento periódico, el seguimiento global y estandarizado a todos los indicadores que les competen, asignación de recursos para vigilancia y monitoreo; así como para promover la investigación operativa.

Otro reto es resolver discrepancias en la calendarización de periodos para el seguimiento y cierre de actividades o reportes en materia de vigilancia y evaluación. Por ejemplo, los sistemas de información que alimentan al sistema nacional de información, vigilancia y monitoreo en materia de VIH y el sida, de las diversas instituciones de salud, cierran sus cifras definitivas en distintos periodos.

Por otra parte, sigue siendo un reto consolidar la información relevante en materia y vigilancia derivada del trabajo de algunas OSC, sector privado e instancias académicas, ya que aún cuando en la estrategia nacional (programa de acción en materia de VIH) se encuentran incluidos, es difícil obtener su información estratégica dado al gran número de actores de este sector, diferencias en su estructura y profesionalización, entre otros factores.

Nacional de VIH y el sida información que incluya todas las acciones de la sociedad civil realizadas con financiamiento de diversa índole, de manera que tengamos una

perspectiva integrada de los esfuerzos públicos, privados y sociales en la lucha contra el VIH/SIDA que se realizan en el país.

Dado que la mayoría del presupuesto en materia de VIH, sida e ITS se invierte principalmente en TARV y atención integral; y que los recursos son insuficientes para la prevención y promoción de la salud, las áreas de oportunidad para invertir en vigilancia y monitoreo quedan muchas veces sin financiamiento o con poco financiamiento.

**1.1 SI LA RESPUESTA ES SI, años cubiertos:** 2007-2012 y 2013-2018 (en proceso)

**1.2 SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿disponen los asociados clave de requisitos sobre V+E (incluidos los indicadores) en consonancia con el plan nacional de SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN?**

Sí, todos los asociados	<b>Sí, algunos asociados</b>	NO	N/C
-------------------------	------------------------------	----	-----

**Describe brevemente cuáles han sido las dificultades:**

El marco de vigilancia y evaluación se encuentra implícito en el marco de los planes, programas, estrategias, normas guías y lineamientos que se difunden públicamente mediante diversos medios o instancias de gobernanza como el Conasida, sin embargo, la prioridad que se le da al contenido técnico y necesidades sobre aspectos de atención integral, o prevención por ejemplo, dan mayor prioridad a la difusión del componente político (estrategias, acciones, etc.); y este efecto provoca poco conocimiento del marco en vigilancia y evaluación, aún cuando es el eje prioritario para la toma de decisiones.

Por otra parte, de manera general, ha sido poco frecuente el acceso a las capacitaciones sobre vigilancia y evaluación para los actores y sectores que participan en la respuesta nacional.



**2. ¿El plan nacional de vigilancia y evaluación incluye lo siguiente?**

<b>Una estrategia para recopilación de datos</b>	<b>SI</b>	NO
--	-----------	----

<b>SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿aborda lo siguiente?</b>		
Encuestas conductuales	<b>SI</b>	NO
Estudios de evaluación / investigación	<b>SI</b>	NO
Vigilancia de la Resistencia a los fármacos para el VIH?	<b>SI</b>	NO
Vigilancia del VIH?	<b>SI</b>	NO
Supervisión rutinaria de programas	<b>SI</b>	NO
Una estrategia de análisis de los datos?	<b>SI</b>	NO
Una estrategia de difusión y uso de los datos?	<b>SI</b>	NO
Un conjunto bien definido y normalizado de indicadores, que incluya desglose por sexo y edad (donde corresponda)?	<b>SI</b>	NO
Directrices sobre herramientas de recopilación de datos?	<b>SI</b>	NO

**3. ¿Existe un presupuesto para la implementación del plan de vigilancia y evaluación?**

<b>SI</b>	En curso	NO
-----------	----------	----

**3.1 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿Qué porcentaje de la financiación total del programa del VIH se ha destinado a actividades de E+V en el presupuesto?**

**0.31%**

\*Fuente: MEGAS (2011) Estimación del gasto a partir de tres categorías asociadas a las acciones de vigilancia y evaluación: 1) Monitoreo y evaluación, 2) Investigación de Operaciones y, 3) Vigilancia Serológica. El dato corresponde a la suma del gasto en las 3 categorías divididas entre el total de gasto nacional en SIDA. Últimos datos disponibles de la medición del gasto en SIDA, 2011.

**4. ¿Existe una unidad funcional de vigilancia y evaluación en el país?**

<b>SI</b>	En preparación	NO
-----------	-------------------	----

**Describe brevemente cualquier obstáculo:**

**4.1. ¿Dónde tiene su base la unidad nacional de SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN?**

¿En el ministerio de salud?	<b>SI</b>	NO
¿En la Comisión Nacional de VIH (o equivalente)?	<b>SI</b>	NO
¿En otro lugar? Si es en otro lugar <i>especifique</i> :	<b>SI</b>	NO

**4.2. ¿Cuántas personas y con qué cargo trabajan en la Unidad nacional de SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN?**

Número de empleados permanentes:

<b>CARGO [especificar cargo en los espacios a continuación]</b>	<b>Jornada completa</b>	<b>Tiempo parcial</b>	<b>¿Desde cuándo?:</b>
<b>Empleados permanentes</b> [añada los espacios necesarios]			
1 Director de Área	<b>X</b>		2011
1 Subdirectora	<b>X</b>		2004
1 Investigador	<b>X</b>		1992
3 personas técnicas de rama médica	<b>X</b>		1994
11 personas administrativas y de soporte técnico (secretarías y apoyo en TIC's)	<b>X</b>		1996
<b>Empleados temporales</b> [añada los espacios necesarios]			
1 asesor técnico	<b>X</b>		2013

**4.3. ¿Hay mecanismos para garantizar que todos los asociados clave entreguen sus informes/datos de SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN a la Unidad de SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN para incluirlos en el sistema nacional de SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN ?**

<b>SI</b>	NO
-----------	----

**Describe brevemente los mecanismos que se emplean para compartir datos:**

- 1.** A través del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (Conasida); y en el seno del Conasida.
- 2.** A través del Grupo de Información Sectorial en VIH y el sida (GIS)
- 3.** A través de mecanismos de gestión de la información intra e inter institucional.
- 4.** Difusión pública en página web, foros, congresos y publicaciones.

**¿Cuáles son las principales dificultades?:**

--

**5. ¿Hay un Grupo o Comité de Trabajo de *seguimiento y evaluación* que se reúna de forma regular para coordinar las actividades de *seguimiento y evaluación*?**

<b>SI</b>	NO
-----------	----

**6. ¿Hay una base central datos relacionados con el VIH?**

<b>SI</b>	NO
-----------	----

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente cómo es la base de datos nacional y quién la gestiona.**

México cuenta con varias bases de datos relacionados con el VIH que conforman el Sistema de Información del VIH/SIDA/ITS. Este sistema provee información relativa a la vigilancia epidemiológica e información sobre servicios e insumos otorgados por las instituciones de salud y es gestionada por diversas áreas de la Secretaría de Salud Federal y el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA; así como por otras instituciones públicas de salud (seguridad social) e incluso por actores de la sociedad civil, como es en el caso del sistema del proyecto del Fondo Mundial. Cabe precisar que también existen diversos niveles de gestión tanto a nivel federal, como estatal, municipal y local en varias de estas bases.

Dentro de las principales bases de datos están: son:

- Registro nominal de personas con VIH
- Registro nacional de casos de SIDA
- Sistema de Administración Logística y Vigilancia de ARV (salvar)
- Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE)
- Sistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones (SEED)
- Estadísticas de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
- Sistema de Información en Salud (SIS)
- Sistema de Monitoreo de Actividades de Prevención (smap), operado por el CENSIDA
- Sistema de información, monitoreo y evaluación del proyecto del Fondo Mundial

**6.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿incluye información relacionada con el contenido, las poblaciones clave y la cobertura geográfica de los servicios relacionados con el VIH, así como con las organizaciones ejecutoras?**

<b>Sí, con todo lo anterior</b>	Sí, pero solo con algunas cosas	No, con nada de lo anterior
---------------------------------	---------------------------------	-----------------------------

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, pero solo con algunas de los aspectos mencionados, ¿qué tipo de información incluye?**

--

**6.2 ¿Existe un Sistema de información sanitaria?**

<b>En el nivel nacional</b>	<b>SI</b>	NO
<b>A nivel sub-nacional</b>	<b>SI</b>	NO
<b>SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿en qué nivel (es)? (especificar)</b>		

**7.1. ¿Se dispone de estimaciones fiables sobre las necesidades presentes y futuras del número de adultos y niños que necesitan tratamiento antirretrovírico?**

<b>Estimaciones de necesidades actuales y futuras</b>	<b>SI</b>	NO
Estimaciones de necesidades actuales	SI	NO
No	SI	NO

**7.2. ¿Se está haciendo un seguimiento de la cobertura de los programas del VIH?**

<b>SI</b>	NO
-----------	----

**(a) SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿se está haciendo un seguimiento de la cobertura por sexo (hombre, mujer)?**

<b>SI</b>	NO
-----------	----

**(b) SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿se está haciendo un seguimiento de la cobertura por grupo de población?**

<b>SI</b>	NO
-----------	----

**SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿para qué grupos de población?**

Hombres que tienen sexo con hombres, personas trans, personas que se dedican al trabajo sexual, personas privadas de libertad, personas que se inyectan drogas, mujeres embarazadas, niñas y niños y personas jóvenes.

**Explique brevemente cómo se está utilizando esta información:**

El seguimiento por población ha aportado información a la toma de decisiones a fin de mejorar el desempeño de los programas estatales y de los servicios de salud, al ajustar metas en intervenciones conforme a poblaciones a alcanzar. Así como para evidenciar inversión insuficiente para trabajar con varias poblaciones clave.

También la información se tomó en cuenta para priorizar las poblaciones que tienen mayores necesidades y en las que hay que enfocar los esfuerzos en la respuesta nacional al VIH, sida e ITS.

El comenzar a utilizar, generar y desagregar datos por ejemplo para las personas trans, ha dado mayor visibilidad a esta población y a sus prioridades; y ha mejorado su involucramiento en la respuesta a la epidemia.

**(c) ¿Se está haciendo un seguimiento de la cobertura por área geográfica?**

<b>SI</b>	NO
-----------	----

**SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿en qué niveles geográficos (provincias, distritos, otros)?**

Principalmente a nivel nacional y a nivel estatal. En algunas entidades se hace a nivel municipal y local.

**Explique brevemente cómo se está utilizando esta información:**

La información regional es importante para categorizar regiones más afectadas o con mayores problemáticas estructurales, esta información al ser cruzada con la de grupos poblacionales permite focalizar de mejor manera los recursos públicos hacia las zonas que requieren mayor apoyo, fomenta la equidad más que la igualdad. Es decir se permiten cerrar brechas al intervenir en lugares específicos en los que se concentran las poblaciones clave o existe mayores barreras o condicionantes de desigualdad.

También la información geográfica permite monitorear el desempeño en todas las entidades y tomar acciones correctivas.

**8. ¿Publica el país un informe de seguimiento y evaluación sobre el VIH que incluya datos de vigilancia del VIH, al menos una vez al año?**

<b>SI</b>	NO
-----------	----

**9. ¿Cómo se usan los datos de seguimiento y evaluación?**

<b>Para la mejora del programa?</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Para el desarrollo / la revisión de la repuesta nacional al VIH?</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Para la asignación de recursos?</b>	<b>SI</b>	NO
<b>Otros usos [especificar]:</b>	SI	<b>NO</b>

**Incluya breves ejemplos específicos sobre cómo se utilizan los datos de seguimiento y evaluación y las principales dificultades, si existen:**

PREGUNTA REPETIDA.  
 Respuesta en la sección 7.2

**10. En el último año, ¿se realizaron formaciones sobre seguimiento y evaluación...**

<b>... a nivel nacional?</b>	SI	<b>NO</b>
<b>SI LA RESPUESTA ES SI, indique el número de personas formado:</b>		

<b>... a nivel subnacional?</b>	SI	<b>NO</b>
<b>SI LA RESPUESTA ES SI, indique el número de personas formado</b>		

<b>... a nivel de prestación de servicios, incluida la sociedad civil?</b>	SI	<b>NO</b>
<b>SI LA RESPUESTA ES SÍ indique el número de personas formado</b>		



**10.1 ¿Se realizó otras actividades de desarrollo de las capacidades de SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN, además de la capacitación?**

<b>SI</b>	NO
-----------	----

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa qué tipo de actividades**

En el marco de las convocatorias públicas de Censida en las que con recurso federal se financian actividades de prevención, se destinaron recursos para el monitoreo de la implementación de proyectos a fin de mejorar el esquema de esta entrega de esos recursos y fortalecer técnicamente a las OSC.

En el marco del proyecto del Fondo mundial se ofrecieron capacitaciones gerenciales que tenían componentes sobre monitoreo y evaluación.

**11. En general, en una escala del 0 al 10 (donde 0 es “Muy deficiente” y 10 es “Excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos de seguimiento y evaluación del programa del VIH 2013?**

Muy deficiente					Excelente					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								<b>X</b>		

**Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:**

A través del Proyecto del Fondo Mundial, se consolidó un sistema de información complementario al sistema nacional en materia de VIH, sida e ITS, que permite monitorear y vigilar acciones de prevención. Este sistema deberá adoptarse una vez terminado el proyecto e incrementar sus alcances. Este sistema contribuyó a la generación de información estratégica de intervenciones en poblaciones de HSH, HTS, pudi y sus parejas, a la que era muy difícil acceder.

Dentro de los principales logros en 2013, destaca la actualización que se hizo del formato nacional de notificación de casos VIH y el sida, en la que Censida y la Dirección General de Epidemiología coordinaron esfuerzos para mejorar el instrumento en el marco del Comité de Vigilancia Epidemiológica.

El Censida mantuvo el financiamiento para fortalecer el área de vigilancia y evaluación, al financiar proyectos generadores de información estratégica como en 2012. En 2013 se financiaron proyectos sobre: costo-efectividad de un paquete de

intervenciones de prevención-diagnóstico tratamiento, causales críticas de la mortalidad por VIH y el sida (incluyendo ajustes de la mortalidad por posible mala clasificación), causales críticas de la transmisión perinatal del VIH y sífilis congénita, entre otros. También cabe mencionar que con el apoyo del Banco Mundial se realizó una evaluación de la eficiencia en la asignación de recursos para la respuesta al VIH y el sida en el país.

Cabe precisar que mediante esfuerzos realizados en el Comité de Monitoreo y Evaluación del Conasida, se logró que algunas instituciones de salud (seguridad social) reportaran indicadores que antes no les era posible, algunos de ellos usados para reportes ante ONU.

### **¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:**

- Inversión de mayores recursos para fortalecer el componente de vigilancia y evaluación en todas las instancias y actores que participan de la respuesta a la epidemia.
- Incremento del compromiso de actores de diversos sectores para contribuir con información al sistema de vigilancia y evaluación de la respuesta nacional de manera permanente y en apego a la periodicidad requerida para apoyar la toma de decisiones y la generación de productos técnico.
- Un reto será asegurar la adopción del sistema de información, monitoreo y evaluación del proyecto del Fondo Mundial.
- Generar un sistema de información que pueda respetar las plataformas independientes de los diversos actores, pero articularlas a fin de poder tener un sistema que pueda ser reservorio o concentrador de todos los sistemas, a fin de evitar burocracia para el rendimiento de cuentas y solicitudes de información.
- Invertir mayores recursos para investigación operativa y para el monitoreo y evaluación de las acciones en nivel de las entidades federativas.
- Mejorar las capacidades técnicas, humanas y tecnológicas que puedan asegurar una adecuada notificación de casos VIH y el sida; y su seguimiento para referencia a los servicios de salud y evitar pérdidas.
- Mejorar el interés de la sociedad, grupos afectados, poblaciones clave y personas que viven con VIH en información de vigilancia y evaluación.

**INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DE LOS COMPROMISOS Y  
LAS POLÍTICAS NACIONALES (ICPN)  
PARTE "B"**

Para que respondan los representantes de las organizaciones no gubernamentales, los organismos bilaterales y las organizaciones de las Naciones Unidas.

**ENTREVISTADOS PARA EL ICPN-PARTE B**

<b>ORGANIZACIÓN</b>	<b>NOMBRE/CARGO</b>	<b>Entrevistados para la Parte B</b> [indique sobre qué partes se ha preguntado a cada encuestado]				
		<b>B.I</b>	<b>B.II</b>	<b>B.III</b>	<b>B.IV</b>	<b>B.V</b>
FUNDACION MEXICANA PARA LA SALUD A.C. (FUNSALUD)	BLANCA RICO GALINDO/COORDINADORA GENERAL PROYECTO FONDO MUNDIAL					
	JESSICA SALAS MARTINEZ/COORDINADORA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO FONDO MUNDIAL	X	X	X	X	X
VIVIR, PARTICIPACIÓN, INCIDENCIA Y TRANSPARENCIA, A.C. (VIVIR A.C.)	FRANCISCO ROSAS SANCHEZ/REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
INTERCULTURALIDAD, SALUD Y DERECHOS A.C. (INSADE)	DANIEL SERRANO DE REJIL/REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD A.C.	EUGENIA LÓPEZ URIBE/ REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
CENTRO DE ATENCION PROFESIONAL A PERSONAS CON SIDA A.C. (CAPPSIDA A.C.)	JOSE MARTIN LUNA SAMANO/REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS	ABEL QUIROGA Q./ REPRESENTANTE	X	X	X	X	X

SEXUALES, A.C. (ACODEMIS)						
AMIGOS POTOSINOS EN LUCHA CONTRA EL SIDA A.C.	ANDRES COSTILLA CASTRO/REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
COLECTIVO SERES, A.C. (SER A.C.)	ERNESTO RAMIREZ BALDERAS/REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
MEXICANAS EN ACCIÓN POSITIVA A.C	MARIA LUISA GONZALEZ BARRIOS/REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
VIHDHA A.C.	ROSALINDA ARECHAR LARA/REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
APRENDIENDO A VIVIHR CON VIH-SIDA A.C	MARCO ANTONIO RAMIREZ ROMERO/REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA A.C (FUNSIDA)	RUBEN DAVID ALVARADO JIMENEZ/REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
ONUSIDA	F. JAVIER ARELLANO	X	X	X	X	X
OCR	ESTHER CORRAL	X	X	X	X	X
UNFPA	JAVIER DOMINGUEZ	X	X	X	X	X
ACNUR	ANA ACOSTA	X	X	X	X	X
CINU	MARIANA CASTRO	X	X	X	X	X
ONU Mujeres	KARIN MATTSSON	X	X	X	X	X
OPS/OMS	ENRIQUE GIL	X	X	X	X	X
PNUD	ANWAR SUAREZ	X	X	X	X	X
UNICEF	ANA MARÍA GÜEMES	X	X	X	X	X

## I.PARTICIPACION DE LA SOCIEDAD CIVIL\*

**1. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) ha contribuido la sociedad civil al fortalecimiento del compromiso político de los principales líderes y a las formulaciones de estrategias/políticas nacionales?**

Bajo					Alto
0	1	2	3	4X	5

### Comentarios y ejemplos:

**ACODEMIS:** “No se ha consolidado una respuesta conjunta para atender el VIH y el sida y otras ITS entre la sociedad civil y diferentes tipos de actores políticos de los gobiernos federal, estatal y municipal. Generalmente no existen acciones estatales y municipales para realizar trabajo conjunto con la sociedad civil.”

**Amigos Potosinos A.C.:** A través de la Vigilancia Ciudadana, exigir la rendición de cuentas, el mismo CONASIDA y otros haciendo incidencia política en la cámara de diputados y senadores.

**Aprendiendo a Vivir A.C.:** Medios Masivos, gobiernos, o autoridades de salud que no asisten a eventos promovidos por algunas osc, o en su defecto no invitan a todas las organizaciones a eventos incluyentes, se promueve la discriminación entre ONG’S.

**Balance A.C.:** A pesar de que las organizaciones civiles han participado en las vocalías, Comités y Mesas de Trabajo del CONASIDA; y de que se han creado agendas nacionales con las prioridades de política pública, como es el caso de la agenda de mujeres y VIH y jóvenes y vih, no se han consolidado compromisos de política pública claros de las y los tomadores de decisiones, líderes y autoridades gubernamentales.

**CAPPSIDA:** Es una exigencia de la sociedad civil el fortalecimiento de la respuesta nacional y muchos de los logros alcanzados se han tenido como respuesta a la presión y participación de la sociedad civil.

**CSER A.C.:** Los foros para la participación ciudadana de la sociedad civil fueron limitados para poder motivar y exponer sus impresiones en la formulación de estrategias /políticas nacionales. En el año que se informa 2013, solo se realizaron foros organizado por CENSIDA para recoger y capitalizar las impresiones y participación de la OSC.

**FUNSIDA:** Algunas organizaciones han contribuido más dado que su objetivo de trabajo se enfoca en cabildeo y advocacy y la mayoría se centra en prevención (primaria y secundaria) y atención de PVV.

**FUNSALUD:** La Sociedad civil ha sido un elemento fundamental ya que sus acciones no solo han logrado evidenciar las brechas que aún persisten sino que han identificado las intervenciones a implementar, sin embargo a pesar de que estas han sido propuestas en espacios de toma de decisiones, estas no han sido del todo analizadas. Se está en un proceso de mayor inclusión por parte de la SC en los espacios de toma de decisiones.

**INSADE:** En la construcción del “Programa Especial de VIH, sida y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2018 (PEVSITS)” en la que participaron activistas invitados por CENSIDA.

**Mexicanas en Acción:** La sociedad civil ha sido muy participativa y siempre ha estado alerta para todas las políticas y las estrategias que se están gestando en el país, cuando hay alguna política que se quiere llevar a cabo inmediatamente nos comunicamos a nivel nacional todos los interesados en VIH.

**VIHDHA:** La sociedad civil ha sido un claro ejemplo de la respuesta integral que se debe dar frente al VIH, y en las estrategias políticas nacionales, sobre todo en los primeros años de la epidemia, sin embargo no se ha logrado el compromiso político de los tomadores de decisiones ya que por ejemplo mientras el Dr. Izazola estuvo a cargo del CENSIDA fueron años perdidos en materia de prevención y atención del VIH para las mujeres, ahora que llega la Dra. Patricia Uribe el panorama cambia sin embargo el tiempo perdido no se recupera, el compromiso político de los tomadores de decisiones no es algo que dependa de las organizaciones civiles, si no de su ética y el profesionalismo para su cargo, ahora bien en cuanto a los líderes de la sociedad civil ha faltado su permanencia para consolidar el trabajo, supongo que por falta de recursos no hay continuidad.

**Vivir A.C.:** Se ha consultado a la sociedad civil en dos momentos en 2013: Tlalnepantla y Monterrey. La primera Consulta, el Programa Nacional del SIDA fue excluido del proceso por una maniobra de última hora de parte de algunas organizaciones de la sociedad civil, muy pocas por cierto, pero muy controladoras y altaneras, que sin mayor explicación dejó fuera del proceso al CENSIDA. La segunda Consulta, que duró 5 días, los 3 primeros, destinados al trabajo de OSC, la sociedad civil se desgastó en medio de discusiones estériles imperando las descalificaciones groseras en contra del CENSIDA, pero en los últimos dos días, con el arribo de académicos, investigadores del INSP y de los Institutos de Salud, el Producto esperado de dicha Consulta empezó a cobrar forma. Con ello, quiero decir que la sociedad civil aún, a pesar de que la epidemia del VIH cursa por su tercera década, la sociedad civil sigue siendo “reactiva” a los problemas y no “participativa”.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** La participación de la sociedad civil con apoyo del sistema de las Naciones Unidas han contribuido altamente al fortalecimiento del compromiso político y de manera especial se ha contribuido en la formulación de estrategias y políticas nacionales en el ámbito de la prevención, atención y control del VIH sida y otras ITS en el país.

**2. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) han participado los representantes de la sociedad civil en la planificación y elaboración del presupuesto del plan estratégico nacional sobre VIH, o del plan de actividades más reciente (p.ej., asistiendo a reuniones de planificación y a la revisión de borradores)?**

Bajo					Alto
0	1	2	3	<b>4 X</b>	5

#### Comentarios y ejemplos:

**ACODEMIS:** en el último año se han realizado acciones y trabajo conjunto con la sociedad civil, con énfasis al plan especial 2013-2018 del VIH, el sida y otras ITS, así como trabajo en mesas de mujeres. Sin embargo, no se ha visto trabajo en otras poblaciones claves como son hombres gay y otros HSH, trabajo sexual (TS) y UDI.

**Amigos Potosinos A.C.:** Pudo haber sido mayor la participación, solo que la invitación fue restringida a un sector de liderazgos y fuimos algunos por recursos propios a contribuir, aportar la experiencia, visión de la sociedad civil sobre la realidad que viven la poblaciones afectadas por el VIH y las necesidades de estas en su contexto local, nacional.

**Balance A.C.:** Se realizó una consulta con sociedad civil para el Programa Especial de VIH 2013-2018 en septiembre de 2013 con organizaciones de sociedad civil sin embargo no se ha socializado el avance del programa para su retroalimentación.

No existen mecanismos institucionales para realizar consultas sobre la elaboración del presupuesto del plan estratégico nacional sobre vih. La sociedad civil no es considerada como un actor estratégico en la elaboración de la propuesta de presupuesto del Ejecutivo y es escasa la información disponible para el trabajo colaborativo en la defensa en el legislativo.

**CAPPSIDA:** Principalmente en la reunión de Monterrey, que aunque fue excluyente ya que no todos participamos, considero fue un buen esfuerzo, creo que para otra consulta debe de haber un mecanismo que de cumplimiento a la participación del mayor número de actores sociales, además de que de esa reunión no hay hasta el momento una retroalimentación y difusión de los resultados y ya paso un año del plan Nacional y del Programa de VIH y al menos yo desconozco el Programa Nacional.

**FUNSAIUD:** La SC solo ha participado en la planificación del plan estratégico nacional sobre VIH, sin embargo no fue consultada para la revisión de la propuesta final del plan ni del presupuesto.

**Mexicanas en Acción:** Por parte de mi organización a sido poca la participación por el hecho que estamos al interior de la Republica y nos es difícil asistir a las reuniones, pero a la medida que los instrumentos de comunicación nos lo permiten procuramos estar presentes, aunque también nos limita el tiempo y que tenemos que trabajar.

**VIHDHA:** La organizaciones de la sociedad civil hemos participado con propuestas para el plan estratégico nacional, pero éstas no siempre son tomadas en cuenta, sin embargo no se ha participado ni con propuestas en lo que se refiere al presupuesto.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** La participación de la sociedad civil con apoyo de las agencias del sistema de las Naciones Unidas han tenido una alta participación en el plan estratégico nacional sobre VIH, un ejemplo concreto fue la participación en la reunión nacional para la estructuración del programa especial de VIH sida y otras ITS 2013-2018; este programa sentará las bases, las estrategias y las líneas de acción en materia de prevención atención y control nacional del VIH, el sida y otras ITS para los años 2013 al 2018 en el país y contó con una amplia representación de OSC y de algunas agencias del SNU.

**3. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) se incluyen los servicios suministrados por la sociedad civil en las áreas de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en:**

**a. La estrategia nacional del VIH?**

Bajo					Alto
0	1	2	3	4X	5

**b. El presupuesto nacional relacionado con el VIH?**

Bajo					Alto
0	1	2	3X	4	5

**c. Los informes nacionales sobre del VIH?**

Bajo					Alto
0	1	2	3X	4	5



## Comentarios y ejemplos:

**ACODEMIS:** Una problemática fundamental es el funcionamiento de los capasis a nivel nacional. Generalmente sus funciones se reducen a la entrega de ARV olvidando las políticas de salud en relación al VIH y el sida, no existen programas integrales para prevención, detección, diagnóstico, atención integral, tratamiento y supresión viral, no hay la estrategia de salud dignidad y prevención positiva en la mayoría de los capasis y en el coesida no lo toman como herramienta de trabajo porque hay que aplicar el empoderamiento de las personas que viven con VIH (PV).

**Amigos Potosinos A.C.:** El trabajo en prevención con poblaciones clave está cubierto en el 65 al 70% por OSC, por la burocracia, las limitantes, la falta de conocimientos de las necesidades de la poblaciones y los presupuestos que tienen las dependencias de salud para el abordaje a estas poblaciones, lo cual lo hace limitado y enfocarlo a la atención y detección.

**Aprendiendo a Vivir A.C.:** Los comentarios que nos llegan por email, son de AMIGOS CONTRA EL SIDA, y en estos últimos 5 meses algunos de censida.

**Balance A.C.:** No existen mecanismos formales de articulación de la respuesta nacional con los servicios que prestan las organizaciones civiles. El único mecanismo que existe para apoyar el trabajo de las organizaciones civiles es la convocatoria de coinversión, misma que responde a ciclos cortos, con objetivos que cambian año con año, con pocos recursos disponibles para el fortalecimiento institucional y sin una estrategia continua y clara de fortalecimiento de las capacidades técnicas de las organizaciones civiles.

Los informes nacionales sobre el VIH se hacen con sociedad civil sin una sistematización del trabajo desarrollado a través de los años y con tiempos cortos de respuesta. Así mismo, se están alejando de la construcción de diálogos y consensos para responder los informes como país, privilegiando la parte cuantitativa sin considerar los aspectos cualitativos.

**CAPPSIDA:** Solo existe trabajo coordinado con CENSIDA y en las demás dependencias del sector salud es poca o casi nula la participación de la sociedad civil, como ejemplo podemos señalar el limitado trabajo de colaboración con el Programa de SIDA del D.F. Solo Censida aporta presupuesto para trabajo de la sociedad civil y considera la participación de la sociedad civil en los informes nacionales.

**CSER A.C.:** Aquí la participación de la sociedad civil ha tenido mayor participación e inclusión, ya que se cuenta con una adecuada sinergia entre sociedad civil y autoridades federales.

Uno de los ejemplos emblemáticos en la Convocatoria Pública emitida por el CENSIDA, para participar de recursos en la operación de programas, basados en evidencia científica, de prevención del VIH/SIDA.

**FUNSIDA:** Quizá la mayoría de la OSC tiene destinado el ejercicio de sus actividades a través de proyectos de prevención y atención a través de las convocatorias públicas.

**FUNSAUD:** No existen mecanismos claros de articulación de los servicios que se brindan desde

la SC. Se inició un proceso de articulación en el marco de las acciones del proyecto de País financiado por el Fondo Mundial, sin embargo deben fortalecerse. E deben establecer mecanismo de referencia (canalización) desde la SC con instancias gubernamentales que prestan los servicios de salud.

**INSADE:** Para la conformación del “Programa Especial de VIH, sida y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2018 (PEVSITS)” solo participó un grupo reducido de activistas ya que fueron invitados por el CENSIDA. En el caso de los informes nacionales fue baja la participación de la sociedad civil pese a que hubo una convocatoria pero esta solo aceptaba 40 espacios para poder participar en ella. Desde mi perspectiva nadie fue tomado en cuenta de la sociedad civil para la conformación del presupuesto nacional.

**VIHDHA:** La sociedad civil generalmente todo el año presta servicios de atención y prevención relacionados al VIH, lo que tiene que ver con la estrategia nacional, sin embargo si no gana proyecto lo realiza en menor escala y sin el presupuesto nacional, como es el caso de mi organización local que en promedio tiene recursos un año y dos no, y obviamente cuando no hay recursos no se le reporta nada de informes al censida ni se reportan a nivel nacional.

**Vivir A.C.:** Creo que en la Estrategia Nacional del VIH es el componente en que más se consultado a la sociedad civil. Con respecto a Presupuesto e Informes Nacionales del VIH, a excepción de éste, carezco de información de a qué OSC piden contribuciones. Existen los Comités de Prevención y Atención, pero las personas de la sociedad civil que allí participan, opinan desde su punto de vista y/o creencias, conocimiento personales y, lo peor, nunca consultan a sus pares.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** En el país los servicios relacionados con la atención y tratamiento del VIH sida son proporcionados por el estado a través de los servicios de salud. La atención incluye la cobertura universal al tratamiento antirretroviral. En relación a la prevención, las OSC contribuyen en buena medida en este sector, aunque la mayoría de sus intervenciones son financiadas (a través de concursos públicos) por el estado y en menor medida por otras fuentes de financiación. A través de las convocatorias públicas el programa nacional de sida, incorpora e incentiva la participación de las OSC en la estrategia nacional en respuesta al VIH.

**4. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) se incluye a la sociedad civil en el seguimiento y la evaluación de la respuesta al VIH?**

**a. En el desarrollo del plan nacional de seguimiento y evaluación (V+E)**

Bajo					Alto
0	1	2	3X	4	5

**b. ¿En la participación en el comité o en el grupo de trabajo nacional de seguimiento y evaluación responsable de la coordinación de las actividades de seguimiento y evaluación?**

Bajo					Alto
0	1	2	3	4X	5

**c. ¿Participan en el uso de datos para la toma de decisiones?**

Bajo					Alto
0	1	2	3X	4	5

#### **Comentarios y ejemplos:**

**ACODEMIS:** para las OSC que estamos localizadas geográficamente fuera del centro del país es casi nula la participación, falta activar la participación de la sociedad civil fuera del centralismo.

**Amigos Potosinos A.C.:** Estadísticas prevalencia, incidencia etc, datos sobre los recursos que se asignan al tema y que estos sean destinados acorde a la realidad epidemiológica en el país.

**Balance A.C.:** En nuestro país no existe un plan nacional de vigilancia y evaluación, existen componentes generales en el Programa de Acción Específico de VIH con vigencia sexenal y un comité de monitoreo y evaluación dentro del CONASIDA. Sin embargo, no hay mecanismos formales de articulación entre las distintas instituciones de salud que conforman el sistema de salud mexicano y que participan dentro del CONASIDA, así mismo, las organizaciones civiles que participan en el CONASIDA no tienen mecanismos formales de selección, de participación ni de capacitación en las atribuciones del CONASIDA en las áreas de vigilancia y evaluación.

Los datos que están disponibles son los pocos que el país reporta dentro de los indicadores de los informes de UNGASS y no existen espacios de análisis técnico ni retroalimentación para la toma de decisiones multisectoriales e intersectoriales con participación de sociedad civil.

**CAPPSIDA:** Solo hay participación en el informe Nacional, pero no hay más trabajo en el comité de seguimiento y evaluación y menos en el de toma de decisiones como respuesta Nacional.

**CSER A.C.:** En cuanto al uso de datos para la toma de decisiones, esta se encuentra limitada sin que se cuenten con mecanismos eficientes que faciliten el acceso a la información para poder delinear estrategias más adecuadas y eficientes, que respondan a la realidad del contexto en donde se busca implementar las intervenciones.

**FUNSIDA:** Los comités que integran a Censida no siempre han ejercido como receptoras de información y a la vez tomar en cuenta las opiniones de otras que no integran los comités pero que su participación es importante para la vigilancia de líneas de acción, ejercicio de presupuestos y todas aquellas situaciones que se generen a partir de la participación de las OSC.

**FUNSAUD:** La SC es parte del comité de Monitoreo y Evaluación del CONASIDA pero esto no es suficiente. La participación se acota a aprobar instrumentos ya elaborados por equipos gubernamentales. La SC no participa en los procesos de seguimiento y evaluación que se derivan de la Respuesta Nacional.

**INSADE:** Se supone que esta el CONASIDA para poder hacer incidencia política en base información documentada por los vocales representantes de la sociedad civil pero desde que comenzó el 2014 no se ha llevado a cabo otra sesión del CONASIDA. En el caso en los grupos de trabajo para seguimiento y evaluación considero que sociedad civil no ha sido tomada en cuenta.

**Mexicanas en Acción:** Falta más inclusión en estos puntos, como comente el estar al interior de la República es una limitación y si agregamos a que no nos dedicamos al 100% a estas actividades.

**VIHDHA:** Esta es de la pocas veces que somos consultadas para algo de evaluación.

**Vivir A.C.:** Creo que CENSIDA debe revisar sus Comités de Prevención y Atención o explorar otros canales de consulta de la sociedad civil para encomendar actividades de seguimiento y evaluación. Con respecto al uso de datos para la toma de decisiones, clarificar que las OSC nunca han sido consideradas con fuentes confiables de datos, y mucho menos para la toma de decisiones, debido a grandes sesgos entre representantes de la sociedad civil, desinformación acerca del progreso en prevención y atención del VIH. Por ello, CENSIDA puede explorar otros sistemas de seguimiento y evaluación, en que las OSC realmente desempeñen un papel significativo y relevante. No se tomó en cuenta la participación.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** Las organizaciones de la sociedad civil tienen alta participación en el desarrollo de los planes específicos de salud, y son frecuentemente consultadas sobre las iniciativas nacionales en respuesta al VIH, y tienen una presencia constante a través de membresías en los órganos de toma de decisión nacional (CONASIDA). Así mismo el sistema de las Naciones Unidas, representado por OPS/OMS participa en el CONASIDA.

**5. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) la representación del sector de la sociedad civil en los esfuerzos relacionados con el VIH incluye diversas organizaciones (organizaciones redes de personas que viven con el VIH, de profesionales del sexo, organizaciones de base comunitaria y de organizaciones basadas en la fe)?**

<b>Bajo</b>					<b>Alto</b>
-------------	--	--	--	--	-------------

0	1	2	3	4X	5
---	---	---	---	----	---

#### Comentarios y ejemplos:

**ACODEMIS:** a pesar de grandes retos de las OSC para realizar trabajo conjunto en los últimos años ha sido muy desgastante, pero se han visto resultados favorables en la incidencia política de algunas OSC hacia los cambios que han surgido en el último año.

**Amigos Potosinos A.C.:** Un ejemplo lo dejo el Fondo Mundial donde se pueden incluir a poblaciones clave organizadas a través de OSC.

**Aprendiendo a Vivir A.C.:** Los responsables del Sector Salud en VIH-SIDA conocen algunas organizaciones sin documentarse, no les piden evidencias de su trabajo, donde están ubicadas, si sólo son activistas, seguimientos de los programas o proyectos que han llevado a cabo, por lo que no se toman la molestia, mucho menos de referir a sus pacientes para apoyarles y fortalecerles en complemento a la atención integral. o bien, ayuda que el usuario requiere, en algunas instituciones no conocen a las OSC.

**Balance A.C.:** La representación de sociedad civil se ha enfocado en un mismo grupo de organizaciones que principalmente se encuentran en la capital del país. El énfasis se ha hecho en que estén sentadas personas que pertenecen a los distintos sectores de las poblaciones clave sin considerar mecanismos claros de representación, agendas políticas claras con prioridades de política pública ni fortalecimiento de participaciones que prioricen los intereses específicos de cada sector. Esta representación segmentada limita las posibilidades de inclusión desde las perspectivas de género y de derechos humanos que permita pensar en cambios estructurales que propicien el cambio cultural hacia prácticas de cuidado y espacios de equidad en la prevención, la atención y el tratamiento al VIH.

**CAPPSIDA:** Solo en este ejercicio de elaboración del informe hay participación de la sociedad civil y aunque es un esfuerzo importante considero debe buscarse los mecanismos para que exista una mayor participación en las diversas acciones y programas de la respuesta nacional.

**CSER A.C.:** En el contexto nacional se han dado las condiciones para la articulación y representación de la sociedad civil con diversos actores locales, estatales y nacionales.

**FUNSIDA:** La fuerza de trabajo de la sociedad civil ha cimentado el trabajo directo en tareas como prevención primaria en poblaciones clave, sin embargo, parece que este ejercicio al no tener una profesionalización y estar basado únicamente en conocimiento empírico no ha logrado tener un esfuerzo sólido y trascendente.

**FUNSALUD:** A pesar que durante la implementación de las acciones establecidas en el Marco del Proyecto de país financiado por el Fondo Mundial, se logró una mayor inclusión de instancias dentro del sector mismo de la SC; Todavía resta lograr una verdadera representación en la Respuesta Nacional que no dependa de Proyectos externos. Deben fortalecerse los mecanismos

de representación en las vocalías del CONASIDA.

**INSADE:** Este ha sido un esfuerzo de la sociedad civil para que las diferentes poblaciones se vean representadas en las convocatorias de financiamiento, en el registro nacional de casos de Sida y en los materiales que se elaboraron en el marco del proyecto financiado por el Fondo Mundial.

**Mexicanas en Acción:** Siempre procuramos estar en comunicación aunque en ocasiones no nos es posible.

**VIHDHA:** Creo está un poco confusa la pregunta, pero las organizaciones de la sociedad civil sí involucramos a las poblaciones clave, de hecho hay integrantes de las organizaciones que somos parte de las poblaciones clave.

**Vivir A.C.:** Me falta información de a qué redes temáticas de osc, censida pide consejo. Recientemente, ha habido reuniones con personas de las poblaciones transgénero, mujeres transgénero en su gran mayoría. el año pasado, se habló de proyectos para reuniones con mujeres, jóvenes y adolescentes, pero a la fecha se desconocen porqué se encomendaron dichas reuniones a osc que no eran representativas de esos sectores y mucho menos se conocen los productos y/o resultados de las mismas. quizás el mejor ejemplo, sea el de la reunión sobre la declaración ministerial “prevención con educación”, pero como se pudo observar en dicha reunión y un aspecto que se ha reiterado mucho, es que el sector salud, es quien ha puesto el interés y los recursos para implementar acciones que contribuyan al cumplimiento de los objetivos de la declaración, peor reunirse otra vez para repetir lo mismo, creo que no es una práctica sana.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** La representación del sector de la sociedad civil que participan en los principales mecanismos de toma de decisión, que son los comités, subcomités y mesas de trabajo derivadas del consejo nacional para la prevención y control del VIH sida (CONASIDA), pertenecen a organizaciones y redes de personas que realizan trabajo sexual, incluyendo a mujeres transgénero que realizan trabajo sexual y que constituyen una de las poblaciones con las prevalencias nacionales de VIH más elevadas. También participan organizaciones de base comunitaria.

**6. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) puede acceder la sociedad civil al:**

**a. Apoyo financiero adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?**

Bajo					Alto
0	1	2	3X	4	5

**b. Apoyo técnico adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?**

Bajo					Alto
0	1	2	<b>3X</b>	4	5

### Comentarios y ejemplos:

**ACODEMIS:** la convocatoria por sí sola no es sinónimo de eficiencia, se necesita darle seguimiento a los proyectos de cada OSC en apoyo administrativo, técnico, monitoreo y evaluación.

**Amigos Potosinos A.C.:** Existen solo 3 convocatorias específicas en el tema que sean locales y con bajos recursos, lo que deja a un gran número de OSC fuera de apoyo en la convocatoria federal, hay otras en diversos temas como el Indesol, Immujeres ect, pero son insuficientes para fortalecer la respuesta y trabajo de las OSC en el tema de la prevención del VIH.

**Aprendiendo a Vivir A.C.:** A través del FONDO MUNDIAL llego capacitación en el estado, en el año 2012 que deja a las organizaciones, activistas o Líderes de opinión actualizados en el tema y la participación profesionalizada. Capacitación, donde el estado no participo con financiamiento, o asistiendo a los cursos de FUNSALUD, Y ORGANIZACIONES PARTICIPANTES, LES DAMOS LAS GRACIAS. Hasta ahora, desde esas fechas no hay actualización a los temas o convocatorias a asistencia a cursos con becas.

**Balance A.C:** No hay recursos suficientes para la profesionalización de las OSCs, ni para su fortalecimiento y esta tarea se deja en manos de la misma sociedad civil sin hacer una identificación de temas y asesores que puedan ayudar a reducir la brecha de capacidad técnica. El presupuesto se concentra en la Convocatoria de Coinversión y se pierde la oportunidad de tener proyectos amplios, estratégicos realizados de manera intersectorial, interinstitucional y con un mayor impacto a nivel nacional.

No hay lineamientos claros sobre el financiamiento y el apoyo técnico para la sociedad civil en el país.

En el tema de mujeres y VIH, el programa nacional no brinda apoyo técnico a la sociedad civil; al contrario, pide apoyo técnico y financiero de la sociedad civil.

**CAPPSIDA:** Solo el presupuesto que destina el CENSIDA es el que se tiene para el trabajo de la sociedad civil. Y en lo relacionado al apoyo técnico solo el que surge de los proyectos financiados por CENSIDA ya que no hay un programa de apoyo técnico para sociedad civil.

**CSER A.C.:** Esto sólo se observa, de manera significativa, a nivel federal por lo que hace al apoyo financiero, en cuanto al apoyo técnico es muy limitado o nulo.

**FUNSALUD:** El CENSIDA cuenta con una convocatoria Pública que permite el financiamiento de Proyectos en el que las OSC pueden acceder, sin embargo esta convocatoria todavía no reúne los criterios necesarios para el desarrollo de una política pública más incluyente en donde se conciba a la SC como un actor más en la Respuesta Nacional y que no se limite solo a la implementación de acciones aisladas sin ninguna integralidad. No se cuenta con el apoyo técnico necesario.



**INSADE:** Se encuentra la convocatoria pública que cada año el CENSIDA publica para ejecutar actividades relacionadas con el VIH pero hace falta apoyo técnico adecuado para ejecutar las actividades. La convocatoria brinda apoyo a organizaciones que implementen propuestas de fortalecimiento a la sociedad civil apoyada por la convocatoria. En el caso del FONDO MUNDIAL hubieron muchas estrategias de fortalecimiento de capacidades a sociedad civil pero ahora que no se cuenta con el apoyo del Fondo Mundial: ¿Quién se encargará de dar el apoyo técnico?

