

**Secretaría de Salud
Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el
Sida (Censida)**

**Informe nacional del monitoreo de compromisos y
objetivos ampliados para poner fin al sida
(Informe GAM)**

**México, 2017
Versión preliminar**

**Periodo reportado: enero-diciembre 2016
Fecha del informe: 30 abril 2017**

**LISTA DE AGRADECIMIENTOS A PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN
DEL INFORME 2016**

GOBIERNO FEDERAL

NOMBRE	CARGO	INSTITUCIÓN
Dra. Patricia E. Uribe Zúñiga	Directora General	Censida
Dr. Francisco Javier Posadas Robledo	Director de Investigación Operativa	Censida
Dr. Carlos L. Magis Rodríguez	Director de Atención Integral	Censida
Mtro. Agustín López González	Director de Prevención y Participación Social	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	Censida
Lic. Raúl Ortiz Mondragón	Responsable técnico para la elaboración y captura del Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el Sida	Censida
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	Censida

Lic. Georgina Esquivel García	Apoyo técnico para indicadores del informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el Sida	Censida
Dra. Elia Loo Méndez	Apoyo técnico para indicadores del informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el Sida	Censida
Lic. Juan René Hernández Rodríguez Juárez	Subdirector de Investigación de Modelaje	Censida
Dra. Lucila Villegas Icazbalceta	Subdirectora de Coordinación Estatal	Censida
Mtra. Adriana Villafuerte García	Jefa del Departamento de Programas Estatales	Censida
Dra. Paloma de Fátima Ruíz Gómez	Subdirectora de Programas Multilaterales	Censida
Mtro. Juan Carlos Jaramillo Rojas	Subdirección de Normatividad y Apoyo Técnico	Censida
Dr. Eddie Antonio León Juárez	Médico Infectólogo	Censida
Mtra. Marisol Valenzuela Lara	Epidemióloga clínica	Censida
Mtro. Mikel Andoni Arriola Peñalosa	Director General	Imss
Lic. Luis Rafael Pérez Enriquez	Jefe División Diagnostico Serv. Salud	Imss
Ing. Enrique Sangenis Díaz	Asesor Homólogo de la Dirección de Prestaciones Médicas	Imss

Ing. Joaquín Papaqui Hernández	Área de Integración de Información del IMSS.	Imss
Lic. Martha Cristina Zamudio Jimenez	Responsable de Proyecto	Imss
Lic. Aidé Jazmín Gonzalez Cruz	Jefe de Área	Imss
Dr. Víctor Almanza Forter	Coordinador Médico	Imss
Lic. José Reyes Baeza Terrazas.	Director General	Issste
Dr. Rafael Manuel Navarro Meneses	Director Médico	Issste
Dr. Mario Jáuregui Chiu	Jefe del Departamento de Vigilancia Epidemiológica de la Subdirección General Médica	Issste
Dr. José Antonio González Anaya	Director General	Pemex
Dra. Perla Ríos Villalba	Médico Especialista en Salud Pública	Pemex
Almirante Vidal Francisco Soberón Sanz	Secretario de Marina y Armada de México	Semar
Teniente Víctor Gómez Bocanegra	Responsable Vigilancia Epidemiológica y Subdirección de Salud Pública	Semar

General Salvador Cienfuegos Zepeda	Secretario General	Sedena
Tte. Cor. Médico César Raúl Cañete Ibañez	Srio. Suplente Comité Infección Hospital Central Militar	Sedena
Dr. Manuel Mondragón y Kalb	Comisionado Nacional Contra las Adicciones	Conadic
Mtra. Irais Mariana Reyes Martínez	Subdirectora de Área	Conadic
Mtra. Carmen Fernández Cáceres	Directora General	CIJ
Dra. Laura Margarita León León	Subdirectora de Hospitalización y Proyectos Clínicos	CIJ

PROGRAMAS ESTATALES DE VIH, SIDA E ITS

Se agradece a los Programas Estatales del VIH y el Sida de las Ciudad de México y las 31 entidades federativas por su constante trabajo para la actualización de los indicadores que forman parte de la respuesta 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 las personas que se inyectan droga.

NOMBRE	CARGO	INSTITUCIÓN
Dr. Jorge Guillermo Gaxiola Lugo	Responsable Estatal	Programa de VIH/SIDA e ITS Baja California
Lic. Krissel García Hernández	Responsable Estatal	Responsable Estatal del Programa de VIH/SIDA/ITS Chihuahua
Dra. Lourdes Avilés Ávila	Responsable Estatal	Programa de VIH/SIDA Durango
Dra. Juana del Carmen Chacón Sánchez	Jefa del Depto.	Depto. de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida Michoacán
Dr. Luis Antonio Sánchez López	Secretario Técnico	COESIDA Nuevo León

Dr. Juan Manuel García Díaz	Jefe del Depto.	Depto. Estatal de Prevención y Control del SIDA e ITS Sinaloa
Dr. Sergio Armando Salazar Arriola	Responsable Estatal	Programa Estatal de Respuesta al VIH/SIDA/ITS Sonora
Dr. Alejandro Cortez Calderón	Jefe de Programa	Programa de Prevención y Atención del VIH/SIDA/ITS Tamaulipas
Dr. Ezequiel Reyes Durán	Responsable Estatal	Programa de VIH/SIDA/ITS Zacatecas

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida agradece a las 8 Organizaciones de la Sociedad Civil que participaron en el proceso de elaboración del presente informe, conforme a la convocatoria pública emitida, por sus comentarios puntuales a los indicadores que reporta el país.

NOMBRE	CARGO	ORGANIZACIÓN
Raúl Macías López	Coordinador de Prevención	Comunidad de los Martines, A.C.
Aarón Rojas Cortés	Gerente de Programas.	Inspira Cambio A.C.
Gabriela García Patiño	Programa de Mujeres Derechos Sexuales y VIH	Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud, A.C.
Jacinto Abel Quiroga Quintanilla	Presidente y Representante Legal	Acción Colectiva por los Derechos de las Minorías Sexuales, A.C.

Alejandro Jaime García	Coodinador General	Grupo de Madres Lesbianas, A.C.
Said Slim Pasaran	Coordinador de Proyectos	Integración Social, Verter A.C.
Diana García Ordóñez	Representante legal	Salud Integral para la Mujer, A. C.
Georgina Gutiérrez Alvarado	Presidenta	Movimiento Mexicano de Ciudadanía Positiva, A.C.

ORGANISMO DE LAS NACIONES UNIDAS

NOMBRE	CARGO	ORGANIZACIÓN
F. Javier Arellano Ayala	Coordinador	Grupo UNFPA ONUSIDA
Dr. Javier Domínguez Del Olmo.	Oficial Nacional de Programas	UNFPA
Dr. Enrique Gil Bellorin	Asesor en Enfermedades Crónicas y Salud Mental.	OPS/OMS
Dr. Matthias Sachse	Oficial Nacional de Salud y Nutrición	UNICEF
Karin