**Mexicanas en Acción:** Si ha faltado más apoyo técnico que nos haga más profesionales y así lograr mejorar nuestro desempeño en materia de VIH.

**VIHDHA:** La única manera de acceder a un apoyo financiero es mediante las convocatorias, pero estas no siempre se ganan, la otra es ser donataria autorizada, pero como no hay dinero para pagar a un contador siempre, administrador, auditorías externas etc. La mayoría de las organizaciones no somos donatarias autorizadas.

**Vivir A.C.:** Con respecto a este punto, el Programa Nacional del SIDA, implementado por el CENSIDA, cuenta con la Convocatoria anual para Proyectos de Prevención de VIH. La Convocatoria misma puede ser exitosa como el único mecanismo para garantizar el acceso de las OSC a los recursos públicos del gobierno federal para ejecutar acciones de prevención en poblaciones a las que los gobiernos locales no llegan, pero los controles administrativos que se aplican a las OSC preponderan más la comprobación de gastos que la calidad técnica de las intervenciones con las poblaciones.

Con respecto, al Apoyo técnico a las OSC para ejecutar sus propios proyectos, CENSIDA ha aprobado Proyectos de Fortalecimiento Institucional, a una Organización cuyas capacitaciones han dejado mucho que desear en este sentido.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** Desde hace varios años el gobierno federal a través de la Secretaría de Salud ha destinado recursos específicos para actividades de prevención realizadas principalmente por organizaciones de la sociedad civil e institutos de investigación. En el 2011 se destinaron para este rubro más de tres millones de dólares <sup>1</sup>, para el 2014 se han destinado \$ 122 millones de pesos (más de nueve millones de dólares) para acciones de prevención focalizada del VIH <sup>2</sup>. Es debido a eso que se considera que el apoyo financiero para OSC ha sido adecuado.

Fuentes:

1.- Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el SIDA, México 2012. Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH Sida (CENSIDA).

2.- Convocatoria pública dirigida a organizaciones de sociedad civil e instituciones académicas con experiencia y trabajo comprobable en VIH, sida e ITS para la implementación de estrategias de prevención que fortalezcan la respuesta nacional ante el VIH y el sida 2014. CENSIDA



**7. ¿Qué porcentaje de los siguientes programas/servicios relacionados con el VIH se estima que proporciona la sociedad civil?**

<b>Prevención de las poblaciones clave</b>				
Personas que viven con VIH	<25%	<b>25-50%</b>	51-75%	>75%
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	<25%	25-50%	<b>51-75%</b>	>75%
Usuarios de drogas inyectables	<25%	25-50%	<b>51-75%</b>	>75%
Profesionales del sexo	<25%	<b>25-50%</b>	51-75%	>75%
Personas transgénero	<25%	25-50%	<b>51-75%</b>	>75%
Cuidados paliativos	<25%	<b>25-50%</b>	51-75%	>75%
Asesoramiento y pruebas	<25%	25-50%	<b>51-75%</b>	>75%
Conocimientos de derechos/servicios legales	<25%	<b>25-50%</b>	51-75%	>75%
Reducción del estigma y discriminación	<25%	25-50%	<b>51-75%</b>	>75%
Servicios clínicos (Tratamiento antirretrovírico/infecciones oportunistas)	<b>&lt;25%</b>	25-50%	51-75%	>75%
Atención domiciliaria	<b>&lt;25%</b>	25-50%	51-75%	>75%
Programas para niños huérfanos y vulnerables**	<b>&lt;25%</b>	25-50%	51-75%	>75%

**8. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad civil en 2013?**

<b>Muy deficiente</b>									<b>Excelente</b>	
0	1	2	3	4	5	6	<b>7X</b>	8	9	10

**Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:**

**ACODEMIS:** En políticas públicas transparentes, con un dialogo honesto y de cara a cara con la directora general de censida. Se han abierto espacios de diálogo y de construcción.

**Amigos Potosinos A.C.:** Contar con experiencia en el trabajo con poblaciones clave, además de tener los conocimientos de las necesidades y los obstáculos que enfrentamos para hacer prevención con poblaciones clave. Sin embargo tenemos la forma de llegar a estas, la cual es una de las limitantes de los sistemas de salud en el País.

**Aprendiendo a Vivir A.C.:** Bajar Recursos Financieros para Trabajar en las Estrategias de Prevención y Reducción de Daños a grupos con características de vulnerabilidad social, FORTALECIMIENTO INSITUCIONAL trabajar en equipo con instituciones de salud, Detección oportuna de casos, Capacitación. Sin el fondo mundial quedan desprotegidas poblaciones con prácticas de riesgo, disinformadas, poblaciones migratorias nacionales, migrantes indocumentados. Resultados, reconocer trabajar para disminuir la brecha por genero en relación a la infección por VIH. e ITS, para disminuir la incidencia de casos en nacimiento de niños con vih.

**Balance A.C.:** La inclusión de personas de las organizaciones de la sociedad civil en los espacios de toma de decisiones ha sido limitada a la presencia en las vocalías de CONASIDA, sin la creación de perfiles claros, mecanismos formales de participación y toma de decisiones, lineamientos sobre elección y rotación de representantes ni obligaciones claras de parte del gobierno sobre cómo integrar las recomendaciones de sociedad civil en las políticas públicas.

**CAPPSIDA:** Solo en la elaboración de los informes Nacionales hay participación de la sociedad civil y ese es el principal logro que se ha tenido y aunque limitada, cada año se han incrementado el numero de participantes en este ejercicio.

**CSER A.C.:** Incremento del presupuesto federal destinado a la sociedad civil para llevar a cabo intervenciones focalizadas y población en general.  
Actualización de la legislación nacional y estatal en materia de derechos humanos y participación social.

**FUNSIDA:** Considero que a través de las convocatorias para el ejercicio público de acciones de la sociedad civil se ha logrado una mayor participación social, por otro lado, en la medida que estas convocatorias se agilicen servirán para que los actores sociales se puedan involucrar.

**FUNSALUD:** A partir del 2012, se percibe una mayor inclusión de la SC como un actor más en la Respuesta Nacional. Se percibe un ambiente de dialogo pro activo por parte de las autoridades nacionales que en materia se refiere.

**Mexicanas en Acción:** Los grandes logros es que cada vez se está profesionalizando mas a los profesionales de la salud para reducir el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH y esto a llevado a que más personas con VIH acudan a los centros de atención y así tengan acceso al medicamento y por lo tanto a mejorar su calidad de vida.

**VIHDHA:** Repito con Izazola fue tiempo perdido, se retoma el trabajo de manera más transparente con la nueva dirección de la Dra. Uribe, así que en 2013 ya se pudo apreciar que se tomaba en cuenta a la sociedad civil y no solo a unos cuantos con los años que le precedieron.

**Vivir A.C.:** Creo que faltan indicadores para medir el Progreso de la participación de la sociedad civil. Creo que sería inexacto evaluar con base en el número de OSC registradas en el Padrón de CENSIDA o en el número de Proyectos financiados por el CENSIDA año con año.

**ONU – Grupo temático en VIH y el sida:** Los principales logros alcanzados en este campo están relacionados con el aumento de presupuesto dirigido específicamente a intervenciones de prevención dirigidas a OSCs, participación permanente en los mecanismos de toma de decisión (como el CONASIDA y otros comités y observatorios) y finalmente en reuniones de formulación de políticas públicas, como la notoria participación de OSCs en la reunión nacional para la estructuración del programa especial de VIH sida y otras ITS 2013-2018, realizado en septiembre pasado.

#### **¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:**

**ACODEMIS:** El principal componente son los capasits, estigma y discriminación con referencia al VIH y el sida, prevención, detección oportuna, supresión viral.

**Amigos Potosinos A.C.:** Sin duda, no descuidar la atención, fortalecer la detección y apostar e invertir recursos a la prevención tomando en cuenta lo que se hizo, las realidades de las poblaciones donde está concentrada la epidemia, comprometiendo y logrando que los estados le inviertan a la prevención con articulación de la OSC.

**Aprendiendo a Vivir A.C.:** Trabajar por Financiamientos en proyectos de Prevención, Detección, Capacitación e Inclusión Social de las OSC'S por parte de autoridades, Gobiernos, y Autoridades de Sector Salud. Inclusión no sólo en planeación, sino también en seguimiento y evaluación de acciones. Desabasto de reactivos para estudios de CD4 y CARA VIRAL, ANTIRRETROVIRALES, SERVICIOS DE ESPECIALIZACIÓN DE SERVICIOS EN CAPASITS. Ginecología, Pediatría. (Referencia y contra-referencia).

**CAPPSIDA:** Reactivar los comités de trabajo del CONASIDA y abrirlos a la participación toda la sociedad civil interesada ya que todavía se siguen manejando como cerrados y solos participan “los vocales”.

**CSER A.C.:** Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las organizaciones para acceder a más y mejores recursos, tanto financieros como de capital humano, en los diferentes foros, nacionales e internacionales.

Impulsar el trabajo comunitario para la gesta de organismos sociales, que puedan ser portavoces de sus comunidades, en aquellos sectores en donde la respuesta aún no es la significativa (aún hay regiones de la republica que no cuenta con trabajo de la sociedad civil).

Articular políticas públicas hacendarias, que favorezcan el trabajo de la sociedad civil.

**FUNSIDA:** Sin embargo es importante que se resalte que la profesionalización de los servicios es un punto crucial para que la respuesta nacional al sida se logre y mantenga.

**FUNSAUD:** Contar con foros de actualización científica en el que la SC pueda participar activamente que permita el desarrollo de capacidades. Participación multidisciplinaria y multisectorial.

**Mexicanas en Acción:** Uno de los grandes retos es la atención a los usuarios de droga ,como integrarlos al sistema de salud si no cuentan con papeles de identidad y por lo tanto no tienen acceso al seguro popular y no podrán integrarse al servicio médico y otro de los grandes retos es como apoyar económicamente a las personas con VIH que no pueden trabajar o no y tienen trabajo por su condición de salud y como disminuir el estigma y la discriminación que existe en la sociedad, como buscar el apoyo para las madres que no pueden trabajar por cuidar a sus hijos y estos no son aceptados en las guarderías por el hecho de vivir con VIH.

**VIHDHA:** Se debe garantizar la profesionalización de las organizaciones de la sociedad civil y de sus integrantes, garantizar que las poblaciones afectadas reciban una remuneración por las actividades que realizan en la prevención y atención del VIH y no verlas como simples informantes que a veces ponen dinero y materiales de su bolsillo para hacer actividades que le competen al gobierno.

Se debe dar capacitación de manera continua a los integrantes de las organizaciones de la sociedad civil para manejar el mismo nivel de conocimientos, aunque sea deberían hacer plataformas de conocimiento de manera virtual, pues entre más preparadas y preparados estemos vamos a realizar intervenciones de mayor impacto, con más calidad.

Se debe capacitar a los integrantes de las organizaciones sobre presupuestos y género para tener los elementos y hacer solicitudes sobre la transparencia de recursos de manera adecuada y ver si la equidad de género está transversalizando los programas de prevención y atención del VIH.

**Vivir A.C.:** Identificar indicadores para evaluar los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad civil. Pero sobre todo, cuestionar ese prejuicio institucional en contra de la sociedad civil, considerarnos como colaboradores no como competidores.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** No todas las voces de las organizaciones de la Sociedad Civil son tomadas en consideración. Siguen habiendo grupos hegemónicos que no siempre consultan ni realimentan a los grupos más débiles institucionalmente.

## II. APOYO Y LIDERAZGO POLÍTICOS

**1. ¿Ha implicado el gobierno, mediante apoyo político y económico, a personas que viven con el VIH, poblaciones clave y otras subpoblaciones vulnerables en el diseño de políticas gubernamentales sobre el VIH y en la ejecución de los programas?**

**SÍX**

No

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa algunos ejemplos de cuándo y cómo ha ocurrido esto:**

**ACODEMIS:**

- 1.- 2012 El encuentro de las OSC en el estado de México.
- 2.- 2013 En el plan especial de VIH y el sida y otras ITS en Cd. de Monterrey N.L.
- 3.- 2014 Convocatoria más transparente y clara desde el principio.
- 4.- 2014 Diagnostico de resolución de los conflictos estado por estado.

**Amigos Potosinos A.C.:** Esto ha sido mínimo a través de reuniones o consultas, pero se queda limitada la participación a consulta y poca es la participación en el seguimiento y la ejecución de los programas.

**CAPPSIDA:** Es importante señalar que solo CENSIDA a involucrado a la sociedad civil, las demás dependencias del sector salud no tienen ningún trabajo con sociedad civil y se ha trabajado en las reuniones de UNGASS, algunos congresos Nacionales e internacionales, principalmente.

**CSER A.C.:** A través de la Convocatoria Pública 2013, emitida y coordinada por el CENSIDA. En las reuniones regionales convocadas por el CENSIDA, durante el 2013.

**FUNSIDA:** Bajo el principio MIPA se pueden centrar y clarificar los esfuerzos de la sociedad civil a través de los actores sociales siempre y cuando se tomen en consideración las experiencias de las PV's en el esfuerzo de la respuesta nacional.

**FUNSAUD:** Invitación a participar en la Reunión Nacional para la discusión y estructuración del Programa Especial de VIH, sida y otras ITS, PEVSITS 2013-2018. Monterrey, Nuevo León, 9 al 13 de septiembre, 2013.

### III. DERECHOS HUMANOS

**1.1. ¿Dispone el país de leyes y reglamentaciones que protejan específicamente a ciertas poblaciones clave y otras subpoblaciones vulnerables de la discriminación?**

<b>SíX</b>	No
------------	----

**Rodee "sí" si la política se refiere específicamente a una de las siguientes poblaciones clave:**

POBLACIONES CLAVE Y SUBPOBLACIONES VULNERABLES		
<b>Personas que viven con el VIH</b>	<b>SíX</b>	No

<b>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</b>	<b>SÍX</b>	No
<b>Migrantes/poblaciones móviles</b>	<b>SÍX</b>	No
<b>Huérfanos y otros niños vulnerables</b>	Sí	<b>NoX</b>
<b>Personas con discapacidades</b>	Sí	<b>NoX</b>
<b>Usuarios de drogas inyectables</b>	<b>SÍX</b>	No
<b>Reclusos</b>	<b>SÍX</b>	No
<b>Profesionales del sexo</b>	<b>SÍX</b>	No
<b>Personas transgénero</b>	<b>SÍX</b>	No
<b>Mujeres y niñas</b>	<b>SÍX</b>	No
<b>Mujeres y hombres jóvenes</b>	<b>SÍX</b>	No
<p><b>Otras subpoblaciones vulnerables específicas [especificar]:</b></p> <p><b>Amigos Potosinos A.C.:</b> Hay leyes reglamentaciones, la propia constitución, pero el estigma y la discriminación hace que estas no sean operables, garantes y protejan a las poblaciones, falta acciones para garantizarlas.</p> <p><b>VIHDHA:</b> El país sí cuenta con leyes y una normatividad que en teoría protege a todos los habitantes del país, sin embargo una cosa es que hayan las leyes y otra que se respeten, por ejemplo la NOM dice que las personas que viven con VIH pueden contraer matrimonio si así lo deciden, y en la práctica hay muchos Estados del país donde no se los permiten, el teoría no deberían de mandar a hacer exámenes de VIH para contratar a alguien en algún empleo, en la práctica encontramos que los empresarios lo hacen y no lo dicen a quienes les hacen al prueba, sólo si sale reactiva no lo contratan, en fin así se podían citar muchos casos. A la pregunta como tal la respuesta es sí para todas las poblaciones si se preguntará si las leyes se cumplen la respuesta es NO.</p>	Si	<b>NoX</b>

**1.2. ¿Dispone el país de una ley general (es decir, no específica a la discriminación relacionada con el VIH) contra la discriminación?**

<b>SÍX</b>	No
------------	----

**SI LA RESPUESTA a las preguntas 1.1 o 1.2 ES AFIRMATIVA, describa brevemente los contenidos de esas leyes:**

**ACODEMIS:** CONAPRED, CNDH tienen contenidos específicos en VIH y el sida.

**Balance A.C:** La Constitución Política de Estados Unidos Mexicanos (Arts. 1º (igualdad y no discriminación), 4º (salud y), 3o. (educación); Derecho a la protección de la salud: Reconocido en el Artículo 4º Constitucional. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Derecho a la libertad reproductiva: también sancionado en el Artículo 4º Constitucional. Toda persona

tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos. Aún con la protección del Artículo 4º, se han registrado violaciones de derechos reproductivos especialmente en mujeres con VIH, por ejemplo, esterilizaciones forzadas sin notificación ni consentimiento o interrupción de embarazo bajo presión y/o mala información de proveedores de salud.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación en la cual se especifica que no está permitido discriminar por condiciones de salud.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

Ley General de Salud

Ley General de Educación

La Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana NOM-010-SSA2-2010

Norma Oficial Mexicana-190 para la atención médica de la Violencia Intrafamiliar

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, sexual y contra la mujer. Criterios para la prevención y atención.

**CSER A.C.:** Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

**FUNSIDA:** El Artículo 1 de la Constitución garantiza la no discriminación entre otros rubros por condición de salud, y ahí se asienta el pleno ejercicio de los derechos humanos.

#### **FUNSALUD:**

**Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 1o.** En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección,...Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

**Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Artículo 4.-** Para los efectos de esta Ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, talla pequeña, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. **Artículo 15.-** Los órganos públicos y las autoridades federales adoptarán las medidas que tiendan a favorecer la igualdad real de oportunidades y a prevenir y eliminar las formas de discriminación de las personas a que se refiere el artículo 4 de esta Ley.



**NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 5.4.1** Prevenir y eliminar el estigma y la discriminación de que son objeto las personas que viven con VIH/SIDA, los grupos más afectados por la pandemia y las poblaciones en situación de vulnerabilidad social. **5.6** Las Instituciones del Sistema Nacional de Salud deberán promover y colaborar en la capacitación del personal de salud, con objeto de lograr que participe activamente en la prevención, detección oportuna y atención integral de calidad del paciente, teniendo como marco el respeto a los derechos humanos, la no discriminación y la perspectiva de género. **5.6.13** A través de la consejería, deberá orientarse al paciente para que en caso de violación de sus derechos humanos o discriminación, presente su queja ante las instancias correspondientes.

**VIHDHA:** La Constitución habla del derecho a la salud y en términos generales a la no discriminación, existe la Norma Oficial Mexicana para la prevención y atención del VIH, existe la ley de servidores públicos, la Norma contra ITS, ley contra la no discriminación de manera local, etc. A excepción de la NOM todas son generales no especifican discriminación relacionada a VIH, dicen por ejemplo “todos tienen derecho sin importar estado de salud, creencias...”

**Vivir A.C.:** Se enumeran los contenidos en la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, concretamente en el Artículo 4: “Para los efectos de esta Ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas”.

**ONU – Grupo temático en VIH y el sida:** Actualmente en México existe la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, brevemente esta ley tiene por objeto prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona en los términos del Artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como promover la igualdad de oportunidades y de trato. Para los efectos de esta Ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, talla pequeña, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. También se entenderá como discriminación la xenofobia y el antisemitismo en cualquiera de sus manifestaciones.

**Explique brevemente los mecanismos establecidos para asegurar la aplicación de dichas leyes:**

**ACODEMIS:** CONAPRED es para presentar denuncias ciudadanas cometidas por ciudadanos o personas morales. CNDH es para presentar denuncias ante funcionarios y servidores públicos federales. CEDH es para presentar las quejas que involucran a funcionarios o servidores públicos estatales y municipales.



**Balance A.C:** Existen Comisiones Nacionales y Estatales de Derechos Humanos (CNDH y CEDH) y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED); las cuales sólo emiten recomendaciones, pero carecen de facultades para sancionar u obligar a la reparación del daño; razón que obstaculiza el cumplimiento de leyes y reglamentaciones. Existe dentro del CONASIDA el Comité de Normatividad y Derechos Humanos.

**CSER A.C.:** A nivel federal se cuenta con la Ley Federal para Prevenir y eliminar la Discriminación.

**FUNSIDA:** Además existe la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación así como organismos para la protección de los derechos humanos como CNDH, CONAPRED, CDHDF y COPRED.

**FUNSAUD:** La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Capítulo V. De los Procedimientos, establece el procedimiento a seguir, sin embargo la SC juega un rol fundamental. Las OSC realizan denuncias públicas en donde evidencian los actos de discriminación.

**VIHDHA:** No existen como tal, se violan las normas y las leyes y nadie va a la cárcel por hacer una prueba de VIH sin el consentimiento informado, en algunos Estados a las personas con VIH se les niega el derecho a contraer matrimonio aunque sean heterosexuales, se niegan los servicios de salud si no tiene una afiliación al seguro popular o se es derechohabiente de alguna institución. Su golpean a una chava trans, por el hecho de ser trans no procede la denuncia, se viola el derecho a la confidencialidad de las personas que viven con VIH sin que esto sea considerado un delito, existe una gran discriminación y violencia por género de la cual las denuncias no proceden porque el sistema judicial está a cargo en su mayoría por hombres que no conocen de perspectiva de género pero si de un patriarcado y machismo que solapa los actos vejatorios de otros hombres. En general no hay mecanismos que garanticen la aplicación de esas leyes ya que muchos de quienes aplican la ley ni siquiera conocen nada de leyes o normatividad relacionadas con el VIH ni el género.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** Los mecanismos para asegurar la aplicación, se pueden llevar a cabo de la siguiente manera: toda persona podrá denunciar presuntas conductas discriminatorias y presentar ante el Consejo reclamaciones o quejas respecto a dichas conductas, ya sea directamente o por medio de su representante. Las organizaciones de la sociedad civil podrán presentar reclamaciones o quejas en los términos de esta Ley, designando un representante. El Consejo proporcionará a las personas que presuntamente hayan sido discriminadas, asesoría respecto a los derechos que les asisten y los medios para hacerlos valer y, en su caso, orientará en la defensa de los citados derechos ante las instancias correspondientes, en los términos establecidos en el Estatuto Orgánico. Las reclamaciones y quejas, a que se refiere esta Ley, no requerirán más formalidad que presentarse por escrito con firma o huella digital y datos de identificación del interesado. Las reclamaciones y quejas también podrán ser verbales, por vía telefónica o por cualquier otro medio electrónico, sin más señalamiento que el asunto que las motivó y los datos generales de quien las presente,

debiendo ratificarse con las formalidades establecidas en el párrafo anterior dentro de los cinco días hábiles siguientes, de lo contrario se tendrán por no presentadas.

**Comente brevemente en qué grado están siendo aplicadas actualmente:**

**ACODEMIS:** hay un esfuerzo titánico para realizar campañas que establezcan una cultura de la denuncia, en la mayoría de los casos de violación a los derechos humanos no se presenta la queja o denuncia.

**Balance A.C.:** La legislación relacionada con la protección contra la discriminación y derechos humanos no conllevan penalización, sino recomendación.

El ofrecimiento rutinario de la prueba de detección de VIH a mujeres embarazadas que es una medida de protección de la transmisión al bebé no es consistente por parte de los proveedores de servicios de salud, tampoco lo es la información sobre los riesgos de dicha transmisión y los beneficios del tratamiento profiláctico. De la misma manera, no se cumple la obligación de preguntar sobre violencia intrafamiliar por lo menos 3 veces durante el control prenatal. En algunos estados hay resistencia a la aplicación de la NOM-046 en lo que respecta a la prevención y atención de la violencia sexual.

**CSER A.C.:** Actualmente son instrumentos legales con amplia aplicación en el contexto nacional.

Cabe mencionar, que por desgracia aún existen entidades federativas, que no cuentan con una Ley para prevenir, eliminar y erradicar la discriminación, un caso concreto es el Estado de Guanajuato.

**FUNSIDA:** En lo particular cuando hemos tenido casos de desabasto de medicamentos éstos han sido canalizados al Programa de VIH y Sida de la CNDH a fin de que sea levantada la queja correspondiente y se haga el seguimiento del caso.

**FUNSALUD:** Prácticamente solo se aplican cuando una persona interpone una denuncia por discriminación, es decir que han sufrido un acto de discriminación por parte de algún personal de salud principalmente. Se circunscribe mucho a actos de discriminación por personas funcionarias públicas.

**VIHDHA:** 0.5 %

**Vivir A.C.:** No hay indicadores que describan el grado de aplicación de la Ley citada.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** Actualmente esta Ley está siendo implementada y es un importante recurso en el país, como un instrumento de denuncia.

**2. ¿ Cuenta el país con leyes, normativas o políticas que obstaculicen la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH para poblaciones clave y otras subpoblaciones vulnerables?**

**SíX**

**NoX**

**Controversia y no se logra acuerdo.** El grupo temático ONUSIDA considera que el país no cuenta con leyes y normativas generales que obstaculicen la respuesta al VIH y que en anteriores consultas se acordó que la respuesta a esta pregunta es NO.

CENSIDA considera que la pregunta debió encontrarse desagregada por niveles de gobierno para poder ser respondida a cabalidad, ya que en algunas Entidades Federativas y, sobre todo, en algunos municipios podrían haber normativas y políticas que obstaculicen la respuesta, pero que de ninguna manera esto representa al grueso de los municipios del país.

La mayoría de las OSC reconocen el punto, pero consideran que sí existen leyes y normativas que obstaculizan avanzar en la prevención:

Amigos Potosinos encuentra que los reglamentos municipales y escolares no permiten acercarse a la población clave o restringe la vestimenta, hay reglamentos escolares que no permiten la distribución de condones. Incluso hay reglamentos que violan las leyes, se tendría que colocar un apéndice para este rubro.

BALANCE considera que se podría enunciar la ley de trata, una ley federal que aplica en contra de la prevención y del apoyo a estos grupos de TS.

*FUNSALUD entiende que es indispensable dejar explícito que no se logra un acuerdo porque la pregunta es de sí o no, y que cabría una pregunta con ponderación acompañada por un cuadro en donde se delaten leyes y reglamentos que podrían obstaculizar la prevención.*

VIHDHA A.C. entiende que México como país no está obstaculizando, pero en la realidad hay ejemplos que si representan obstáculos.

SER A.C. reitera que la pregunta debería ser más desglosada tomando las leyes, normativas y reglamentos por separado en los niveles Federal, estatal y municipal.

CAPPSIDA reflexiona que los informes desde hace 5 años siempre se van de acuerdo con respuestas favorables e incompletos porque nunca se tiene información sobre otras dependencias y tampoco se hace nada para mejorar la pregunta y reitera que sí hay reglamentos y políticas que obstaculizan la prevención.

## CONTROVERSIA

La mayor parte de las OSC consideran que las poblaciones más vulneradas son:

### 2.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿para qué subpoblaciones?

POBLACIONES CLAVE Y SUBPOBLACIONES VULNERABLES		
<b>Personas que viven con el VIH</b>	Si	<b>NoX</b>
<b>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</b>	<b>SiX</b>	No
<b>Migrantes/poblaciones móviles</b>	<b>SiX</b>	No
<b>Huérfanos y otros niños vulnerables</b>	Si	<b>NoX</b>
<b>Personas con discapacidades</b>	Si	<b>NoX</b>
<b>Usuarios de drogas inyectables</b>	<b>SiX</b>	No
<b>Reclusos</b>	<b>SiX</b>	No
<b>Profesionales del sexo</b>	<b>SiX</b>	No
<b>Personas transgénero</b>	<b>SiX</b>	No
<b>Mujeres y niñas</b>	<b>SiX</b>	No
<b>Mujeres y hombres jóvenes</b>	<b>SiX</b>	No
<b>Otras subpoblaciones vulnerables específicas [especificar]:</b>	Si	No

**Describe brevemente el contenido de estas leyes, regulaciones, políticas u obstáculos:**

### CONTROVERSIA

**ACODEMIS:** ley de migración (ilegal), ley general para prevenir, sancionar y erradicar los delitos en materia de trata de personas y para la protección y asistencia a las víctimas de estos delitos. reglamentos de la moral pública.

**Amigos Potosinos A.C.:** Algunos reglamentos municipales que obstaculizan la prevención con personas de trabajo sexual y HSH.

**Balance A.C.:** En el caso de Jóvenes, la NOM-010-SSA2-2010 no respalda que las y los jóvenes que no han alcanzado la mayoría de edad puedan realizarse libremente la prueba de VIH, ya que se condiciona la presencia y autorización del padre o tutor para la entrega de los resultados. Jurisdicciones sanitarias que siguen demandando una cartilla de salud, con prueba obligatorio de VIH, para trabajadoras del sexo, incluyendo trans  
Políticas carcelarias que no permiten condones en los cárceles (con la excepción de en algunos casos para la visita conyugal) ni jeringas, ni cloro.  
Prácticas por parte de policías de acosar y encarcelar a usuarios de drogas por tener parafernalia de drogas (aunque no está estrictamente en contra de la ley)  
Barreras para acceder a prevención y atención al VIH entre población migrante sin papeles, a

pesar de algunos leyes que deben de garantizar acceso a los servicios de salud, independiente de su estatus migratorio.

La ley de trata vigente equipara la trata con la explotación sexual y en su implementación se cae en la subjetividad de las y los jueces que muchas veces no hacen la diferenciación entre el trabajo sexual y las personas que son forzadas a prostituirse.

**CAPPSIDA:** Recientemente la Ley contra la Trata.

**FUNSIDA:** No existe el matrimonio entre personas del mismo sexo a nivel federal ni una ley sobre el trabajo sexual.

**FUNSALUD:**

**1. CÓDIGO FEDERAL PENAL. CAPITULO II. Del peligro de contagio. Artículo 199-Bis.-** El que a sabiendas de que está enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible, será sancionado de tres días a tres años de prisión y hasta cuarenta días de multa. Si la enfermedad padecida fuera incurable se impondrá la pena de seis meses a cinco años de prisión.

**Los demás códigos penales de las entidades federales se analizan en el Cuadro comparativo del Delito de Peligro de Contagio en las entidades federativas elaborado por funcionarios de la CNDH. Adjunto documento.**

**2. Reglamento de la Administración Pública Municipal. Tapachula, Chiapas. Art. 25.**

FUNCIONES DE SALUD PUBLICA. XIX. LAS REVISIONES SANITARIAS, TIENEN POR OBJETO LO SIGUIENTE: 1. TENER LA HIGIENE PERSONAL ADECUADA 2. CONTAR CON LA TARJETA DE CONTROL SANITARIA ACTUALIZADA 3. REALIZAR LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO (VIH, VDRL) EN FORMA TRIMESTRAL 4. PRESENTARSE A REVISION SANITARIA (SEMANALMENTE LAS MERETRICES Y HOMOSEXUALES Y MENSUALMENTE LAS MESERAS, COCINERAS, BARMAN Y ENCARGADOS) XX. ERRADICAR LA PROSTITUCION EN VIA PUBLICA, REUBICANDOLA EN LUGARES PROPIOS PARA EJERCERLA.

<http://www.ordenjuridico.gob.mx/despliegaedo3.php?edo=7&orderSeleccionado=170&catTipo=170>

**3. REGLAMENTO DE POLICIA Y BUEN GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE JUAREZ.**

**ARTÍCULO 6.-** Son faltas o infracciones contra el orden, la seguridad y tranquilidad de las personas: XII. Portar o utilizar sin precaución sustancias u objetos que impliquen un riesgo para las personas;... **ARTÍCULO 9.-** Son faltas o infracciones contra la salud pública y el medio ambiente: III. Arrojar a la vía pública aguas sucias, nocivas o contaminadas;...

<file:///C:/Users/UGP08/Documents/Marco%20Normativo%20M%C3%A9xico/Reglamentos%20y%20leyes/Reglamentos%20Municipales/Policia%20y%20Buen%20Gobierno.pdf>

**4. BANDO DE POLICÍA Y GOBIERNO PARA EL MUNICIPIO DE TIJUANA, BAJA CALIFORNIA CAPITULO IV INFRACCIONES QUE CONSTITUYEN FALTAS A LA MORAL**

**ARTÍCULO 132.** - Realizar en lugares públicos o privados actividades que inviten o induzcan a la práctica de cualquier vicio o favorezcan la prostitución; **ARTÍCULO 136.-** Ingerir bebidas

alcohólicas o sustancias tóxicas en vía pública, edificios desocupados o interiores de vehículos;...**CAPÍTULO V. INFRACCIONES QUE ATENTAN CONTRA LA SALUBRIDAD GENERAL Y EL MEDIO AMBIENTE ARTÍCULO 163.** -Carecer o negarse a presentar los documentos de control que determine la autoridad sanitaria correspondiente, en el caso de las personas que se dediquen a trabajos o actividades mediante las cuales se pueda propagar alguna de las enfermedades por transmisión sexual a que se refieren las leyes y reglamentos aplicables. **ARTÍCULO 164.** -Permitir el propietario o administrador de un giro comercial, la permanencia de personas que su actividad sea considerada como riesgosa para la transmisión de enfermedades sexuales, sin que ésta cuente con la documentación vigente expedida por la autoridad sanitaria para el control de esa actividad.

**VIHDHA:** La ley como tal no está escrita para obstaculizar pero en su interpretación y práctica si lo hace, por ejemplo la Ley Federal del Trabajo, ya que si una persona se ausenta de su trabajo por acudir a los servicios de salud le quitan el trabajo aunque justifique la falta, ya que generalmente en los servicios de salud del IMSS e ISSSTE el servicio es tan malo que hay que ir un día sólo a programar citas, otro a la consulta, otro a la toma de exámenes de laboratorios, otro a surtir el medicamento, y en cada servicio la atención es de horas previas de espera, claro que ante tantas ausencias los patronos corren a los empleados, por otro lado la normatividad de los servicios médicos (IMSS e ISSSTE) dice que no te pueden dar medicamento para dos meses, que sólo dan servicio para atención a personas con VIH por las mañanas, en fin esto hace que se pierda la adherencia a los tratamientos.

Por otra parte no hay políticas de apoyo social específicas para las personas que viven con VIH, las pocas personas que acceden a algún apoyo gubernamental lo hacen porque los hijos estudian y tienen beca de “oportunidades” pero por el hecho de vivir con VIH no existe ningún programa de apoyo. Incluso si no se paga el agua que es vital para todas las personas pero en especial para la higiene y alimentación de las personas con VIH el gobierno se las quita y cobra cargos extras por la reconexión.

En cuanto a la prevención a nivel Estatal no se hace nada porque no hay recursos para ello, lo poco que hay lo destinan a compra de medicamentos, si al principio se presupuesta algo para prevención al final se gasta en otras cosas de otros programas pero no en la prevención del VIH. La normatividad no los obliga a etiquetar recursos.

Por otra parte está el tema del estigma y la discriminación en la sociedad y en los servicios de salud que aunque tengamos una ley contra la discriminación pero no hay las sanciones para quien discrimine es una práctica cotidiana que contribuye a que las personas que viven con VIH omitan esa información en los trabajos, (por ello no justifican sus faltas), en los servicios de salud cuando no se atiende algo relacionado con el VIH o se acuse a otra clínica, con sus parejas, incluso hay quien llega a tener relaciones sexuales sin protección o simplemente aleja a las personas de los servicios de salud para no ser maltratados o señalados.

En México hay mujeres que viven con VIH hasta de 18 años (sobre todo en comunidades rurales) que han sido operadas para que no tengan hijos, porque los médicos consideran no tienen ese derecho, aunque la normatividad y la ley diga lo contrario, y no hay denuncia por el desconocimiento que hay sobre su derecho a decidir sobre su cuerpo; porque los médicos dicen que firmaron la autorización, (aunque no sepan leer o no recuerden haber firmado nada), y como de los pocos casos que hubo denuncia no se sancionó a nadie, pues no es muy alentador poner una denuncia que no prospera.

En Aguascalientes el reglamento del Registro Civil obliga a las personas a realizarse la prueba de VIH para contraer matrimonio y si sale con resultado positivo no autorizan en trámite. A las trabajadoras sexuales les obligan a pagar cuotas al municipio por dejarlas trabajar y a hacerse exámenes de VIH cada que ellos quieren y algunas veces hasta les indican de que laboratorio los quieren, esto último depende de quién esté a cargo de Reglamentos.

**Vivir A.C.:** No hay ninguna Ley de ese tipo en México.

#### **Comente brevemente de qué forma suponen un obstáculo:**

**ACODEMIS:** al ser migrante no se les puede ofrecer servicios de asistencia porque puede caer en el delito de facilitar el traslado ilegal de las personas.

La Ley de trata es ambigua en lo que respecta a los derechos de las personas a decidir sobre sus propios cuerpos y ejercer libremente el trabajo sexual.

**Amigos Potosinos A.C.:** No permitir la distribución o dificultan el proceso para facilitar el acceso de insumos para la prevención con ciertas poblaciones clave, hostigamiento.

**Balance A.C.:** Existe una tendencia clara de aumento de nuevas infecciones en poblaciones jóvenes entre 15 y 24 años, sin embargo la normativa resulta ser un obstáculo para que las y los jóvenes puedan acceder a una prueba y conocer de manera temprana su diagnóstico pues no se respeta su derecho a la confidencialidad obligándoles a informar a padres o tutores los resultados de la prueba.

Asimismo, la dificultad para adquirir condones por menores de edad es un obstáculo importante para la prevención.

La Ley de trata se convierte en un obstáculo pues al no establecer límites claros entre el libre ejercicio del trabajo sexual y la prostitución se criminaliza a las mujeres y se impiden las labores de prevención entre esta población. Otro hecho que limita la prevención es que en los operativos en los centros nocturnos se utiliza como prueba de trata la existencia de condones.

**CAPPSIDA:** Penalizando casi todas las actividades asociadas al trabajo sexual.

**CSER A.C.:** Aunque no se cuenta con leyes que obstaculicen en lo específico, el que determinados Estados de la nación mexicana no cuenten con una Ley para prevenir, eliminar y erradicar la discriminación, si representa un obstáculo para favorecer la No Discriminación de determinados sectores de la población y su acceso a un ejercicio real de su Derecho a la Salud, libre de estigma y discriminación.

**FUNSIDA:** A nivel federación, el país no cuenta con leyes que reconozcan y homologuen el matrimonio entre personas del mismo sexo con los matrimonios heterosexuales, lo cual redundaría en la seguridad social de parejas serodiscordantes, herencia y derecho a profilaxis postexposición; por otro lado, no hay una regulación sanitaria específica para personas transgénero que además ejercen el trabajo sexual y con ello no hay un reconocimiento de este tipo de trabajo de manera regular y acceso a seguridad social y otros derechos laborales.



**FUNSALUD:** La criminalización de la transmisión y exposición el VIH en los códigos penales. Solicitud de tarjeta de con control sanitario a personas dependiendo del trabajo que realizan y de acuerdo a sus prácticas sexuales. Portar jeringas de uso personal en la caso de las personas usuarias de drogas inyectables. La solicitud de IFE o algún tipo de credencial a las personas trans para poder recibir atención (credencial que no responde a su sexo). Este tipo de actos reafirman un estigma y obstaculizan la prevención, por un lado obstaculizan el derecho de información (las personas prefieren no saber su condición de salud para así evitar ser castigadas-Delitos). El privar de libertad a una persona con VIH por considerar “delito” la transmisión VIH no es una alternativa protectora para la no transmisión del virus. al establecer sanciones dificultarán el acceso a la información, al conocimiento y el acceso a métodos de prevención eficaces por temor a hacer “incurrimados” en actos delictivos, lo cual incrementará la probabilidad de una persona a infectarse con el VIH.

**VIHDHA:** Lo mencioné en el párrafo anterior.

**Vivir A.C.:** No hay ninguna Ley que represente un obstáculo para la Prevención y Atención de las poblaciones vulnerables.

**3. ¿Tiene el país una política, ley o regulación para reducir la violencia contra las mujeres, como, por ejemplo, las víctimas de agresiones sexuales o las mujeres que viven con el VIH?**

**SÍX**

No

**Describe brevemente el contenido de la política, ley o regulación y las poblaciones que incluye.**

**ACODEMIS:** LEY GENERAL DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA. Artículo 26. El Sistema se integrará por las y los titulares de las siguientes dependencias y entidades:

- I. Secretaría General de Gobierno, quien lo presidirá;
- II. Instituto Estatal de las Mujeres, quien ocupará la Secretaría Ejecutiva del Sistema;
- III. Comisión Estatal de Derechos Humanos;
- IV. Secretaría de Seguridad Pública;
- V. Procuraduría General de Justicia;
- VI. Secretaría de Educación;
- VII. Secretaría de Salud.

**Amigos Potosinos A.C.:** Ley federal y leyes estatales para prevenir y sancionar la violencia contra las mujeres.

**Balance A.C.:**



Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.  
Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, sexual y contra la mujer.  
Criterios para la prevención y atención.

**CAPPSIDA:** La ley contra la violencia hacia las mujeres.

**CSER A.C.:** ARTÍCULO 1. La presente ley tiene por objeto establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, así como para garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Última reforma publicada DOF 15-01-2013).

**FUNSIDA:** Desconozco textualmente el contenido pero sí existe la figura de agresión hacia las mujeres como causal de divorcio, la tipificación de feminicidio y sobre trata de personas.

**Mexicanas en Acción:** Si hay una ley pero no es específica para mujeres con VIH, es para todas las mujeres sin excepción.

**VIHDHA:** Existe una Ley Federal para prevenir y erradicar la violencia de género, y la Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia en Aguascalientes publicada en el 2007, que se encuentra en armonía con la Ley Federal ambas están dirigidas a las mujeres en general no específicamente para las mujeres que viven con VIH, incluso la ley habla de los albergues para protección de las mujeres que viven violencia en la práctica cotidiana encontramos que en muchos de esos albergues no admiten a las mujeres que viven con VIH, por la discriminación que existe, aun sabiendo que hay un vínculo cercano entre violencia y VIH siguen pensando que albergar a una mujer con VIH pone en riesgo a las demás mujeres, esto por falta de información y por el estigma que hay en relación a la infección, eso lo he comprobado específicamente en Aguascalientes, y ha decir de otras compañeras pasa en otras partes de México. También hay una norma Oficial, que habla de cómo se deben dar los servicios de la obligatoriedad que tienen los servicios de salud de dar aviso al ministerio público sobre los casos de violencia que atiendan, no especifica nada relacionado con el VIH, ni siquiera que deben ofrecer el tratamiento profiláctico para VIH a las mujeres que sufrieron una violación, lo que ya ofrecen en algunos lugares es la píldora del día siguiente para prevenir los embarazos.

En 2008 se Publica en Aguascalientes el programa Estatal para prevenir, atender sancionar y erradicar la violencia de género contra las mujeres de Aguascalientes, y en 2008 se creó un Consejo para tratar este tema sin embargo no se ha tenido conocimiento de alguna sanción para quien no cumpla la Ley o la Norma Oficial relacionadas con la prevención y atención de la violencia, y cuando se ha sentenciado a alguien no la usan como motivo, por ejemplo a una mujer su ex novio la quemó con gasolina y fue sentenciado por daños a terceros, por intento de homicidio pero no mencionan la palabra violencia de género.

**Vivir A.C.:** En tanto el enfoque de la perspectiva de género es un eje transversal de todas las políticas públicas y estrategias en México, la reducción de la violencia es una de estas estrategias encaminadas a lograr el pleno desarrollo de las mujeres en el territorio nacional.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Esta ley tiene por objeto establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, así como para garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Todas las medidas que se deriven de la presente ley, garantizarán la prevención, la atención, la sanción y la erradicación de todos los tipos de violencia contra las mujeres durante su ciclo de vida y para promover su desarrollo integral y su plena participación en todas las esferas de la vida.

Los principios rectores para el acceso de todas las mujeres a una vida libre de violencia que deberán ser observados en la elaboración y ejecución de las políticas públicas federales y locales son:

- I. La igualdad jurídica entre la mujer y el hombre;
- II. El respeto a la dignidad humana de las mujeres;
- III. La no discriminación, y
- IV. La libertad de las mujeres.

Para los efectos de la presente ley se entenderá por:

- I. Ley: La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia;
- II. Programa: El Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres;
- III. Sistema: El Sistema Nacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres;
- IV. Violencia contra las Mujeres: Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público;
- V. Modalidades de Violencia: Las formas, manifestaciones o los ámbitos de ocurrencia en que se presenta la violencia contra las mujeres;
- VI. Víctima: La mujer de cualquier edad a quien se le inflige cualquier tipo de violencia;
- VII. Agresor: La persona que inflige cualquier tipo de violencia contra las mujeres;
- VIII. Derechos Humanos de las Mujeres: Refiere a los derechos que son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales contenidos en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención sobre los Derechos de la Niñez, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem Do Pará) y demás instrumentos internacionales en la materia;
- IX. Perspectiva de Género: Es una visión científica, analítica y política sobre las mujeres y los hombres. Se propone eliminar las causas de la opresión de género como la desigualdad, la

injusticia y la jerarquización de las personas basada en el género. Promueve la igualdad entre los géneros a través de la equidad, el adelanto y el bienestar de las mujeres; contribuye a construir una sociedad en donde las mujeres y los hombres tengan el mismo valor, la igualdad de derechos y oportunidades para acceder a los recursos económicos y a la representación política y social en los ámbitos de toma de decisiones;

X. Empoderamiento de las Mujeres: Es un proceso por medio del cual las mujeres transitan de cualquier situación de opresión, desigualdad, discriminación, explotación o exclusión a un estadio de conciencia, autodeterminación y autonomía, el cual se manifiesta en el ejercicio del poder democrático que emana del goce pleno de sus derechos y libertades, y

XI. Misoginia: Son conductas de odio hacia la mujer y se manifiesta en actos violentos y crueles contra ella por el hecho de ser mujer.

**4. ¿Se menciona explícitamente en alguna de las políticas o estrategias del VIH la promoción y la protección de los derechos humanos?**

<b>SÍX</b>	No
------------	----

**SI LA RESPUESTA ES SI, describa brevemente cómo se menciona a los derechos humanos en esta política o estrategia del VIH:**

**ACODEMIS:** L Artículo 26. El Sistema se integrará por las y los titulares de las siguientes dependencias y entidades: III. Comisión Estatal de Derechos Humanos;

**Balance A.C.:** No se cuenta con la información porque aún no se conoce el Programa Especial de VIH 2013-2018.

**FUNSIDA:** En la NOM-010 se establece desde la aplicación de una prueba de detección las condiciones de la misma así como el combate al estigma y discriminación en armonía con la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

**Mexicanas en Acción:** Se ha elaborado cartillas por parte de la Comisión Nacional de Derechos Humanos en donde se enfatiza los Derechos de las personas y haciendo énfasis en personas con VIH.

**VIHDHA:** La Norma Oficial Mexicana para la atención del VIH habla del respeto a los derechos humanos de las personas que viven con VIH, la ley contra la discriminación menciona que todas las personas tienen que contar con la garantía de gozar plenamente de sus derechos Humanos sin importar credo, religión, raza, estado de salud, etc., La Ley para prevenir y erradicar la violencia de género no lo especifica como tal, sólo en la parte de cuando emitir una alerta de género refiere lo siguiente: **c).**- “Lo soliciten los organismos protectores de los derechos humanos de carácter estatal, nacional o internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte”.

**Vivir A.C.:** Es una condición que en la elaboración de políticas y programas de VIH sea desde un

alcance basado en los derechos humanos.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** Se menciona a los Derechos Humanos en la Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Capítulo II del programa integral para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres

ARTÍCULO 38.- El Programa contendrá las acciones con perspectiva de género para:

- I. Impulsar y fomentar el conocimiento y el respeto a los derechos humanos de las mujeres;
- II. Transformar los modelos socioculturales de conducta de mujeres y hombres, incluyendo la formulación de programas y acciones de educación formales y no formales, en todos los niveles educativos y de instrucción, con la finalidad de prevenir, atender y erradicar las conductas estereotipadas que permiten, fomentan y toleran la violencia contra las mujeres;
- III. Educar y capacitar en materia de derechos humanos al personal encargado de la procuración de justicia, policías y demás funcionarios encargados de las políticas de prevención, atención, sanción y eliminación de la violencia contra las mujeres;
- IV. Educar y capacitar en materia de derechos humanos de las mujeres al personal encargado de la impartición de justicia, a fin de dotarles de instrumentos que les permita juzgar con perspectiva de género;
- V. Brindar los servicios especializados y gratuitos para la atención y protección a las víctimas, por medio de las autoridades y las instituciones públicas o privadas;
- VI. Fomentar y apoyar programas de educación pública y privada, destinados a concientizar a la sociedad sobre las causas y las consecuencias de la violencia contra las mujeres;
- VII. Diseñar programas de atención y capacitación a víctimas que les permita participar plenamente en todos los ámbitos de la vida;
- VIII. Vigilar que los medios de comunicación no fomenten la violencia contra las mujeres y que favorezcan la erradicación de todos los tipos de violencia, para fortalecer el respeto a los derechos humanos y la dignidad de las mujeres;
- IX. Garantizar la investigación y la elaboración de diagnósticos estadísticos sobre las causas, la frecuencia y las consecuencias de la violencia contra las mujeres, con el fin de evaluar la eficacia de las medidas desarrolladas para prevenir, atender, sancionar y erradicar todo tipo de violencia;
- X. Publicar semestralmente la información general y estadística sobre los casos de violencia contra las mujeres para integrar el Banco Nacional de Datos e Información sobre Casos de Violencia contra las Mujeres;
- XI. Promover la inclusión prioritaria en el Plan Nacional de Desarrollo de las medidas y las políticas de gobierno para erradicar la violencia contra las mujeres;
- XII. Promover la cultura de denuncia de la violencia contra las mujeres en el marco de la eficacia de las instituciones para garantizar su seguridad y su integridad, y
- XIII. Diseñar un modelo integral de atención a los derechos humanos y ciudadanía de las mujeres que deberán instrumentar las instituciones, los centros de atención y los refugios que atiendan a víctimas.

**5. ¿Hay algún mecanismo que registre, documente y trate los casos de discriminación experimentados por las personas que viven con el VIH, las poblaciones clave y otras poblaciones vulnerables?**

<b>SÍX</b>	No
------------	----

**SI LA RESPUESTA ES SÍ, describa brevemente dicho mecanismo:**

**ACODEMIS:** Comisión Nacional De Derechos Humanos, Comisión Estatal De Derechos Humanos, Censida, Coesida, Conapred. Entre Otras.

**Amigos Potosinos A.C.:** CNDH, las Comisiones estatales de derechos humanos y programas que algunas OSC están realizando actualmente, consultorio virtual pero que falta mucho por hacer en este tema.

**Balance A.C.:** A través de las denuncias ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos y el Consejo Nacional para Prevenir y Erradicar la Discriminación CONAPRED, sin embargo cabe destacar que son mecanismo simplemente de conciliación que carece de herramientas para sancionar o resarcir el daño a la persona denunciante. No existe un registro que documente los casos y que permita hacer el análisis de las tendencias de violaciones a los derechos humanos por vivir con VIH, por pertenecer a las poblaciones clave o a las vulnerables.

**CAPPSIDA:** CENSIDA Y CONAPRED.

**CSER A.C.:** Este mecanismo se encuentra regulado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, en su apartado dentro del Programa de VIH, el cual dentro sus acciones cuenta con una plataforma en línea en donde el usuario presentar alguna queja.

**FUNSIDA:** El Programa de VIH y sida de la CNDH tiene documentación de casos de violación a los derechos humanos de personas con VIH.

**FUNSAUD:** Se cuentan con los mecanismos establecidos por el CONAPRED y la CNDH y la CEDH. También se dispone de mecanismo de vigilancia de las propias OSC.

**Mexicanas en Acción:** En la Comisión Nacional de los Derechos Humanos tiene los mecanismos para poner quejas cuando se violentan los derechos de una persona con VIH.

**Vivir A.C.:** En 2010, CENSIDA implementó el SIRSeQ, Sistema de Registro y Seguimiento de Quejas, enfocado en la atención de personas con VIH, pero a la fecha no existe información disponible de su funcionalidad, desempeño, cobertura e impacto en los servicios de atención de personas con VIH en México. Ver <http://www.aids-sida.org/archivos/COMITE-ATENCION-INTEGRAL-2013-08-13-SIRSeQ.pdf>

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** Los mecanismos son a través de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y los Comités Estatales de Derechos Humanos, los cuales tienen el mandato de investigar y documentar abusos a los Derechos Humanos, para posteriormente utilizar una serie de instrumentos para resolver los casos, los instrumentos más comunes son las recomendaciones, en las cuales se busca conciliar o reconciliar los abusos por medio de acuerdos firmados con las autoridades que realizaron la violación.

**6. ¿Tiene el país establecida una política o estrategia de gratuidad para los siguientes servicios? Indique si los siguientes servicios se facilitan de forma gratuita a todas las personas, a algunas personas o a nadie en absoluto (Rodee “Sí” o “No” según corresponda).**

**NOTA IMPORTANTE:**

Genera amplia confusión el sistema de marcar las respuestas con forma de cuadro de doble entrada con las mismas alternativas de respuesta en filas y columnas.

	Se facilitan gratis para todas las personas del país		Se facilitan gratis para algunas personas del país		Se facilitan, pero hay que pagar un precio	
<b>Tratamiento antirretrovírico</b>						
Se facilitan de forma gratuita a todas la personas del país	<b>SiX</b>	No	Si	No X	Si	No X
Se facilitan de forma gratuita a algunas personas del país	Si	No X	Si	No X	Si	No X
Se facilitan, pero son de pago	Si	No X	Si	No X	Si	No X
<b>Servicios de prevención del VIH</b>						
Se facilitan de forma gratuita a todas la personas del país	Si	No X	Si	No X	Si	No X
Se facilitan de forma gratuita a algunas personas del país	Si	No X	<b>SiX</b>	No	Si	No X
Se facilitan, pero son de pago	Si	No X	Si	No X	Si	No X
<b>Intervenciones de atención y apoyo relacionados con el VIH</b>						
Se facilitan de forma gratuita a todas la personas del país	Si	No X	Si	No X	Si	No X
Se facilitan de forma gratuita a algunas personas del país	Si	No X	<b>SiX</b>	No	Si	No X
Se facilitan, pero son de pago	Si	No X	Si	No X	Si	No X

**Si corresponde, indique qué poblaciones se han identificado como prioritarias y para qué servicios.**

**Balance A.C.:** Las acciones de prevención se encuentra enfocadas solo a algunas poblaciones clave, dejando fuera a poblaciones consideradas vulnerables, si bien se compra de manera masiva el condón masculino para su distribución en los servicios de salud, esta no se hace de manera rutinaria y accesible para todas las personas, ni siquiera para todas las personas con VIH. A pesar de que ya se cuenta con el registro sanitario del condón femenino de segunda generación no se encuentra disponible en los servicios de salud.

No existen políticas integrales de atención y apoyo para personas con VIH que incluyan al sector social del gobierno, al momento solo existen políticas que garantizan el acceso al tratamiento antirretroviral.

**CSER A.C.:** La población de HSH, HSH/TS y personas que se inyectan drogas de ambos sexos, para la atención y prevención del VIH/sida, por ser el sector de la población con mayor índice de prevalencia, actualmente.

**FUNSIDA:** La política nacional indica que el acceso al tratamiento ARV es universal y gratuito, sin embargo no todas las PV's acuden a los servicios estatales de salud como resultado de la estigmatización.

**Mexicanas en Acción:** Cuando las personas trabajadoras sexuales , usuarios y usuarias de drogas inyectables acuden a los servicios de salud ,muchas veces no las atiende por su condición ,son rechazados y si no tienen recursos ya no se atienden ,pero si tienen recursos buscan atención particular.

**VIHDHA:** La prioridad son los hombres que tienen sexo con otros hombres, en los servicios relacionados con VIH, y no se considera la atención de las mujeres con VIH o vulnerables ante el virus como prioridad aunque cada vez hay más casos.

**Vivir A.C.:** HSH, mujeres transgénero y pudi; acceso a tratamientos antirretrovirales y servicios de prevención, atención y apoyo.

**7. ¿Cuenta el país con una política o estrategia para garantizar el acceso equitativo de mujeres y hombres a servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?**

<b>SíX</b>	No
------------	----

**7.1. En concreto, ¿cuenta el país con una política o estrategia para garantizar el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH para las mujeres fuera del contexto del embarazo y el parto?**

Sí	<b>NoX</b>
----	------------

**8. ¿Cuenta el país con una política o estrategia para garantizar el**



**acceso equitativo de las poblaciones clave y/u otras subpoblaciones vulnerables a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH?**

<b>SÍX</b>	No
------------	----

**SI LA RESPUESTA ES SÍ, describa brevemente el contenido de dicha política/estrategia y las poblaciones incluidas:**

**Aprendiendo a Vivir A.C.:** Por medio del seguro médico popular se da el servicio de atención a todas las personas con vih-sida, en caso de que no tengan seguro social.

**CAPPSIDA:** El seguro popular y el ACCESO UNIVERSAL A TRATAMIENTO Y ATENCION DEL VIH/SIDA.

**CSER A.C.:** Dentro del Programa Sectorial de Salud 2013-2018. ESTRATEGIA 1.5. Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables.

1.5.3. Coordinar con el sector educativo del nivel básico y medio superior una educación integral de la sexualidad.

1.5.4. Promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras ITS.

1.5.5. Garantizar abasto y oferta de métodos anticonceptivos e insumos para la prevención del VIH y otras ITS.

1.5.6. Asegurar la detección y tratamiento oportuno de VIH, SIDA e ITS, con énfasis en poblaciones clave.

1.5.7. Incrementar el acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva en mujeres y hombres.

1.5.8. Incrementar la cobertura de detección prenatal y tratamiento oportuno para prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis congénita.

**FUNSIDA:** Los servicios de prevención y atención están al alcance de toda la población, los esfuerzos de prevención están encaminados de acuerdo con los criterios de pertenencia a poblaciones clave.

**Mexicanas en Acción:** No puedo dar una respuesta tan cerrada sobre sí o no porque cuenta con estrategias, con políticas y el acceso equilibrada pero no al 100% por eso es que me es difícil contestar tan cerrada la pregunta.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** Durante el sexenio pasado (2006 al 2012) estuvo vigente el plan sectorial en salud y un plan de acción específico sobre el VIH y el sida, actualmente se encuentra en construcción el plan para los años 2013 al 2018. El contenido de dichas políticas estaba orientado a continuar con la estrategia de acceso universal para toda la población que requiriera tratamiento antirretroviral, análisis, estudios y atención relacionada con el VIH sida, desde hace varios años, el acceso universal en el país ha sido una estrategia constante.



**8.1. SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿incluye esta política/estrategia diferentes tipos de enfoques que aseguran la igualdad en el acceso de las distintas poblaciones clave y/u otras subpoblaciones vulnerables?**

<b>SíX</b>	No
------------	----

**SI LA RESPUESTA ES SÍ, explique brevemente los diferentes tipos de enfoques que aseguran la igualdad en el acceso de las distintas poblaciones:**

**ACODEMIS:** existen dentro de la secretaria de salud, la dependencia del censida y esta cuenta con el conasida un consejo que participan los actores multisectoriales, aquí se realizan las estrategias y participaciones de todos los actores para dar a conocer las políticas de salud con respecto al VIH y el sida y otras ITS.

**Aprendiendo a Vivir A.C.:** En los centros de atención en el país se da el servicio de atención a todas las personas con vih, no existe discriminación (bueno en esta parte del país) (Cancún).

**CAPPSIDA:** El programa de ACCESO UNIVERSAL es para todas las personas.

**CSER A.C.:** Con enfoque de igualdad de género y oportunidades.

**FUNSIDA:** Tanto los esfuerzos de la seguridad por parte del estado como el trabajo de la sociedad civil están enfocados a las particularidades de las poblaciones clave, tratando de acotar los esfuerzos en armonía con las características socioculturales de las poblaciones clave.

**Mexicanas en Acción:** Sí la incluye, pero no se lleva al 100% yo calculo que como en un 40%.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** El enfoque está basado en el acceso universal para toda la población, independientemente de la población o el sector al que pertenezcan.

**9. ¿Tiene establecida el país una política que prohíba las pruebas sistemáticas del VIH a efectos generales de trabajo y empleo (contratación, funciones/traslados, designación, promoción, cese)?**

<b>SíX</b>	No
------------	----

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente el contenido de la política o ley:**

**ACODEMIS:** NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

**Amigos Potosinos A.C.:** No se puede solicitar la prueba del VIH para acceder a un trabajo, sin

embargo esto no se respeta en la práctica.

**Aprendiendo a Vivir A.C.:** Aunque existe una ley que prohíbe que se hagan la prueba del VIH, en algunas empresas se viola y sin consentimiento se llevan cabo, y de esta manera no se contrata a las personas.

**Balance A.C.:** NOM-010-SSA2-2010

**CAPPSIDA:** La NOM- 010 así lo señala sin embargo se siguen violentando en algunas empresas e instituciones el condicionamiento de la prueba para el bien o servicio.

**FUNSALUD:** NOM-010-SSA2-2010. 6.3.3 No se solicitará como requisito para acceso a bienes y servicios de cualquier tipo, contraer matrimonio, obtener empleo, formar parte de instituciones educativas o para recibir atención médica, y en cualquier otro caso que impida o anule el ejercicio de los derechos de la persona, conforme a lo que establecen las disposiciones jurídicas que emanan de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Es importante destacar que la Ley Federal del Trabajo no explícita la prohibición de la realización de pruebas de VIH a efectos generales de trabajo y empleo.

**Mexicanas en Acción:** Sí hay políticas pero no se llevan a cabo, y como no hay una sanción ante estas arbitrariedades, a los que las cometen no le interesa dejar de hacerlo.

**VIHDHA:** La norma oficial Mexicana para la prevención y atención del VIH, pero sólo existe en papel no en la práctica ya que es algo que sí se realiza aunque está prohibido, hacen prueba de VIH para entrar a trabajar en algunas empresas del estado, para contraer matrimonio, para entrar a estudiar a la universidad del Estado aunque en ésta última no les niegan el derecho a la educación si la realizan, pareciera que por morbo porque tampoco los refieren a los servicios especializados. En los CERESOS del Estado hacen la prueba a todos los que quieren trabajar como custodios del penal.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** Esta política está contemplada en la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. En el apartado 6.3, cita lo siguiente:

6.3. Toda detección del VIH/SIDA se rige por los criterios siguientes:

6.3.1. Se debe considerar como cualquier otro recurso auxiliar para el diagnóstico.

6.3.2. No se debe utilizar para fines ajenos a los de protección de la salud del individuo en cuestión, a menos que sea en acato a una orden judicial.

6.3.3. No se debe solicitar como requisito para el acceso a bienes y servicios, contraer matrimonio, obtener empleo, formar parte de instituciones educativas o para recibir atención médica.

6.3.4. No debe ser considerada como causal para la rescisión de un contrato laboral, la expulsión de una escuela, la evacuación de una vivienda, la salida del país o el ingreso al mismo, tanto de nacionales como de extranjeros. En el caso de estos últimos, no debe ser causal para negar residencia ni puede ser utilizada para la deportación.

6.3.5. Se debe regir por los criterios de consentimiento informado y confidencialidad, es decir,

que quien se somete a análisis debe hacerlo con conocimiento suficiente, en forma voluntaria, con firma de autorización o, en su caso, huella dactilar y seguro de que se respetará su derecho a la privacidad y a la confidencialidad del expediente.

**10. ¿Tiene el país los siguientes mecanismos de vigilancia que aseguren el respeto de los derechos humanos?**

**a. Existencia de las instituciones nacionales para la promoción y protección de los derechos humanos, incluidas comisiones de derechos humanos, de reforma de la legislación, organismos de control y defensores del pueblo que consideren como parte de su ámbito de trabajo los asuntos relacionados con el VIH.**

<b>SÍ</b>	No
-----------	----

**b. Indicadores del desempeño y patrones de referencia para el cumplimiento de las normas de derechos humanos en el contexto de los esfuerzos relacionados con el VIH.**

<b>SÍ</b>	No
-----------	----

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA en cualquiera de las preguntas formuladas arriba, describa alguno ejemplos:**

**ACODEMIS:** la ley de transparencia que obliga a las instituciones de dar a conocer sus acciones en el tema.

**Amigos Potosinos A.C.:** Número de quejas recibidas, número de quejas resueltas, número de recomendaciones emitidas, número de reparación del daño hechas por institución que violento los derechos.

**Aprendiendo a Vivihhr A.C.:** Si es cierto que existen organismos, pero generalmente solo le hacen la observación a las empresas que violan los derechos humanos de estas personas con vih, generalmente no son contratadas aun con las observaciones.

**CAPPSIDA:** Las comisiones Nacional y estatales de derechos humanos pero no estoy seguro que existan los indicadores de desempeño.

**CSER A.C.:** Por parte de las autoridades federales se cuanta con dos instancias: La Comisión Nacional de Derechos Humanos y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

**FUNSIDA:** La CNDH y los organismos estatales de defensa de derechos humanos.

**FUNSAUD:** El país cuenta con la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Comisiones Estatales de Derechos Humanos, mecanismo de denuncia a nivel del sector de sociedad civil.

**Mexicanas en Acción:** Si existen pero las Comisiones Estatales ni siquiera se interesan en el tema de VIH por lo que no saben cómo representar a una persona con VIH ante una arbitrariedad, en pocas palabras es un tema que saben de él pero no saben cómo trabajar de la mano con la persona con VIH.

**VIHDHA:** Existe la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, donde hay personal que cobra mucho dinero, incluso el ombudsman gana más que algunos presidentes municipales, éste es impuesto por el gobernador del estado, siempre con procesos de candidaturas de burla para el pueblo, pues siempre se eligen por dedazo no por competencias, en general es una extensión de la administración del estado no hacen trabajo de promoción o defensoría de los derechos humanos, pueden ser parte de algunos consejos como el COESIDA, que es el consejo estatal de VIH, sida en el estado pero siempre mandan al representante del representante, alguien ni voz ni voto, solo va a llenar el espacio, por lo tanto no se compromete a la Comisión de los Derechos Humanos de Aguascalientes con ningún compromiso de promoción o defensoría de los Derechos Humanos, para que medio hagan algo, se debe mandar la queja a la Comisión Nacional de los derechos Humanos, donde lo que hacen es regresar la queja a la Comisión estatal diciéndole que por favor se pongan a trabajar, lo hacen unos días pero sin resolver nada. No participan ni con su presencia en la conmemoración del mundial de la respuesta contra el VIH, ni siquiera han mandado imprimir algún material sobre los Derechos de las personas menos de las personas que viven con VIH. En general es un gran elefante blanco.

**Vivir A.C.:** CENSIDA cuenta con un Departamento de Normatividad y Derechos Humanos, pero falta información disponible del seguimiento de indicadores de desempeño.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), ha reconocido al VIH Sida como una realidad que reclama la atención decidida de políticas de salud, pero también como un problema de derechos humanos. No solamente porque la protección de la salud y la no discriminación son derechos humanos, ni únicamente porque las personas que viven con VIH son sujetos de todos los derechos humanos, ni exclusivamente porque la condición de vulnerabilidad de estas personas es importante, sino porque la misma respuesta al SIDA por parte de la sociedad en su conjunto, sólo será exitosa si se colocan los derechos humanos en el corazón de la misma, bajo ese contexto la CNDH ha creado un programa especial para atender los Derechos Humanos y el VIH Sida.

**11. En los últimos 2 años, ¿han tenido lugar las siguientes actividades de formación y/o de desarrollo de las capacidades?:**

**a. Programas para educar y sensibilizar a las personas que viven con el VIH y a las poblaciones clave sobre sus derechos (en el contexto del VIH)?**

<b>SíX</b>	No
------------	----

**b. Programas para los miembros del poder judicial y de las fuerzas del orden sobre cuestiones relacionadas con el VIH y los derechos humanos con las que se pueden encontrar en el contexto de su trabajo.**

Sí	<b>NoX</b>
----	------------

**12. ¿Están disponibles en el país los siguientes servicios de apoyo jurídico?**

**a. Sistemas de ayuda jurídica para el trabajo de asistencia relacionado con el VIH**

<b>SíX*</b>	No
-------------	----

**\*ACLARACIÓN**

Las OSC's estiman que son insuficientes y no hay programas específicos para personas con VIH.

**b. Bufetes de abogados privados o centros universitarios que ofrezcan servicios jurídicos de forma gratuita o a un precio reducido para las personas que viven con el VIH**

<b>SíX*</b>	No
-------------	----

**\*ACLARACIÓN**

Las OSC's estiman que son insuficientes y no hay programas específicos para personas con VIH.

**13. ¿Existen programas diseñados a reducir el estigma y la discriminación vinculados al VIH?**

<b>SíX*</b>	No
-------------	----

**\*ACLARACIÓN**

Las OSC's consideran que son muy insuficientes

<b>SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿qué tipos de programas?</b>		
<b>Programas para los trabajadores de la atención sanitaria</b>	<b>SíX</b>	No
<b>Programas para los medios de comunicación</b>	Si	<b>NoX</b>
<b>Programas en el lugar de trabajo</b>	Si	<b>NoX</b>

**Otros [especificar]:**

Si

No

**14. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría las políticas, leyes y regulaciones que hay para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH en 2013?**

Muy deficiente									Excelente	
0	1	2	3	4	5	6	7X	8	9	10

**Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:**

**ACODEMIS:** una integración en el dialogo y la participación ciudadana y de la sociedad civil en mesas y fórum sobre el tema.

**Amigos Potosinos A.C.:** La reforma al artículo 1 de la constitución realizada en 2011.

**CSER A.C.:** La modificación al artículo 1°, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Derechos Humanos.

La ampliación de atribuciones del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

**FUNSIDA:** EL Programa de VIH y el sida de la CNDH es quizá la oficina que más experiencia tenga en el campo.

**VIHDHA:** Las iniciativas de ley son buenas, pero no se aplican, no las conocen las personas encargadas de su ejecución, la ley para prevenir y erradicar la violencia hace referencia sobre los tipos de violencia, pero no procede una denuncia por ejemplo de violencia verbal, porque no hay cómo comprobar lo que dijo el agresor. Minimizan los hechos cuando el agresor es o fue pareja de la víctima porque pareciera que avalan su violencia está tan naturalizada la violencia que a veces las mismas mujeres consideran “normal” que la pareja les den un empujón, un grito o un golpe de vez en cuando. En materia de VIH es un logro que los medicamentos antirretrovirales hayan convertido a la infección como una enfermedad crónico degenerativa, pero aún falta mucho para lograr la atención integral. Es bueno que hayan aparecido los CAPASITS para dar atención a la población que no goza de seguridad social, pero falta mejorar los servicios que otorga. Y mejorar los servicios del IMSS e ISSSTE. Con respecto a los derechos Humanos es bueno que existan las comisiones no es bueno que sean un brazo más del aparato.

**Vivir A.C.:** Funcionarios de la CNDH dedicados a la promoción y defensa de los Derechos Humanos relacionados con el VIH han estado presentes en reunión de trabajo con personal del CENSIDA, pero no hay claridad del desempeño de los funcionarios de la CNDH.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** Aunque no es un logro específico para VIH, pero las modificaciones a la Constitución a partir de las cuales se incorporan las normas de derechos humanos contenidas en instrumentos internacionales.

### ¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

**ACODEMIS:** tener más herramientas y conocimientos para erradicar las leyes, normas, reglamentos que violentan los derechos humanos.

**Amigos Potosinos A.C.:** La reforma a la ley de CONAPRED, no sólo tenga carácter vinculatorio que su alcance en materia de Discriminación tenga sanción.

**Balance A.C.:** Violaciones contra los derechos fundamentales, tales como el derecho a la no discriminación en las áreas laborales, educativas y de salud, al derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos, al consentimiento informado en los procedimientos médicos, entre otros. La falta de sanciones promueve un contexto de impunidad.

Balance junto con cerca de 50 organizaciones y redes realizó una documentación a violaciones a derechos reproductivos de mujeres con VIH en 4 países de Mesoamérica incluyendo México. A través del estudio fue posible evidenciar la sistemática violación a los derechos de las mujeres, incluyendo la falta de información sobre salud sexual y reproductiva, la discriminación en los servicios de salud por parte del personal médico y específicamente la negación de la cesárea para la prevención de la transmisión perinatal del VIH y esterilizaciones forzadas.

**CSER A.C.:** Impulsar acciones encaminadas a difundir y promover los Derechos Humanos entre las personas con VIH/SIDA y poblaciones vulnerables.

Mejorar los contextos sociales para el surgimiento y desarrollo de intervenciones que promuevan la vigilancia ciudadana en materia de derechos humanos y VIH/SIDA.

Armonizar las legislaturas estatales en materia de derechos humanos y VIH/SIDA, a la normatividad nacional e internacional.

**FUNSIDA:** Violación a los derechos sobre trabajo, acceso a la salud, discriminación por condición de salud.

**VIHDHA:** Desnaturalizar la violencia.

Considerar a las mujeres como pieza clave en la prevención y atención del VIH.

Que las leyes tengan dientes (sanciones), que se garantice su aplicación.

Que los encargados de las comisiones de los Derechos Humanos tengan experiencia en el tema, pero sobre todo cercanía con la población para que escuche y atienda sus necesidades.

Que los servicios de salud mejoren la atención, que la vuelvan integral, con servicio por las tardes también.

Que el CENSIDA sea rector también para el IMSS y el ISSSTE donde con frecuencia violan los derechos



humanos de las personas con VIH al negarles la atención de alguna especialidad o al dar tratos diferenciados.

Que se involucre a la Secretaría de Educación Pública en las acciones de prevención y promoción de los derechos humanos de las poblaciones clave, por ejemplo que no discriminen a las personas lesbianas u homosexuales.

Que haya recursos etiquetados para atención y prevención del VIH en mujeres porque siempre las dejen al último a pesar que con frecuencia se violentan sus derechos sexuales y reproductivos, por ejemplo se les niega en algunos servicios de planificación familiar el acceso a un método anticonceptivo pues dicen “si ya tienes VIH no lo necesitas pues ya no puedes tener vida sexual”.

Que se garantice la participación de las poblaciones afectadas con experiencia y el perfil adecuado en el diseño, implementación y evaluación de las políticas relacionadas a VIH, género, Derechos humanos, y se les pague dignamente por su participación.

Que se implementen programas sociales de apoyo para las personas que viven con VIH, que consideren el pago de pasajes para que acudan a los servicios de salud, sobre todo mujeres sin pareja, con relaciones disfuncionales, y para sus hijos.

Que se garantice en MIPA de las poblaciones afectadas con el perfil del mínimo al especializado en el diseño, implementación y evaluación de estrategias relacionadas a la prevención y atención del VIH, la equidad de género, la promoción y defensoría de los derechos humanos de quienes viven con VIH

Que se profesionalicen los servicios de las personas u organizaciones que trabajan la prevención y atención relacionadas al VIH, no sólo con la remuneración económica sino también con capacitación y apoyo de pago de gastos corrientes de las organizaciones a cambio de que hagan seguimiento de los casos donde hay violación de los derechos humanos.

Que se transversalice la equidad de género en todo lo relacionado a VIH, incluyendo los presupuestos.

Que todas las poblaciones sean importantes en igual medida para la prevención y la atención no solo HSH porque según la práctica sexual que se realice es el orden de prioridad en la atención y prevención que se presta.

Que los servicios de salud mejoren la calidad en la atención, que se actualicen con frecuencia, que tengan servicio por las tardes y que cuenten con todos los servicios hasta poder llamarlos integrales.

Implementar acciones con medición de impacto para eliminar el estigma y la discriminación relacionados al VIH.

Que se termine con el desabasto de medicamentos.

Que todos los gobiernos etiqueten presupuesto para acciones de prevención del VIH.

Ya que los derechos humanos tienen que ver por muchas aristas del VIH, el personal que ocupa estas Comisiones, tanto Estatales como la Nacional deben estar preparado académica-psicológica y éticamente para ocupar esos cargos.

**Vivir A.C.:** Principalmente elaborar una base de datos de denuncias de violación a los derechos humanos relacionados con el VIH y a partir de allí generar información que permita la toma de decisiones.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** Empoderamiento de la población para identificarse como titulares de derechos humanos, y fortalecimiento de capacidades de las instituciones que deben garantizar el ejercicio de tales derechos.



**15. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría el esfuerzo de implementación de políticas, leyes y regulaciones relacionadas con los derechos humanos en 2011?**

Muy deficiente									Excelente	
0	1	2	3	4	5	6	<b>7X</b>	8	9	10

**Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:**

**ACODEMIS:** se han dado a las OSC cursos de derechos humanos, firmas de convenios y sobre todo asesoría en el tema.

**Amigos Potosinos A.C.:** La reforma al artículo 1° y la reciente reforma a la ley federal del CONAPRED.

**CSER A.C.:** La modificación al artículo 1°, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Derechos Humanos.  
La ampliación de atribuciones del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

**FUNSIDA:** A través de este Programa se ha alcanzado la capacitación a funcionarios públicos en la materia, lo cual es un primer paso para acceder a un respeto de los derechos humanos de las PVV.

**VIHDHA:** Ninguno.

**Vivir A.C.:** No hay información disponible, sólo se sabe de funcionarios de la CNDH que están presentes en las reuniones del CENSIDA, pero se desconoce su desempeño.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), ha reconocido al VIH Sida como una realidad que reclama la atención decidida de políticas de salud, pero también como un problema de derechos humanos. En atención a ese precepto la CNDH ha creado un programa especial para atender los Derechos Humanos y el VIH Sida.

**¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:**

**Amigos Potosinos A.C.:** Fortalecer la educación en derechos humanos, el trabajo de

sensibilización a funcionarios (as) en los tres ámbitos y sobre todo que los derechos humanos en la práctica exista igualdad de derechos para todas y todos.

**CSER A.C.:** Impulsar acciones encaminadas a difundir y promover los Derechos Humanos entre las personas con VIH/SIDA y poblaciones vulnerables.

Mejorar los contextos sociales para el surgimiento y desarrollo de intervenciones que promuevan la vigilancia ciudadana en materia de derechos humanos.

Armonizar las legislaturas estatales en materia de derechos humanos, a la normatividad nacional e internacional.

**FUNSIDA:** seguimiento de la capacitación, lograr una cultura de respeto y acceso a información objetiva (no valorativa).

**VIHDHA:** Hacer de los Derechos Humanos una realidad para los habitantes de México.

Sobre todo que el sistema judicial sea calificado por los usuarios en cuanto a sus conocimientos, a atención proporcionada, el trato y servicio que dan.

Que las quejas interpuestas en las Comisiones de los Derechos Humanos queden registradas como tal y no solo como actividades de conciliación.

Que el personal que dirige las Comisiones de los derechos Humanos ocupen el puesto por habilidades y conocimientos no por dedazo.

Que se capacita al personal de las Comisiones de Derechos Humanos sobre los derechos de las Personas con VIH.

Que haya sanciones para quienes violenten los derechos humanos de las personas que viven con VIH no solo recomendaciones.

**Vivir A.C.:** No empezar a trabajar en este tema, creo que es el principal problema.

## IV. PREVENCIÓN

**1. ¿Ha identificado el país las necesidades específicas de los programas de prevención del VIH?**

**SÍX**

No

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cómo se determinaron dichas necesidades específicas?**

**ACODEMIS:** realizar estrategias e implementaciones con evidencia científica entre el gobierno y la sociedad civil con experiencia en el tema y en la comunidad.

**Amigos Potosinos A.C.:** En el programa nacional 2007-2012 en prevención de gobierno, tiene claras sus líneas de acción con poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad, pero en la práctica faltaron insumos y acciones para el combate de la epidemia. En 2013 durante la

consulta nacional para el programa especial en VIH/SIDA, se realizaron propuestas específicas con estos grupos, para lo cual es vital invertir en materia de prevención dando énfasis en donde se encuentra focalizada la epidemia.

**Balance A.C.:** En el programa de acción pasado (2007-2012) la prevención se concentró en las necesidades epidemiológicas específicas de las poblaciones clave: los hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas inyectables y trabajadores sexuales, con la información disponible. Lo anterior tiene como consecuencia que se restrinja a una epidemia concentrada sin considerar un análisis epidemiológico amplio que considere a las poblaciones vulnerables y que incentive la disponibilidad de datos actualizados por población y área geográfica.

Para la formulación del programa (2013-2018) se hizo una consulta con sociedad civil para ampliar el abanico de acciones enfocadas a las poblaciones clave y vulnerable, sin embargo el resultado de dicha consulta aún no se conoce pues no se ha compartido el contenido final del Programa para corroborar que se hayan incluido a la diversidad de poblaciones.

**CAPPSIDA:** Con los resultados obtenidos con al ejecución del proyecto financiado por el Fondo Global de Lucha contra el SIDA.

**CSER A.C.:** A través de los diagnósticos realizados con la participación y financiamiento de la operación del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

**FUNSALUD:** Reunión en Monterrey, agenda de mujeres, guía de prevención que aun no es publica.

**INSADE:** A través de los diferentes espacios donde sociedad civil incide en la respuesta tales como el CONASIDA, algunos COESIDAS en los Estados y en diversas reuniones de articulación donde la sociedad civil fue convocada.

**VIHDHA:** El número de nuevas infecciones en mujeres y jóvenes se hace presente día a día falta implementar intervenciones de prevención para estas poblaciones ya que durante años se ha privilegiado solo a HSH y si bien es un hecho que la epidemia está concentrada en este sector también lo es el hecho de que cada vez hay más casos de mujeres y hombres heterosexuales que viven con VIH y no deben esperar a que tengan la misma incidencia que los Hombres que tienen sexo con otros hombres para implementar acciones de prevención.

**Vivir A.C.:** En 2013, hubo dos Consultas: Tlalnepantla y Monterrey, en que se identificaron prioridades de prevención del VIH en México.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** La determinación se ha llevado a cabo a varios momentos a lo largo del tiempo, siempre ha sido a través de mecanismos de opinión popular, el ejercicio más reciente fue en Septiembre del 2013 en la reunión nacional para la estructuración del programa especial de VIH sida y otras ITS 2013-2018; este programa sentara las bases, las estrategias y las líneas de acción en materia de prevención atención y control nacional del VIH, el sida y otras ITS para los años 2013 al 2018 en el país.

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cómo se están ampliando los programas de prevención del VIH?**

**ACODEMIS:** con convocatorias públicas, convenios de trabajo conjunto, entrega de insumos de prevención que cada día son más difíciles darle alcance a la poblaciones claves por falta de estos.

**Amigos Potosinos A.C.:** Falta que los estados le inviertan a la prevención y dejen la responsabilidad a la federación, se requiere de políticas públicas orientadas a fortalecer la prevención en poblaciones donde está concentrada la epidemia. Vencer las barreras del estigma, la discriminación en VIH sida y con ello la homofobia institucional en algunas entidades federativas para que los estados le destine recursos para la prevención.

**CAPPSIDA:** Atendiendo a las poblaciones clave con el proyecto del FONDO GLOBAL pero ampliando con el financiamiento de CENSIDA otros grupos de poblaciones importantes.

**CSER A.C.:** Por medio de los incremento presupuestales nacionales para la prevención del VIH/SIDA.

Incremento de la respuesta de la sociedad civil en acciones de prevención, por medio de su acceso a financiamiento.

**FUNSALUD:** Mesa de mujeres cuenta con estrategias.

**INSADE:** Siento que aún falta por hacer más trabajo de prevención en poblaciones clave tales como las mujeres (indígenas, embarazadas, jóvenes, etc.) para fortalecer la estrategia de prevención vertical. Hace falta diferenciar el número de total de casos: cuántos son población indígena para poder diseñar planes de prevención más estratégicos y focalizados. En el tema de población privada de su libertad, se requiere sensibilizar y trabajar con población juvenil menor de edad privada de su libertad.

**VIHDHA:** No se ha hecho.

**Vivir A.C.:** Existe un dato curioso, en el nivel federal existe un Programa Nacional de Prevención de VIH enfocado en el diseño e implementación de actividades de prevención de acuerdo a las necesidades de una epidemia del VIH concentrada en poblaciones bien identificadas: HSH, mujeres transgénero y trabajadores sexuales, pero en los Estados las actividades de prevención se implementan a través del Sistema CAPASITS y SAI, cuyo personal no siempre está familiarizado con la prevención a poblaciones clave y difícilmente efectúan actividades extra-muros.



**2. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos realizados en la ejecución de los programas de prevención del VIH en 2013?**

Muy deficiente									Excelente	
0	1	2	3	4	5	6	7X	8	9	10

**Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:**

**ACODEMIS:** diagnósticos en cada estado y realizar nuevos indicadores para el 2014 como la distribución de condones en las poblaciones claves. En el caso de las pudi la entrega de paquetes de reducción de daño, distribución de condones femeninos a las trabajadoras sexuales como ejemplos emblemáticos. Entre los años 2011-2013 con el programa nacional de la ronda 9 del fondo global se adquirieron muchas habilidades, conocimientos y sobre todo cómo llegar a las poblaciones de difícil alcance por el gobierno como son hombres gay, bi y otros HSH, trabajo sexual, pudi. Ahora tenemos una gran cantidad de osc con la experiencia adquirida, solo falta la voluntad política de realizarla. En la convocatoria pública 2014 se abrió una oportunidad de llenar esta gran experiencia y esperemos que se realicen otras acciones para poder cubrir una gran parte la demanda de prevención primaria y prevención positiva.

**Balance A.C.:** Se ha observado un incremento significativo en el tamizaje de mujeres embarazadas durante el control prenatal en la Secretaria de Salud; pero la implementación sigue siendo deficiente en la SSA y MUY deficiente en el IMSS y el ISSTE. Persiste la existencia de casos de transmisión perinatal del VIH año con año.

**CAPPSIDA:** La ejecución del Proyecto del Fondo Global con los resultados obtenidos que nos dejan muchos retos con las poblaciones clave.

**CSER A.C.:** Un mejor conocimiento de las poblaciones vulnerables y de sus contextos, para llevar a cabo acciones focalizadas.  
Incremento de los recursos financieros y humanos para la articulación de acciones de prevención.  
Sistematización de intervenciones, basadas en evidencia científica.  
Se articulan acciones y programas, basados en evidencia científica.  
Fortalecimiento de redes intersectoriales para llevar a cabo intervenciones.  
Avance en la legislatura federal, para incorporar a las poblaciones mayormente afectadas a su Derecho a la Salud, libre de estigma y discriminación.

**FUNSIDA:** El acceso a pruebas de detección ha sido una política estatal bien definida, sin embargo no se puede reducir la prevención a el hecho de hacer pruebas de detección, si se ejercieran programas de educación sexual acordes a la Declaración Ministerial Prevenir con Educación podríamos hablar de

una mejora en las formas de prevención de ITS, por otro lado, la prevención secundaria es escasamente favorecida en los programas estatales de salud, en específico la atención de IO's.

**FUNSALUD:** Mayor cobertura de acciones de prevención en poblaciones clave: HSH, mujeres trans, hombres y mujeres pudi y personas con VIH.

**INSADE:** Ya se está apoyando proyectos enfocados en personas privadas de libertad, sobre todo jóvenes. Ya se están apoyando esfuerzos para la prevención de transmisión vertical de VIH.

**VIHDHA:** Sólo los alcanzados en 2013, donde se volvió a motivar a las osc para seguir trabajando mejorar día con día los servicios y la atención. Del 2011 y parte del 2012 fue tiempo perdido casi no se hizo nada, por ello en calificación de 2011 a mediados de 2012 pondría un 3, a partir de que la Dra Uribe entra al CENSIDA por lo menos se observa que hay compromiso por hacer acciones de prevención. Básicamente el CENSIDA es quien lleva la batuta en el tema de prevención y atención del VIH, el IMSS e ISSSTE aunque en teoría son parte del sistema de salud no hacen nada relacionado con la prevención ni fuera ni hacía con sus derechohabientes.

**Vivir A.C.:** Nuevamente no hay información disponible al público o personas interesadas de los logros alcanzados en prevención del VIH en México. Se habla del SMAP, Sistema de Monitoreo de Actividades de Prevención, pero este Sistema está enfocado en el seguimiento de proyectos financiados a OSC que presentan sus propuestas a la Convocatoria anual del mismo CENSIDA, pero la información generada a partir del smap no está disponible para el público en general. Por otro lado, no hay un registro de las actividades de otras instituciones del mismo gobierno.

En 2013, se habló de Proyecto de sistematización de experiencias en prevención del VIH, que implementaría el INSP, pero a la fecha se desconoce el resultado de este Proyecto.

Por último, se habló de un Proyecto para elaborar una Guía Nacional de Prevención del VIH, proyecto aceptado a la OSC mexicana Colectivo Sol, pero nadie ha visto dicha Guía ni conoce su utilidad.

### ¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:

**ACODEMIS:** realizar la entrega, la distribución y la accesibilidad de los insumos de prevención a las osc que trabajan en el tema y que comprueben con evidencia la distribución de los insumos.

**Balance A.C.:** Lograr la oferta universal de la prueba de VIH al 100% de las mujeres embarazadas en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

**CAPPSIDA:** Lograr establecer campañas permanentes de prevención y fortalecer los programas de atención.

**CSER A.C.:** Incrementar las acciones que nos permitan contar con un mejor conocimiento de la epidemia del VIH/SIDA, en los contextos locales.

Mantener la continuidad de los programas de prevención, que han mostrado éxito en su implementación.

Incrementar el involucramiento y responsabilidad de las poblaciones mayormente afectadas.

Favorecer los contextos sociales locales, para la implementación de intervenciones.

Detectar de manera oportuna las necesidades de las poblaciones mayormente afectadas, a efecto de proponer soluciones.

Incluir otros sectores de la población a las actividades de prevención, para evitar incrementos de incidencia en estos sectores.

**FUNSIDA:** Aplicación de las directrices de la Declaración Ministerial Prevenir con Educación para garantizar que las personas tengan información útil de cómo prevenir ITS.

**FUNSALUD:** Reforzar la Detección oportuna e implementar intervenciones que han demostrado mayor impacto en la prevención del VIH. Modificación de la NOM-010.

**INSADE:** Implementación de la Declaración Ministerial prevenir con Educación donde la SEP este involucrada en forma.

Se requiere trabajar con población juvenil privada de su libertad para prevención de VIH en contexto de encierro y que se vinculen los Programas Estatales de VIH en la detección oportuna.

Trabajar con parteras para la prevención de transmisión vertical de VIH.

**VIHDHA:** Garantizar que la osc sigan trabajando.

Profesionalizar los servicios de los integrantes de las organizaciones.

Implementar acciones para eliminar la violencia de género.

Garantizar la participación de las personas con VIH en todos el Programa de acción.

Quitar los obstáculos hacendarios de las OSC.

Facilitar procesos de capacitación encaminadas hacia el buen trato con el personal del sector salud.

Crear fuentes de empleo para personas con VIH que consideren su tiempos para asistir a la consulta.

Garantizar el pleno respeto a los Derechos Humanos de las Personas con VIH.

Fomentar la equidad de género.

Mejorar los servicios de atención y prevención del VIH.

Articularse con Sedesol para que existan programas sociales específicos para personas con VIH que a su vez se involucren en la prevención.

Implementar estrategias de prevención de VIH con la SEP para hace trabajo sistemático y de impacto en los jóvenes escolarizados y con otros sectores para llegar a la población en general.

Involucrar a las poblaciones afectadas en el diseño, implementación y evaluación de las acciones realizadas pagando por sus servicios de manera digna y no como simple dadora.

Implementar planes y programas encaminados a la eliminación del estigma y la discriminación.

Que tanto el IMSS como el ISSSTE al ser parte del sector salud tengan obligatoriedad no solo de brindar servicios de salud de calidad e integrales si o también de tener una participación activa en la prevención del VIH.

Que la Secretaria de Educación Pública y sus filiales en los Estados impartan la materia de educación sexual basada en evidencia científica y libre de estigmas.

Que los y los jóvenes tengan acceso a lubricantes, condones y a la prueba de VIH sin tener el consentimiento de los padres.

Que se implementen programas para mejorar la adherencia a tratamientos pues entre menos carga viral tenga una persona con VIH menos posibilidades de infectar a otras personas.

Que se implementen campañas de prevención focalizadas y para población abierta. Que se ponga a disposición de la población en general la prueba rápida de VIH no solo a poblaciones clave.



**Vivir A.C.:** Falta de acceso a la información de la situación actual de la prevención del VIH en México.

## V. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO

**1. ¿Ha identificado el país los elementos esenciales necesarios en los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?**

**SÍX**

No

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, identifique brevemente los elementos y qué se ha priorizado:**

**ACODEMIS:** el acceso universal al tratamiento arv, los capasits y los sai con centros de atención del vih y el sida y otras its.

**Amigos Potosinos A.C.:** La atención médica, control virológico con suministros de medicamentos.

**Balance A.C.:** Se han identificado las acciones de atención y tratamiento de acuerdo a la información epidemiológica, sin embargo, no se ha hecho un análisis de género con base en la información que permita tener disponibles servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para las personas con VIH. No se cuenta con políticas integrales que vean y atiendan las problemáticas de las personas con VIH en su diversidad.

**CAPPSIDA:** El acceso tardío a los servicios de atención por parte de las PVS ya que muchos llegan en etapa inicial de SIDA y lograr la detección temprana e iniciar y mantener el tratamiento oportuno y temprano.

**CSER A.C.:** En cuanto al abasto de medicamentos ARV, se ha mejorado en las instituciones públicas, a la fecha prácticamente es nulo es desabasto.

**FUNSIDA:** El acceso al tratamiento ARV a toda la población garantiza el medicamento, sin embargo no existe el seguimiento de infecciones oportunistas, y no a todas las PV's se les aplica pruebas de fenotipo con lo cual se ahorrarían horas de visita médica y ensayos con medicamentos que no serán útiles.

**INSADE:** Si bien el acceso es universal todavía hace falta garantizar el abasto de medicamentos

sobre todo en algunos hospitales del IMSS, ISSSTE y CAPASITS. Si bien a través del Seguro Popular se garantiza el acceso a ARVs a aquellas personas sin seguridad social, se hace necesario que incluya algunas enfermedades oportunistas.

**VIHDHA:** En general solo el acceso a los medicamentos antirretrovirales.

**Vivir A.C.:** En 2013, en la Reunión de Monterrey, se presentó el enfoque de la “Cascada de tratamientos”, que identifica las brechas que existen para que se logre el control virológico en las personas con VIH a partir de una carga viral indetectable. Es muy interesante este esquema porque identifica los obstáculos estructurales que enfrentan las personas con VIH para recibir una atención integral y de calidad, que aunque basado en la estrategia Tratamiento de prevención, la Cascada de tratamientos responde a la realidad de países desarrollados y no a contextos como el mexicano.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** Desde hace varios años las políticas públicas en el país han priorizado las políticas de acceso universal a los servicios de tratamiento, apoyo y atención relacionados con el VIH y el sida, para toda la población sin distinción de su pertenencia a cualquier sector social.

### ***Describe brevemente cómo están ampliándose los servicios de tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH***

**ACODEMIS:** mediante la cobertura de salud por medio del seguro popular que da atención y tratamiento de arv en forma universal, los costos de los exámenes de cd4 /cd8 y carga viral para llegar a la supresión viral.

**Amigos Potosinos A.C.:** El programa de detección oportuna se intensificó durante 2012 y 2013, el personal de los SAIS, CAPASITS tuvo mayor acceso a capacitación en el tema, hubo un monitoreo para que la cobertura de medicamentos existiera el mínimo de desabasto.

**CAPPSIDA:** Es necesario fortalecer las acciones de diagnóstico temprano y oportuno y lograr el acceso y la permanencia a los servicios de salud de las personas que viven con VIH. Fortalecer las campañas de prevención para todos los grupos clave.

**CSER A.C.:** Su atención se encuentra contemplada dentro la normatividad federal, para su inclusión y acceso real al Derecho a la Salud.

Se brinda atención gratuita para el tratamiento, atención y apoyo.

Se cuenta con abasto en los CAPASITS, SAI de los medicamentos ARV.

**FUNSIDA:** Amén de los servicios de prevención a través de pruebas de detección, se pueden ampliar a adolescentes y jóvenes que ejercen vida sexual activa pero por ser menores de edad existe una barrera para el pleno ejercicio de sus derechos sexuales como sería un examen aún sin la presencia de un adulto.

**INSADE:** Creo que no se han ampliado, ya que sigue habiendo desabasto de medicamentos por ejemplo.

**VIHDHA:** NO se están ampliando, están estáticos desde hace algunos años. Hay cobertura de antirretrovirales aunque con periodos de desabasto en algunos Estados de la República. En apoyos sociales no hay nada.

**Vivir A.C.:** Nuevamente, falta acceso a la información relacionada con los servicios de tratamiento, atención y apoyo. Con respecto a tratamiento, CENSIDA cuenta con el SALVAR, que es el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV, que aunque los boletines están disponibles en el sitio en internet del CENSIDA, el SALVAR únicamente se enfoca en informar la situación del control virológico a partir del suministro de ARV a personas con VIH y no ofrece información sobre la atención y mucho menos con el apoyo a las personas con VIH, usuarias del Sistema CAPASITS.

**ONU – Grupo temático en VIH y sida:** Actualmente se encuentre en proceso de construcción el plan estratégico de salud para el 2013 al 2018.

**1.1 En qué medida se han puesto en marcha los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?**

Servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH	La mayoría de las personas necesitadas disponen de acceso a ...				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
Terapia antirretrovírica				X	
Terapia antirretrovírica para los pacientes con tuberculosis			X		
Profilaxis con cotrimoxazol en personas que viven con el VIH			X		
Diagnóstico infantil precoz			X		
Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)		X			
Asesoramiento y pruebas del VIH a las personas con tuberculosis			X		
Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo			X		
Atención nutricional		X			

Servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH	La mayoría de las personas necesitadas disponen de acceso a ...				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
Terapia antirretrovírica				X	
Tratamiento pediátrico del sida				X	
Provisión a las mujeres de terapia antirretrovírica tras el parto			X		
Profilaxis posterior a la exposición para una exposición no ocupacional (p.e. agresión sexual)		X			
Profilaxis posterior a la exposición para una exposición ocupacional del VIH			X		
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y para sus familias			X		
Gestión de la infección transmitida por vía sexual			X		
Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en centros sanitarios			X		
Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas que viven con el VIH			X		
Realización de pruebas de la tuberculosis a las personas que viven con el VIH			X		
Tratamiento de las infecciones comunes relacionadas con el VIH			X		
Otro (especificar):					

**1.2 En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos llevados a cabo en la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2013?**

Muy deficiente							Excelente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							7X			

### Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

**ACODEMIS:** se han realizado diagnósticos en los centros de atención mediante las evaluaciones y en caso del capasis Monterrey han realizado cambios de suma importancia para el mejoramiento, han tomado a la sociedad civil como un componente de trabajo conjunto.

**Amigos Potosinos A.C.:** El control virológico en los pacientes con VIH.

**CAPPSIDA:** La ampliación del número de personas en tratamiento.

**CSER A.C.:** Se ha ampliado la cobertura de atención de las personas con VIH/SIDA.  
Se ha mejorado el sistema de abasto de los medicamentos ARV.  
Se ha mantenido y mejorado la capacidad de atención de los nuevos casos detectados.  
Se ha incrementado en número de los profesionales capacitados en la atención del VIH/SIDA.  
Se han promovido los servicios de atención del VIH/SIDA, libres de estigma y discriminación.

**FUNSIDA:** Accesibilidad al tratamiento ARV.

**VIHDHA:** Cada vez hay más acceso a los antirretrovirales de forma gratuita, en los demás aspectos no visualizo avances.

**Vivir A.C.:** No hay acceso a la información de la situación de la atención del VIH en México. Aunque la información que ofrece el Boletín SALVAR está enfocada en ARV, las necesidades de México en materia de atención del VIH son mayúsculas.

### ¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

**ACODEMIS:** mayor incidencia política en el derecho a la salud.

**Amigos Potosinos A.C.:** Fortalecer acciones integrales con personas con VIH y el involucramiento de estos en la respuesta.

**CSER A.C.:** Ampliar la cobertura de atención y detección temprana entre los grupos de mayor riesgo y lugares de empleo.  
Hacer de los servicios de atención, servicios amigables para los usuarios.

**FUNSIDA:** Acceso a pruebas de IO's así como su tratamiento adecuado.

**VIHDHA:** Que se hagan estudios para detectar infecciones oportunistas de manera oportuna a personas con VIH.

Que se atienda la salud mental de las personas con VIH

Que se implementen programas de apoyo social a las personas que viven con VIH para garantizar que acudan a los servicios de salud, que tengan lo necesario para una buena alimentación.

Que se pensionen a las personas que vivan con VIH que decidan dedicarse al activismo o se les pague por ello, sólo si es su deseo el dedicar su tiempo a las actividades de prevención y fomento del respeto y cumplimiento de los derechos humanos de las personas que viven con VIH.

Que las mujeres embarazadas reciban consejería y la información sobre los beneficios de hacerse la prueba rápida para evitar nacimientos de niños con VIH.

Que la ley ampare que las personas que viven con VIH puedan acudir a los servicios de salud, o que los servicios de salud entreguen los medicamentos y consulta en el domicilio garantizando la confidencialidad.

Que se amplíen los turnos de atención de los servicios especializados de VIH, ya que en la mayor parte del país sólo están en el turno matutino.

Que si no es posible que en el trabajo estén obligados a dar las facilidades para acudir a los servicios de salud, los servicios de salud optimicen los tiempos en los que una persona con VIH tiene que acudir, por ejemplo, que en un solo día y en pocas horas se tomen muestras para exámenes de laboratorio, que den medicamentos para quien este estable de manera bimestral. Que se garantice que el día de la consulta se entregue el medicamento.

Que siempre haya en el servicio de urgencias personal capacitado en VIH.

Que haya referencia a otras especialidades para diagnósticos oportunos de coinfecciones de las personas que viven con VIH.

Que las demás especialidades del sector salud también tengan conocimientos de VIH.

Que se de seguimiento a los casos en los que hay abandono de tratamiento sin violentar sus derechos humanos.

Que existan apoyos sociales para las personas que viven con VIH y sus familias

Que el personal de salud se certifique en materia de VIH y derechos humanos.

Que haya más investigaciones sobre los efectos colaterales de los antirretrovirales en mujeres

Que se garantice el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres que viven con VIH

Que se atiendan las necesidades específicas de las mujeres Trans con VIH

Que los servicios de salud estén libres de estigma y discriminación

Que las mujeres con VIH cuenten con un ginecólogo/a con experiencia en el tema y sensibilizado/a para dar una atención de calidad y sin juzgar a las mujeres que ejercen su vida sexual.

Que esté disponible el tratamiento profiláctico para quien lo requiera de manera oportuna.

Que haya servicios de atención especializada para niños y adolescentes.

Que haya apoyos sociales para los niños que quedaron huérfanos por el VIH

Que haya albergues donde atiendan a personas con VIH que no tengan familia o apoyo familiar.

Que se garantice el mayor involucramiento de las personas que viven con VIH en específico de las mujeres en los programas, planes, y acciones en materia de prevención y atención de VIH desde la planeación, implementación y evaluación de los mismos profesionalizando sus servicios.

Que haya programas específicos para fortalecer los liderazgos femeninos de las mujeres que viven con VIH, para que puedan monitorear de manera profesional las violaciones a los derechos humanos, con énfasis en los derechos reproductivos de las mujeres con VIH, así como al calidad de los servicios

a la vez que en efecto cascada cuenten con los recursos necesarios para hacer llegar la información a otras mujeres con la finalidad de que en cada Estado halla mujeres líderes defensoras de los derechos humanos de otras las mujeres que viven con VIH fomentando acciones entre pares y el autoempleo.

**Vivir A.C.:** Empezar a generar este tipo de información y reactivar a la sociedad civil organizada, especialmente a las personas con VIH para que evalúen el tipo de atención que están recibiendo en los CAPASITS en México.

**2. ¿Cuenta el país con una política o estrategia para abordar las necesidades de huérfanos y otros niños vulnerables?**

Sí	<b>NoX</b>
----	------------

**2.1 SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿existe una definición operativa de “huérfano” y “niño vulnerables”?**

Sí	No
----	----

**2.2 SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿tiene el país un plan de acción nacional específico para los huérfanos y otros niños vulnerables?**

Sí	No
----	----

**2.3 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿tiene el país una estimación de los huérfanos y niños vulnerables a los que llegan las intervenciones existentes?**

Sí	No
----	----

**2.4 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a qué porcentaje de huérfanos y niños vulnerables se está llegando?  
(especificar)**

%
---

**3. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos en la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2013?**

Muy deficiente							Excelente			
0	1	2	3	4	5	6	<b>7X</b>	8	9	10

### Desde 2011, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:

**ACODEMIS:** que se realicen en los centros de atención la atención integral, para ello se necesita realizar cambios en las estructuras del sistema de salud y normativa sobre la atención integral.

**Amigos Potosinos A.C.:** De cierta manera en algunas regiones del País, hubo abasto regular de medicamentos.

**CAPPSIDA:** El incremento en el número de personas en tratamiento y la actualización de las guías de tratamiento.

**CSER A.C.:** Se ha incrementado el aseguramiento de tratamiento a los nuevos diagnósticos VIH + Se cuenta con amplia cobertura para atender a las personas con VIH/SIDA. Se ha incrementado en número de detecciones tempranas del VIH/SIDA.

**FUNSIDA:** El acceso al tratamiento ARV gratuito.

**VIHDHA:** En materia de apoyo social son nulos no hay acceso a nada. En materia de atención sólo se cuenta con la consulta mensual y los antiretrovirales, las personas con VIH deben estar solicitando los manden a valoración de otras especialidades, las consultas llegan a darlas en las especialidades hasta ocho meses después. No hay tratamiento de manera integral.

**Vivir A.C.:** La información de dichos logros no está disponible.

### ¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?

**Amigos Potosinos A.C.:** El desabasto de medicamentos y de reactivos para el seguimiento, control del VIH.

**CAPPSIDA:** Lograr el tratamiento al 100% de las personas que viven con VIH y terminar con el desabasto de tratamientos antirretrovirales.

**CSER A.C.:** Mantener e incrementar el número de detecciones tempranas para su atención oportuna e incorporación a los sistemas de salud.

Garantizar el abasto de medicamentos ARV, en el contexto nacional.

Fortalecer y mejorar la calidad de tratamiento, atención y apoyo para las personas con VIH.

Fortalecer las acciones para mejorar la adherencia al tratamiento y el no abandono de los servicios de salud, incluido su tratamiento por parte de los usuarios.

**FUNSIDA:** Dirigir los esfuerzos al cumplimiento de la Declaración Prevenir con Educación; trabajo con parejas negativas de PV's, acceso a la profilaxis post-exposición, reconocimiento del trabajo sexual y por ende a la seguridad social; detección y tratamiento de IO's; reforzar aspectos como nutrición, asesoría psicológica y respeto a los derechos humanos de las PV's.

**VIHDHA:**



Que exista un órgano rector que haga monitoreo de la calidad en la consulta por parte de las instituciones del sector salud.

Que las personas que viven con VIH tengan acceso a la capacitación aunque sea de manera virtual sobre los aspectos de su salud que el médico debe atender, por ejemplo saber cada cuando se debe solicitar una consulta para detectar citomegalovirus o tuberculosos o bajo qué condiciones solicitarlo.

Que se hagan estudios para detectar infecciones oportunistas de manera oportuna a personas con VIH como un protocolo a seguir y que se reporte los hallazgos encontrados de manera periódica.

Que se atienda la salud mental de las personas con VIH, garantizando su acceso a psicología de manera gratuita.

Que se implementen programas de apoyo social a las personas que viven con VIH para garantizar que acudan a los servicios de salud, que tengan lo necesario para una buena alimentación, una vivienda digna, trabajo estable o una pensión que permita vivir sin precariedades.

Que se pensionen a las personas que vivan con VIH que decidan dedicarse al activismo o se les pague por ello, sólo si es su deseo el dedicar su tiempo a las actividades de prevención y fomento del respeto y cumplimiento de los derechos humanos de las personas que viven con VIH.

Que las mujeres embarazadas reciban consejería y la información sobre los beneficios de hacerse la prueba rápida para evitar nacimientos de niños con VIH, que se proporcione seguimiento y la atención médica necesaria hasta por lo menos los dos primeros años del bebé cuando la madre sea portadora del VIH.

Que la ley ampare que las personas que viven con VIH puedan acudir a los servicios de salud sin que afecte su situación laboral, o que los servicios de salud entreguen los medicamentos y consulta en el domicilio garantizando la confidencialidad.

Que se amplíen los turnos de atención de los servicios especializados de VIH, ya que en la mayor parte del país sólo están disponibles en el turno matutino.

Que si no es posible que en el trabajo estén obligados a dar las facilidades para acudir a los servicios de salud, los servicios de salud optimicen los tiempos en los que una persona con VIH tiene que acudir, por ejemplo, que en un solo día y en pocas horas se tomen muestras para exámenes de laboratorio, que den medicamentos para quien este estable de manera bimestral. Que se garantice que el día de la consulta se le entregue el medicamento.

Que siempre haya en el servicio de urgencias personal capacitado en VIH.

Que haya referencia a otras especialidades para diagnósticos oportunos de coinfecciones de las personas que viven con VIH.

Que las demás especialidades del sector salud también tengan conocimientos de VIH.

Que se de seguimiento a los casos en los que hay abandono de tratamiento sin violentar sus derechos humanos.

Que existan apoyos sociales para las personas que viven con VIH y sus familias.

Que el personal de salud se certifique en materia de VIH y derechos humanos.

Que haya más investigaciones sobre los efectos colaterales de los antirretrovirales en mujeres.

Que se garantice el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres que viven con VIH.

Que se atiendan las necesidades específicas de las mujeres Trans con VIH.

Que los servicios de salud estén libres de estigma y discriminación.

Que las mujeres con VIH cuenten con un ginecólogo/a con experiencia en el tema y sensibilizado/a para dar una atención de calidad y sin juzgar a las mujeres que ejercen su vida sexual.

Que esté disponible el tratamiento profiláctico para quien lo requiera de manera oportuna.

Que haya servicios de atención especializada para niños y adolescentes.

Que haya apoyos sociales para los niños que quedaron huérfanos por el VIH.

Que haya albergues donde atiendan a personas con VIH que no tengan familia o apoyo familiar.  
Que se garantice lo que se llama acceso universal y la atención integral de calidad y con calidez.  
Que se garantice el mayor involucramiento de las personas que viven con VIH en específico de las mujeres en los programas, planes, y acciones en materia de prevención y atención de VIH desde la planeación, implementación y evaluación de los mismos profesionalizando sus servicios.  
Que haya programas específicos para fortalecer los liderazgos femeninos de las mujeres que viven con VIH, para que puedan monitorear de manera profesional las violaciones a los derechos humanos, con énfasis en los derechos reproductivos de las mujeres con VIH, así como al calidad de los servicios a la vez que en efecto cascada cuenten con los recursos necesarios para hacer llegar la información a otras mujeres con la finalidad de que en cada Estado halla mujeres líderes defensoras de los derechos humanos de otras las mujeres que viven con VIH fomentando acciones entre pares y el autoempleo.  
Que se garantice que las mujeres que viven con VIH y cuenten con una profesión relacionada con la salud puedan ser empleadas por la Secretaria de salud en programas específicos para monitorear los servicios de salud.  
Que haya programas de autoempleo para mujeres con VIH y que las personas con VIH sean consideradas como grupo vulnerable para poder recibir los apoyos del DIF, SEDESOL y otras dependencias de gobierno.  
Que se eliminen leyes, reglamentos estatales que criminalizan a las personas con VIH o que cuartan sus derechos.

**Vivir A.C.:** Se requiere evaluar la funcionalidad de los CAPASIST en términos de Centros de atención integral y calidad y no sólo enfocados en alcanzar metas de indetectabilidad y control virológico.

## ANEXO II: FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES

### INDICADOR 1.1

**1.1 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15-24 años de edad que identifica correctamente las formas de evitar la transmisión sexual del VIH y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH**

Respuesta a la pregunta 3: "¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?"	Total : Hombres y Mujeres	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24
<b>Numerador:</b> Número de entrevistados-población que respondió correctamente a la pregunta	17, 569, 316	8, 946, 302	5, 002, 715	3, 943, 587	8, 623, 014	4, 771, 945	3, 851, 069
<b>Denominador:</b> Número total de entrevistados de 15 a 24 años	21, 531, 291	10, 939, 013	6, 243, 252	4, 695, 761	10, 592, 278	5, 808, 315	4, 783, 963
<b>Porcentaje:</b> Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15-24 años de edad que responden	81.6%	81.8%	80.1%	84.0%	81.4%	82.2%	80.5%

**Nota:**

El grupo de edad que se reporta es el total de hombres y mujeres de 15 a 24 años. Los datos se encuentran expandidos en relación a la población nacional mexicana 2011 en ese grupo de edad (15 a 24 años).

**Qué mide**

Los progresos hacia el conocimiento universal de los hechos esenciales acerca de la transmisión del VIH

**Numerador:**

Número de entrevistados-población que respondió correctamente a la pregunta 3

**Denominador:**

Número total de entrevistados de 15 a 24 años

**Cálculo**

Numerador / Denominador \* 100

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:**

Las encuestas de población (Encuesta Demográfica y de Salud, Encuesta sobre indicadores múltiples u otras encuestas representativas) Este indicador se construye a partir de las respuestas a las siguientes preguntas:

1. ¿Se reduce el riesgo de transmisión del VIH al tener relaciones sexuales con una sola pareja no infectada que no tiene otras parejas?
2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando un condón cada vez que se tienen relaciones sexuales?
3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?
4. ¿Puede una persona contraer el VIH por picaduras de mosquito?
5. ¿Puede una persona contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?

**Frecuencia de Medición:**

3-5 años

**Desglose:**

Por sexo y de 15 a 19, 20 a 24 años de edad

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

Se utilizó la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, se realizó del 13 al 29 de agosto del 2011, con 14,980 entrevistas completas, realizada en hogares con representatividad nacional, que se basa en la población adolescente de 12-17 años y adulta de 18 a 65 años. La encuesta generó información sobre la población joven y adulta del país a partir de una muestra conformada por residentes de las viviendas. A pesar de que es una encuesta sobre la estimación de prevalencias de uso y abuso de tabaco, alcohol y drogas, tanto médicas y no médicas, la encuesta cuenta con un apartado sobre la percepción de las consecuencias sociales y de salud del consumo de drogas y VIH según edad, que es donde se desprende, si el consumo de drogas ilegales tiene relación con: Una persona que se ve sana puede estar infectada de VIH/SIDA; por lo que, se cuenta con el dato de quienes respondieron afirmativamente. El grupo de población (15 a 24 años) se encuentra expandido en relación a la población nacional mexicana de ese grupo de edad en el 2011.

**Fuente del indicador reportado por México:**

SG/CONADIC/Encuesta Nacional de Adicciones 2011. México, 2011

**INDICADOR 1.2**

**1.2 Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años**

1.2 Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad		Total : Hombres y Mujeres	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24
<b>Numerador:</b>	Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que declara haber tenido su primera relación sexual	1,602,232	1,036,181	506,023	530,158	566,051	340,911	225,140
<b>Denominador:</b>	Número total de entrevistados de 15 a 24 años	20,896,121	10,305,081	5,505,090	4,799,991	10,591,040	5,528,693	5,062,347
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	7.7%	10.1%	9.2%	11.0%	5.3%	6.2%	4.4%

**Nota:**

**Qué mide** El progreso en el aumento de la edad en que las mujeres y los hombres jóvenes de 15-24 años tienen su primera relación sexual.

**Numerador:** Número de entrevistados (de 15-24 años) que informan que empezaron a tener relaciones sexuales antes de los 15 años de edad

**Denominador:** Número total de entrevistados de 15 a 24 años

**Cálculo** Numerador / Denominador \* 100

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:** Entrevistas de carácter demográfico (EDS, EIS, MCS u otra encuesta representativa). Se pregunta a los entrevistados si han tenido alguna vez relaciones sexuales. Si la respuesta es afirmativa, se les pregunta: ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

**Frecuencia de Medición:** 3-5 años

**Desglose:** Sexo - Edad(15-19/20-24)

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Se utilizó la Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012, que se basa en la población 12-29 años. La encuesta generó información sobre la población joven del país a partir de una muestra conformada por residentes de las viviendas que, al momento de la encuesta, tenían entre de 12 años y 29 años. Los resultados tienen validez nacional. La metodología que fue utilizada para el cálculo del indicador no es diferente a las indicaciones del Onusida. Primero, se selecciona la población 15-24 años, se calcula mediante una frecuencia simple el número de hombres y mujeres que declararon haber tenido relación sexual antes de los 15 años, luego se calcula el indicador, dividiendo lo anterior por el número de jóvenes entre 15-24 años.

**Fuente del indicador reportado por México:** Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012.

**Observaciones:** Las cifras respecto de 2010 no varían sustancialmente, únicamente para el grupo de 20-24 en ambos sexos, las diferencias son importantes, más para los hombres. Sin embargo, es probable que esto se deba a diferencias metodológicas entre ambas encuestas, más que a una disminución real en ese grupo.

## B. Estimaciones del tamaño de las poblaciones clave - México - 2013

### 1.- Profesionales del sexo

¿Ha realizado estimaciones del tamaño de la población en profesionales del sexo?

Sí

No

Si la respuesta es sí, ¿cuándo se realizó la última estimación? (año)

Año  2014

Si la respuesta es sí, ¿cuál era la estimación del tamaño de la población?

Estimación:  237,798

Comentarios (incluya la definición utilizada para la población, el método utilizado para derivar la estimación de su tamaño y las estimaciones específicas de cada lugar en el caso de que se hayan realizado en diferentes emplazamientos)

Para el caso de los HTS, se definió como trabajador sexual a quien refirió en la encuesta que intercambiar sexo por regalos o dinero representaba una fuente estable de ingresos; para las mujeres trabajadoras sexuales y trans se incluyeron como trabajadoras sexuales a aquellas personas que refieren el trabajo sexual como su principal fuente de ingresos. La estimación corresponde al año 2013, al rango de edad de 15 a 49 años y se realizó con Spectrum 5.03.

Para realizar esta estimación se realizó una revisión literaria y se utilizaron los siguientes supuestos:

- En una encuesta de DF 1992-1993 Izazola et. al., encontraron que 2.1% de los hombres eran bisexuales y que el 0.4% tenía sexo exclusivo con hombres, lo que indica que un 2.5% de los hombres serían HSH, cifra que se redondeó a 3%.

- Para el caso de los HTS, una encuesta realizada en 2012 por CENSIDA-INSP en siete áreas metropolitanas de Jalisco, Veracruz y Estado de México indicó que el 2.4% de los HSH eran HTS, cifra que se usó para la estimación de HTS.

- Para el caso de las MTS se asume el supuesto de que el 0.66% de las mujeres son MTS, se aplica a las mujeres de 15 a 49 años. El supuesto se toma de Talbot et al, 2007.

Con base en lo anterior, se estimó que en México hay 237,798 personas que se dedican al trabajo sexual, de las cuales 219,037 son mujeres y 18,761 son hombres.

### 2.- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

¿Ha realizado estimaciones del tamaño de la población en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres?

Sí

No

Si la respuesta es sí, ¿cuándo se realizó la última estimación?

Año  2014

Si la respuesta es sí, ¿cuál era la estimación del tamaño de la población?

Estimación:  911,852

Comentarios (incluya la definición utilizada para la población, el método utilizado para derivar la estimación de su tamaño y las estimaciones específicas de cada lugar en el caso de que se hayan realizado en diferentes emplazamientos)

Se consideró a hombres que tiene sexo con otros hombres: a hombres que tienen o han tenido relaciones sexuales con hombres con penetración anal u oral, independientemente de si también tienen sexo con mujeres o, si se identifican como gay, bisexual o como heterosexual que ocasionalmente tienen relaciones sexuales con hombres. Sin importar la periodicidad con la que tengan relaciones sexuales con hombres.

La estimación corresponde al año 2013, al rango de edad de 15 a 49 años y se realizó con Spectrum 5.03.

Para realizar esta estimación se realizó una revisión literaria y se utilizaron los siguientes supuestos:

- En una encuesta de DF 1992-1993 Izazola et. al., encontraron que 2.1% de los hombres eran bisexuales y que el 0.4% tenía sexo exclusivo con hombres, lo que indica que un 2.5% de los hombres serían HSH.

- Se redondea a 3% la cifra total de HSH basada en estudio de Izazola (2.5%), ya que el 3% es consistente por lo reportado por Purcell et al (Purcell D, Johnson CH, Lansky A, et al. Estimating the population size of men who have sex with men in the United States to obtain HIV and syphilis rates.



### 3.- Usuarios de drogas inyectables

¿Ha realizado estimaciones del tamaño de la población en usuarios de drogas inyectables?

Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	----	--------------------------

Si la respuesta es sí, ¿cuándo se realizó la última estimación?

Año	2011
-----	------

Si la respuesta es sí, ¿cuál era la estimación del tamaño de la población?

164,157
---------

Comentarios (incluya la definición utilizada para la población, el método utilizado para derivar la estimación de su tamaño y las estimaciones específicas de cada lugar en el caso de que se hayan realizado en diferentes emplazamientos)

Definición de PUDI: Son personas que se han inyectado drogas catalogadas como ilegales en México.

Las estimaciones se hicieron a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 que es llevada a cabo de manera periódica por la Secretaría de Salud (1990, 1994, 1998, 2003, 2008 y 2011). Tiene la finalidad de medir la evolución del consumo de sustancias y otras problemáticas de salud mental, en la población adolescente de entre 12 y 17 años de edad y en la población adulta de entre 18 y 65 años. No viene especificado este desglose por entidad federativa, únicamente nacional porque el consumo de drogas inyectables es relativamente bajo en México. Los porcentajes muestrales de personas que se inyectan droga son obtenidos a partir de la población de 12 a 65 años que usa drogas ilegales.

### 4.- Otras poblaciones clave (especifique)

**Especifique:**

¿Ha realizado estimaciones del tamaño de la población en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------

Si la respuesta es sí, ¿cuándo se realizó la última estimación?

Año	2014
-----	------

Si la respuesta es sí, ¿cuál era la estimación del tamaño de la población?

Estimación:
-------------

Comentarios (incluya la definición utilizada para la población, el método utilizado para derivar la estimación de su tamaño y las estimaciones específicas de cada lugar en el caso de que se hayan realizado en diferentes emplazamientos)

**INDICADOR 1.7**  
**Porcentaje de trabajadores y trabajadoras sexuales a los que han llegado programas de prevención del VIH**

<b>1.7 Trabajadores y trabajadoras sexuales: programas de prevención</b>		<b>Todos</b>	<b>Hombres HTS</b>	<b>Mujeres MTS</b>	<b>Mujeres transgénero que realizan trabajo sexual (M)</b>	<b>&lt;25</b>	<b>25+</b>
<b>Numerador:</b>	Número de profesionales del sexo que respondieron "sí" a las dos preguntas.	485	ND	363	122	139	346
<b>Denominador:</b>	Número total de profesionales del sexo entrevistados	1,205	ND	1,026	179	408	797
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención	40.2%	ND	35.4%	68.2%	34.1%	43.4%

<b>Respuestas correctas a la pregunta 1: "¿Sabe adónde puede dirigirse si desea realizarse una prueba del VIH?"</b>		<b>Todos</b>	<b>Hombres HTS</b>	<b>Mujeres MTS</b>	<b>Mujeres transgénero que realizan trabajo sexual (M)</b>	<b>&lt;25</b>	<b>25+</b>
<b>Numerador:</b>	Número de profesionales del sexo que respondieron "sí" a la pregunta 1.	837	ND	697	140	251	586
<b>Denominador:</b>	Número total de profesionales del sexo entrevistados	1,205	ND	1,026	179	408	797
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de profesionales del sexo que respondió "sí" a la pregunta 1	69.5%	ND	67.9%	78.2%	61.5%	73.5%

<b>Respuestas correctas a la pregunta 2: "¿Ha recibido preservativos en los últimos 12 meses?"</b>		<b>Todos</b>	<b>Hombres HTS</b>	<b>Mujeres MTS</b>	<b>Mujeres transgénero que realizan trabajo sexual (M)</b>	<b>&lt;25</b>	<b>25+</b>
<b>Numerador:</b>	Número de profesionales del sexo que respondieron "sí" a la pregunta 2.	670	ND	514	156	209	461
<b>Denominador:</b>	Número total de profesionales del sexo entrevistados	1,213	ND	1,034	179	410	803
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de profesionales del sexo que respondió "sí" a la pregunta 2	55.2%	ND	49.7%	87.2%	51.0%	57.4%
<b>Tamaño de la muestra - Número de entrevistados en la encuesta de MTS:</b>		1034					
<b>Tamaño de la muestra - Número de entrevistados en la encuesta de M:</b>		179					

**Nota:**

**Qué mide:** Los logros realizados respecto a la implementación de elementos básicos de programas de prevención del VIH dirigidos a los trabajadores y trabajadoras del sexo.

**Numerador:** Número de profesionales del sexo que respondieron "sí" a las dos preguntas.

**Denominador:** Número total de profesionales del sexo entrevistados

**Cálculo** Numerador / Denominador

**Método de Medición propuesta por QNSIDA:** Seguimiento del comportamiento u otras encuestas especiales. Se les pregunta lo siguiente a los profesionales del sexo:

1. ¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a una prueba del VIH?
  2. ¿Ha recibido preservativos en los últimos doce meses? (p.ej: a través de un servicio de difusión, un centro de consulta o una clínica de salud sexual)?
- Deben facilitarse puntuaciones para cada pregunta (basadas en el mismo denominador), además de la puntuación del indicador compuesto. Si enpre que sea posible, los datos de los profesionales del sexo deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.



**INDICADOR 1.7 (continuación)**  
**Porcentaje de trabajadores y trabajadoras sexuales a los que han llegado programas de prevención del VIH**

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Mujeres trabajadoras sexuales: Los datos se toman a partir de una encuesta realizada en el 2012 a 1,034 mujeres trabajadoras sexuales en 3 estados de México (Jalisco, Estado de México y Veracruz). Se entrevistaron a dichas personas en sus sitios de trabajo, con criterios de inclusión de ser trabajadoras sexuales y tener entre 18 a 60 años de edad. Pregunta 1: para el numerador, se seleccionaron a los que respondieron afirmativamente si alguna vez se han hecho alguna prueba de VIH (sh082), sin incluir a los que no respondieron a ésta pregunta (obteniéndose 8 no respuestas). Pregunta 2: para el numerador, se seleccionaron a las MTS que respondieron afirmativamente a la pregunta de como ha conseguido condones en los últimos 12 meses (sh037), excluyéndose a las que respondieron que los compraron; y como denominador a las que respondieron a dicha pregunta (no hubo NO RESPUESTAS). Para la primera parte donde se seleccionan a los que respondieron que "SI" a ambas preguntas, se creó una variable para identificar dicha condición.

Mujeres transgénero (MT): Los datos se toman a partir de una encuesta realizada en el 2012 a 420 considerados transgénero, travesti o transexual (MT) en 3 estados de México (Jalisco, Estado de México y Veracruz). Se entrevistaron a dichas personas en los sitios de reunión y en algunas ocasiones, en los sitios de trabajo (cuando había referencia de trabajo sexual), con criterios de inclusión de ser transgénero, travesti o transexuales y tener entre 18 a 60 años de edad. Se identifican a aquellas personas que refieren dedicarse al trabajo sexual, a través de la pregunta de cuál es su principal fuente de ingresos (sh027) obteniendo a 179 trans TS en la encuesta (nuestro número de trans TS entrevistadas en la encuesta), de los cuales, para el denominador, se identifican a los menores de 25 años y de 25 años o más (sh001) y los que reportaron que se dedican al trabajo sexual en la pregunta de la principal fuente de ingreso (sh027). Pregunta 1: para el numerador, se identifican los que reportaron haberse hecho la prueba del VIH alguna vez (sh102), descartando a aquellos que no respondieron (no hubo NO RESPUESTAS).

Pregunta 2: para el numerador, se seleccionaron a los trans que se dedican al trabajo sexual que respondieron a la pregunta de como ha conseguido condones en los últimos 12 meses, excluyéndose a aquellos que respondieron que los compraron (sh038b, sh038c, sh038d, sh038e y sh038esp). Para la primera parte donde se seleccionan a los que respondieron que "SI" a ambas preguntas, se creó una variable para identificar dicha condición.

**Fuente del indicador reportado por México:** Juan Pablo Gutiérrez, Aurora Franco Nuñez, Diana Ncté-Há Sansores Martínez, Andrey Ryo Shiba Matsumoto. Informe técnico analítico sobre la prevalencia de VIH; así como factores de riesgo y vulnerabilidad, personas que se dedican al trabajo sexual; y en personas transexuales y personas transgénero. INSP. México, 2012.

**Observaciones:** En este indicador, se observa una diferencia significativa del 19.4% entre el porcentaje global de informe GARPR 2012 siendo el del actual 2014 el menor. La diferencia puede estar explicada porque el GARPR 2012 se utilizó una base de datos de asistentes a servicios de salud especializados y los de este año son datos de encuestas realizadas a sitios de encuentro en MTS y en MT, que también son poblaciones diferentes en términos globales a las referidas en el Garp 2012. Los porcentajes registrados son los crudos.



**INDICADOR 1.8**

**Porcentaje de trabajadores y trabajadoras sexuales que declara haber usado un preservativo con su último cliente**

1.8 Trabajadoras/es sexual: uso del preservativo		Todos	Hombres (HTS)	Mujeres (MTS)	Mujeres transgénero que realizan trabajo sexual (MD)	<25	25+
<b>Numerador:</b>	Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo con su cliente más reciente	855	169	540	146	331	524
<b>Denominador:</b>	Número de profesionales del sexo que declaró haber mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero en los últimos 12 meses	985	181	633	171	388	597
<b>Porcentaje ajustado: IC del 95%</b>	Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente	86.8%	93.4%	85.3%	85.4%	85.3%	87.8%
<b>Tamaño de la muestra - Número de entrevistados en la encuesta de HTS:</b>		181					
<b>Tamaño de la muestra - Número de entrevistados en la encuesta de MTS:</b>		633					
<b>Tamaño de la muestra - Número de entrevistados en la encuesta de MD:</b>		171					

- Nota:** HTS y mujeres transgénero que realizan trabajo sexual se presentan como muestras diferentes
- Qué mide** Los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH entre trabajadores y trabajadoras del sexo a través de las relaciones sexuales sin protección con sus clientes
- Numerador:** Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo con su cliente más reciente
- Denominador:** Número de entrevistados que declara haber mantenido relaciones sexuales remuneradas en los últimos 12 meses
- Cálculo**  $\text{Numerador} / \text{Denominador} * 100$
- Método de Medición propuesta por ONUSIDA:** Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales. Se pide a los entrevistados que respondan a la siguiente pregunta: ¿Ha usado preservativo con su cliente más reciente? Siempre que sea posible, deberían recogerse los datos correspondientes a los profesionales del sexo por medio de las organizaciones de la sociedad civil que han trabajado en el terreno con esta población de manera muy cercana. El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

**INDICADOR 1.8 (continuación)**

**Porcentaje de trabajadores y trabajadoras sexuales que declara haber usado un preservativo con su último cliente**

Hombres trabajadores sexuales (HTS): Encuesta transversal a 6,937 hombres que tienen sexo con hombres (HSH) entrevistados en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2013. La encuesta se realizó en 24 ciudades representativas de las 5 regiones del país. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Se hizo una selección aleatoria de los sitios en cada ciudad y se estableció la meta de entrevista en función de la población estimada que acude al sitio de acuerdo con el mapeo. Para este indicador, se definió como trabajador sexual a quien refirió en la encuesta que intercambiar sexo por regalos o dinero representaba una fuente estable de ingresos y que contestara a la pregunta de uso de condón (denominador). El numerador correspondió a individuos que contestaron solo yo, solo él o ambos a la pregunta ¿al tener sexo con penetración anal con tu cliente más reciente usaron condón?. De los 300 HSH entrevistados que declararon que recibir dinero o regalos a cambio de sexo representaba una fuente estable de ingresos, de ellos 185 tuvieron sexo con penetración (a quienes se les preguntaron por uso de condón) y 4 de estos 185 no respondieron a la pregunta de uso de condón.

**Metodología de  
cálculo utilizada  
por México:**

Mujeres trabajadoras sexuales (MJS): Los datos se toman a partir de una encuesta realizada en el 2012 a 1,034 mujeres trabajadoras sexuales en 3 estados de México (Jalisco, Estado de México y Veracruz). Se entrevistaron a dichas personas en sus sitios de trabajo, con criterios de inclusión de ser trabajadoras sexuales y tener entre 18 a 60 años de edad. Se tienen 1,034 MJS en la encuesta, de los cuales, para el denominador, se identifican a los menores de 25 años y de 25 años o más y los que reportaron que en su última relación sexual tuvo relación sexual con penetración anal, vaginal o haber hecho sexo oral, teniendo una muestra de 649 personas. Para el numerador, se tomaron en cuenta de éste grupo, a las que refirieron haber usado condón con su último cliente, habiendo 16 que no respondieron, obteniendo una muestra final de 633 mujeres. No se toma en cuenta el intervalo de últimos 12 meses debido a que la encuesta fue dirigida a MJS en sus sitios de trabajo.

Mujeres transgénero (MT): Los datos se toman a partir de una encuesta realizada en el 2012 a 420 considerados transgénero, travesti o transexual en 3 estados de México (Jalisco, Estado de México y Veracruz). Se entrevistaron a dichas personas en los sitios de reunión y en algunas ocasiones, en los sitios de trabajo (cuando había referencia de trabajo sexual), con criterios de inclusión de ser transgénero, travesti o transexuales y tener entre 18 a 60 años de edad. Se identifican a aquellas personas que refieren dedicarse al trabajo sexual, teniendo a 179 transexuales trabajadores sexuales en la encuesta, de los cuales, para el denominador, se identifican a los menores de 25 años y de 25 años o más (sh001) y los que reportaron que en su última relación sexual haya sido con un hombre (sh064), teniendo a 2 que refirieron que fue con una mujer. De ellos, al referir que ésta haya sido en los últimos 12 meses (b\_condon<=12), hubo 1 persona que reportó que fue hace más de 12 meses, teniendo una muestra final de 171 personas. Para el numerador, se identifican los que reportaron haber usado condón (cond\_ult) en su última relación sexual con un hombre en los últimos 6 meses.

**Fuente del  
indicador  
reportado por  
México:**

1. Bautista-Arredondo S., Colchero MA, Cortés MA, Sosa-Rubí S.G., Romero M Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/SIDA. Reporte a FUNSALUD, Marzo 2014.
2. Juan Pablo Gutiérrez, Aurora Franco Nuñez, Diana Ncte-Há Sansores Martínez, Andrey Ryo Shiba Matsumoto. Informe técnico analítico sobre la prevalencia de vih; así como factores de riesgo y vulnerabilidad, personas que se dedican al trabajo sexual; y en personas transexuales y personas transgénero. INSP. México, 2012.

La encuesta de la que se toman los datos para el informe forma parte del proyecto financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria - Ronda 9, Acuerdo de Subvención MEX-910-G01-H "Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidos a HSH HSH/TS y personas usuarias de drogas inyectables", que financió diferentes actividades de prevención en estas poblaciones, una de las cuales fueron encuestas de comportamiento en estas poblaciones, una basal y otra al cierre del proyecto en el 2013. Las muestras de HTS y MT que realizan trabajo sexual son independientes por lo que no se hizo la suma en el total.

**Observaciones:**

Los porcentajes del presente informe (GARPR 2014) procedentes de encuestas realizadas en sitios de reunión de las poblaciones referidas, son marcadamente más elevados que los del 2012. Por un lado, es necesario comentar que en el GARPR 2012 las fuentes de información eran diferentes en MJS y que los valores expuestos en este 2014 se obtuvieron al finalizar una intervención preventiva nacional financiada por el Fondo Mundial que pudo favorecer coberturas más elevadas con acciones de prevención que incluyeron distribución de condones gratuitos. Los porcentajes registrados son los crudos



**INDICADOR 1.9**  
**Porcentaje de trabajadores y trabajadoras sexuales que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados**

1.9 Pruebas del VIH a trabajadores y trabajadoras sexuales en últimos 12 meses.		Todos	Hombres HTS	Mujeres MTS	Mujeres transgénero que realizan trabajo sexual (MT)	<25	25+
<b>Numerador:</b>	Número de profesionales del sexo que se sometió a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados	683	168	397	118	268	415
<b>Denominador:</b>	Número de profesionales del sexo incluidos en la muestra	873	298	414	161	367	506
<b>Porcentaje: IC del 95%</b>	Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce sus resultados	78.2%	56.4%	95.9%	73.3%	73.0%	82.0%
<b>Tamaño de la muestra - Número de entrevistados en la encuesta de HTS:</b>		300					
<b>Tamaño de la muestra - Número de entrevistados en la encuesta de MT:</b>		161					
<b>Tamaño de la muestra - Número de entrevistados en la encuesta de MTS:</b>		414					

**Nota:** Hombres y mujeres que realizan trabajo sexual se presentan como muestras diferentes

**Qué mide** Los progresos logrados en asesoramiento y las pruebas del VIH entre trabajadores y trabajadoras sexuales

**Numerador:** Número de trabajadores/es sexuales que se sometió a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados

**Denominador:** Número de trabajadores/as sexuales que respondieron a esta pregunta.

**Cálculo** Numerador / Denominador \* 100

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:** Encuesta de seguimiento del comportamiento u otro tipo de encuestas especiales. Se les pregunta a los profesionales del sexo:  
1. ¿Le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses?  
Si la respuesta es afirmativa:  
2. No quiero saber los resultados, pero, ¿conoce los resultados de la prueba?

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Hombres trabajadores sexuales: Encuesta transversal a 6,937 hombres que tienen sexo con hombres (HSH) entrevistados en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2013. La encuesta se realizó en 24 ciudades representativas de las 5 regiones del país. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Se hizo una selección aleatoria de los sitios en cada ciudad y se estableció la meta de entrevista en función de la población estimada que acude al sitio de acuerdo con el mapeo. Para este indicador, se definió como trabajador sexual a quien refirió en la encuesta que intercambiar sexo por regalos o dinero representaba una fuente estable de ingresos y que contestaron a la pregunta de pruebas de VIH y consejería (denominador). El numerador correspondió a individuos que contestaron sí a la pregunta ¿en los últimos doce meses, te has hecho alguna prueba de VIH? y que contestaron sí o no a la pregunta ¿te dieron consejería al entregarte los resultados? De los 300 HSH entrevistados que declararon que recibir dinero o regalos a cambio de sexo representa fuente estable de ingresos, 298 respondieron a la dos preguntas que conforman este indicador-hacerse una prueba de

**INDICADOR 1.9 (continuación)**  
**Porcentaje de trabajadores y trabajadoras del sexo que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados**

**Mujeres trans (MT) que realizan trabajo sexual (TTS):** Encuesta transversal a 346 mujeres trans (MT)-hombres biológicos con identidad de género femenina, entrevistados en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2013. La encuesta se realizó en 14 ciudades. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Se hizo una selección probabilística de sitios de encuentro de cuatro estratos definidos en función de la población estimada y de las posibilidades de hacer prevención en los sitios. Para este indicador, se definió como trabajadora sexual a quien refirió en la encuesta que intercambiar sexo por regalos o dinero representaba una fuente estable de ingresos (denominador). El numerador correspondió a individuos que contestaron si a la pregunta ¿en los últimos doce meses, te has hecho alguna prueba de VIH? y que contestaron si o no a la pregunta ¿te dieron consejería al entregarte los resultados? De las 161 MT entrevistadas que declararon que recibir dinero o regalos a

**Mujeres trabajadoras sexuales (MTS):** Los datos se toman a partir de una encuesta realizada en el 2012 a 1,034 mujeres trabajadoras sexuales en 3 estados de México (Jalisco, Estado de México y Veracruz). Se entrevistaron a dichas personas en sus sitios de trabajo, con criterios de inclusión de ser trabajadoras sexuales y tener entre 18 a 60 años de edad. Se tienen 1,034 MTS en la encuesta, de los cuales, para el denominador, se identifican al total, al grupo de menores de 25 años y de 25 años o más (sh001) y que hayan respondido a la pregunta de si alguna vez se han hecho una prueba del VIH (resultando 8 missings). Para los numeradores, del total, se identifican los que reportan que alguna vez en su vida se han hecho una prueba de VIH (sh082), obteniéndose una muestra de 697 personas que respondieron afirmativamente (55.86%), de los cuales, <25 años fueron 196 (45.14%) y 25+ años fueron 501 (60.28%). De ellas, las que respondieron que la última prueba que se hicieron fue hace 12 meses o menos (sh084a=años; sh084b=meses; sh084c=días), donde todo se transforma a meses, obteniéndose una submuestra de 414 personas que responden afirmativamente (57.10%), de los cuales, <25 años fueron 122 (65.92%) y 25+ años fueron 292 (54.37%). De ésta muestra, se identifican las que conocen los resultados (sh085), teniendo un total de 397 personas (siendo el 96.17%), de las cuales, <25 años fueron 117 personas (94.92%) y 25+ años fueron 280 personas (96.63%). Se reporta, para casos del formato, considerando al denominador a aquellas que respondieron al primer filtro (haberse hecho una prueba de VIH alguna vez), obteniéndose 8 missings. Los porcentajes son valores ponderados de acuerdo al tipo y tamaño de la población.

**Fuente del indicador reportado por México:**

1. Bautista-Arredondo S., Colchero MA., Cortés MA., Sosa-Rubí S.G., Romero M Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/SIDA. Reporte a FUNSALUD, Marzo 2014.
2. Juan Pablo Gutiérrez, Aurora Franco Nuñez, Diana Ncté-Há Sansores Martínez, Andrey Ryo Shiba Matsumoto. Informe técnico analítico sobre la prevalencia de vih; así como factores de riesgo y vulnerabilidad, personas que se dedican al trabajo sexual; y en personas transexuales y personas transgénero. INSP. México, 2012.

**Observaciones:**

La encuesta de la que se toman los datos para el informe forma parte del proyecto financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria - Ronda 9, Acuerdo de Subvención MEX-910-G01-H "Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidos a HSH, HSH/TS y personas usuarias de drogas inyectables", que financió diferentes actividades de prevención en estas poblaciones, una de las cuales fueron encuestas de comportamiento en estas poblaciones, una basal y otra al cierre del proyecto en el 2013. Las muestras de HTS y MT que realizan trabajo sexual son independientes por lo que no se hizo la suma en el total. En el cuadro de concentración de datos únicamente se registran las edades de los trabajadores sexuales. En general entre las mujeres transgénero que realizan trabajo sexual el 73.3% (118/161) declaró que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados, el 74.3% (55/74) de las que tienen menos de 25 años de edad y entre las de más de 25 años el porcentaje fue del 72.4% (63/87).

Los porcentajes registrados son los crudos. Para Hombres Trabajadores Sexuales también se refieren porcentajes crudos de HTS que se realizaron la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conocen los resultados. Sin embargo, también se realizó el cálculo de los porcentajes ajustados: 56.50% [50.54% - 62.45%] para el total de HTS; por edades del 56.96% [50.05% - 63.86%] y 55.9% [46.70% - 65.10%] para los <25 y de 25+, respectivamente.

La diferencia entre el porcentaje global de HTS en el informe GARPR 2012 y el actual es de 2%. Aunque es una diferencia reducida, en el 2012 se utilizó una base de datos de monitoreo de servicios a los que acuden a buscar atención especializada. Para el informe 2014 se cuenta con una encuesta realizada en sitios de encuentro realizada en 24 ciudades del país, por lo que la diferencia es factible que sea debida a la metodología de captación de datos que se hizo en diferentes poblaciones.

**INDICADOR 1. 10**  
**La prevalencia del VIH entre trabajadoras y trabajadores del sexo**

1. 10 Porcentaje de trabajadoras/es del sexo que vive con el VIH		Todos	Hombres HTS	Mujeres MTS	Mujeres transgénero que realizan trabajo	<25	25+
<b>Numerador:</b>	Número de profesionales del sexo cuyo resultado en la prueba del VIH fue positivo	106	72	7	27	47	59
<b>Denominador:</b>	Número de profesionales del sexo que se realizó la prueba del VIH	1,506	299	1033	174	580	926
<b>Porcentaje</b>	Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH (crudo)	7.0%	24.1%	0.7%	15.5%	8.1%	6.4%
<b>Tamaño de la muestra - Número de entrevistados en la encuesta de HTS:</b>		299					
<b>Tamaño de la muestra - Número de entrevistados en la encuesta de MTS:</b>		1,033					
<b>Tamaño de la muestra - Número de entrevistados en la encuesta de MT:</b>		174					

**Notas:** Las informaciones provienen de dos fuentes referidas más abajo: La 1) para los Hombres y la 2) para las Mujeres.

**Qué mide** Los progresos logrados en la reducción de la prevalencia del VIH entre trabajadoras/es sexuales.

**Numerador:** Número de trabajadores sexuales cuyo resultado en la prueba del VIH fue positivo.

**Denominador:** Número de trabajadores sexuales que se sometieron a la prueba del VIH

**Cálculo** Numerador / Denominador \* 100

**Método de Medición propuesta por CENSI DA:**

Grupo de trabajo de CENSI DA y la OMS sobre el VIH/sida y la vigilancia de las ITS: directrices entre las poblaciones de mayor riesgo de contraer el VIH (OMS/CENSI DA, 2011).

Este indicador se calcula usando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los entrevistados en el centro o centros de vigilancia del VIH principales. Los centros de vigilancia centinelas utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de la prevalencia. Siempre que sea posible, los datos de los profesionales del sexo deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población. El acceso a los profesionales del sexo y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

**Hombres trabajadores sexuales (HTS):** Encuesta transversal a 6,937 hombres que tienen sexo con hombres (HSH) entrevistados en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2013. La encuesta se realizó en 24 ciudades representativas de las 5 regiones del país. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Se hizo una selección aleatoria de los sitios en cada ciudad y se estableció la meta de entrevista en función de la población estimada que acude al sitio de acuerdo con el mapeo. En esta encuesta de seguimiento se recolectó sangre en papel filtro y las muestras fueron analizadas en el laboratorio del Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas del INSP. Para este indicador, se definió como trabajador sexual a quien refirió en la encuesta que intercambiar sexo por regalos o dinero representaba una fuente estable de ingresos y que hubieran aceptado dar una muestra de sangre (denominador). El numerador correspondió a individuos que tuvieron resultado positivo a la prueba de VIH. Se ajustó por valor de predicción positivo dado que la prueba tiene una sensibilidad del 100% y especificidad del 98.7%. De los 300 HSH entrevistados que declararon que recibir dinero o regalos a cambio de sexo representa fuente estable de ingresos, 299 de ellos se hicieron la prueba de VIH en el momento de la encuesta.

**Método de Medición propuesta por CENSI DA:**

**Mujeres Trabajadoras sexuales (MTS):** Los datos se toman a partir de una encuesta realizada en el 2012 a 1,034 mujeres trabajadoras sexuales en 3 estados de México (Jalisco, Estado de México y Veracruz). Se entrevistaron a dichas personas en sus sitios de trabajo, con criterios de inclusión de ser trabajadoras sexuales y tener entre 18 a 60 años de edad. De la muestra, solo 1,033 MTS accedieron a hacerse dos pruebas rápidas para VIH. Para el denominador, se seleccionaron a aquellos que accedieron a hacerse la prueba rápida de VIH (VIH). El numerador, fueron aquellos que salieron como reactivos (resultados positivos a ambas pruebas rápidas). Los porcentajes son valores ponderados de acuerdo al tipo y tamaño de la población.

**Mujeres transgénero (MT):** Los datos se toman a partir de una encuesta realizada en el 2012 a 420 considerados transgénero, travesti o transexual en 3 estados de México (Jalisco, Estado de México y Veracruz). Se entrevistaron a dichas personas en los sitios de reunión y en algunas ocasiones, en los sitios de trabajo (cuando había referencia de trabajo sexual), con criterios de inclusión de ser transgénero, travesti o transexuales y tener entre 18 a 60 años de edad. Hubo 5 personas que no desearon que se les hiciera las dos pruebas rápidas para detección de VIH por lo que de la muestra de 174 transexuales trabajadoras sexuales, la cual se tomó el criterio de ser trabajador sexual, si

**INDICADOR 1.10 (continuación)**

**La prevalencia del VIH entre trabajadoras y trabajadores del sexo**

**Fuente del  
indicador  
reportado por  
México:**

1. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Cortés M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M. Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/SIDA. Reporte a FUNSAUD, Marzo 2014.
2. Juan Pablo Gutiérrez, Aurora Franco Nuñez, Diana Ncté-Há Sansores Martínez, Andrey Ryo Shiba Matsunoto. Informe técnico analítico sobre la prevalencia de VIH; así como factores de riesgo y vulnerabilidad, personas que se dedican al trabajo sexual; y en personas transexuales y personas transgénero. INSP. México, 2012.

**Observaciones:**

La encuesta de la que se toman los datos de HTS y MT para el informe forma parte del proyecto financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria - Ronda 9, Acuerdo de Subvención MEX-910-G01-H "Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidos a HSH, HSH/TS y personas usuarias de drogas inyectables", que financió diferentes actividades de prevención en estas poblaciones, una de las cuales fueron encuestas de

Las muestras de HTS, MT y MTS que realizan trabajo sexual son independientes por lo que no se hizo la suma en el total. En el cuadro de concentración de datos únicamente se registran las edades de los trabajadores sexuales. En general entre las MT que realizan trabajo sexual el 21.57% (33/153) vive con VIH por edades el 19.72% (14/71) de las que tienen menos de 25 años y de las de más de 25 años el 23.17% (19/82). Los datos referentes a MTS son tomados de otra encuesta realizada en tres ciudades mexicanas. La prevalencia en estas trabajadoras es la más alta: en general alcanzó el 0.67%. Los porcentajes registrados son los crudos. Para Hombres Trabajadores Sexuales también se refieren porcentajes crudos de HTS que se realizaron la prueba del VIH y se realizó el cálculo de porcentajes ajustados: 22.09% [16.74% - 27.45%] para el total de HTS; por edades del 18.43% [12.80% - 24.06%] y 26.86% [19.13% - 34.60%] para los <25 y de 25+, respectivamente.

La diferencia entre el porcentaje global de HTS en el informe GARPR 2012 y el actual es de 6% sin embargo es necesario tener en cuenta que en el 2012 se utilizó una base de datos de monitoreo de servicios a los que acuden a buscar atención especializada. Para el informe 2014 se cuenta con una encuesta realizada en sitios de encuentro realizada en 24 ciudades del país, por lo que la diferencia es factible que sea debida a la metodología de captación de datos que se hizo en diferentes poblaciones.

**INDICADOR 1.11**  
**Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres a los que han llegado programas de prevención del VIH**

<b>1.11 Porcentaje de hombres que tiene relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH</b>		<b>Todos</b>	<b>&lt;25</b>	<b>25+</b>
<b>Numerador:</b>	Número hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que respondió "sí" a ambas preguntas	437	190	247
<b>Denominador:</b>	Número total de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres entrevistados	1,094	577	517
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención del VIH	39.9%	32.9%	47.8%

<b>Respuestas correctas a la pregunta 1: "¿Sabe adónde puede dirigirse si desea realizarse una prueba del VIH?"</b>		<b>Todos</b>	<b>&lt;25</b>	<b>25+</b>
<b>Numerador:</b>	Número hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que respondió "sí" a la pregunta 1	716	319	397
<b>Denominador:</b>	Número total de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres entrevistados	1,094	577	517
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que respondió "sí" a la pregunta 1	65.4%	55.3%	76.8%

<b>Respuestas correctas a la respuesta 2: "¿Ha recibido preservativos en los últimos 12 meses?"</b>		<b>Todos</b>	<b>&lt;25</b>	<b>25+</b>
<b>Numerador:</b>	Número hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que respondió "sí" a la pregunta 2	642	328	314
<b>Denominador:</b>	Número total de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres entrevistados	1,112	590	522
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que respondió "sí" a la pregunta 2	57.7%	55.6%	60.2%
<b>Tamaño de la muestra - Número de entrevistados en la encuesta</b>		<b>1112</b>		

**Nota**

<b>Qué mide</b>	Los progresos realizados en la puesta en práctica de los elementos básicos de los programas de prevención del VIH entre los HSH
<b>Numerador:</b>	Número de entrevistados de la población más expuesta que ha respondido "sí" a las 2 preguntas
<b>Denominador:</b>	Número total de HSH entrevistados
<b>Cálculo</b>	Numerador / Denominador
<b>Frecuencia de Medición:</b>	Cada 2 años
<b>Desglose</b>	Edad(<25/25+)
<b>Método de Medición propuesta por ONUSIDA:</b>	Encuestas de seguimiento del comportamiento y otras encuestas especiales. Se hacen las siguientes preguntas a los entrevistados: 1. ¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a la prueba del VIH? 2. ¿Ha recibido preservativos en los últimos doce meses?



**INDICADOR 1.11 (continuación)**  
**Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres a los que han llegado programas de prevención del VIH**

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

Los datos se toman a partir de una encuesta realizada en el 2012 a 1,112 hombres que tienen sexo con hombres en 3 estados de México (Jalisco, Estado de México y Veracruz). Se entrevistaron a dichas personas en los sitios de reunión, con criterios de inclusión de ser hombres que tienen sexo con hombres y tener entre 18 a 60 años de edad. Pregunta 1: para el numerador, se seleccionaron a los que respondieron si alguna vez se han hecho alguna prueba de vih (sh102), descartando las NO RESPUESTAS, obteniéndose 18 missings. Pregunta 2: para el numerador, se seleccionaron a los HSH que repondieron a la pregunta de como ha conseguido condones en los últimos 12 meses (sh038), excluyéndose a aquellos que respondieron que los compraron. Para la primera parte donde se seleccionan a los que respondieron que "SI" a ambas preguntas, se creó una variable para identificar dicha condición. Los porcentajes son valores ponderados de acuerdo al tipo y tamaño de la población.

**Fuente del indicador reportado por México:**

Juan Pablo Gutiérrez Reyes, Aurora Franco Nuñez, Diana Nícte-Há Sansores Martínez, Andrey Ryo Shiba Matsumoto. Informe técnico analítico sobre prevalencia de vih; así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres homosexuales y hombres bisexuales. INSP. México, 2012.

**OBSERVACIONES**

Aunque son fuentes de datos diferentes entre el anterior informe GARPR 2012 y el 2014 no se observan diferencia. Los porcentajes son los crudos.

**INDICADOR 1.12**  
**Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina.**

<b>1.12 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH): uso del preservativo</b>		<b>Total</b>	<b>&lt;25</b>	<b>25+</b>
<b>Numerador:</b>	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal.	4,188	1,830	2,358
<b>Denominador:</b>	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declararon haber mantenido un coito anal con una pareja masculina en los últimos seis meses.	5,729	2,526	3,203
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina	73.1%	72.4%	73.6%
<b>Tamaño de la muestra - Número de entrevistados en la encuesta:</b>		5,729		

**Nota** Se cuentan datos de encuesta de mujeres transexuales (MT) en observaciones.

**Qué mide:** Los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales anal es sin protección con parejas masculinas.

**Numerador:** Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal.

**Denominador:** Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declararon haber mantenido un coito anal con una pareja masculina en los últimos seis meses.

**Cálculo** Numerador / Denominador

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:** Encuestas de seguimiento del comportamiento y otras encuestas especiales. En una encuesta del comportamiento de una muestra de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, se pregunta a los entrevistados por sus parejas sexuales de los últimos seis meses.

El cálculo de este indicador depende de las siguientes preguntas. Hay una pregunta específica sobre uso de condón durante el último coito anal, pero la ventana de tiempo considerada son los últimos 12 meses, por tanto para calcular el indicador para los últimos seis meses se utilizaron las siguientes preguntas:

¿Aproximadamente hace cuánto tiempo tuviste tu última relación con penetración anal con un hombre?

Menos de una semana .....	1
Entre 8 días y dos semanas .....	2
Más de dos semanas pero menos de un mes .....	3
Más de un mes pero menos de seis meses .....	4
Hace seis meses o más .....	5
No deseo contestar .....	9

¿La última vez que tuviste sexo con penetración anal con un hombre, usaron condón tú o él?

Sólo yo.....	1
Sólo él .....	2
Ambos .....	3
Ninguno de los dos .....	4
No deseo contestar .....	9

Estas preguntas sólo se realizaron a los HSH que no se consideraron como TS.

**INDICADOR 1.12 (continuación)**  
**Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina**

**Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombres:** Encuesta transversal a 6,937 hombres que tienen sexo con hombres (HSH) entrevistados en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2013. La encuesta se realizó en 24 ciudades representativas de las 5 regiones del país. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Se hizo una selección aleatoria de los sitios en cada ciudad y se estableció la meta de entrevista en función de la población estimada que acude al sitio de acuerdo con el mapeo. Para este indicador, se definió como HSH quien declaró haber tenido sexo con hombres en los últimos 12 meses, no ser trabajador sexual y que contestaran la pregunta de uso de condón (denominador). El numerador correspondió a individuos que contestaron solo yo, solo él o ambos a la pregunta. De total de HSH entrevistados, 5,729 respondieron haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses.

**Mujeres Trans:** Encuesta transversal a 346 mujeres trans (MT) -hombres biológicos con identidad de género femenina- entrevistadas en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2013. La encuesta se realizó en 14 ciudades. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Se hizo una selección aleatoria de los sitios en cada ciudad y se estableció la meta de entrevista en función de la población estimada que acude al sitio de acuerdo con el mapeo. Para este indicador, el denominador correspondió a MT no trabajadoras sexuales que contestaron la pregunta de uso de condón (denominador). El numerador correspondió a individuos que contestaron solo yo, solo él o ambos a la pregunta ¿La última vez que tuviste sexo con penetración anal con un hombre, usaron condón tú o él? De 185 MT entrevistadas, 5 no contestaron a la pregunta de uso de condón, con un total de 180 que dieron respuesta a esta pregunta.

**Fuente del indicador reportado por México:**

1. Bautista-Arredondo S., Colchero M A., Cortés M A., Sosa-Rubí S. G., Romero M Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/SIDA. Reporte a FUNSAUD, Marzo 2014.
2. Juan Pablo Gutiérrez Reyes, Aurora Franco Nuñez, Diana Nícte-Há Sansores Martínez, Andrey Ryo Shiba Matsumoto. Informe técnico analítico sobre prevalencia de VIH; así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres homosexuales y hombres bisexuales. INSP. México, 2012.

**Observaciones**

El Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria está financiando un proyecto de prevención en HSH y UDI en 44 ciudades más afectadas por el VIH en 31 de las 32 entidades federativas del país. Entre las actividades programadas estuvieron encuestas de comportamiento en estas poblaciones, una basal realizada en el 2011 y otra al cierre del proyecto en el 2013, de esta segunda se exponen los resultados.

El cuadro de datos se refieren a prevalencias crudas de uso de condón de HSH. También, se realizó el cálculo de porcentajes ajustados: 72.9% [71.28% - 74.60%] para el total de HSH por edades del 72.12% [69.80% - 74.44%] y 73.58% [71.53% - 75.64%] para los <25 y de 25+, respectivamente.

Sobre las mujeres transgénero entrevistadas se obtuvieron datos de relaciones sexuales en los últimos 12 meses. Se encontró un mayor reporte de uso del condón que en HSH. El 81.67% [75.95% - 87.37%] del total de las MT reportan uso de preservativo en su última relación sexual. Por edades del 80.0% [70.39% - 89.60%] y 82.72% [75.55% - 89.90%] para los <25 y de 25+, respectivamente.

Finalmente, tanto en términos de porcentajes crudos como ajustados las comparaciones entre los datos reportados en el informe (GARPR) del 2012 y el de este año dan datos inferiores al 1% es decir no hay una diferencia sustancial, lo cual puede ser debido a que el lapso de 2 años es muy corto para lograr un cambio de comportamiento significativo. Otra encuesta realizada en 3 estados del país se encontró que en HSH un menor reporte de uso del condón en último coito anal con pareja masculina 54.65% en general y por edades del 51.95% para <25 y de 57.36% para 25+. En el mismo estudio, del total de MT, el 70.2% reportó uso del condón; 73.17% en <25 y 68.1% en 25+.

**INDICADOR 1.13**  
**Porcentaje de HSH que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados**

<b>1.13 Pruebas de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)</b>		<b>Total</b>	<b>&lt;25</b>	<b>25+</b>
<b>Numerador:</b>	Número de hombres que tienen sexo con hombres que se sometió a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.	3,141	1,317	1,824
<b>Denominador:</b>	Número de hombres que tienen sexo con hombres incluidos en la muestra.	6,617	2,973	3,644
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce sus resultados.	47.5%	44.3%	50.1%

<b>Tamaño de la muestra - Número de entrevistados:</b>	6,617
<b>Tamaño de la muestra - Número de entrevistados:</b>	185

**Notas:** Se cuentan datos de encuesta de mujeres transexuales (MT) en observaciones.

**Qué mide** Los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH entre los HSH

**Numerador:** Número de hombres que tienen sexo con hombres que se sometió a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.

**Denominador:** Número de hombres que tienen sexo con hombres incluidos en la muestra.

**Cálculo** Numerador / Denominador \* 100

**Método de** Encuestas de vigilancia del comportamiento y otras encuestas especiales. Se les hacen las siguientes preguntas a los encuestados:

**Mé debate** 1. ¿Se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es afirmativa:  
2. No quiero saber los resultados de la prueba, pero ¿los conoce usted?

**Método de** Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombres (HSH): Encuesta transversal a 6,937 HSH entrevistados en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2013. La encuesta se realizó en 24 ciudades representativas de las 5 regiones del país. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Se hizo una selección aleatoria de los sitios en cada ciudad y se estableció la meta de entrevista en función de la población estimada que acude al sitio de acuerdo con el mapeo. Para este indicador, se definió como HSH quien declaró haber tenido sexo con hombres en los últimos 12 meses, no ser trabajador sexual y que contestó las preguntas de prueba y consejería (denominador). El numerador correspondió a individuos que contestaron si a la pregunta ¿en los últimos doce meses, te has hecho alguna prueba de VIH? y que contestaron si o no a la pregunta ¿te dieron consejería al entregarte los resultados? De los 6,637 HSH entrevistados 6,617 respondieron a la pregunta haber realizado o no una prueba de VIH y conocer el resultado durante los últimos 12 meses.

**Método de** **cálculo utilizada** por México:

### INDICADOR 1.13 (continuación)

## Porcentaje de HSH que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

Mujeres Trans (MT): Encuesta transversal a 346 MT -hombres biológicos con identidad de género femenina- entrevistadas en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2013. La encuesta se realizó en 14 ciudades. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Para este indicador, se definió MT a quien declaró no ser trabajadora sexual (denominador). El numerador correspondió a individuos que contestaron si a la pregunta ¿en los últimos doce meses, te has hecho alguna prueba de VIH? y que contestaron si o no a la pregunta ¿te dieron consejería al entregarte los resultados? De las 185 MT entrevistadas, todas respondieron a la pregunta.

**Fuente del indicador reportado por México:**

1. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Cortés M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M. Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/SIDA. Reporte a FUNSAUD, Marzo 2014.

El Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria está financiando un proyecto de prevención en HSH y UDI en 44 ciudades más afectadas por el VIH en 31 de las 32 entidades federativas del país. Entre las actividades programadas estuvieron encuestas de comportamiento en estas poblaciones, una basal realizada en el 2011 y otra al cierre del proyecto en el 2013, de esta segunda se exponen los resultados.

El cuadro de datos se refieren a prevalencias crudas de quien se realizó una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados. También, se realizó el cálculo de porcentajes ajustados de HSH 47.61% [45.43% - 49.80%] para el total de HSH; por edades del 44.25% [41.70% - 46.79%] y 50.31% [47.16% - 53.45%] para los <25 y de 25+, respectivamente.

Sobre mujeres transgénero entrevistadas se obtuvieron datos de realización de una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocimiento de resultados. Se encontró un mayor reporte de realización de una prueba del VIH que en HSH. El 60.54% [53.43% - 67.64%] del total de las MT. Por edades del 56.94% [45.22% - 68.66%]

**Observaciones**

Finalmente, tanto en términos de porcentajes crudos como ajustados las comparaciones entre los datos reportados en el informe (GARPR) del 2012 y el de este año dan datos inferiores al 1% es decir no hay una diferencia sustancial, lo cual puede ser debido a que el lapso de 2 años es muy corto para lograr un cambio de comportamiento significativo. Otra encuesta realizada en 3 estados del país se encontró que en HSH un mayor reporte de realización de pruebas 90.36% en general y por edades del 88.34% para <25 y de 92% para 25+. En el mismo estudio, del total de MT, el 33.47% reportó de realización de pruebas de VIH y conocimiento de resultados; 32% en <25 y 34.5% en 25+.

**INDICADOR 1.14**  
**Prevalencia del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres**

<b>1.14 Hombres que tienen Sexo con Hombres: Reducción de la prevalencia</b>		<b>Hombres HSH</b>	<b>Hombres &lt;25</b>	<b>Hombres 25+</b>
<b>Numerador:</b>	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres con resultado positivo en la prueba del VIH	1,132	351	781
<b>Denominador:</b>	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se realizó la prueba del VIH	6,535	2,945	3,590
<b>Porcentaje</b>	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH (crudo)	17.3%	11.9%	21.8%
<b>Tamaño de la muestra - Número de entrevistados en la encuesta</b>		6,535		

**Notas:**

**Qué mide** Los progresos logrados en la reducción de la prevalencia del VIH entre los Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

**Numerador:** Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres con resultado positivo en la prueba del VIH

**Denominador:** Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se realizó la prueba del VIH y tuvieron resultado positivo.

**Cálculo** Numerador / Denominador \*100

**Método de Medición propuesto por ONUSIDA:** Grupo de Trabajo ONUSIDA/OMS para la Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y de las STD: Guías de vigilancia among populations most at risk for HIV. (OMS/ONUSIDA, 2011).

Este indicador se calcula usando los datos de las pruebas de VIH realizadas a los entrevistados en el o los principales centros de vigilancia centinela. Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.

**Fuente del indicador reportado por México:** 1. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Cortés M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M. Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/SIDA. Reporte a FUNSALUD, Marzo 2014.

2. Juan Pablo Gutiérrez Reyes, Aurora Franco Nuñez, Diana Nícte-Há Sansores Martínez, Andrey Ryo Shiba Matsumoto. Informe técnico analítico sobre prevalencia de VIH así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres homosexuales y hombres bisexuales. INSP. México, 2012.

## INDICADOR 1.14 (continuación)

### Prevalencia del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

**Metodología de  
cálculo  
utilizada por  
México:**

Hombres tienen sexo con hombres (HSH): Encuesta transversal a 6,937 hombres que tienen sexo con hombres (HSH) entrevistados en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2013. La encuesta se realizó en 24 ciudades representativas de las 5 regiones del país. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Se hizo una selección aleatoria de los sitios en cada ciudad y se estableció la meta de entrevista en función de la población estimada que acude el sitio de acuerdo con el mapeo. En esta encuesta de seguimiento se recolectó sangre en papel filtro y las muestras fueron analizadas en el laboratorio del Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas del INSP. Para este indicador, el denominador fueron HSH que hubieran aceptado dar una muestra de sangre. El numerador correspondió a individuos que tuvieron resultado positivo a la prueba de VIH. Se ajustó por valor de predicción positivo dado que la prueba tiene una sensibilidad del 100% y especificidad del 98.7%. De los 6,937 HSH entrevistados 6,834 se realizaron la prueba de VIH en el momento de la encuesta.

La encuesta de la que se toman los datos de HSH para el informe forma parte del proyecto financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria - Ronda 9, Acuerdo de Subvención MEX-910-G01-H "Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidos a HSH, HSH/TS y personas usuarias de drogas inyectables", que incluyó diferentes actividades de prevención en estas poblaciones y encuestas de comportamiento en estas poblaciones, una basal y otra al cierre del proyecto en el 2013.

**Observaciones:**

De la muestra de HSH se exponen datos solicitados para el GARPR 2014. Adicionalmente se tuvo una desagregación según población clave, trans, homosexual, que en este caso son hombres personas que tienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo y bisexuales, hombres que tienen relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres. En el cuadro de concentración de datos se registran las edades de los HSH sin las distinciones referidas. Para los transgénero el 20.22% vive con VIH, para los de <25 la prevalencia es del 8.57% para los de 25+ de 27.78%. Entre los homosexuales muestreados, el 18.46% vive con VIH, los de <25 la prevalencia es del 12.58% para los de 25+ de 23.18%. La prevalencia en HSH bisexuales es la más baja: en general alcanzó el 8.58% de 7.60% en <25 años y de 10.33% para +25.

En el cuadro de datos se refieren porcentajes crudos de HSH que se realizaron la prueba del VIH. También se realizó el cálculo de porcentajes ajustados: 15.92% [14.66% - 17.18%] para el total de HSH, por edades del 10.53% [8.99% - 12.07%] y 20.27% [18.45% - 22.09%] para los <25 y de 25+, respectivamente. Otra encuesta realizada en tres estados del país refiere una prevalencia para HSH general del 12.16% (142/1,110), por edades del 7.96% (61/590) para <25 y del 16.47% (81/520) para los HSH de 25+. En esta segunda encuesta también se consideran a los transgénero por separado con una prevalencia global del 18.80% según edades de 6.98% para los <25 y del 26.52% para los de 25 y más años.

**INDICADOR 1.17.1**

**Porcentaje de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis**

Porcentaje de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis		2013
		TOTAL
<b>Numerador:</b>	Número de mujeres embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección de sífilis en la primera consulta de atención prenatal.	<b>1, 309, 615</b>
<b>Denominador:</b>	Número de mujeres que acuden a la primera consulta de atención prenatal.	<b>2, 279, 365</b>
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis.	<b>57. 5%</b>

**Qué mide**

La cobertura de las pruebas de detección de la sífilis en las mujeres que obtienen acceso primero a los servicios de atención prenatal

**Numerador:**

Número de mujeres embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección de sífilis en la primera consulta de atención prenatal.

**Denominador:**

Número de mujeres que acuden a la primera consulta de atención prenatal.

**Cálculo**

$\text{Numerador} / \text{Denominador} * 100$

**Método de Medición propuesto por ONUSIDA:**

La prueba de la sífilis (tamizaje) debe hacerse a todas las embarazadas en su primera consulta de atención prenatal. Los países que no puedan distinguir entre la primera consulta y las subsiguientes pueden notificar los datos de este indicador siempre que proporcionen observaciones claras sobre esta diferencia al notificar los datos. Debe medirse anualmente.

Tanto las pruebas no treponémicas que miden los anticuerpos reagínicos (por ejemplo, VDRL o RPR) como las pruebas que miden los anticuerpos treponémicos (por ejemplo, TPHA, M-ATP o pruebas treponémicas rápidas) pueden utilizarse para el tamizaje. Para este indicador es suficiente que la prueba se realice, sin que importe el tipo de prueba. Sírvase indicar en la sección de observaciones cuál es prueba más utilizada en su país.

Herramientas de medición: Lo ideal es que se utilicen los registros de los programas nacionales consolidados por datos de los establecimientos de salud; sin embargo, si estos datos no están disponibles, pueden notificarse datos procedentes de la vigilancia centinela o estudios especiales si se considera que son representativos de la situación nacional. Sírvase especificar la fuente y el grado de cobertura de los datos en la sección de observaciones

**Frecuencia Medición:**

No específica.

**Desglose**

Pruebas realizadas en la primera visita o en cualquier visita de atención prenatal.

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013. Se incluye información de: SS, IMSS, PEMEX, SEDENA y SEMAR.

En el numerador se incluyen las detecciones de sífilis realizadas en mujeres embarazadas en cualquier momento de la atención prenatal. En el denominador se incluye la estimación de embarazadas nacional.

**Fuente del indicador reportado por México:**

SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación. Datos 2013. SS/DGSI/Sistema Informativo de Nacimientos (SINAC). Datos proporcionados por el SS/CNEGSR.



**INDICADOR 1.17.2**

**Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis**

Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis		2013		
		Total	< 25	25 +
<b>Numerador:</b>	Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal con un resultado positivo en la prueba de detección de la sífilis.	1,886	ND	ND
<b>Denominador:</b>	Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal que se realizaron la prueba de detección de la sífilis.	856,181	ND	ND
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis.	0.22%	ND	ND

**Notas:**

- Qué mide:** El porcentaje de embarazadas atendidas en los servicios de atención prenatal que tienen una serología positiva para la sífilis.
- Numerador:** Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal con un resultado positivo en la prueba de detección de la sífilis.
- Denominador:** Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal que se realizaron la prueba de detección de la sífilis.
- Cálculo:** Numerador / Denominador \* 100
- Método de Medición propuesto por CONSIDA:** ¿Cómo se mide?: El estado serológico respecto a la sífilis puede medirse con pruebas no treponémicas (por ejemplo, VDRL o RPR) o pruebas treponémicas (por ejemplo, TPHA, TPPA, EIA o una variedad de pruebas rápidas disponibles), o bien, con una combinación de ambas, que sería lo ideal. Una prueba no treponémica reactiva, especialmente si el título es elevado indica una infección activa, mientras que el resultado positivo en una prueba treponémica indica cualquier infección anterior incluso si el tratamiento fue exitoso. Para los fines de este indicador (concebido para medir la seropositividad), es aceptable notificar seropositividad sobre la base del resultado de una sola prueba. Si se dispone de los resultados de ambos tipos de pruebas, la seropositividad para la sífilis se establece si el resultado de ambas pruebas es positivo. El uso de pruebas treponémicas rápidas ha permitido realizar pruebas de sífilis en entornos que carecen de laboratorio, lo que ha aumentado enormemente el número de mujeres. Herramientas de medición: Los registros de los programas nacionales consolidados a partir de los datos de los establecimientos de salud, vigilancia centinela o encuestas especiales, pueden utilizarse pruebas serológicas para detectar anticuerpos reactivos y treponémicos. Sírvase especificar en la sección de observaciones la fuente y la cobertura de los datos (por ejemplo, vigilancia centinela de todas las mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal en 2 de 10 provincias), así como el tipo de prueba que generalmente se utiliza en su país (por ejemplo, pruebas no treponémicas como VDRL o RPR, pruebas treponémicas como las pruebas rápidas o TPPA, pacientes positivas para ambas, o indicar que se desconoce la prueba que se utilizó).
- Frecuencia de Medición:** No específica.
- Desglose:** Grupos de edad: Total, 15-24 años y mayores de 25 años.
- Metodología de cálculo utilizada por México:** La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONSIDA), para el año 2013. Sólo se incluye información de: SS, PEMEX, SEDENA y SEMAR que representan alrededor del 53% del total de mujeres embarazadas en el país. En el numerador se incluye el número de detecciones de sífilis positivas realizadas en mujeres que acudieron a atención prenatal. En el denominador, el total de detecciones de sífilis realizadas en SS/CONSIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación. Datos 2013.
- Fuente del indicador:** SS/CONSIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación. Datos 2013.
- Observaciones:** Las pruebas de sífilis que se realizan en México son: laboratorio (RPR y VDRL) y pruebas rápidas.

**INDICADOR 1.17.4**

**Porcentaje de trabajadoras y trabajadores del sexo con sífilis activa**

Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa		2013		
		Total	Hombres	Mujeres
<b>Numerador:</b>	Número de profesionales del sexo con un resultado positivo para la sífilis activa.	113	58	55
<b>Denominador:</b>	Número de profesionales del sexo a los que se realizó la prueba de detección para la sífilis activa.	5,168	540	4,628
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa	2.19%	10.7%	1.2%

**Notas:**

**Qué mide** Los avances en la disminución de las conductas sexuales de alto riesgo y los esfuerzos de intervención para controlar la sífilis.

**Numerador:** Número de profesionales del sexo con un resultado positivo para la sífilis activa.

**Denominador:** Número de profesionales del sexo a los que se realizó la prueba de detección para la sífilis activa.

**Cálculo** Numerador / Denominador \*100

**Método de Medición propuesto por ONUSIDA:**

¿Cómo medir?: El método tradicional para determinar la seroprevalencia ha sido realizar un tamizaje con pruebas no treponémicas que miden el anticuerpo reagínico (VDRL o RPR) y confirmar los resultados positivos con una prueba treponémica que mide el anticuerpo treponémico (TPHA, M-HATP o una prueba treponémica rápida). Las pruebas treponémicas rápidas recientes son más fáciles de usar, lo que promueve su uso para la detección sistemática, que idealmente iría acompañada de una prueba no treponémica que detecta los anticuerpos reagínicos. Sea cual sea el método utilizado, este indicador requiere una prueba no treponémica positiva y una prueba treponémica positiva para indicar infección activa. Si se realiza una prueba RPR, el título debe ser >1:8 para que pueda considerarse sífilis activa.

Si bien el uso de una sola prueba, ya sea no treponémica o treponémica, es útil en algunas situaciones para fines terapéuticos, no es suficientemente específico para la vigilancia de los profesionales del sexo. La exigencia de ambas pruebas en los profesionales del sexo difiere del indicador de las pruebas de sífilis en las mujeres que reciben atención prenatal porque es más probable que los primeros tengan antecedentes de infección previa. Una prueba treponémica positiva mide la exposición a lo largo de toda la vida, mientras que la prueba no treponémica es un mejor indicador de la infección activa.

Herramientas de medición: Pueden utilizarse los datos de los sistemas ordinarios de información de salud, vigilancia centinela o encuestas especiales, Vigilancia centinela y encuestas especiales (por ejemplo, IBBS, encuestas biológicas y de comportamiento integradas), mediante pruebas basadas en la detección de anticuerpos reagínicos y treponémicos.

**Frecuencia de** No específica.

**Desglose** Total, masculino y femenino.

**Métodología de cálculo utilizada por México:**

Se incluye información de la Secretaría de Salud, correspondiente a los servicios especializados que atienden a personas con VIH/sida e ITS.

En el numerador se incluye el número de detecciones de sífilis positivas realizadas en hombres y mujeres trabajadores sexuales.

En el denominador se incluye el total de detecciones de sífilis realizadas en hombres y mujeres trabajadores sexuales.

**Fuente del indicador reportado por**

SS/DGSI. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares, al 24 de febrero del 2014.

**Observaciones:**

En México, la Secretaría de Salud atiende alrededor del 55% de la población mexicana. Las pruebas de sífilis que se realizan en México son: laboratorio (RPR y VDRL) y pruebas rápidas.

En el informe (GARPR) del 2012 las cifras de este indicador en mujeres fueron superiores al actual reporte (3.0%) y las de hombres fueron inferiores (6.5%).

**INDICADOR 1.17.5**

**Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres y que presentan sífilis activa**

Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que presentan sífilis activa		2013		
		Total	15-24 años	25 años
<b>Numerador:</b>	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que presentan resultados positivos en las pruebas de detección de la sífilis.	529	ND	ND
<b>Denominador:</b>	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres a los que se les realizó la prueba de detección de la sífilis.	5,761	ND	ND
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que presentan sífilis activa.	9.2%	ND	ND

**Notas:**

**Qué mide**

Los progresos realizados en cuanto a la disminución de las conductas sexuales de alto riesgo y los esfuerzos de intervención para controlar la sífilis.

**Numerador:**

Número de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que presentan resultados positivos en las pruebas de detección de la sífilis.

**Denominador:**

Número de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres a los que se les realizó la prueba de detección de la sífilis.

**Cálculo**

Numerador / Denominador \* 100

**Método de Medición propuesto por ONUSIDA:**

Herramientas de medición: Pueden utilizarse los datos de los sistemas ordinarios de información de salud, vigilancia centinela o encuestas especiales.

¿Cómo medir?: El método tradicional para determinar la seroprevalencia ha sido realizar un tamizaje con pruebas no treponémicas que miden el anticuerpo reagínico (VDRL o RPR) y confirmar los resultados positivos con una prueba treponémica que mide el anticuerpo treponémico (TPHA, M-HATP o una prueba treponémica rápida). Las pruebas treponémicas rápidas recientes son más fáciles de usar, lo que promueve su uso para la detección sistemática, que idealmente iría acompañada de una prueba no treponémica que detecta los anticuerpos reagínicos. Sea cual sea el método utilizado, este indicador requiere una prueba no treponémica positiva y una prueba treponémica positiva para indicar infección activa. Si se realiza una prueba RPR, el título debe ser >1:8 para que pueda considerarse sífilis activa.

Si bien el uso de una sola prueba, ya sea no treponémica o treponémica, es útil en algunas situaciones para fines terapéuticos, no es suficientemente específico para la vigilancia de los profesionales del sexo. La exigencia de ambas pruebas en los profesionales del sexo difiere del indicador de las pruebas de sífilis en las mujeres que reciben atención prenatal porque es más probable que los primeros tengan antecedentes de infección previa. Una prueba treponémica positiva mide la exposición a lo largo de toda la vida, mientras que la prueba no treponémica es un mejor indicador de la infección activa.

Herramientas de medición: Vigilancia centinela y encuestas especiales (por ejemplo, IBBS, encuestas biológicas y de comportamiento integradas), mediante pruebas basadas en la detección de anticuerpos reagínicos y treponémicos.

**Frecuencia de Medición:**

No específica

**Desglose**

Ninguno

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

Se incluye información de Secretaría de Salud, correspondiente a los servicios especializados que atienden a personas con VIH/SIDA e ITS.

En el numerador se incluye el número de detecciones de sífilis en hombres que tienen sexo con hombres que dieron positivo.

En el denominador, el total de detecciones de sífilis realizadas en hombres que tienen sexo con hombres.

**Fuente del indicador reportado por**

SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares, al 24 de febrero del 2014.

**Observaciones:**

En México, la Secretaría de Salud atiende alrededor del 55% de la población mexicana. Las pruebas de sífilis que se realizan en México son: laboratorio (RPR y VDRL) y pruebas rápidas.

Respecto del informe (GARPR) del 2012 (10.0%), las cifras se mantienen estables.

**INDICADOR 1.17.6**

**Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los últimos 12 meses**

Numerador:	Número de adultos reportados de sífilis durante el periodo de notificación.	2013				
		Total	Total de mujeres	Total de hombres	Mujeres con sífilis primaria o secundaria	Hombres con sífilis primaria o secundaria
		3,502	1,436	2,066	ND	ND
Denominador:	Número de personas mayores de 15 años de edad.	ND	ND	ND		
Tasa por cada 100 mil personas de 15 años o más	Tasa de adultos reportados de sífilis (primaria/secundaria y latente) por cada 100 mil personas de 15 años o más en los últimos 12 meses.	ND	ND	ND		

**Notas:**

**Qué mide** El progreso en la reducción de relaciones sexuales sin protección en la población general.

**Numerador:** Número de adultos reportados de sífilis durante el periodo de notificación.

**Denominador:** Número de personas mayores de 15 años de la División de Población de las Naciones Unidas-UNPD.

**Cálculo:** Numerador / Denominador \* 100 mil.

**Método de Medición propuesto por CENSIDA:**

La definición de caso, la capacidad de diagnóstico puede variar dentro de cada país, así como la subnotificación de este indicador es posible; en la ausencia de cambios importantes en la definición de caso y en las prácticas de detección en general, estos datos se pueden utilizar para el seguimiento de las tendencias en el transcurso del tiempo de cada país. Es importante que al notificar información sobre sífilis, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional. La fuente de información sugerida son los sistemas ordinarios de información sanitaria.

**Frecuencia de Medición:** Anual

**Desglose:** Por sexo, 15 años o más.

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

El sistema de información epidemiológica del país no desagrega por etapas de la infección, sólo se reporta de manera agregada como sífilis adquirida. Para el 2013 (cifras preliminares), sólo se tiene la información disponible por entidad federativa y sexo, no por grupos de edad. Por esta razón, se aplicó la distribución porcentual de los casos nuevos de hombres y mujeres mayores de 15 años, correspondiente a los datos definitivos 2012, a las cifras preliminares 2013. En este sentido, es importante mencionar que las cifras preliminares del sistema generalmente son superiores a las definitivas de cada año; lo anterior en virtud de que, no todos los casos preliminares se confirman. Al cierre 2012, se reportaron 3,269 casos de sífilis adquirida (hombres: 1,929 y mujeres: 1,340). Sin embargo, por otra parte, se reconoce que existe subregistro de casos de ITS. El CENSIDA estima en 99% esta cifra para el caso de la sífilis adquirida, con base en lo reportado en encuestas nacionales y en donadores.

En el numerador se incluye el resultado de la estimación mencionada anteriormente: casos nuevos de sífilis adquirida en adultos por sexo. En el denominador, se incluye las proyecciones de población de mayores de 15 años de edad por sexo, de la UNPD (por sus siglas en inglés).

**Fuente del indicador reportado por México:**

SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana- 52/ Datos preliminares, 2013.  
SS/DGE. SI NAVE/Sistema de Notificación Semanal/Datos definitivos 2012.  
ONU. División de Población de las Naciones Unidas (UNPD, por sus siglas en inglés).

**INDICADOR 1.17.7**  
**Número notificado de casos de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses**

Numerador	Número de casos con sífilis congénita notificados (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses	2013	
		Sífilis congénita Mortinatos	ND
		Sífilis congénita Nacidos vivos	85
		Total	85
Denominador	Número de nacidos vivos	ND	
Tasa (por mil nacidos vivos)	Tasa de casos notificados de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) por cada mil	ND	

**Notas:**

**Qué mide** El progreso en la eliminación de la transmisión de madre a hijo de la sífilis.

**Numerador:** Número de casos con sífilis congénita notificados (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses

**Denominador:** Número de nacidos vivos de la División de Población de las Naciones Unidas (UNPD, por sus siglas en inglés).

**Cálculo:** Numerador / Denominador \* 1000

**Método de Medición propuesto por ONUSIDA:** El diagnóstico de la sífilis congénita es más confiable cuando se utilizan pruebas de diagnóstico específicas que rara vez están disponibles en los países en desarrollo. Es importante que al notificar información sobre sífilis, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional. Dadas las dificultades para diagnosticar la sífilis congénita, y dependiendo de la definición de caso utilizada, tanto la subnotificación como la notificación excesiva puede suponer un problema. Al examinar las tasas de la sífilis congénita hay que tener siempre en cuenta la magnitud probable de esos errores en la notificación. Sin embargo, si se utiliza una definición de caso uniforme, las tendencias a lo largo del tiempo pueden ser útiles.

**Frecuencia de Medición:** Anual

**Desglose:** Ninguno

**Metodología de cálculo utilizada por México:** En el 2013 (cifras preliminares), el país no reportó casos de mortinatos por sífilis congénita, sólo reporta los casos nuevos de sífilis congénita por sexo y entidad federativa. Es importante mencionar que las cifras preliminares generalmente son superiores a las definitivas de cada año, al cierre 2012, se reportaron 77 casos de sífilis congénita. En este sentido, se espera que las cifras definitivas 2013, sean similares a las del 2012.

**Fuente del indicador reportado por México:** SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana- 52/ Datos preliminares, 2013.  
ONU. División de Población de las Naciones Unidas (UNPD, por sus siglas en inglés).

**INDICADOR 1. 17. 8**

**Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses**

<b>Numerador</b>	Número casos notificados de hombres con gonorrea (Infección gonocócica genitourinaria) durante el periodo de notificación	<b>2013</b>
		<b>Hombres</b>
		544
<b>Denominador</b>	Número de hombres mayores de 15 años de edad	ND
<b>Tasa por cada 100 mil</b>	Tasa de casos notificados de hombres con gonorrea, por cada 100 mil hombres mayores de 15 años, en los últimos 12 meses	ND

**Notas:**

**Qué mide** Los avances en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en los hombres.

**Numerador:** Número casos notificados de hombres con gonorrea (infección gonocócica genitourinaria) durante el periodo de notificación

**Denominador:** Número de hombres mayores de 15 años de la División de Población de las Naciones Unidas (UNPD, por sus siglas en inglés).

**Cálculo** Numerador / Denominador \* 100 mil.

**Frecuencia de Medición:** Anual

**Desglose** Ninguno

**Método de Medición propuesto por ONUSIDA:** La capacidad de diagnóstico puede variar en cada país; aunque la subnotificación de este indicador es posible, si no hay cambios en la definición de caso ni cambios importantes de las prácticas de tamizaje en general, estos datos pueden usarse para el seguimiento de las tendencias con el transcurso del tiempo dentro de un país. Es importante que al notificar información de gonorrea, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional. Los datos sobre la gonorrea en mujeres, a pesar de ser útiles para fines de vigilancia en los niveles local y nacional, no se solicitan a nivel mundial debido a que la mayoría de las mujeres infectadas con *Neisseria gonorrhoeae* son asintomáticas y las pruebas diagnósticas sensibles para la gonorrea en mujeres no se encuentran fácilmente en los países en desarrollo. Por lo tanto, los datos sobre la gonorrea en las mujeres depende demasiado de los recursos de diagnóstico y prácticas de tamizaje para que puedan vigilarse en forma adecuada en escala mundial.

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Para el 2013 (cifras preliminares), sólo se tiene la información disponible por entidad federativa y sexo, no se desglosa por grupos de edad. Por esta razón, se aplicó la distribución porcentual de los casos nuevos de gonorrea de los hombres mayores de 15 años, correspondiente a los datos definitivos 2012, a los casos nuevos de gonorrea en hombres según los datos preliminares del 2013.

En el numerador se incluye el resultado de la aplicación mencionada anteriormente, el total de los casos nuevos de gonorrea en hombres durante el 2013. En el denominador se incluye las proyecciones de población masculina mayores de 15 años de edad, de la UNPD (por sus siglas en inglés).

**Fuente del indicador reportado por México:** SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana- 52/ Datos preliminares, 2013.  
SS/DGE. SI NAVE/Sistema de Notificación Semanal /Datos definitivos 2012.  
ONU. División de Población de las Naciones Unidas (UNPD, por sus siglas en inglés).

**INDICADOR 1.17.10**

**Número notificado de adultos con úlcera genital en los últimos 12 meses**

Numerador	Número de adultos notificados con enfermedad de úlcera genital durante el periodo de notificación	2013		
		Total	Hombres	Mujeres
		6,887	3,638	3,249
Denominador	Número de personas mayores de 15 años de edad	ND	ND	ND
Tasa por cada 100 mil	Tasas de adultos notificados con úlcera genital, por cada 100 mil de personas mayores de 15 años, en los últimos 12 meses	ND	ND	ND

<b>Notas:</b>	
<b>Qué mide</b>	Los avances en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en la población general.
<b>Numerador:</b>	Número de adultos notificados con úlcera genital durante el periodo de notificación
<b>Denominador:</b>	Número de personas mayores de 15 años de la División de Población de las Naciones Unidas (UNPD, por sus siglas en inglés).
<b>Cálculo</b>	Numerador / Denominador * 100 mil.
<b>Frecuencia de Medición:</b>	Anual
<b>Desglose</b>	Por sexo, mayores de 15 años de edad
<b>Método de Medición propuesto por ONUSIDA:</b>	La enfermedad de la úlcera genital es un síndrome de una ITS causada generalmente por la sífilis, el virus del herpes simple y el chancro blando. La OMS ha proporcionado una definición de caso mundial, la definición de caso real y la capacidad de diagnóstico clínico puede variar dentro de cada país. Es importante que al notificar la información sobre la úlcera genital, los países indiquen hasta que punto se considera que los datos son representativos de la población nacional. Los países deben efectuar evaluaciones periódicas de la etiología de la enfermedad de úlcera genital con el fin de garantizar la selección apropiada de medicamentos para el tratamiento y comprender en qué medida es recurrente en las infecciones de sífilis, herpes simple y el chancro blando.
<b>Metodología de cálculo utilizada por México:</b>	Se reportan los casos nuevos de sífilis adquirida, herpes genital y chancro blando en el 2013 (cifras preliminares), sin embargo, como son de carácter preliminar no se cuenta con el desglose por grupos de edad. Por esta razón, se aplicó la distribución porcentual de los casos nuevos de estas infecciones en mayores de 15 años, de los datos definitivos 2013, a los casos nuevos de sífilis adquirida, herpes genital y chancro blando en hombres y mujeres, cifras preliminares 2013. En este sentido, es importante mencionar que las cifras preliminares generalmente son superiores a las definitivas de cada año, al cierre 2012, se reportaron 6,725 casos de sífilis adquirida, herpes genital y chancro blando (total: hombres: 3,527 y mujeres: 3,198). Sin embargo, por otra parte, se reconoce que existe subregistro de casos de ITS.
<b>Fuente del indicador reportado por México:</b>	SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana- 52/ Datos preliminares, 2013. SS/DGE. SI NAVE/Sistema de Notificación Semanal/Datos definitivos 2012. ONU. División de Población de las Naciones Unidas (UNPD, por sus siglas en inglés).



**INDICADOR No. 2.1**

**Usuarios de drogas inyectables: programas de prevención**

2.1 Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año		2013
<b>Numerador:</b>	Número de jeringas distribuidas en los últimos doce meses por los programas de agujas y jeringas	3, 235, 372
<b>Denominador:</b>	Número de usuarios de drogas inyectables en el país.	164, 157
<b>Número:</b>	Número de jeringuillas distribuidas por persona que usa drogas inyectables (Pudi) por año en los programas de agujas y jeringas	19.7

**Qué mide** Los avances hacia la mejora de la cobertura de un servicio indispensable de prevención del VIH para personas que usan de drogas inyectables (Pudi).

**Numerador:** Número de jeringas distribuidas en los últimos doce meses por los programas de agujas y jeringas

**Denominador:** Número de usuarios de drogas inyectables en el país.

**Cálculo:** Numerador / Denominador

**Método de Medición propuesta por CENSIDA:** Datos del programa empleado para contar el número de jeringas distribuidas (numerador). Estimación del número de Pudi en el país (denominador).

**Frecuencia de** Biental  
Para calcular el número de jeringas distribuidas por Pudi, se solicitó el reporte del número de jeringas distribuidas gratuitamente a esta población a los Programas Estatales para la Prevención y del Control del VIH/sida, Organismos de la Sociedad Civil que distribuyen jeringas para Pudi, a la Comisión Nacional Contra las Adicciones (Conadic) y a la Unidad de Gestión del proyecto financiado por el Fondo Mundial, que proveyó 2,508,840 jeringas que fueron distribuidas por organizaciones de la sociedad civil en sitios de encuentro de personas que se inyectan drogas.

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Para el reporte del número de usuarios de drogas inyectables en el país, se volvió a utilizar la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA 2011), la cual señala que 164,157 personas de 12 a 65 años de edad declararon haberse inyectado algún tipo de droga ilegal. Las diferencias en número de jeringas entre el 2012 y 2013 años y anteriores dependen fundamentalmente de las aportaciones del Fondo Mundial que significaron el 77.6% de las jeringas que se distribuyeron en el 2013. Las aportadas por organismos civiles con recursos propios representaron una aportación de 17.3% de las jeringas. El aporte de los gobiernos federal y estatal alcanzó el 3.9%. Los organismos de la sociedad civil distribuyeron casi la totalidad de las jeringas aportadas por las todas organizaciones referidas: por un lado hicieron llegar a Pudi la totalidad de las aportadas por el Fondo Mundial, parte de las de los gobiernos estatales y federal, las reportadas por Conadic, así como las que adquirieron con recursos propios.

**Numerador:**

- SS/Censida. Jeringas distribuidas en el 2013. México, marzo 2014.
- SS/Conadic. Cuadros Conadic distribución de Jeringas 2013.pdf. México, marzo 2014.
- Funsalud/Unidad de Gestión del proyecto financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria - Ronda 9, Acuerdo de Subvención MEX-910-G01-H Jeringas distribuidas en el 2013. México, marzo 2014.
- Acción Colectiva por los derechos de las minorías sexuales, A.C., Integración Social Verter, A.C., Irapuato Vive, A.C., Centro de Servicios Scer, A.C., Programa Compañeros, A.C., Institución de Beneficencia Privada Fátima IBP, Msericorida y Vida para el Enfermo con Sida, A.C., Prevencasa, A.C.). Jeringas distribuidas en el 2013. México, marzo 2014.
- SS/Programas Estatales en VIH/SIDA e ITS (Baja California, Chihuahua, Coahuila, Tamaulipas, Sonora, Durango, Zacatecas, Nuevo León, Guanajuato, Sinaloa y D.F.-Clínica condesa). Jeringas distribuidas en el 2013. México, marzo 2014.

**Denominador:**

- SS/Conadic et. al. Usuarios de 12 a 65 años que se ha inyectado algún tipo de droga ilegal según sexo. En: Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Reporte de Drogas. Editor: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). Primera Edición. México, 2012.

En el 2011 se distribuyeron 534,573 (incluidas 92,070 jeringas del Fondo Mundial) y en el 2012 esa cifra llegó a 1,904,961 jeringas distribuidas (financiadas por Fondo Mundial: 1,199,520). En el 2013 se distribuyeron 3,235,372 (2,508,840 financiadas por Fondo Mundial), en este periodo, de 2011 a 2013, el número de jeringas distribuidas a Pudi aumentó 3.7 veces.

**Observaciones:**



**INDICADOR 2.2**  
**Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual**

<b>2.2 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual</b>		<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>&lt;25</b>	<b>25+</b>
<b>Numerador:</b>	Número de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	188	161	27	47	141
<b>Denominador:</b>	Número de usuarios de drogas inyectables que declara haberse inyectado droga y haber mantenido relaciones sexuales durante el último mes.	677	572	105	163	514
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	27.8%	28.1%	25.7%	28.8%	27.4%
<b>Tamaño de la muestra - Número de encuestados/as</b>		677				

**Qué mide:** Los progresos logrados en la prevención de la transmisión sexual del VIH entre los usuarios de drogas inyectables

Se pide a los usuarios de drogas inyectables que respondan a las siguientes preguntas:

1. ¿Se ha inyectado drogas alguna vez durante el último mes?
2. Si la respuesta es afirmativa: ¿Ha mantenido relaciones sexuales el último mes?
3. Si la respuesta a las preguntas 1 y 2 es "sí": ¿Utilizó usted un preservativo en su última relación sexual?

**Método de Medición propuesto por ONUSIDA:** Siempre que sea posible, se deben recopilar los datos de los usuarios de drogas inyectables a través de las organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población. El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionen debe ser confidencial.

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Como parte de la del proyecto de "Evaluación de Impacto de las Estrategias de Prevención del VIH/SIDA del Fondo Mundial Ronda 9 de Financiamiento, se realizaron las encuesta basal y de seguimiento sobre Usuarios de Drogas Inyectables. La encuesta basal se realizó en Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo en 2011 y la encuesta de seguimiento en Ciudad Juárez y Tijuana del 13 al 31 de enero del 2014. Para la obtención de la muestra se recurrió al método de muestreo por tiempo lugar (TLS). Esta metodología consiste en un muestreo aleatorio en dos etapas, cuyo marco muestral para la primera etapa se genera mediante un mapeo etnográfico de sitios y horas de reunión del grupo objetivo en las ciudades donde se llevará a cabo el mapeo. Con un tamaño total de muestra de 800 UDI, la encuesta incluye preguntas socio-demográficas, socio-económicas, sobre su uso de drogas y acceso a servicios de salud, y un examen de VIH. No se tiene información de los entrevistados acerca de si tuvieron relaciones sexuales en el último mes, la que se tiene es para relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

**Fuente del indicador:** Encuesta de seguimiento 2013 de Usuarios de Drogas Inyectables. Fondo Mundial Ronda 9.

**Observaciones:** Se observa una marcada diferencia entre los datos obtenidos en de la encuesta de 2011 y la del 2014. En la primera el porcentaje fue del 57.59% y en la segunda del 2012 fue del 27.8% Una posible explicación es mientras la manera de obtener el numerador (última relación sexual) fue la misma en ambas encuestas en la segunda la obtención del denominador fue a partir del los que tuvieron relaciones sexuales en el último año, que implica un número mayor que los que pudieron tener sexo en un mes como fue el caso de la encuesta del 2011.

**INDICADOR No. 2.3**

**Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó**

Consumidores de drogas inyectables: prácticas de inyección seguras		Total	Varones	Mujeres	<25	25+
<b>Numerador:</b>	Número de entrevistados que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó drogas	570	485	85	137	433
<b>Denominador:</b>	Número de entrevistados que declara haberse inyectado drogas durante el último mes	800	678	122	181	619
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	71.3%	71.5%	69.7%	75.7%	70.0%
<b>Tamaño de la muestra - Número de encuestados/as</b>		800				

**Qué mide:** Los progresos realizados en la prevención de la transmisión del VIH relacionada con el uso de drogas inyectables.

Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas Especiales. Se pide a los entrevistados que respondan las siguientes preguntas:

1. ¿Se ha inyectado drogas alguna vez durante el último mes?
2. Si la respuesta es afirmativa, ¿usó equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó drogas?

**Método de Medición propuesto por CENSIDA:**

Siempre que sea posible, se deben recopilar los datos de los usuarios de drogas inyectables a través de las organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población. El acceso a los usuarios de drogas inyectables y a la información que proporcionen debe ser confidencial.

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

Como parte de la del proyecto de "Evaluación de Impacto de las Estrategias de Prevención del VIH/SIDA del Fondo Mundial Ronda 9 de Financiamiento, se realizaron las encuestas basal y de seguimiento sobre Usuarios de Drogas Inyectables. La encuesta basal se realizó en Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo en 2011 y la encuesta de seguimiento en Ciudad Juárez y Tijuana del 13 al 31 de enero del 2014. Para la obtención de la muestra se recurrió al método de muestreo por tiempo lugar (TLS). Esta metodología consiste en un muestreo aleatorio en dos etapas, cuyo marco muestral para la primera etapa se genera mediante un mapeo etnográfico de sitios y horas de reunión del grupo objetivo en las ciudades donde se llevará a cabo el mapeo. Con un tamaño total de muestra de 800 UDI, la encuesta incluye preguntas socio-demográficas, socio-económicas, sobre su uso de drogas y acceso a servicios de salud, y un examen de VIH.

**Fuente del indicador**

Encuesta de seguimiento 2013 de Usuarios de Drogas Inyectables. Fondo Mundial Ronda 9.

**Observaciones:**

Existe una marcada diferencia entre los datos obtenidos en de la encuesta de 2011 y la del 2014. En 2011 el porcentaje total fue del 41.5% y en 2012 fue del 71.3%. El aumento del porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó es del 30% posiblemente debido a hubo un distribución de jeringas de 3,235,372 de unidades que elevó el número de promedio de jeringas por Pudi a 19.9 por persona, mientras que en el 2012 el promedio fue de 11.6. Se puede agregar que la mayoría de la jeringas fueron distribuidas junto con trípticos informativos y otros aditamentos para la higiene del área corporal de inyección.

**INDICADOR 2.4**

**Porcentaje de hombres y mujeres UDI que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce sus resultados**

2.4 Pruebas del VIH en los usuarios de drogas inyectables						
		Todos	Varones	Mujeres	<25	25+
<b>Numerador:</b>	Número de usuarios de drogas inyectables que se sometió a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce sus resultados	280	226	54	57	223
<b>Denominador:</b>	Número de usuarios de drogas inyectables incluidos en la muestra	800	678	122	181	619
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce sus resultados	35.0%	33.3%	44.3%	31.5%	36.0%

<b>Tamaño de la muestra - Número de encuestados</b>	800
---	-----

**Qué mide.** Los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH a usuarios de drogas  
Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales. Se plantean las siguientes preguntas a los entrevistados:  
1. ¿Se ha sometido a las pruebas del VIH en los últimos 12 meses?

**Método de Medición propuesto por ONUSIDA** Si la respuesta es afirmativa:  
2. No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba?  
Siempre que sea posible, los datos de los usuarios de drogas inyectables deben recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado sobre el terreno en estrecha colaboración con esta población.  
El acceso a los usuarios de drogas inyectables y a la información que proporcionen debe ser confidencial.

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Como parte del proyecto de "Evaluación de Impacto de las Estrategias de Prevención del VIH/Sida Ronda 9", financiado por del Fondo Mundial, se realizaron las encuesta basal y de seguimiento sobre Usuarios de Drogas Inyectables. La encuesta basal se realizó en Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo en 2011 y la encuesta de seguimiento en Ciudad Juárez y Tijuana del 13 al 31 de enero del 2014. Para la obtención de la muestra se recurrió al método de muestreo por tiempo lugar (TLS). Esta metodología consiste en un muestreo aleatorio en dos etapas, cuyo marco muestral para la primera etapa se genera mediante un mapeo etnográfico de sitios y horas de reunión del grupo objetivo en las ciudades donde se llevará a cabo el mapeo. Con un tamaño total de muestra de 800 UDI, la encuesta incluye preguntas socio-demográficas, socio-económicas, sobre su uso de drogas y acceso a servicios de salud, y un examen de VIH.

**Fuente del indicador** Encuesta de seguimiento 2013 de Usuarios de Drogas Inyectables. Fondo Mundial Ronda 9.

**Observaciones:** Para el informe mundial del 2012 el porcentaje total para este indicador alcanzó el 35.4% a partir de un estudio realizado en la Ciudad de Hermosillo, Son. La encuesta de 2014 del Fondo Mundial incluyó las ciudades de Hermosillo y Ciudad Juárez Chih., y quedó en un porcentaje muy similar.

**INDICADOR 2.5**  
**Prevalencia de VIH entre las personas usuarias de drogas inyectables**

Porcentaje de Pudi que vive con el VIH		Total	Hombres	Mujeres	<25	25+
<b>Numerador:</b>	Número de usuarios de drogas inyectables cuyo resultado de la prueba del VIH fue positivo	20	16	4	1	19
<b>Denominador:</b>	Número de usuarios de drogas inyectables que se sometió a la prueba del VIH	800	678	122	181	619
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH	2.5%	2.4%	3.3%	0.6%	3.1%
<b>Tamaño de la muestra - Número de encuestados</b>			800			

<b>Qué mide:</b>	<p>Los progresos realizados en la reducción de la prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables.</p> <p>Grupo de trabajo de la OMS/CNUSIDA sobre el seguimiento a nivel mundial del VIH/sida y las IST: Directrices para realizar un seguimiento de las poblaciones con mayor riesgo de contraer el VIH (OMS/CNUSIDA, 2011).</p>
<b>Método de Medición propuesto por CNUSIDA:</b>	<p>Este indicador se calcula utilizando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los miembros de grupos de poblaciones más expuestas en el o los principales centros centinela.</p> <p>Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.</p>
<b>Metodología de cálculo utilizada por México:</b>	<p>Como parte de la del proyecto de "Evaluación de Impacto de las Estrategias de Prevención del VIH/SIDA del Fondo Mundial Ronda 9 de Financiamiento, se realizaron las encuesta basal y de seguimiento sobre Usuarios de Drogas Inyectables. La encuesta basal se realizó en Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo en 2011 y la encuesta de seguimiento en Ciudad Juárez y Tijuana del 13 al 31 de enero del 2014. Para la obtención de la muestra se recurrió al método de muestreo por tiempo lugar (TLS). Esta metodología consiste en un muestreo aleatorio en dos etapas, cuyo marco muestral para la primera etapa se genera mediante un mapeo etnográfico de sitios y horas de reunión del grupo objetivo en las ciudades donde se llevará a cabo el mapeo. Con un tamaño total de muestra de 800 UDI, la encuesta incluye preguntas socio-demográficas, socio-económicas, sobre su uso de drogas y acceso a servicios de salud, y un examen de VIH.</p>
<b>Fuente del indicador:</b>	<p>Encuesta de seguimiento 2013 a Usuarios de Drogas Inyectables Fondo Mundial Ronda 9</p> <p>La prevalencia de VIH en Pudi s en de la encuesta de 2011 (5.7%) es marcadamente más elevada que la obtenida en el 2014 (2.5%). En ambas ciudades estudiadas hay un baja considerable porque el porcentaje de Ciudad Juárez fue del 7.7% en el informe anterior y el de Hermosillo del 5.2%. Como se puede observar en los datos de indicador 2.1 la intervención preventiva en Pudi s alcanzó el nivel más alto que se haya tenido en la historia en México, lo cual explicaría parcialmente la baja en la prevalencia.</p>
<b>Observaciones:</b>	

**INDICADOR No. 2. 6a y 2. 6b**

**Número estimado de personas en terapia de sustitución de opiáceos (inyectores y no inyectores)**

<b>2013</b>	
Número estimado de usuarios de opiáceos (inyectores y no inyectores).	141, 690
Número estimado de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos (siglas en inglés OST)	26, 316

**Qué mide**

El compromiso nacional y el progreso hacia el tratamiento de la dependencia de opiáceos y la reducción de las probabilidades de transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas.

**Numerador:**

\_ Número estimado de usuarios de opiáceos (inyectores y no inyectores).  
\_ Número estimado de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos

**Desglose:**

Urbano/rural

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

1.- El número estimado de usuarios de opiáceos que se presentan es la expansión del porcentaje hacia la población general de la misma edad y sexo publicado en la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA 2011), la cual es una encuesta de hogares con representatividad nacional y regional, en la que se encuentran representadas áreas rurales –aquellas con un número de habitantes menor o igual a 2 500– y urbanas –aquellas con más de 2 500 habitantes–. La selección de las unidades muestrales se realizó en múltiples etapas: áreas geoestadísticas básicas (AGEB), manzanas o segmentos, viviendas y, finalmente, personas dentro de los hogares. La selección de viviendas se hizo a partir de los croquis y listados elaborados en campo usando una técnica de muestreo aleatorio sistemático. El trabajo de aplicación de cuestionarios de la ENA 2011 se desarrolló entre el 13 de junio al 29 de agosto de forma simultánea en las 32 entidades federativas.

2.- El número estimado de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos (OST), se obtuvo preguntando a la Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic) y a servicios particulares de atención a consumidores de drogas por el número de personas atendidas en OST en el 2013. De la Conadic se consideró un total de 699 personas en tratamiento de sustitución de opiáceos (de los cuales 697 fueron atendidos en dos Centros de Integración Juvenil y las otras dos en 2 servicios particulares) y, en el conjunto de las restantes 17 servicios particulares considerados 25,617 personas. De la información proporcionada por la Conadic se consideraron la de los Centros de Integración Juvenil, Nuevo León, Guerrero y, se excluyeron 40 casos de Sonora y Sinaloa para evitar posibles repeticiones con los datos de las restantes clínicas particulares de metadona que también ofrecen OST es estos dos últimos estados.

Estimado de usuarios de opiáceos:

- SS/Conadic et. al. Usuarios de 12 a 65 años que se ha inyectado algún tipo de droga ilegal según sexo. En: Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Editor: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). Primera Edición. México. 2012.

**Fuente del indicador reportado por México:**

Estimado de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos:

-SS/Cenadic/Sisvea/Cij, A.C./Cenadic. Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas (2014). México, D.F. México: Conadic. Conadic 2013 Terapia de sustitución.

- Beatriz Martínez. Clínicas de Metadona. Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones, S. A. DE C. V.

- Carolina Vizcarra Peña. Gerente. Profesionales Contra la Adicción, de y Asistencia Médica contra la adicción

**Observaciones:**

En la ENA 2011 se considera a los opiáceos como "Drogas médicas", es decir fármacos de prescripción médica. Para considerar que el consumo de estas sustancias es con el fin de intoxicarse, el uso debe ser fuera de prescripción o por mayor tiempo o cantidad al indicado por el médico. Y, entre las drogas ilegales se encuentra la heroína. Los datos de la fuente de referencia por un lado estiman prevalencia acumulada de heroína opio (178,680) y de opiáceos (141,690), como cantidades independientes, donde lo opiáceos son sustancias de uso legal controlado.

El número estimado de personas en OST aumentó considerablemente en este informe, lo cual se relaciona con una variación en la metodología en el proceso de recolección de información. En el 2012, Cenadic proporcionó las cifras; mientras que para 2013 (presente informe) se solicitó información a Conadic y a clínicas privadas que otorgan servicios de sustitución de opiáceos. Por esta razón aumenta significativamente el número de usuarios de este servicio (534%), por lo que no representa un aumento real en este número.

**INDICADOR No. 2. 7a 2. 7b**  
**Número de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringas y de terapia de sustitución**

<b>2013</b>	
Número servicios con programas de intercambio de agujas y jeringa (NSP).	31
Número sitios de terapia de sustitución (OST).	21

**Qué mide** Número de puntos del NSP (incluidos los puntos en las farmacias que proporcionan agujas y jeringas sin costo alguno). Disponibilidad de los centros que pueden proporcionar agujas y jeringas limpias a los consumidores de drogas Inyectables y sitios de sustitución.

**Numerador:** Número servicios con programas de intercambio de agujas y jeringas (NSP).  
Número sitios de terapia de sustitución (OST).

**Método de Medición propuesta** Datos de programa.

**Frecuencia de Medición:** No establecida

**Desglose:** Urbano/rural

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

1.-NSP: Para contabilizar los programas de intercambio de jeringa se solicitó el número de estos servicios que instalaron u operaron en el 2013 organismos de la sociedad civil que trabajan con personas que usan drogas inyectables (Pudi), Programas Estatales en VIH/sida y a la Unidad de Gestión del Proyecto del Fondo Mundial en México Ronda 9 y Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic). Una diferencia con las cifras reportadas en 2012 (reporte 2013), es que, para 2013 (informe 2014), el Proyecto del Fondo Mundial en México Ronda 9 no dotó de jeringas a centros privados proveedores de tratamiento de sustitución de opiáceos, por ello, el número de sitios que proven jeringas disminuyó.

2.- OST: Se solicitó a la Conadic y a servicios particulares de atención a consumidores de drogas, identificar el número de clínicas o sitios que ofrecen terapia de sustitución de opiáceos.

Amos servicios (de NSP y OST) están ubicados en áreas

**INDICADOR No. 2. 7a 2. 7b (continuación)**  
**Número de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringas y de terapia de sustitución**

**Fuente del indicador reportado por México:**

NSP:

- Conadico. Jeringas distribuidas en el 2013. México, marzo 2014.
- Funsalud/Unidad de Gestión del proyecto financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria - Ronda 9, Acuerdo de Subvención MEX-910-G01-H. Jeringas distribuidas en el 2013. México, marzo 2014.
- Organismos de la Sociedad Civil con trabajo en drogas inyectables, Acción Colectiva por los derechos de las minorías sexuales, A.C., Integración Social Verter, A.C., Irapuato Vive, A.C., Centro de Servicios Scer, A.C., Programa Compañeros, A.C., Institución de Beneficencia Privada Fátima IBP, Misericordia y Vida para el Enfermo con SIDA, A.C., Prevencasa, A.C.). Jeringas distribuidas en el 2013. México, marzo 2014.
- Programas Estatales en VIH/sida e ITS (Baja California, Chi huahua, Coahuila, Tamaulipas, Sonora, Durango, Zacatecas, Nuevo León, Guanajuato, Sinaloa, D.F. Clínica

OST:

- Conadico. Jeringas distribuidas en el 2013. México, marzo 2014.
- Clínicas de metadona 2013. México, marzo 2014.

Los programas de NSP se refieren a cualquier programa que ofrece acceso a equipos limpios de inyección y a una eliminación segura de los mismos, a través de programas de intercambio fijos o móviles o por medio de las farmacias donde se proporcionan los equipos de forma gratuita. Se observa disminución de los programas anteriores por no incorporación de servicios que proveen OST a esta actividad en el 2013.

**Observaciones:**

Para los OST, la Conadico realizó búsqueda en sistemas de información del sector salud. Personal de Censida. A su vez, las empresas particulares proporcionaron información de la existencia de 17 centros de atención a usuarios de drogas que dan OST. La Conadico informó que los Centros de Integración Juvenil, A.C. mantuvieron el funcionamiento de 2 clínicas que dan tratamiento de sustitución de opiáceos, y se adicionaron 2 más ubicadas por la Conadico en estados diferentes a las entidades donde se localizan los 17

Es importante mencionar que, por el clima de violencia que hay en algunas ciudades, nos comentó personal de OST que han cerrado clínicas de terapia de sustitución.

**INDICADOR No. 3.1**  
**Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil**

Prevención de la transmisión maternoinfantil		2013
<b>Numerador:</b>	Número de embarazadas seropositivas que recibió medicamentos antirretrovirales durante los últimos doce meses para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil durante el embarazo y el parto.	1,104
<b>Denominador:</b>	Número estimado de mujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos doce meses.	1,478
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil.	74.7%

Desglose para el numerador		2013
Aclaración sobre el numerador. El numerador debería desglosarse en los siguientes seis tratamientos (los tres primeros son los recomendados actualmente por la OMS) que pueden recibir las embarazadas seropositivas para prevenir la transmisión maternoinfantil:		
Numerador		
1) La mujer acaba de comenzar tratamiento antirretrovírico durante el actual embarazo actual.		395
2) Ya seguían la tratamiento antirretrovírico antes del embarazo actual.		709
3. Profilaxis antirretrovírica triple para la madre (componente profiláctico de Opción B de la OMS).		
4. AZT para la madre (componente profiláctico durante el embarazo y el parto de la Opción A de la OMS o directrices de la OMS de 2006).		
5. Monodosis de Nevirapina, únicamente (con o sin fase fina).		
6. Otras (especifique: por ejemplo, tratamiento determinado, sin clasificar, etc.)		
Si no existen datos desglosados para 1 y 2, facilite el número total de mujeres embarazadas que siguen un tratamiento antirretrovírico de por vida.		
Denominador		
Número estimado de mujeres embarazadas con VIH que dieron a luz en los últimos 12 meses.		1,478

**Notas:**

Los progresos realizados en la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH durante el embarazo y el parto mediante el suministro de medicamentos antirretrovíricos. Este indicador permite a los países realizar un seguimiento de la cobertura del suministro de fármacos antirretrovíricos a las embarazadas seropositivas con objeto de reducir el riesgo de transmisión del VIH a los bebés durante la gestación y el parto. Cuando los datos se desglosan por tratamiento, este indicador puede mostrar un mayor acceso a los tratamientos farmacológicos antirretrovíricos más eficaces para las mujeres embarazadas que viven con el VIH. Dado que el indicador suele medir el número de medicamentos antirretrovíricos distribuidos inicialmente, y no los consumidos, en muchos casos no es posible determinar la adherencia al tratamiento.

**Qué mide**

El tratamiento postparto, que incluye terapia antirretrovírica para reducir el riesgo de transmisión durante la lactancia materna, se refleja en el indicador 3.1a. Asimismo, el indicador 3.7 mide el porcentaje de niños nacidos de madres infectadas por el VIH y que reciben profilaxis antirretrovírica para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil en las seis primeras semanas de vida.

Número de embarazadas seropositivas que recibió medicamentos antirretrovirales durante los últimos doce meses para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil durante el embarazo y el parto.

**Numerador:**

Los informes a nivel mundial que recopilen información sobre la cobertura de los medicamentos antirretrovirales para la PTMI excluirán a las mujeres que recibieron una sola dosis de nevirapina, ya que no se considera un tratamiento adecuado. No obstante, el país deberá notificar el número de mujeres que recibió una sola dosis de nevirapina.

**Denominador:**

Número estimado de seropositivas que dieron a luz en los últimos doce meses.

**Cálculo:**

Numerador / Denominador \*100

**Frecuencia de Medición:**

Al menos una vez al año, dependiendo de las necesidades de seguimiento del país.



**INDICADOR No. 3.1 (continuación)**

**Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil**

**Desglose por  
definiciones de  
tratamiento**

**Categoría:**

Las primeras dos opciones incluyen a mujeres que reciben terapia antirretrovírica de por vida (incluida la Opción B+)

- 1) Mujeres que acaban de comenzar el tratamiento durante el embarazo actual
- 2) Ya en tratamiento antes del embarazo.

**Aclaración:**

Tratamiento de tres medicamentos ideado para proporcionar terapia antirretrovírica de por vida

- 1) Número de embarazadas seropositivas identificadas en el período de notificación como recién iniciadas a la terapia antirretrovírica de por vida.
- 2) Número de embarazadas seropositivas identificadas en el período de notificación como mujeres que ya habían iniciado la terapia antirretrovírica antes de su primera visita a un centro de asistencia prenatal.

Si una mujer ha iniciado la terapia antirretrovírica de por vida durante el parto, se la incluirá en la categoría 1. Si se dispone del número de mujeres que toman antirretrovíricos, pero no del momento de inicio de la terapia antirretrovírica, el número de mujeres puede incluirse en la casilla "Número total de mujeres embarazadas que siguen terapia antirretrovírica de por vida".

**Ejemplos comunes:**

Tratamiento nacional estándar, por ejemplo:

- TDF+3TC+EFV
- AZT+3TC+NVP

**Categoría:**

- 3) Profilaxis antirretrovírica triple para la madre (componente de profilaxis de la OMS, Opción B, durante la gestación y el parto).

**Aclaración:**

Tratamiento de tres medicamentos que se usa durante la profilaxis de la PTM. Empieza en algún momento durante el embarazo o en el parto, con la intención de que se detenga al final del período de lactancia (o durante el parto, si no hay lactancia). Si una mujer recibe tres fármacos antirretrovíricos por primera vez en el parto, debería incluirse en esta categoría, siempre y cuando el centro donde esté aplique la Opción B.

**Ejemplos comunes:**

- TDF+3TC+EFV
- AZT+3TC+EFV
- AZT+3TC+LPV/r

**Categoría:**

- 4) AZT para la madre (componente de profilaxis de la OMS, Opción A, durante la gestación y el parto).

**Aclaración:**

Tratamiento profiláctico que emplea AZT (o cualquier otro INPI) y que comienza a partir de las 14 semanas o durante el parto, para prevenir la transmisión del VIH. Si una mujer recibe fármacos antirretrovíricos por primera vez durante el parto, debería incluirse en esta categoría siempre y cuando el centro donde esté aplique la Opción A.

**Ejemplos comunes:**

- AZT en cualquier momento antes del parto + NVP durante el parto.
- AZT en cualquier momento antes del parto + NVP durante el parto + AZT/3TC durante 7 días después del parto.

**Categoría:**

- 5) Monodosis de nevirapina a la madre durante la gestación o el parto.

**Aclaración:**

- La nevirapina es el ÚNICO tratamiento que se le puede administrar a una embarazada seropositiva durante la gestación, el parto o el alumbramiento NO debe contarse como monodosis de nevirapina si:
- La nevirapina se administra como parte de la Opción A durante la gestación o,
- Una embarazada seropositiva ha comenzado la Opción A, B o B+ durante el parto.

**Ejemplos comunes:**

- Monodosis de NVP para la madre ÚNICAMENTE al comienzo del parto.
- Monodosis de NVP + AZT/3TC durante 7 días, ÚNICAMENTE.
- Monodosis de NVP para la madre al comienzo del parto y monodosis de NVP para el bebé, ÚNICAMENTE.

El numerador debe coincidir con los valores incluidos en Spectrum de lo contrario, se enviará una consulta automatizada al equipo para indicar que los valores deben ser coherentes.

El numerador debe coincidir con los valores incluidos en Spectrum de lo contrario, se enviará una consulta automatizada al equipo para indicar que los valores deben ser coherentes.

**GARPR**

- 1) Mujeres que acaban de comenzar el tratamiento durante el embarazo actual.
- 2) Ya en tratamiento antes del embarazo.
- 3) Profilaxis antirretrovírica triple para la madre (componente de profilaxis de la OMS, Opción B, durante la gestación y el parto).
- 4) AZT para la madre (componente de profilaxis de la OMS, Opción A, durante la gestación y el parto).
- 5) Monodosis de nevirapina a la madre durante la gestación o el parto.
- 6) Otro (normalmente se limita a países que siguen administrando AZT para la madre que empezó el tratamiento en una fase tardía del embarazo).



**INDICADOR No. 3.1 (continuación)**

**Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil**

**Spectrum**

Tratamiento antirretrovírico iniciado durante el embarazo actual.

Tratamiento antirretrovírico iniciado antes del embarazo actual.

Opción B: Triple profilaxis a partir de las 14 semanas.

Opción A: AZT para la madre.

Mnodosis de nevirapina.

AZT para la madre según las directrices de la OMS de 2006. Spectrum necesita datos sobre tratamientos históricos. Esta categoría se mantiene para describir los tratamientos suministrados en años anteriores.

Aclaración sobre el denominador:

Se pueden usar dos métodos para estimar el denominador:

1. Un modelo de proyección, como el proporcionado por el programa Spectrum en este caso, use los datos correspondientes al "número de embarazadas que necesitan la prevención de la transmisión materno infantil del VIH"; o

2. Multiplicar el número total de mujeres que dio a luz en los últimos 12 meses (que puede obtenerse a partir de las estimaciones de nacimientos de la oficina central de estadística o de la División de Población de las Naciones Unidas, o de sistemas de registros de embarazos que incluyan datos completos) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia del VIH en embarazadas (que se puede obtener a partir de los datos de la vigilancia centinela de los centros de asistencia prenatal y de los ajustes necesarios relacionados con la cobertura de encuestas en centros de asistencia prenatal), si los modelos de proyección de Spectrum no están disponibles.

Para garantizar la comparabilidad, los datos obtenidos del programa Spectrum se usarán como denominador cuando se lleven a cabo los análisis a nivel global.

Para el numerador: registros agrupados del programa nacional, procedentes de las herramientas de seguimiento incluidas en los programas, como historiales de pacientes y formularios de información resumida.

**Método de  
Medición  
propuesta por  
ONUSA:**

Para el denominador: modelos de estimación, como Spectrum o encuestas de vigilancia en centros de asistencia prenatal, en combinación con datos demográficos y los ajustes oportunos relacionados con la cobertura de encuestas en centros de asistencia prenatal.

Las cifras del numerador fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013. El IMS que se estima atiende alrededor de 40% de las mujeres embarazadas en el país, no cuenta con la información completa del número de embarazadas seropositivas que recibió medicamentos antirretrovirales durante los últimos doce meses para reducir el riesgo de transmisión materno infantil, pues reporta un número muy bajo comparado con lo que se calcula debería atender; por ello, esta cifra se estimó asumiendo que las mujeres embarazadas en TAR siguen la misma distribución porcentual del número de personas en TAR. También, se reconoce subregistro en la Secretaría de Salud, debido a problemas de registro de las embarazadas atendidas, por lo que se estima que el porcentaje de cobertura de tratamiento en embarazadas es mayor a lo reportado en este indicador. Los datos del denominador corresponden a estimaciones realizadas por el modelo Spectrum 5.03.

**Metodología de  
cálculo utilizada  
por México:**

A partir del Registro Nacional de Casos de SIDA se realizó una estimación del sector privado, aplicando el porcentaje de los casos diagnósticos en este sector.

**Fuente del  
indicador  
reportado por  
México:**

Numerador: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del: Sector público: SS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR y el sector privado. Denominador: Modelo Spectrum 5.03.

**Observaciones:**

El numerador para el GARPR 2012 se obtuvo del registro de personas en TAR de la Secretaría de Salud (SS), a partir de esta cifra, se realizó una estimación para la seguridad social y el sector privado.

### INDICADOR 3.3

## Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses

Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses.		2013
<b>Numerador:</b>	Número estimado de nuevos casos de niños seropositivos debido a la transmisión materno infantil entre los niños nacidos de madres seropositivas en los últimos 12 meses.	97
<b>Denominador:</b>	Número estimado de mujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos 12 meses.	1,478
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses.	6.6%

#### Notas:

#### Qué mide

Los progresos realizados en la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH.

#### Numerador:

El numerador es el número estimado de nuevos casos de niños seropositivos debido a la transmisión materno infantil entre los niños nacidos de madres seropositivas en los últimos 12 meses.

#### Denominador:

Número estimado de mujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos 12 meses.

#### Cálculo

$\text{Numerador} / \text{Denominador} * 100$

La transmisión materno infantil probablemente difiera en función del tratamiento con fármacos antirretrovíricos recibido y de las prácticas de alimentación de lactantes. La transmisión puede calcularse usando el modelo Spectrum. El programa informático Spectrum usa la información relacionada con:

#### Método de Medición propuesto por ONUSIDA:

a. La distribución de las embarazadas seropositivas que han recibido los distintos tratamientos antirretrovíricos antes y durante el parto por categoría CD4 de la madre.

b. La distribución de mujeres y niños que han recibido antirretrovíricos después del parto por categoría CD4 de la madre.

c. El porcentaje de lactantes que no son amamantados en programas de PTM, por la edad del niño.

d. Las probabilidades de transmisión materno infantil del VIH basadas en las distintas categorías de tratamientos con fármacos antirretrovíricos y en las prácticas de alimentación de los lactantes.

La información disponible sobre otras vías de transmisión del VIH a los niños no es suficiente para incluir tales infecciones en el modelo. Además, se considera que otras vías de transmisión representan solo una pequeña fracción del conjunto de infecciones entre los niños. La variable obtenida de Spectrum "Nuevas infecciones por el VIH entre los niños menores de 1 año" no se utiliza porque algunas de las infecciones causadas por la lactancia tendrán lugar después del primer año de vida.

#### Frecuencia de Medición:

Anual.

#### Desglose

Ninguno.

#### Metodología de cálculo utilizada por México:

Se utilizaron las estimaciones del modelo Spectrum tanto para el numerador como para el denominador. Se consideró para el numerador la variable obtenida de Spectrum titulada "Nuevas infecciones por el VIH entre los niños menores de 1 año". Para el denominador se consideró la estimación de Spectrum de mujeres embarazadas que estaban en necesidad de tratamiento antirretroviral.

#### Fuente del indicador reportado por México:

Onusida. Spectrum 5.03.

}



INDICADOR 3.4		
Porcentaje de embarazadas que conocen su estado serológico con respecto al VIH (se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto o el puerperio [<72 horas], incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado con respecto al VIH).		
2013		
Porcentaje de embarazadas que conocen su estado serológico con respecto al VIH (se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto o el puerperio [<72 horas], incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado con respecto al VIH).		ND
Numerador:	Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección del VIH en los 12 últimos meses y que recibieron el resultado, ya sea durante el embarazo, el parto o el periodo posparto (≤ 72 horas), incluidas aquellas cuyo estado serológico se conocía previamente.	ND
Desglose: Número total de embarazadas a las que se les realizó la prueba (incluidas aquellas que se sabía previamente que eran positivas).		ND
Número total de embarazadas a las que se les realizó la prueba y que recibieron el resultado (incluidas aquellas que se sabía previamente que eran positivas).		ND
Número total de embarazadas que tuvieron un resultado positivo (incluidas aquellas que se sabía previamente que eran positivas).		ND
<b>a) Número total de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal a quienes se les realizó la prueba de detección del VIH durante la atención prenatal y recibieron el resultado o sabían que eran seropositivas.</b>		
Número total de embarazadas a las que se les realizó la prueba (incluidas aquellas que se sabía previamente que eran positivas).		1, 296, 300
Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba y que recibieron el resultado (incluidas aquellas que se sabía previamente que eran positivas).		ND
Número de embarazadas que tuvieron un resultado positivo del total anterior (incluidas aquellas que se sabía previamente que eran positivas).		ND
<b>a. i) Número de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal cuyo estado serológico con respecto al VIH no se conocía a las que se les realizó la prueba de detección y que recibieron el resultado</b>		
Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba.		ND
Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba y recibieron el resultado.		ND
Embarazadas seropositivas para el VIH del total a las que se les realizó la prueba.		ND
<b>a. ii) Número de embarazadas con un estado seropositivo para el VIH conocido que acudieron a servicios de atención prenatal por un nuevo embarazo</b>		
Número de embarazadas seropositivas para el VIH		ND
<b>b) Número de embarazadas que acudieron a servicios de atención del parto cuyo estado serológico se desconocía a las que se les realizó la prueba durante el parto y que recibieron el resultado</b>		
Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba.		ND
Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba y recibieron el resultado.		ND
Embarazadas seropositivas para el VIH del total a las que se les realizó la prueba.		ND
<b>c) Número de mujeres con estado serológico desconocido con respecto al VIH que acudieron a servicios de posparto en las 72 horas siguientes al parto a las que se les realizó la prueba de detección y que recibieron el resultado</b>		
Número de mujeres a las que se les realizó la prueba.		ND
Número de mujeres a las que se les realizó la prueba y recibieron el resultado.		ND
Mujeres seropositivas para el VIH del número anterior.		ND
Denominador:	Número estimado de embarazadas en los últimos 12 meses.	

### INDICADOR 3.4 (continuación)

**Porcentaje de embarazadas que conocen su estado serológico con respecto al VIH (se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto o el puerperio [ $<72$  horas], incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado con respecto al VIH)**

**Notas:**

**Qué mide**

Este indicador evalúa los esfuerzos para identificar el estado serológico de las embarazadas en los 12 últimos meses.

**Numerador:**

Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección del VIH en los 12 últimos meses y que recibieron el resultado, ya sea durante el embarazo, el parto o el periodo posparto ( $\leq 72$  horas), incluidas aquellas cuyo estado serológico se conocía previamente

Se compone del número de mujeres con estado serológico desconocido respecto al VIH que acuden a los servicios de atención prenatal, atención durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, que se han hecho la prueba de detección del VIH y conocen el resultado; y del número de mujeres con infección por el VIH conocida que acuden a los servicios de atención prenatal por un nuevo embarazo durante los 12 últimos meses.

Embarazadas con infección por el VIH conocida: mujeres a quienes se les ha realizado la prueba del VIH y cuya seropositividad se confirmó en cualquier momento previo al embarazo actual, y que acuden a los servicios de atención prenatal para un nuevo embarazo. No es necesario realizar de nuevo la prueba a estas mujeres si hay pruebas documentadas de su seropositividad<sup>3</sup>, de acuerdo a las directrices nacionales en materia de pruebas a embarazadas. No obstante, estas mujeres necesitan servicios de PTM y se cuentan en el numerador.

Embarazadas y mujeres en el puerperio con estado serológico conocido: mujeres a las que no se ha hecho la prueba durante el embarazo actual, ni durante la atención prenatal ni durante el trabajo de parto ni el parto, o bien, mujeres que no tienen prueba documentada de haberse hecho la prueba en el embarazo actual.

El numerador es la suma de las categorías a, b y c que se indican a continuación:

a-1) embarazadas que a las que se les realizan las pruebas de detección del VIH y reciben el resultado durante una consulta de atención prenatal; a-2) embarazadas con infección por el VIH conocida que acuden a los servicios de atención prenatal por un nuevo embarazo; b) embarazadas con estado serológico desconocido con respecto al VIH que acudieron a los servicios de atención durante el trabajo de parto y el parto, se les realizó la prueba de detección y recibieron el resultado; y c) mujeres cuyo estado con respecto al VIH se desconoce y que recibieron atención puerperal en el plazo de 72 horas después del parto, a las que se les realizó la prueba de detección y recibieron el resultado.

Las categorías a-1, b y c incluyen a todas las mujeres que se realizaron la prueba y recibieron el resultado, cualquiera que este haya sido. La categoría a-2 incluye a las mujeres cuyo estado con respecto al VIH se conocía previamente. Los datos notificados por los establecimientos de salud pueden desglosarse por: a) mujeres con infección por el VIH conocida (positiva) en la atención prenatal, b) mujeres recién identificadas como seropositivas, y c) mujeres con resultado negativo al VIH (el resto).

### INDICADOR 3.4 (continuación)

**Porcentaje de embarazadas que conocen su estado serológico con respecto al VIH (se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto o el puerperio [<72 horas], incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado con respecto al VIH)**

<b>Denominador:</b>	Número estimado de embarazadas en los últimos 12 meses.
<b>Cálculo</b>	Numerador / Denominador *100
<b>Método de Medición propuesto por ONUSIDA:</b>	<p>El numerador se calcula a partir de los registros de programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos de atención prenatal, atención durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio. En los países con tasas elevadas de asistencia durante el trabajo de parto y el parto, solo pueden obtenerse los datos de los registros del trabajo de parto y el parto, dado que los resultados de las pruebas del VIH estarán disponibles para la mayoría de las embarazadas solo de esta fuente. Los registros de los establecimientos de salud deben consignar la infección por el VIH conocida en el caso de las embarazadas que acuden a las clínicas de atención prenatal por un nuevo embarazo para que puedan recibir servicios de PTM. Deben incluirse todas las organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales que proporcionan servicios de pruebas y orientación a las embarazadas.</p> <p>El denominador se obtiene mediante una estimación poblacional del número de embarazadas que han dado a luz en los 12 últimos meses, el cual puede obtenerse de las estimaciones de nacimientos del organismo central de estadística, de la División de Población de las Naciones Unidas o de los sistemas de registro de embarazadas que tengan datos completos.</p>
<b>Frecuencia de Medición:</b>	No específica.
<b>Desglose</b>	<p>Etapas del embarazo: prenatal, trabajo de parto y parto, puerperio.</p> <p>Recepción de los resultados: se realizó la prueba realizada, o se realizó la prueba y se comunicó el resultado.</p> <p>Estado serológico respecto al VIH número de mujeres seropositivas</p>
<b>Metodología de cálculo utilizada por México:</b>	Las cifras del numerador disponibles fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013. Los datos del denominador corresponden a estimaciones realizadas por el modelo Spectrum 5.03.
<b>Fuente del indicador reportado por México:</b>	Numerador: SS/CONASIDA Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del: Sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013. Denominador: Onusida. Spectrum 5.03.
<b>Observaciones:</b>	No se dispone de la información completa para el cálculo de este indicador.

### INDICADOR 3.6

**Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que han sido evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antirretroviral mediante la estadiificación clínica o el análisis de los CD4**

2013		
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que han sido evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antirretroviral mediante la estadiificación clínica o el análisis de los CD4.	83.2%
<b>Numerador:</b>	Numerador: Número de mujeres embarazadas infectadas con VIH evaluadas para recibir terapia antirretroviral a través de su estado clínico o prueba de CD4, en los últimos 12 meses.	652
<b>Desglose:</b>	<b>Por estado clínico</b>	231
	<b>Por prueba de CD4</b>	421
<b>Denominador:</b>	Número estimado de embarazadas seropositivas para el VIH	783

**Qué mide**

La cobertura de las embarazadas seropositivas para el VIH que son evaluadas para determinar si pueden recibir tratamiento antirretroviral ya sea clínicamente, usando los criterios de estadiificación clínica de la OMS, o inmunológicamente, realizando el recuento de los linfocitos CD4. La evaluación de la idoneidad para el TAR puede realizarse en el propio centro o mediante derivación.

**Numerador:**

Número de embarazadas seropositivas para el VIH que en los 12 últimos meses han sido evaluadas mediante estadiificación clínica o análisis de linfocitos CD4 para determinar si son aptas para recibir tratamiento antirretroviral, ya sea en el centro o mediante derivación.

**Denominador:**

Número estimado de embarazadas seropositivas para el VIH

**Cálculo**

Numerador / Denominador \* 100

El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos. Los medicamentos antirretrovirales pueden administrarse a lactantes expuestos al VIH poco después del parto en los establecimientos.

El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos.

La evaluación puede llevarse a cabo en los consultorios de atención prenatal y en las unidades de atención y tratamiento de la infección por el VIH, en el centro o por derivación.

Deben agregarse los datos de los registros apropiados, considerando en cuáles se recogen los datos, dónde se realiza la evaluación, los posibles recuentos dobles o subestimaciones y la necesidad de datos exactos para el nivel nacional.

**Método de Medición propuesto por ONUSIDA:**

Deben incluirse todos los establecimientos de salud no gubernamentales que evalúen la idoneidad de las embarazadas seropositivas para el VIH para recibir tratamiento antirretroviral, ya sea en el centro o por derivación.

Pueden usarse dos métodos para calcular el denominador:

a) un modelo de proyección, como el proporcionado por el programa Spectrum utilice el "número de embarazadas que necesitan la prevención de la transmisión materno infantil del VIH"; o

### INDICADOR 3.6 (continuación)

**Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que han sido evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antirretroviral mediante la estadificación clínica o el análisis de los CD4**

b) multiplique el número total de mujeres que dieron a luz en los 12 últimos meses (puede obtenerse a partir de los cálculos del organismo central de estadística o de las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas) por el cálculo nacional más reciente de la prevalencia de la infección por el VIH en embarazadas (puede obtenerse de la vigilancia centinela de la infección por el VIH realizada en los consultorios de atención prenatal).

**Frecuencia de Medición:**

Método de evaluación de la idoneidad para recibir tratamiento antirretroviral:  
estadificación clínica, análisis de los linfocitos CD4

**Desglose**

Ninguno.

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

Las cifras del numerador fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013. Para el denominador se utilizará sólo el 53% del número estimado de embarazadas seropositivas para el VIH (*Spectrum*), debido a que este porcentaje corresponde a las instituciones incluidas en el numerador.

**Fuente del indicador reportado por México:**

Numerador: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, ISSSTE y PEMEX. Datos 2013.  
Denominador: ONUSIDA y CENSIDA. Modelo *Spectrum*

**Observaciones:**

Sólo se incluye información de: SS, ISSSTE y PEMEX que atienden alrededor del 53% del total de mujeres embarazadas en el país.



**INDICADOR 3.11**

**Número de mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación (2013)**

2013		
<b>Numerador:</b>	Número de mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación	2, 344, 289

**Notas:**

**Qué mide**

Este indicador mide el número de mujeres embarazadas en atención prenatal.

**Numerador:**

Número de mujeres embarazadas con consulta de atención prenatal con al menos una visita durante el período del 2013.

El numerador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos.

Sírvase notificar el número de mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación.

**Método de Medición propuesto por CONSIDA:**

Sírvase tomar nota de que debe contarse el número de personas y no el número de asistencias, es decir, si una mujer acude a tres consultas en un centro de atención prenatal sólo debe contarse una vez.

Si el número no representa el número nacional (por ejemplo, si sólo se tienen datos del 65% de los distritos o los establecimientos, o

**Frecuencia de Medición:**

No específica.

**Desglose**

Ninguno.

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA), para el año 2013. Se incluye información de: SS, IMSS, PEMEX, SEDENA y SEMAR.

**Fuente del indicador reportado por México:**

Se incluyen las consultas de primera vez por embarazo registradas SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Datos 2013.

**INDICADOR 3.12.3**

**Número de niños nacidos en el 2012 (o los datos más recientes disponibles) de madres seropositivas para el VIH que recibieron un diagnóstico positivo del VIH**

Número de niños nacidos en el 2012 (o los datos más recientes disponibles) de madres seropositivas para el VIH que recibieron un diagnóstico positivo del VIH	En 2012
Número de niños nacidos de madres seropositivas para el VIH en el 2012 que recibieron un diagnóstico positivo del VIH	131

**Notas:**

<b>Qué mide</b>	Número de niños nacidos de madres seropositivas para el VIH en el 2012 que recibieron un diagnóstico positivo del VIH.
<b>Desglose</b>	No específica.
<b>Metodología de cálculo utilizada por México:</b>	Las cifras se obtuvieron del sistema epidemiológico nacional. Incluye casos de Sida y casos de VIH perinatales diagnosticados en el 2012 por todas las instituciones del sector salud.
<b>Fuente del indicador reportado por México:</b>	SS/DGE. Registro Nacional de Casos de Sida. Datos 2012. Base de datos al 31 de diciembre 2013. SS/DGE. Registro de Seropositivos a VIH. Datos 2012. Base de datos al 31 de diciembre 2013.
<b>Observaciones:</b>	Incluye casos VIH y casos sida perinatales: 64 y 67, respectivamente. Estas cifras están afectadas por el retraso en la notificación de los casos, por lo cual se incrementarán en los años subsecuentes.

INDICADOR No. 4.1

Tratamiento del VIH terapia antirretroviral. Porcentaje de adultos y niños que recibe actualmente tratamiento antirretroviral de entre todos los adultos y niños que viven con el VIH

Tratamiento del VIH Porcentaje de adultos y niños que recibe actualmente tratamiento antirretroviral de entre todos los adultos y niños que viven con el VIH		2013		
		Todos	Hombres	Mujeres
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de adultos y niños que recibe actualmente tratamiento antirretroviral de entre todos los adultos y niños que viven con el VIH	<b>51.1%</b>	<b>50.8%</b>	<b>52.2%</b>
<b>Numerador:</b>	Número de adultos y niños que reciben actualmente tratamiento antirretroviral según el protocolo de tratamiento aprobado a nivel nacional (o normativa de la OMS) a finales del periodo de presentación de informes.	<b>89,410</b>	<b>70,175</b>	<b>19,235</b>
<b>Denominador:</b>	Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH	<b>175,093</b>	<b>138,230</b>	<b>36,863</b>
<b>Denominador:</b>	Número estimado de adultos y niños elegibles (utilizando los criterios nacionales de elegibilidad)	<b>118,033</b>	<b>91,978</b>	<b>26,055</b>
<b>Número</b>	Personas que han iniciado por primera vez el tratamiento antirretroviral durante el último año de presentación de informes	<b>10,885</b>	<b>8413</b>	<b>2472</b>

DESAGREGADO POR GRUPO DE EDADES

	POBLACIONES	DESAGREGADO POR GRUPO DE EDADES									
		<15 (si no se dispone de valores desagregados)	15+ (si no se dispone de valores desagregados)	<1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-24 años	25-49 años	50+ años
<b>Porcentaje</b>	Porcentaje de adultos y niños que recibe actualmente tratamiento antirretroviral de entre todos los adultos y niños que viven con el VIH. El porcentaje se basa en el Denominador 1.	<b>80.5%</b>	<b>50.7%</b>	<b>25.3%</b>	<b>54.0%</b>	<b>70.8%</b>	<b>153.7%</b>	<b>22.4%</b>	<b>40.4%</b>	<b>51.9%</b>	<b>56.8%</b>
<b>Numerador</b>	Número de adultos y niños que reciben actualmente tratamiento antirretroviral según el protocolo de tratamiento aprobado a nivel nacional (o normativa de la OMS) a finales del periodo de presentación de informes.	<b>1,802</b>	<b>87,608</b>	<b>25</b>	<b>435</b>	<b>606</b>	<b>736</b>	<b>1,200</b>	<b>6,215</b>	<b>65,875</b>	<b>14,318</b>
<b>Denominador 1</b>	Denominador 1: Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH	<b>2,239</b>	<b>172,854</b>	<b>99</b>	<b>805</b>	<b>856</b>	<b>479</b>	<b>5,349</b>	<b>15,397</b>	<b>126,903</b>	<b>25,204</b>
<b>Denominador 2</b>	Denominador 2: Número estimado de adultos y niños elegibles para TAR (utilizando los criterios nacionales de elegibilidad)	<b>1,907</b>	<b>116,126</b>	<b>75</b>	<b>701</b>	<b>703</b>	<b>428</b>	<b>1,005</b>	<b>5,647</b>	<b>85,793</b>	<b>23,681</b>
<b>Número</b>	Personas que han iniciado por primera vez el tratamiento antirretroviral durante el año 2013	<b>292</b>	<b>10,593</b>	<b>92</b>	<b>101</b>	<b>30</b>	<b>69</b>	<b>418</b>	<b>1470</b>	<b>8233</b>	<b>472</b>

**INDICADOR No. 4.1 (continuación)**

**Tratamiento del VIH terapia antirretroviral. Porcentaje de adultos y niños que reciben actualmente tratamiento antirretroviral de entre todos los adultos y niños que viven con el VIH**

**DESAGREGADO POR SECTOR**

Sector		Público	Privado
<b>Numerador</b>	Número de adultos y niños que reciben actualmente tratamiento antirretroviral según el protocolo de tratamiento aprobado a nivel nacional (o normativa de la OMS) a finales del año 2013	<b>88,675</b>	<b>735</b>

**Qué mide:** El avance hacia el suministro de terapia antirretroviral de combinación a todas las personas que reúnen los requisitos para recibir el tratamiento.

**Numerador:** Número de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretroviral de acuerdo con el protocolo de tratamiento nacional aprobado (o los criterios de la OMS) al final del periodo de notificación.

Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH

**Denominador:** Los criterios que deciden si una persona puede recibir tratamiento antirretroviral varían en cada país. Para lograr que este indicador se pueda comparar entre distintos países, los informes mundiales han de presentar la cobertura de tratamiento antirretroviral para adultos y niños como un porcentaje de todas las personas que viven con el VIH.

**Cálculo:** Numerador / Denominador \* 100

**Frecuencia de Medición:** Se han de recopilar datos de forma continua dentro del centro. Los datos deberían agregarse de forma periódica, preferentemente cada mes o trimestre. El dato más reciente mensual o trimestral ha de usarse en el informe anual.

- Sexo
- Edad (menores de 15 años, a partir de 15 años, 15-49, <1, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+)
- Público/Privado
- Personas que iniciaron la terapia antirretroviral durante el último año de notificación (este indicador debe obtenerse de las mismas fuentes que el número total de personas que recibe terapia antirretroviral).

**Aclaración sobre el numerador**

El numerador puede calcularse por medio del número de adultos y niños que recibía terapia antirretroviral de combinación al final del periodo de notificación.

El numerador debe ser igual al número de adultos y niños elegibles que alguna vez ha empezado un tratamiento antirretroviral, menos el de pacientes que no recibió tratamiento antes del final del periodo de información cubierto.

Los pacientes que no reciben un tratamiento en la actualidad, en otras palabras, aquellas personas excluidas del numerador son pacientes que han fallecido, han abandonado el tratamiento o cuyo seguimiento se ha perdido.

Algunos pacientes recogen fármacos antirretrovirales para varios meses en una visita, que podrían incluir los recibidos para los últimos meses del periodo de información cubierto, pero no han sido registrados como visitas para los últimos meses en el registro del paciente. Hay que procurar tener en cuenta a dichos pacientes ya que deben incluirse en el numerador.

**Desglose:** En este indicador no se incluyen la terapia antirretroviral administrada sólo con el objeto de prevenir la transmisión materno-infantil y la profilaxis posterior a la exposición. Las embarazadas seropositivas que reciben una terapia antirretroviral de por vida se incluyen en el indicador.

El número de adultos y niños elegibles que recibe terapia antirretroviral de combinación puede obtenerse a través de los datos recogidos en los sistemas de gestión de provisión de fármacos o los registros de terapia antirretroviral de los establecimientos. A continuación estos datos se cotejan y se transfieren a los informes mensuales o trimestrales transversales, que luego pueden agruparse para obtener los datos nacionales.

Los pacientes de los sectores privado y público que reciben terapia antirretroviral deben incluirse en este numerador siempre que haya datos disponibles.

**Aclaración sobre el denominador**

El denominador se obtiene estimando el número de personas que viven con el VIH. En años anteriores, el ONUSIDA y la OMS informaron sobre el porcentaje de personas elegibles en base al número de personas elegibles según los criterios de la OMS. En 2014, este criterio se modificará para incluir a todas las personas que viven con el VIH. Esto no avala el concepto que todas las personas que viven con el VIH deban recibir terapia antirretroviral, sino que es una medida más simple que no cambiará con el paso del tiempo y que dará unos valores de cobertura coherentes al compararse a escala mundial y al calcularse para fines nacionales.

Las estimaciones del denominador suelen obtenerse a partir de los datos más recientes de vigilancia centinela utilizados con un programa de generación de modelos del VIH como Spectrum. Para obtener más información sobre las estimaciones de las necesidades relacionadas con el VIH y el uso de Spectrum consúltese la metodología del Grupo de Referencia ONUSIDA/OMS sobre estimaciones, modelos y proyecciones.

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:** Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agruparse de forma periódica. En los informes anuales deberán utilizarse los datos más recientes para un año completo.

Para el numerador: registros de los centros sobre la terapia antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.  
Para el denominador: modelos de estimación del VIH como Spectrum

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Las cifras del numerador fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), desagregadas por sexo y edad, para el año 2013. A partir del Registro Nacional de Casos de SIDA se hace una estimación del sector privado, aplicando la distribución porcentual de los casos diagnósticos en este sector, bajo el supuesto de que conservan la misma distribución por sexo y edad que el sector público.

**México:** Los datos del denominador corresponden a estimaciones realizadas por el modelo Spectrum 5.03, utilizando los criterios de la OMS para elegibilidad de tratamiento, a fin de poder establecer comparación internacional en el indicador. No obstante, se comenta que utilizando los criterios de elegibilidad nacionales el denominador es de: 107,885; con lo cual la cobertura disminuye ligeramente a 78%.

**Fuente del indicador reportado por México:** Numerador: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del: Sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013.  
SS/CENSIDA. Estimaciones del sector privado.

Denominador: Los datos previenen de las estimaciones del modelo de Onusida. Spectrum 5.03.

**Observaciones:** Los criterios nacionales de admisión a la terapia antirretroviral varían de un país a otro. Para lograr que este indicador sea comparable entre países, los informes mundiales presentarán la cobertura de las terapias antirretrovirales para adultos y niños como un porcentaje de todas las personas que viven con el VIH. Para México, esta cifra es 51% lo que marca un nuevo forma de medición, la cual no puede ser comparable con la de informes anteriores. Considerando la metodología del anterior reporte que utilizaba como denominador "Número estimado de adultos y niños elegibles (utilizando los criterios nacionales de elegibilidad)" la cobertura es 75.8% en este informe (en el informe anterior el indicador alcanzó el 82.2%), este descenso se debe a dos factores: 1) México no cambió a 500 CD4 sus criterios de inicio de TARV en 2013 y el modelo Spectrum actual (versión 5.03) contempla el criterio de 500 CD4 desde 2013; 2) así como a cambios en supuestos internos del modelo de estimación.

**INDICADOR No. 4. 2a**

**Tratamiento del VIH retención en el tratamiento 12 meses después de iniciarlo**

Porcentaje de adultos y niños seropositivos que se sabe que siguen el tratamiento antirretrovírico 12 meses después de iniciarlo		2013				
		Todos	Hombres	Mujeres	<15	15 años y +
<b>Numerador:</b>	Número de adultos y niños que siguen con vida y en tratamiento antirretrovírico 12 meses después de iniciarlo.	15, 918	12, 285	3, 633	335	15, 583
<b>Denominador:</b>	Número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretrovírico y que se espera que reciban resultados anuales dentro del periodo de presentación del informe. Incluidos aquellos que han fallecido desde el inicio del tratamiento antirretrovírico, aquellos que abandonaron el tratamiento y aquellos cuyo seguimiento se perdió a partir del mes 12.	17, 513	13, 568	3, 945	363	17, 150
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de adultos y niños seropositivos que se sabe que siguen el tratamiento antirretrovírico 12 meses después de iniciarlo	<b>90. 9%</b>	<b>90. 5%</b>	<b>92. 1%</b>	<b>92. 3%</b>	<b>90. 9%</b>

Información adicional	
Con vida	15, 918
Pérdida de seguimiento	81
Detuvo la terapia	0
Muerte	1, 424
No disponible	90
<b>Total</b>	<b>17, 423</b>

**Notas:**

- Qué mide:** Los progresos realizados en el incremento de la supervivencia en adultos y niños infectados al mantenerlos en terapia antirretroviral.
- Numerador:** Número de adultos y niños que sigue todavía con vida y en terapia antirretroviral a los 12 meses de iniciar el tratamiento.
- Denominador:** Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia y de los que se esperaba que en el plazo de notificación alcanzaran los objetivos marcados para el periodo de 12 meses desde el inicio de la terapia, incluyendo aquellos que han fallecido desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron y los que están registrados como perdidos para el seguimiento en el duodécimo mes.
- Cálculo:** Numerador/Denominador \* 100
- Frecuencia de Medición:** A medida que los pacientes comienzan la terapia antirretroviral, deben recopilarse datos de cohorte mensuales de forma continua para dichos pacientes. Deberán agruparse los datos de las cohortes mensuales que han completado por los menos 12 meses de tratamiento.
- Desglose:**
- Sexo
  - Periodo de 12 meses
  - Edad (<15, 15+)
  - Situación del embarazo al inicio de la terapia
  - Situación de lactancia al inicio de la terapia

**Aclaración sobre el numerador**

En el numerador deben incluirse los pacientes adultos y niños sigan con vida y en terapia antirretroviral 12 meses después del inicio del tratamiento. Para poder realizar una interpretación completa de la supervivencia, deben recabarse los siguientes datos:

- Número de adultos y niños que inició la terapia antirretroviral en el grupo de terapia inicial por lo menos 12 meses antes del final del periodo de información;
- Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretroviral 12 meses después de iniciar el tratamiento.

Para incluirlos en el numerador, no es necesario que los pacientes hayan seguido una terapia antirretroviral de forma constante durante los 12 meses del periodo. Los pacientes que hayan faltado a una o dos visitas o a recoger los medicamentos, y que hayan suspendido temporalmente el tratamiento durante los 12 meses desde el comienzo del tratamiento, pero están registrados como pacientes en tratamiento en el duodécimo mes, se incluyen en el numerador. En cambio, los pacientes que han fallecido, abandonado el tratamiento o están perdidos para el seguimiento a los 12 meses del inicio del tratamiento no se incluyen en el numerador.

**INDICADOR No. 4.2a (continuación)**

**Tratamiento del VIH retención en el tratamiento 12 meses después de iniciarlo**

Por ejemplo, los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral en mayo de 2012, si en algún momento del periodo comprendido entre mayo de 2012 y mayo de 2013 fallecieron, se perdieron para el seguimiento (y no volvieron) o interrumpieron el tratamiento (y no lo retomaron), ya no estarán en terapia antirretroviral en el duodécimo mes (mayo de 2013) no se incluirán en el numerador. Por el contrario, un paciente que empezó la terapia antirretroviral en mayo de 2012, dejó de ir a una visita en junio de 2012, pero está registrado como un paciente que recibe terapia antirretroviral en mayo de 2013 (en el duodécimo mes), estará en terapia antirretroviral y se incluirá en el numerador. Lo importante es que el paciente Los registros de terapias antirretrovíricas deben incluir diversas variables que describan a los pacientes; por ejemplo, la edad del paciente al inicio del tratamiento. Además, muchos registros incluirán información que indique si la paciente estaba embarazada o amamantaba al inicio del tratamiento. Es preciso calcular la retención en la terapia antirretrovírica para estos subconjuntos de mujeres, a fin de

**Aclaración sobre el denominador**

El denominador es el número total de adultos y niños en los grupos de terapia antirretroviral inicial que comenzó la terapia en algún momento de los 12 meses anteriores al comienzo del periodo de información, independientemente de su resultado a los 12 meses.

Por ejemplo, para el periodo de información del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013, se incluirá a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral durante el periodo de 12 meses que va del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012. Es decir, se incluye a todos los pacientes, tanto los que están en terapia antirretroviral como los fallecidos, los que han dejado el tratamiento o los que se han perdido para el seguimiento en el duodécimo mes.

En cuanto a los centros sanitarios, el número de adultos y niños en terapia antirretroviral a los 12 meses incluye a los pacientes que se han incorporado en algún momento entre el comienzo del tratamiento y el fin del periodo de 12 meses y excluye a aquellos que han salido durante el mismo periodo, para que refleje la cohorte neta actual de cada establecimiento. Es decir, en lo que al centro sanitario respecta, estos últimos no se incluirán en el numerador ni en el denominador. De la misma forma, los primeros se tendrán en cuenta tanto para el numerador como para el denominador. A nivel nacional, el número de pacientes incorporados debe cuadrar con el número de pacientes excluidos. Por lo tanto, la cohorte neta actual (los pacientes cuyos resultados el establecimiento es actualmente responsable de registrar: el número de pacientes de los grupos iniciales más los incorporados menos los excluidos) a los 12 meses debe ser igual al número del grupo cohorte inicial 12 meses antes.

Herramientas de seguimiento incluidas en los programas; formularios de análisis de cohorte/de grupo.

Registros de terapia antirretroviral y formulario de informe del análisis de la cohorte de terapia antirretroviral.

El periodo de información se define como cualquier periodo continuo de 12 meses que ha finalizado dentro de un número predefinido de meses desde la presentación del informe. El número predefinido de meses puede estar determinado por los requisitos de información nacional. Si el periodo de información es del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013, los países calcularán este indicador usando a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral en algún momento durante el periodo de 12 meses del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012. Si el periodo de información va del 1 de julio de 2012 al 30 de junio de 2013, los países incluirán a los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral en algún momento del periodo del 1 de julio de 2011 al 30 de junio de 2012.

Un resultado de 12 meses se define como el obtenido 12 meses después del comienzo de la terapia antirretroviral (es decir, si el paciente sigue o no con vida y en tratamiento antirretroviral, ha fallecido o se ha perdido para el seguimiento). Por ejemplo, los pacientes que empezaron la terapia antirretroviral durante el periodo de 12 meses del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012 habrán alcanzado los resultados de 12 meses para el periodo de información comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2013.

**Método de  
Medición  
propuesta por  
CONSIDA**

**Metodología de  
cálculo  
utilizada por  
México:**

**Fuente del  
indicador  
reportado por  
México:**

**Observaciones:**

La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013. Incluye información de: SS, IMS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR que representan 99.2% del total de personas en TAR (incluye sector público y privado).

SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, IMS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013.

Las cifras 2013 respecto del informe GARP 2012 (92.1%) no variaron significativamente, por lo que se considera que la supervivencia al año de TAR está estable.

**INDICADOR No. 4.2b**

**Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 24 meses después de iniciarlo**

<b>Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH que siguen con vida y en tratamiento antirretroviral 24 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2011</b>		<b>2013</b>
<b>Numerador:</b>	Número de adultos y niños que siguen el tratamiento antirretroviral a los 24 meses después de iniciar el tratamiento (en los que iniciaron el tratamiento en 2011)	<b>14,101</b>
<b>Denominador:</b>	Número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2011 (u otro período especificado) y de quienes se esperaban resultados a los 24 meses dentro del período de notificación correspondiente al 2013 (o 24 meses después del período de inicio especificado)	<b>15,727</b>
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH que siguen con vida y en tratamiento antirretroviral 24 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2011	<b>89.7%</b>

<b>Información adicional</b>	
Con vida	14,101
Pérdida de seguimiento	37
Detuvo la terapia	0
Muerte	1,424
No disponible	165
<b>Total</b>	<b>15,562</b>

**Notas:**

**Qué mide** Los progresos realizados en el incremento de la supervivencia en adultos y niños infectados al mantenerlos en terapia antirretroviral.

**Numerador:** Número de adultos y niños que sigue todavía con vida y en terapia antirretroviral a los 24 meses de iniciar el tratamiento.

**Denominador:** Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia y de los que se esperaba que en el plazo de notificación alcanzaran los objetivos marcados para el periodo de 24 meses desde el inicio de la terapia, incluyendo aquellos que han fallecido desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron y los que están registrados como perdidos para el seguimiento en el duodécimo mes.

**Cálculo:** Numerador/Denominador \*100

**Frecuencia de Medición:** A medida que los pacientes comienzan la terapia antirretroviral, deben recopilarse datos de cohorte mensuales de forma continua para dichos pacientes. Deberán agruparse los datos de las cohortes mensuales que han completado por los menos 24 meses de tratamiento.

**Desglose:**

- Sexo
- Periodo de 24 meses
- Edad (<15, 15+)
- Situación del embarazo al inicio de la terapia
- Situación de lactancia al inicio de la terapia

### **INDICADOR No. 4.2b (continuación)**

#### **Tratamiento del VIH retención en el tratamiento 24 meses después de iniciarlo**

Aclaración sobre el numerador

En el numerador deben incluirse los pacientes adultos y niños sigan con vida y en terapia antirretroviral 24 meses después del inicio del tratamiento. Para poder realizar una interpretación completa de la supervivencia, deben recabarse los siguientes datos:

- Número de adultos y niños que inició la terapia antirretroviral en el grupo de terapia inicial por lo menos 24 meses antes del final del periodo de información;
- Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretroviral 24 meses después de iniciar el tratamiento.

Para incluirlos en el numerador, no es necesario que los pacientes hayan seguido una terapia antirretroviral de forma constante durante los 24 meses del periodo. Los pacientes que hayan faltado a una o dos visitas o a recoger los medicamentos, y que hayan suspendido temporalmente el tratamiento durante los 24 meses desde el comienzo del tratamiento, pero están registrados como pacientes en tratamiento en el vigésimo cuarto mes, se incluyen en el numerador. En cambio, los pacientes que han fallecido, abandonado el tratamiento o están perdidos para el seguimiento a los 24 meses del inicio del tratamiento no se incluyen en el numerador.

Por ejemplo, los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral en mayo de 2011, si en algún momento del periodo comprendido entre mayo de 2011 y mayo de 2013 fallecieron, se perdieron para el seguimiento (y no volvieron) o interrumpieron el tratamiento (y no lo retomaron), ya no estarán en terapia antirretroviral en el vigésimo cuarto mes (mayo de 2013) no se incluirán en el numerador. Por el contrario, un paciente que empezó la terapia antirretroviral en mayo de 2011, dejó de ir a una visita en junio de 2011, pero está registrado como un paciente que recibe terapia antirretroviral en mayo de 2013 (en el vigésimo cuarto mes), estará en terapia antirretroviral y se incluirá en el numerador. Lo importante es que el paciente que comenzó la terapia antirretroviral en mayo de 2011 esté registrado como persona que sigue con vida y en terapia antirretroviral 24 meses después, independientemente de lo que haya pasado entre mayo de 2011 y mayo de 2013.



**INDICADOR No. 4.2b (continuación)**

**Tratamiento del VIH retención en el tratamiento 24 meses después de iniciarlo**

Los registros de terapias antirretrovíricas deben incluir diversas variables que describan a los pacientes; por ejemplo, la edad del paciente al inicio del tratamiento. Además, muchos registros incluirán información que indique si la paciente estaba embarazada o amamantaba al inicio del tratamiento. Es preciso calcular la retención en la terapia antirretrovírica para estos subconjuntos de mujeres, a fin de determinar el número de embarazadas y de mujeres que están amamantando

Aclaración sobre el denominador  
El denominador es el número total de adultos y niños en los grupos de terapia antirretroviral inicial que comenzó la terapia en algún momento de los 24 meses anteriores al comienzo del periodo de información, independientemente de su resultado a los 24 meses.

Por ejemplo, para el periodo de información del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013, se incluirá a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral durante el periodo de 24 meses que va del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011. Es decir, se incluye a todos los pacientes, tanto los que están en terapia antirretroviral como los fallecidos, los que han dejado el tratamiento o los que se han perdido para el seguimiento en el vigésimo cuarto mes.

En cuanto a los centros sanitarios, el número de adultos y niños en terapia antirretroviral a los 24 meses incluye a los pacientes que se han incorporado en algún momento entre el comienzo del tratamiento y el fin del periodo de 24 meses y excluye a aquellos que han salido durante el mismo periodo, para que refleje la cohorte neta actual de cada establecimiento. Es decir, en lo que al centro sanitario respecta, estos últimos no se incluirán en el numerador ni en el denominador. De la misma forma, los primeros se tendrán en cuenta tanto para el numerador como para el denominador. A nivel nacional, el número de pacientes incorporados debe cuadrar con el número de pacientes excluidos. Por lo tanto, la cohorte neta actual (los pacientes cuyos resultados el establecimiento es actualmente responsable de registrar: el número de pacientes de los grupos iniciales más los incorporados menos los excluidos) a los 24 meses debe ser igual al número del grupo cohorte inicial 24 meses antes. Herramientas de seguimiento incluidas en los programas; formularios de análisis de cohorte/de grupo.

Registros de terapia antirretroviral y formulario de informe del

**Método de  
Medición  
propuesta  
por ONUSIDA**

**INDICADOR No. 4.2b (continuación)**

**Tratamiento del VIH retención en el tratamiento 24 meses después de iniciarlo**

El periodo de información se define como cualquier periodo continuo de 24 meses que ha finalizado dentro de un número predefinido de meses desde la presentación del informe. El número predefinido de meses puede estar determinado por los requisitos de información nacional. Si el periodo de información es del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013, los países calcularán este indicador usando a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral en algún momento durante el periodo de 24 meses del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011. Si el periodo de información va del 1 de julio de 2011 al 30 de junio de 2013, los países incluirán a los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral en algún momento del periodo del 1 de julio de 2010 al

Un resultado de 24 meses se define como el obtenido 24 meses después del comienzo de la terapia antirretroviral (es decir, si el paciente sigue o no con vida y en tratamiento antirretroviral, ha fallecido o se ha perdido para el seguimiento). Por ejemplo, los pacientes que empezaron la terapia antirretroviral durante el periodo de 24 meses del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011 habrán alcanzado los resultados de 24 meses para el periodo de información comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2013.

La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013. Sólo se incluye información de: SS, IMSS, PEMEX, SEDENA y SEMAR que representan 94% del total de personas en TAR (incluye sector público y privado)

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

**Fuente del indicador reportado por México:**

SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, IMSS, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013.

**Observaciones:**

Las cifras 2013 respecto del año anterior (2012: 85.2%) se incrementó ligeramente, lo cual no significa un cambio significativo en la supervivencia al dos años de TAR.



**INDICADOR No. 4.2c**

**Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 60 meses después de iniciarlo**

<b>Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH que siguen con vida y en tratamiento antirretroviral 60 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2008</b>		<b>2013</b>
<b>Numerador:</b>	Número de adultos y niños que siguen el tratamiento antirretroviral a los 60 meses después de iniciar el tratamiento (en los que iniciaron el tratamiento en 2008).	7,166
<b>Denominador:</b>	Número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2008 (u otro período especificado) y de quienes se esperaban resultados a los 60 meses dentro del período de notificación correspondiente al 2013 (o 60 meses después del período de inicio especificado)	8,740
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH que siguen con vida y en tratamiento antirretroviral 60 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2008	82.0%

<b>Información adicional</b>	
Con vida	7,166
Pérdida de seguimiento	56
Detuvo la terapia	1
Muerte	1,154
No disponible	363
<b>Total</b>	<b>8,377</b>

**Notas:**

**Qué mide** Los progresos realizados en el incremento de la supervivencia en adultos y niños infectados al mantenerlos en terapia antirretroviral.

**Numerador:** Número de adultos y niños que sigue todavía con vida y en terapia antirretroviral a los 60 meses de iniciar el tratamiento.

**Denominador:** Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia y de los que se esperaba que en el plazo de notificación alcanzaran los objetivos marcados para el periodo de 60 meses desde el inicio de la terapia, incluyendo aquellos que han fallecido desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron y los que están registrados como perdidos para el seguimiento en el sexagésimo mes.

**Cálculo:** Numerador/Denominador \*100

**Frecuencia de Medición:** A medida que los pacientes comienzan la terapia antirretroviral, deben recopilarse datos de cohorte mensuales de forma continua para dichos pacientes. Deberán agruparse los datos de las cohortes mensuales que han completado por los menos 60 meses de tratamiento.

**Desglose:**

- Sexo
- Período de 60 meses
- Edad (<15, 15+)
- Situación del embarazo al inicio de la terapia
- Situación de lactancia al inicio de la terapia

**INDICADOR No. 4.3a**

**Establecimientos de salud que ofrecen TAR**

**2013**

	<b>Total</b>
<b>Número total de establecimientos de salud que ofrecen TAR (es decir, que prescriben medicamentos o proporcionan seguimiento clínico)</b>	<b>378</b>

**Desglose según si es público o privado:**

	<b>Valor de datos</b>
Público	378
Privado	ND
Desconocido/ no especificado	

**Desglose por tipo de centro de salud**

<b>Tipo de centro de salud</b>	<b>Valor de datos</b>
Hospitales	289
Centro de salud	14
Centro de atención prenatal	75
Servicio de atención de la TB	0
Servicios de atención de las ITS	0
Desconocido/ no especificado	0

**Notas:**

El número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral (es decir, que lo recetan o realizan el seguimiento clínico).

**Qué mide**

La capacidad de los establecimientos de salud para proporcionar TAR, expresada como el porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen el TAR (es decir, que lo recetan o realizan el seguimiento clínico). Dentro de los establecimientos de salud se encuentran los establecimientos públicos y privados, los centros de salud y los consultorios (incluidos los centros antituberculosos), así como centros de salud gestionados por organizaciones religiosas o no gubernamentales.

**Numerador:**

Establecimientos de salud que ofrece TAR (prescribe y/o da seguimiento clínico)

**Denominador:**

NA

**Cálculo:**

NA

**Frecuencia de Medición:**

Se han de recopilar datos de forma continua dentro del centro. Los datos deberían agregarse de forma periódica, preferentemente cada mes o trimestre. El dato más reciente mensual o trimestral ha de usarse en

<b>Frecuencia de Medición:</b>	Se han de recopilar datos de forma continua dentro del centro. Los datos deberían agregarse de forma periódica, preferentemente cada mes o trimestre. El dato más reciente mensual o trimestral ha de usarse en el informe anual.
<b>Desglose:</b>	Sector: público, privado  Por tipo: hospital centro de salud, centro de atención prenatal, centro antituberculoso, establecimiento de salud para el tratamiento de las ITS
<b>Método de Medición ONUSIDA propuesta por</b>	El numerador se calcula sumando el número de establecimientos que reporta sobre la disponibilidad de servicios de TAR. La información sobre la disponibilidad de servicios específicos se mantiene generalmente a escala nacional o local. Los programas nacionales de sida deben tener un registro de todos los establecimientos de salud que ofrecen TAR.  Un censo o una encuesta de los establecimientos de salud también pueden suministrar esta información, junto con información más exhaustiva sobre los servicios disponibles, siempre que dicha información se obtenga de una muestra representativa de los establecimientos de salud del país. Las respuestas a una serie de preguntas determinan si los proveedores de ese establecimiento prestan servicios de tratamiento antirretroviral directamente (es decir, lo recetan o realizan el seguimiento clínico) o envían a los pacientes a otros establecimientos de salud para que reciban estos servicios. Además, deben consultarse los registros de los establecimientos que documentan el estado actual de la prestación de servicios. Una posible limitación de las encuestas o los censos de establecimientos es que generalmente sólo se hacen una vez cada cierto número de años.
<b>Metodología de cálculo utilizada por México:</b>	Los países deben actualizar periódicamente los registros de sus programas sobre los establecimientos de salud que ofrecen servicios de tratamiento antirretroviral y han de complementar estos datos con los obtenidos mediante una encuesta o un censo de establecimientos de salud cada cierto número de años. Para las encuestas o los censos de los establecimientos de salud pueden utilizarse herramientas como la Evaluación de Provisión de Servicios o la Cartografía de los Servicios Disponibles.  Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013.
<b>Fuente del indicador reportado por México:</b>	SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del: Sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos 2013.

INDICADOR No. 4.3b	
Establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico	
2013	
	Total
Número total de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico (es decir, que prescriben medicamentos o proporcionan seguimiento clínico)	180
Desglose según si es público o privado:	
	Valor de datos
Público	180
Privado	ND
Desconocido/ no especificado	

**Notas:**

El número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral pediátrico (es decir, que lo recetan o realizan el seguimiento clínico).

**Qué mide**

La capacidad de los establecimientos de salud para facilitar TAR expresada como el porcentaje de establecimientos que ofrecen TAR pediátrico. Los establecimientos de salud incluyen los establecimientos públicos y privados, los centros de salud y consultorios (incluidos los centros antituberculosos), así como los establecimientos de salud gestionados por organizaciones religiosas u organizaciones no gubernamentales.

**Numerador:**

Establecimientos de salud que ofrece TAR pediátrico (prescribe y/o da seguimiento clínico)

**Denominador:**

NA

**Cálculo:**

NA

**Frecuencia de Medición:**

Se han de recopilar datos de forma continua dentro del centro. Los datos deberían agregarse de forma periódica, preferentemente cada mes o trimestre. El dato más reciente mensual o trimestral ha de usarse en el informe anual.

**Desglose:**

Sector: público, privado

## INDICADOR No. 4.3b

### Establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico

El **numerador** se calcula sumando el número de establecimientos que ofrecen servicios de TAR pediátrico. La información sobre la disponibilidad de servicios específicos normalmente se mantiene a escala nacional o subnacional. Los programas nacionales de lucha contra el sida deben contar con un registro de todos los establecimientos de salud que ofrecen TAR.

Un censo o encuesta de los establecimientos de salud también puede proporcionar esta información, junto con información más detallada sobre los servicios disponibles, siempre y cuando esta se recopile de una muestra representativa de los establecimientos de salud del país. Las respuestas a una serie de preguntas permiten establecer si el proveedor de ese establecimiento ofrece servicios de TAR pediátrico directamente o refiere a los pacientes a otros establecimientos.

Además, deben consultarse los registros de los establecimientos que documentan el estado actual de la prestación de servicios. Una posible limitación de las encuestas y los censos de los establecimientos es que generalmente se realizan una vez cada cierto número de años.

**Método de  
Medición propuesta  
por ONUSIDA:**

Los países deben actualizar regularmente sus registros de programas sobre los establecimientos de salud que ofrecen servicios de TAR pediátrico y complementar estos datos con los obtenidos mediante una encuesta o un censo de los establecimientos de salud cada cierto número de años. Para las encuestas o los censos de los establecimientos de salud pueden utilizarse herramientas como la Evaluación de Provisión de Servicios o la Cartografía de los Servicios Disponibles.

La herramienta de notificación del acceso universal no pide introducir un **denominador**, pero algunos países que están tratando de ampliar el TAR pediátrico a nivel nacional pueden considerar el "número total de establecimientos de salud", excluidos aquellos establecimientos especializados donde los servicios de TAR pediátrico no son o nunca serán relevantes; este número puede calcularse sumando el número total de establecimientos incluidos en la muestra. La información para conformar el denominador puede obtenerse de los registros de los programas, las listas de establecimientos o las estrategias nacionales o documentos de planificación. Se deben excluir los establecimientos especializados donde los servicios de TAR pediátrico no son o nunca serán relevantes (por ejemplo, los establecimientos especializados en la atención oftálmica, donde nunca se introducirá el TAR).

**Metodología de  
cálculo utilizada  
por México:**

Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013.

**Fuente del  
indicador reportado  
por México:**

SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del: Sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos 2013.

**INDICADOR No. 4.4**

**Desabastecimientos de antirretrovirales (ARV)**

Establecimientos de salud que dispensan antirretrovirales: desabastecimiento.		2013	
		Público	Privado
<b>Numerador:</b>	Número de establecimientos de salud que dispensan ARV que experimentaron desabastecimiento de uno o varios ARV necesarios en los últimos 12 meses	14	ND
<b>Denominador:</b>	Número total de establecimientos de salud que dispensan ARV	250	ND
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de establecimientos de salud que dispensan ARV que experimentaron desabastecimiento de por lo menos un ARV necesario en los últimos 12 meses	5.6%	ND

**Notas:**

**Qué mide**

Este indicador mide un aspecto fundamental de la gestión de los suministros de ARV: si los establecimientos de salud que suministran dichos fármacos se han quedado sin reservas de al menos uno de los ARV necesarios en los 12 últimos meses.

**Numerador:**

Número de establecimientos de salud que suministran ARV y que han presentado desabastecimiento de uno o más ARV en los 12 últimos meses

**Denominador:**

Número total de establecimientos de salud que suministran ARV.

**Cálculo:**

Numerador / Denominador \* 100

**Frecuencia de Medición:**

Anual

**Desglose:**

Sector: público, privado

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:**

Esta información se recoge a escala central, donde los establecimientos de salud envían sus informes de control de inventario o formularios de pedidos de ARV. Los formularios contienen información sobre los pacientes que reciben TAR, datos de consumo e información sobre las existencias y el desabastecimiento si fuera el caso.

Este indicador requiere las siguientes herramientas:

- Los informes de control de inventario de los establecimientos de salud que indiquen la cantidad de existencias de cada artículo;
- Los formularios de pedidos enviados desde los establecimientos durante un período de tiempo definido (por ejemplo, último período de pedido, último trimestre, año pasado) de los ARV; y
- La lista de los ARV que cada establecimiento tiene previsto suministrar, si no está incluida en los informes de control de inventario o en los formularios de pedido.

Lo mencionado anteriormente funciona si el sistema nacional de información de gestión logística está en funcionamiento. Si no lo está, pueden utilizarse encuestas de establecimientos de salud como la Evaluación de la Provisión de Servicios o la Cartografía de Servicios Disponibles, a condición de que incluyan preguntas sobre los desabastecimientos de ARV.



Si existe un sistema nacional de información de gestión logística con información sobre la disponibilidad de ARV en los establecimientos de salud, se debe extraer información de este sistema para generar el indicador. Otra posibilidad es que sea necesario recopilar la información mediante una encuesta especial o visitas a los centros. Si solo hay un número limitado de establecimientos de salud que suministran ARV en el país, todos ellos deberán incluirse en la encuesta o en las visitas; por el contrario, si el número es muy elevado, puede ser preciso seleccionar una muestra representativa del total de establecimientos de salud que suministran ARV (la lista completa debe estar disponible en el nivel nacional). Durante el muestreo es importante asegurarse de que la muestra incluya los diferentes niveles (central, distrital y periférico). En los países donde los ARV se distribuyen en las farmacias u otros establecimientos no sanitarios, también deben vigilarse los desabastecimientos en estos lugares; la factibilidad dependerá de la cobertura del sistema de información de gestión logística.

En algunas situaciones, la simple vigilancia de los desabastecimientos podría resultar engañosa, dado que un establecimiento puede mantener existencias de reserva pero tener una política de no expedir las existencias de reserva. Estos establecimientos no debieran contarse dentro de los que han tenido un desabastecimiento según la definición del indicador, aun cuando los pacientes no habrán de recibir el antirretroviral necesario para el tratamiento. En los entornos donde las existencias de reserva no se expiden durante los desabastecimientos de antirretrovirales es preferible obtener información sobre un desabastecimiento funcional (es decir, la incapacidad a obtener acceso o usar un antirretroviral necesario).

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013.

**Fuente del indicador reportado por México:** SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del: Sector público: SS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos 2013.

**Observaciones:** Pemex reportó desabasto en 14 de sus 23 unidades. El IMSS no reportó cifras, por no estar disponibles. El resto de las instituciones no registró desabasto.

**INDICADOR No. 4.5**

**Porcentaje de personas seropositivas para el VIH con un primer recuento de células CD4 de < 200 células/μl en el 2013**

<b>Diagnóstico tardío de la infección por el VIH porcentaje de personas seropositivas cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue de menos de 200 células/ l</b>		<b>2013</b>
<b>Numerador:</b>	Número de personas seropositivas para el VIH con un primer recuento de células CD4 de < 200 células/μL en el 2013	8, 201
<b>Denominador:</b>	Número total de personas seropositivas para el VIH con primer recuento de células CD4 en el 2013	16, 401
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de personas seropositivas para el VIH con un primer recuento de células CD4 de < 200 células/μL en el 2013	50.0%

**Notas:**

**Qué mide** Este indicador mide la proporción de personas con un recuento de linfocitos CD4 menor a 200 células/ l de entre las que tuvieron un primer recuento de CD4 durante el período de notificación.

**Numerador:** Número de personas seropositivas cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue menor a 200 células/ l en el 2013

**Denominador:** Número total de personas seropositivas que tuvieron el primer recuento de linfocitos CD4 en el 2013

**Cálculo:** Numerador /Denominador \*100

**Frecuencia de Medición:** No específica

**Desglose:** Ninguno

A medida que los países aumentan los servicios relacionados con la infección por el VIH, es importante vigilar si las personas reciben el diagnóstico en una etapa temprana (o qué porcentaje aún lo recibe en una etapa posterior).

**Método de Medición propuesta por CONSIDA:** Para el numerador se considera el número de personas seropositivas cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue menor a 200 células/ l en el 2013.

Para el denominador se considera el número total de personas seropositivas que tuvieron el primer recuento de linfocitos CD4 en el 2013

**Metodología de cálculo utilizada por México:** La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013: incluye información del sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR, que representa el 99.2% del total de personas en TAR.

**Fuente del indicador reportado por México:** SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013.

**Observaciones:** Las cifras 2013 respecto del informe GARP 2012 (48%) no varían significativamente.

**INDICADOR No. 4.6**

**Atención de la infección por el VIH Tratamiento ARV**

		2013						
		Total	Hombres	Mujeres	Sexo desconocido	<15	15+	Edad desconocida
<b>4.6.a Número total de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH a fines del período de notificación</b>								
<b>Numerador a:</b>	Número total de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH a							
<b>4.6.b Número de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH durante el período de notificación</b>								
<b>Numerador b:</b>	Número de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH durante el período de notificación	<b>10,880</b>	<b>8,410</b>	<b>2,470</b>	<b>0</b>	<b>287</b>	<b>10,593</b>	<b>0</b>

**Notas:**

**Qué mide** Número de adultos y niños en seguimiento de la atención de la infección por el VIH por parte de los servicios de salud durante el período de notificación (2013). Las personas que están recibiendo atención incluyen aquellas que acudieron a los servicios de atención de la infección por el VIH al menos una vez durante el año de notificación.

**Numerador a):** Número total de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH a fines del período de notificación

**Numerador b)** Número de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH durante el período de notificación

**Cálculo:** NA

**Frecuencia de Medición:** Anual

**Desglose:** Por sexo: masculino, femenino, Por grupo de edad: mayores o menores de 15 años

Además de las pruebas de detección del VIH, es importante hacer el seguimiento del vínculo con la atención y el tratamiento de la infección por el VIH. La comparación de la evolución del número de personas a las que se les realizó la prueba de detección del VIH al finalizar el año no indica el número de personas nuevas que se registraron en la atención de la infección por el VIH, especialmente debido a que las pérdidas en la cascada del proceso continuo de la atención de la infección por el VIH pueden ser elevadas con un síndrome de desgaste importante y pérdidas de seguimiento. Por lo tanto, este indicador capta el número de pacientes que están registrados en servicios de atención de la infección por el VIH en espera de iniciar el tratamiento antirretroviral o que ya están recibiendo el tratamiento durante el año de notificación.

**Método de Medición propuesta por CENSIDA:**

Notificación doble: Si los pacientes son trasladados y esto no se registra correctamente, o si los pacientes están siendo seguidos en distintos centros de atención de la infección por el VIH y no están correctamente identificados, hay un riesgo de notificación doble que podría conducir a una sobreestimación de pacientes que iniciaron el tratamiento. Si este fuera el caso, por favor indíquelo.

De igual manera, si hay pacientes que dejan de recibir el tratamiento antirretroviral y, al reanudarlo, se codifican como pacientes nuevos, se sobreestimaría el número real de pacientes nuevos que comenzaron el tratamiento.

Representatividad nacional: El numerador es un indicador nacional acumulativo, producido generalmente por todos los establecimientos de salud. Sírvase hacer observaciones sobre sus datos según sea necesario. Opciones de triangulación: Informe de farmacia, a fin de comparar el número de personas que están

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2013: incluye información del sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR.

**Fuente del indicador reportado por México:**

SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013.

**Observaciones:**

IMSS, SEMAR, PEMEX e ISSSTE, no reportaron información en el Indicador 4.6.a., por no estar disponible la información en sus instituciones.

**INDI CADCR Nb. 4.7a.**

**Porcentaje de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el periodo de notificación que registraron supresión viral**

2013						
		Total	Hombres	Mujeres	<15	15+
<b>Porcentaje</b>	Porcentaje de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el periodo de notificación que registraron supresión viral	87.4%	87.9%	85.4%	79.6%	87.6%
<b>Numerador</b>	Número de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el período de notificación que registraron supresión (es decir, $\leq 1.000$ copias/ml)	51,307	40,079	11,228	1,067	50,240
<b>Denominador</b>	Número de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el período de notificación	58,725	45,578	13,147	1,341	57,384

**Notas:**

- Qué mide:** La carga viral es la manera de medir el efecto del tratamiento antirretroviral sobre la replicación viral. Según las directrices de la OMS del 2013 sobre el tratamiento antirretroviral, el fracaso terapéutico se define como un nivel de  $>1.000$  copias/ml.
- Numerador:** Número de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el período de notificación que registraron supresión (es decir,  $\leq 1.000$  copias/ml).
- Denominador:** Número de personas en tratamiento antirretroviral a las que se les realiza la prueba para determinar la carga viral en el período de notificación.
- Cálculo:**  $\text{Numerador} / \text{Denominador} * 100$
- Frecuencia de Medición:** En aquellos lugares en los que la medición de la carga viral se hace sistemáticamente, los resultados se registrarán en la historia clínica del paciente o en los sistemas de laboratorio. Estas mediciones de la carga viral pueden registrarse además de manera electrónica e informarse como parte de estudios de seguimiento de cohortes como el porcentaje de los pacientes que muestran una supresión viral en determinados puntos en el tiempo.
- Desglose:** Por sexo: masculino, femenino, Por grupo de edad: mayores o menores de 15 años

Una carga viral reducida por debajo de los límites de detección se denomina “carga viral indetectable”, generalmente entre 50 y 400 copias/ml.

**Método de  
Medición  
propuesta por  
CNASI DA:**

La carga viral de los pacientes que reciben atención puede usarse como un indicador de la calidad de la atención con respecto a la población en atención. Si se la mide con el transcurso del tiempo, debería reflejar el acceso a la atención de salud, la aceptación y el cumplimiento del tratamiento antirretroviral, y el seguimiento clínico adecuado de la carga viral. En el caso de algún sistema de salud específico, puede usarse como una medición aproximada del acceso a los antirretrovirales, el cumplimiento de la posología de los antirretrovirales, el cumplimiento por parte del paciente del seguimiento de la enfermedad y la calidad de la atención que se brinda a los pacientes. Establecimientos de atención de salud que recibieron pacientes para evaluar las necesidades de tratamiento antirretroviral y registros de tratamiento antirretroviral. Se contabiliza el número de pacientes que se vinculan a la atención y el tratamiento antirretroviral dentro del período de notificación.

Es importante restringir este indicador a las personas en tratamiento antirretroviral (y no incluir todas las pruebas realizadas) a fin de excluir las pruebas que se realizan más de una vez en el período de notificación. En algunos entornos se usan muestras de gotas de sangre seca para medir la carga viral. Este enfoque se considera poco preciso en la actualidad en niveles bajos y, por lo tanto, se debe aplicar un umbral más alto para definir la falla virológica (>3000 copias/ml).

El sistema de seguimiento de los pacientes puede proporcionar tanto datos transversales como de cohorte. Los datos de cohorte también pueden obtenerse de estudios especiales. Si se utilizan datos de laboratorio, estos datos deben ajustarse para evitar contar dos veces a los pacientes a los que se les realiza más de una prueba de medición de la carga viral en el período de notificación.

**Metodología de  
cálculo  
utilizada por  
México:**

Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CNASI DA), para el año 2013.

**Fuente del  
indicador  
reportado por  
México:**

SS/CNASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información de: SS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR, que representan al 71.0% del total de personas en TAR. Datos 2013.

**INDICADOR N.º 4.7b.**

**Porcentaje de personas en TAR a las que se les realizó la prueba para determinar la carga viral y que registran una carga viral de  $\leq 1.000$  copias tras 12 meses de tratamiento**

2013						
		Total	Hombres	Mujeres	<15	15+
<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral y que registraron <math>\leq 1.000</math> copias tras 12 meses de tratamiento</b>	<b>90.2%</b>	<b>91.1%</b>	<b>87.4%</b>	<b>80.4%</b>	<b>90.5%</b>
<b>Numerador</b>	Número de personas a las que se les realizó la prueba de la carga viral tras 12 meses de tratamiento que muestran supresión (es decir, $\leq 1.000$ copias) durante el período de notificación	45,959	35,753	10,206	961	44,998
<b>Denominador</b>	Número de personas a las que se les realizó la prueba de la carga viral tras 12 meses de tratamiento durante el período de notificación	50,942	39,265	11,677	1,195	49,748

**Notas:**

**Qué mide** La carga viral es la manera de medir el efecto del tratamiento antirretroviral sobre la replicación viral. Según las directrices de la OMS del 2013 sobre el tratamiento antirretroviral, el fracaso terapéutico se define como un nivel de  $>1.000$  copias/ml.

**Numerador** Número de personas a las que se les realizó la prueba de la carga viral tras 12 meses de tratamiento que muestran supresión (es decir,  $\leq 1.000$  copias) durante el período de notificación

**Denominador** Número de personas a las que se les realizó la prueba de la carga viral tras 12 meses de tratamiento durante el período de notificación

**Cálculo:** Numerador / Denominador \* 100

**Frecuencia de Medición:** En aquellos lugares en los que la medición de la carga viral se hace sistemáticamente, los resultados se registrarán en la historia clínica del paciente o en los sistemas de laboratorio. Estas mediciones de la carga viral pueden registrarse además de manera electrónica e informarse como parte de estudios de seguimiento de cohortes como el porcentaje de los pacientes que muestran una supresión viral en determinados puntos en el tiempo.

**Desglose:** Por sexo: masculino, femenino, Por grupo de edad: mayores o menores de 15 años

Una carga viral reducida por debajo de los límites de detección se denomina “carga viral indetectable”, generalmente entre 50 y 400 copias/ml.

La carga viral de los pacientes que reciben atención puede usarse como un indicador de la calidad de la atención con respecto a la población en atención. Si se la mide con el transcurso del tiempo, debería reflejar el acceso a la atención de salud, la aceptación y el cumplimiento del tratamiento antirretroviral, y el seguimiento clínico adecuado de la carga viral. En el caso de algún sistema de salud específico, puede usarse como una medición aproximada del acceso a los antirretrovirales, el cumplimiento de la posología de los antirretrovirales, el cumplimiento por parte del paciente del seguimiento de la enfermedad y la calidad de la atención que se brinda a los pacientes. Establecimientos de atención de salud que recibieron pacientes para evaluar las necesidades de tratamiento antirretroviral y registros de tratamiento antirretroviral. Se contabiliza el número de pacientes que se vinculan a la atención y el tratamiento antirretroviral dentro del período de notificación.

**Método de  
Medición  
propuesta por  
CONSIDA:**

Es importante restringir este indicador a las personas en tratamiento antirretroviral (y no incluir todas las pruebas realizadas) a fin de excluir las pruebas que se realizan más de una vez en el período de notificación. En algunos entornos se usan muestras de gotas de sangre seca para medir la carga viral. Este enfoque se considera poco preciso en

El sistema de seguimiento de los pacientes puede proporcionar tanto datos transversales como de cohorte. Los datos de cohorte también pueden obtenerse de estudios especiales. Si se utilizan datos de laboratorio, estos datos deben ajustarse para evitar contar dos veces a los pacientes a los que se les realiza más de una prueba de medición de la carga viral en el período de notificación.

Fuente de los datos: estudios de cohorte frente a estudios transversales. Número de personas a las que se les realizó la prueba para medir la carga viral.

**Metodología de  
cálculo  
utilizada por  
México:**

Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONSIDA), para el año 2013.

**Fuente del  
indicador  
reportado por  
México:**

SS/CONSIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información de: SS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR, que representan al 71.0% del total de personas en TAR. Datos 2013.

**INDICADOR N.º 5.1.**

**Porcentaje de casos incidentes de tuberculosis estimados en personas seropositivas que recibieron tratamiento para tuberculosis y VIH**

2013						
		Total	Hombres	Mujeres	<15	15+
<b>Porcentaje</b>	Porcentaje de casos incidentes de tuberculosis estimados en personas seropositivas que recibieron tratamiento para tuberculosis y VIH					
<b>Numerador</b>	Número de adultos y niños seropositivos que ha recibido terapia antirretrovírica de combinación según el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (conforme a las directrices del programa nacional de tuberculosis) durante el año sobre el que se informa.	512	422	90	21	491
<b>Denominador</b>	Número estimado de casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH					

**Notas:**

**Qué mide** La tuberculosis (TB) es la principal causa de morbilidad y mortalidad de las personas que viven con el VIH, incluidas aquellas que están en terapia antirretrovírica. Aumentar la detección de casos nuevos y el acceso al diagnóstico y tratamiento de calidad de la tuberculosis, según las directrices nacionales/internacionales, es fundamental para mejorar la calidad y la esperanza de vida de las personas que viven con el VIH. Es importante disponer de una medida del porcentaje de casos de coinfección por el VIH y la tuberculosis que pueden acceder a un tratamiento adecuado para la TB y el VIH.

**Numerador** Número de adultos y niños seropositivos que ha recibido terapia antirretrovírica de combinación según el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (conforme a las directrices del programa nacional de tuberculosis) durante el año sobre el que se informa.

**Denominador** Número estimado de casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH.

**Cálculo:** Numerador / Denominador \* 100

**Frecuencia de Medición:** Los datos deben recopilarse de forma continuada en los centros, agruparse de forma periódica, preferentemente cada mes o trimestre, y notificarse anualmente. También debe informarse aquí del año más reciente para el cual se dispone de datos y estimaciones.

**Desglose:** Por sexo: masculino, femenino. Por grupo de edad: mayores y menores de 15 años.

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:** Registros e informes de los centros acerca de la terapia antirretrovírica; herramientas de seguimiento incluidas en los programas. Datos y estimaciones de los programas de los casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH.



**Metodología de  
cálculo  
utilizada por  
México:**

La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2012: Sólo se incluye información de: SS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR que representan 70% del total de personas en TAR (incluye sector público y privado).

**Fuente del  
indicador  
reportado por  
México:**

Numerador: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del: Sector público: SS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013.  
Denominador: <http://www.who.int/tb/country/en>

**Observaciones:**

Pemex no reportó sus casos por sexo y edad, sólo el gran total. Se realizó estimaciones para el desglose de sexo y edad.

**Apéndice. 2**

**Diagnóstico de los casos de infección por el VIH y sida (OPS)**

Diagnóstico de los casos de infección por el VIH y sida (OPS)	2012		
	Total	Hombres	Mujeres
<b>P. 1d.- Número de casos de infección por el VIH diagnosticados en el 2012, desglosados por sexo para el 2012</b>	5,804	4,365	1,439
<b>P. 2d.- Número de casos de sida diagnosticados en el 2012 y notificados, por sexo, para el 2012</b>	5,548	4,452	1,096

**Notas:**

**Qué mide** El número de casos diagnosticados de nuevas infecciones por VIH y de sida por sexo para el año 2012.

**Método de Medición propuesto por CENSIDA:** No específica.

**Frecuencia de Medición:** No específica.

**Desglose** Por sexo

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

En México el la infección asintomática de VIH y los casos de Sida son registrados como dos padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica. Para lo cual se cuenta con el denominado "Registro nacional de casos sida" que elabora la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (SS), el cual concentra datos nacionales de los casos de sida y de infección por VIH diagnosticados y registrados en las diferentes instituciones de salud, públicas y privadas. Tanto la infección asintomática por virus de la inmunodeficiencia humana como el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, son de notificación obligatoria e inmediata y registrados como dos padecimientos específicos con clave CIE Z21 y B20-B24, respectivamente. En ambos casos se aplican metodologías y estrategias epidemiológicas compendadas como la vigilancia de casos, registro de casos, encuestas, vigilancia basada en laboratorio.

**Fuente del indicador reportado por México:**

1. SS/Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH - sida. México, SS, 2012.
2. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de sida. Información preliminar hasta la semana 52 de 2013. Fuente: SS/SUIVE/DGE. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/sida. Procesó: SS/Dirección General de Epidemiología.

**Observaciones:**

El marco legal de la vigilancia epidemiológica de la infección de VIH está establecido en la Ley General de Salud y en el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM 017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica y la Norma Oficial Mexicana NOM 010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. El cumplimiento de los lineamientos y procedimientos para la vigilancia epidemiológica del VIH/sida establecidos en el Manual referido es obligatorio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.

**INDICADOR 7.1. Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente**

Proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que han estado casadas o tenido pareja en alguna ocasión y que han sufrido violencia física o sexual por parte de una pareja masculina en los últimos 12 meses. 2013

Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente. 2013		Mujeres (todas las edades)	Mujeres seropositivas	Mujeres seronegativas	Mujeres (15-19)	Mujeres seropositivas (15-19)	Mujeres seronegativas (15-19)	Mujeres (20-24)	Mujeres seropositivas (20-24)	Mujeres seronegativas (20-24)	Mujeres (25-49)	Mujeres seropositivas (25-49)	Mujeres seronegativas (25-49)
<b>Numerador:</b>	Mujeres de entre 15 y 49 años de edad que tienen o han tenido una pareja sexual y que afirman haber sufrido violencia física o sexual por parte de dicha pareja en los últimos 12 meses	6,614	ND	ND	589	ND	ND	976	ND	ND	5,049	ND	ND
<b>Denominador:</b>	Número total de mujeres encuestadas de entre 15 y 49 años de edad que tienen o han tenido una pareja íntima	102,377	ND	ND	14,196	ND	ND	16,578	ND	ND	71,603	ND	ND
<b>Porcentaje:</b>	Proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que han estado casadas o tenido pareja en alguna ocasión y que han sufrido violencia física o sexual por parte de una pareja masculina en los últimos 12 meses	6.5%	ND	ND	4.1%	ND	ND	5.9%	ND	ND	7.1%	ND	ND

**Notas:**

**Qué mide** El progreso hacia la reducción de la prevalencia de la violencia contra las mujeres por parte de una pareja íntima (este indicador es un resultado en sí mismo, pero también un indicador aproximado de la desigualdad de género).

El término "pareja íntima" se refiere a la pareja con la que se conviva, estén o no estén casados durante ese tiempo. La violencia podría haberse dado después de la separación.

**Numerador:** Mujeres de 15-49 años de edad actualmente tiene o han tenido una pareja sexual, que reportaron haber experimentado violencia física o sexual con por lo menos una de estas parejas en los últimos 12 meses.

**Denominador:** Total de mujeres encuestadas de 15-49 años que actualmente tienen o han tenido una pareja íntima.

**Cálculo:** Numerador / Denominador \* 100

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:** Encuestas de base demográfica que ya se usan en los países, como las encuestas multinacionales de la OMS, o la ESD/AIS (módulo de violencia doméstica), Encuestas internacionales sobre la violencia contra las mujeres.

**Frecuencia de Medición:** 3-5 años

**Desglose:** Edad (15-19, 20-24 y 25-49)  
Estado serológico sobre el VIH (si está disponible)

**INDICADOR 7.1. Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente**

**Proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que han estado casadas o tenido pareja en alguna ocasión y que han sufrido violencia física o sexual por parte de una pareja masculina en los últimos 12 meses. 2013**

<b>Metodología de cálculo utilizada por México:</b>	<p>Se utilizaron datos de la "Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011" (ENDIREH 2011) que se realizó con base en el Marco Nacional de Viviendas 2002 del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), el cual fue construido a partir de la información demográfica y cartográfica obtenida del XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Este marco es una muestra maestra, a partir de ésta se seleccionan las muestras para todas las encuestas que realiza el INEGI, en viviendas. Para su conformación y estructura, se utilizó un diseño probabilístico, estratificado, unietápico y por conglomerados; como resultado del proceso se generan las unidades primarias de muestreo (UPM). En una segunda etapa, se seleccionan las viviendas que integran las muestras de las diferentes encuestas que realiza el INEGI. La ENDIREH 2011, se realizó entrevistando a mujeres de 15 años y más de cada hogar seleccionado. El levantamiento de la información por parte de las entrevistadoras se realizó del 3 de octubre al 11 de noviembre de 2011. El objetivo de la encuesta es cuantificar la prevalencia, frecuencia y magnitud de los diferentes tipos de violencia de género padecidos por todas las mujeres de 15 años y más, infligidos por su pareja o en los ámbitos familiar, Del cuadro "Mujeres de 15 a 49 años que han tenido pareja o esposo por condición de violencia física o sexual en los últimos 12 meses" elaborado por el INEGI se obtuvo, por un lado, el número de mujeres "Que ha tenido al menos una pareja a lo largo de su vida" (Incluye mujeres separadas, viudas y divorciadas) y las "Que han tenido al menos una agresión física y/o sexual por parte de su pareja o esposo, durante los últimos 12 meses" . Se pudieron efectuar los cálculos necesarios de acuerdo a las edades solicitadas.</p>
<b>Fuente del indicador reportado por México:</b>	<p>INEGI. Cuadro. Mujeres de 15 a 49 años que han tenido pareja o esposo por condición de violencia física o sexual en los últimos 12 meses. Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares 2011. Estimaciones con las Bases finales publicadas en 2013. Procesamiento realizado por personal de INEGI. -Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Panorama de violencia contra las mujeres en México: ENDIREH 2011. México: INEGI, c2013.</p>
<b>Observaciones:</b>	<p>En la publicación referida "Panorama de violencia contra las mujeres en México" se estima que de un total de 24,566,381 mujeres casadas o unidas de 15 y más años en el ámbito nacional, se registra que 11 018 415 (44.8%) han vivido algún episodio de maltrato o agresión en el transcurso de su vida conyugal. Por tipo de violencia se encontró que 2,842,309 (11.6%) tuvo violencia física; 1,288,793 (5.2%) violencia sexual; agresión económica 6,215,767 (25.3%); agresión emocional 9,826,235 (40%), la suma de los parciales no cuadra con el total porque las mujeres pudieron sufrir más de un tipo de violencia. En el reporte anterior (2012) los datos del indicador fueron sobre violencia física lo que explica en parte el porque los porcentajes reportados son más elevados.</p>

## ANEXO III. Matriz de gastos en VIH/Sida del informe MEGAS

**Portada Indicador No. 6.1: Gasto relativo al SIDA — 2011, 2012, 2013**

**Pais:**

**Fecha de entrada de datos:**  Ejemplo: 20/02/2013

1) ¿Qué instituciones o entidades tenían la responsabilidad de rellenar los formularios de los indicadores?  
 (CNS o equivalente, PNS u Otras)  
 Otras, sírvanse especificar:

2) ¿Quién es el responsable de la presentación del informe y del seguimiento en caso de que haya preguntas sobre el Indicador No. 1 UNGASS?  
**Nombre/cargo:**   
**Dirección:**   
**Correo electrónico:**   
**Teléfono:**

3) Nombre de la moneda local:

4) Montos reportados en:

2011	<input type="text"/>	(Moneda local o Dólares Americanos)
2012	<input type="text" value="Moneda local"/>	(Moneda local o Dólares Americanos)
2013	<input type="text"/>	(Moneda local o Dólares Americanos)

5) Montos expresados en:

2011	<input type="text" value="Unidad ( x 1)"/>	(Unidad ( x 1), Miles (x 1,000) or Millones (x 1,000,000) )
2012	<input type="text"/>	(Unidad ( x 1), Miles (x 1,000) or Millones (x 1,000,000) )
2013	<input type="text"/>	(Unidad ( x 1), Miles (x 1,000) or Millones (x 1,000,000) )

6) Tipo de cambio del Dólar Americano durante el periodo reportado:

2011	<input type="text" value="13.94760"/>	Moneda local por 1 Dólar Americano
2012	<input type="text"/>	Moneda local por 1 Dólar Americano
2013	<input type="text"/>	Moneda local por 1 Dólar Americano

7) Periodo reportado:

2011	<input type="text" value="Año calendario"/>	(Año calendario o Año fiscal)
2012	<input type="text"/>	(Año calendario o Año fiscal)
2013	<input type="text"/>	(Año calendario o Año fiscal)

8) Indique el mes y año del periodo reportado:

2011	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
	De: <input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2011"/>
	A: <input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="2011"/>
2012	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
	De: <input type="text"/>	<input type="text"/>
	A: <input type="text"/>	<input type="text"/>
2013	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
	De: <input type="text"/>	<input type="text"/>
	A: <input type="text"/>	<input type="text"/>

9) Metodología empleada:

2011	<input type="text" value="Medición nacional del gasto relativo al SIDA (MEGAS)"/>	(Medición nacional del gasto relativo al SIDA (MEGAS), Cuentas nacionales de salud/Subcuenta de SIDA, Encuestas de flujo de recursos de ONUSIDA/UNFPA/NIDI u Otros (especifique nombre completo))
2012	<input type="text"/>	(Medición nacional del gasto relativo al SIDA (MEGAS), Cuentas nacionales de salud/Subcuenta de SIDA, Encuestas de flujo de recursos de ONUSIDA/UNFPA/NIDI u Otros (especifique nombre completo))
2013	<input type="text"/>	(Medición nacional del gasto relativo al SIDA (MEGAS), Cuentas nacionales de salud/Subcuenta de SIDA, Encuestas de flujo de recursos de ONUSIDA/UNFPA/NIDI u Otros (especifique nombre completo))

10) Gastos no contabilizados:

(Mencione categorías de gasto y/o fuentes de financiamiento que tienen actividad en el país en el gasto en VIH pero que por diversos motivos no pudieron ser incluidos en la/s matriz(es); por ejemplo, por falta de información disponible)

11) Apoyo al presupuesto: ¿Recibe el presupuesto apoyo de alguna fuente internacional incluida en las subcategorías central/nacional y/o subnacional correspondientes a las fuentes públicas de financiación (por ej. donación de un donante bilateral al presupuesto nacional)?

2011	<input type="text" value="No"/>	(Si o No)
2012	<input type="text"/>	(Si o No)
2013	<input type="text"/>	(Si o No)

País:		MEXICO	
Periodo reportado:		Año calendario	
Metodología empleada:		Medición nacional del gasto relativo al SIDA (MEGAS)	
Montos reportados en:		0	
Índique mes y año (M/AAAA):	From:	Month	Year
	To:	1	2011
		12	2011
Nombre de la moneda local:		Peso	
Montos expresados en:		Unidad ( x 1)	
Tasa de cambio promedio con respecto al dólar :		13.948	
2011		TOTAL	
Categorías del gasto relativo al SIDA			
TOTAL		7,460,768,870	
01 Prevención (sub-total)		2,340,764,696	
01.01 Comunicación para el cambio social y comportamental (CCSyC)		33,820,592	
01.02 Movilización social y de la comunidad		3,622,570	
01.03 Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)		110,751,367	
01.04 Reducción del riesgo y actividades de prevención para poblaciones vulnerables y accesibles		5,927,366	
01.05 Prevención – jóvenes escolarizados		5,564,801	
01.06 Prevención – jóvenes no escolarizados		15,322,385	
01.07 Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH (PVV)		7,243,966	
01.08 Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes		19,340,290	
01.09 Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)		114,381,079	
01.10 Programas de reducción de daños para consumidores de drogas inyectables (CDI)		8,289,442	
01.11 Programas de prevención en el lugar de trabajo		130,000	
01.12 Comercialización social del preservativo		0	
01.13 Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial		470,536,563	
01.14 Suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial		0	
01.15 Microbicidas		0	
01.16 Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)		205,455,923	
01.17 Prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI)		936,453,923	
01.18 Circuncisión masculina		0	
01.19 Seguridad hematológica		403,818,689	
01.20 Inyecciones médicas seguras		13,000	
01.21 Precauciones universales		0	
01.22 Profi laxis posterior a la exposición (PPE)		32,740	
1.23 Profilaxis pre-exposición (nueva categoría en GARPR 2014)		0	
01.98 Actividades de prevención no desglosadas por intervención		60,000	
01.99 Actividades de prevención s.c.o.		0	

<b>02 Atención y tratamiento</b>	<b>4,885,125,143</b>
<b>02.01 Atención ambulatoria</b>	<b>4,726,664,127</b>
02.01.01 Asesoramiento y pruebas por iniciativa del proveedor (APIP)	174,015,995
02.01.02 Profilaxis y tratamiento ambulatorios de infecciones oportunistas (IO)	133,950,540
02.01.03 Terapia antirretrovírica	3,682,032,494
02.01.04 Apoyo nutricional asociado con la terapia antirretrovírica	2,347,970
02.01.05 Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH	732,825,229
02.01.06 Programas de atención odontológica para PVV	0
02.01.07 Tratamiento psicológico y servicios de apoyo	0
02.01.08 Atención paliativa ambulatoria	1,491,899
02.01.09 Atención domiciliaria	0
02.01.10 Medicina tradicional y servicios de atención y tratamiento informales	0
02.01.98 Servicios de atención ambulatoria no desglosados por intervención	0
02.01.99 Servicios de atención ambulatoria s.c.o.	0
<b>02.02 Atención hospitalaria</b>	<b>158,461,016</b>
02.02.01 Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas (IO)	158,461,016
02.02.02 Atención paliativa hospitalaria	0
02.02.98 Servicios de atención hospitalaria no desglosados por intervención	0
02.02.99 Servicios de atención hospitalaria s.c.o.	0
<b>02.03 Traslado de pacientes y rescate de emergencia</b>	<b>0</b>
<b>02.98 Servicios de atención y tratamiento no desglosados por intervención</b>	<b>0</b>
<b>02.99 Servicios de atención y tratamiento s.c.o.</b>	<b>0</b>
<b>03 Huérfanos y niños vulnerables (HNV) (sub-total)</b>	<b>0</b>
<b>03.01 Educación para HNV</b>	<b>0</b>
<b>03.02 Atención básica de la salud para HNV</b>	<b>0</b>
<b>03.03 Apoyo a la familia/al hogar para HNV</b>	<b>0</b>
<b>03.04 Apoyo comunitario para HNV</b>	<b>0</b>
<b>03.05 Servicios sociales para HNV y costos administrativos</b>	<b>0</b>
<b>03.06 Atención institucional para HNV</b>	<b>0</b>
<b>03.98 Servicios para HNV no desglosados por intervención</b>	<b>0</b>
<b>03.99 Servicios para HNV s.c.o.</b>	<b>0</b>
<b>04 Fortalecimiento de Sistemas y Coordinación de Programas [modificado de "Gestión y administración"</b>	<b>154,923,381</b>
<b>04.01 Planificación, coordinación y gestión de programas nacionales</b>	<b>102,340,065</b>
<b>04.02 Costos de administración y transacción asociados con la gestión y el desembolso de fondos</b>	<b>5,819</b>
<b>04.03 Vigilancia y evaluación</b>	<b>14,838,940</b>
<b>04.04 Investigación de operaciones</b>	<b>858,846</b>
<b>04.05 Vigilancia serológica (serovigilancia)</b>	<b>7,131,039</b>
<b>04.06 Vigilancia de la farmacoresistencia al VIH</b>	<b>0</b>
<b>04.07 Sistemas de suministros de fármacos</b>	<b>23,067</b>
<b>04.08 Tecnología de la información</b>	<b>1,683,075</b>
<b>04.09 Seguimiento de pacientes</b>	<b>0</b>
<b>04.10 Mejora y construcción de infraestructura</b>	<b>8,909,774</b>
<b>04.11 Pruebas del VIH obligatorias (no APV)</b>	<b>0</b>
<b>04.98 Gestión y administración de programas no desglosadas por tipo</b>	<b>19,132,756</b>
<b>04.99 Gestión y administración de los programas s.c.o.</b>	<b>0</b>



<b>05 Incentivos para recursos humanos</b>	<b>34,402,714</b>
05.01 Incentivos monetarios para recursos humanos	0
05.02 Formación para fortalecer una fuerza de trabajo sobre el VIH	0
05.03 Capacitación	34,402,714
05.98 Incentivos para recursos humanos no desglosados por tipo	0
05.99 Incentivos para recursos humanos s.c.o.	0
<b>06 Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV) (sub-total)</b>	<b>0</b>
06.01 Protección social a través de beneficios monetarios	0
06.02 Protección social a través de beneficios en especie	0
06.03 Protección social a través de la provisión de servicios sociales	0
06.04 Proyectos de generación de ingresos específicos del VIH	0
06.98 Servicios de protección social y servicios sociales no desglosados por tipo	0
06.99 Servicios de protección social y servicios sociales s.c.o.	0
<b>07 Entorno favorable (sub-total)</b>	<b>18,088,084</b>
07.01 Sensibilización	4,290,704
07.02 Programas de derechos humanos	3,914,571
07.03 Desarrollo institucional específico del sida	7,821,256
07.04 Programas específicos del sida orientados a las mujeres	160,000
07.05 Programas para reducir la violencia de género	1,901,553
07.98 Entorno favorable no desglosado por tipo	0
07.99 Entorno favorable s.c.o.	0
<b>08 Investigación relacionada con el VIH (sub-total)</b>	<b>27,464,852</b>
08.01 Investigación biomédica	0
08.02 Investigación clínica	3,256,266
08.03 Investigación epidemiológica	1,206,670
08.04 Investigación en ciencias sociales	23,001,916
08.05 Investigación relacionada con las vacunas	0
08.98 Actividades de investigación relacionada con el VIH no desglosadas por tipo	0
08.99 Actividades de investigación relacionada con el VIH s.c.o.	0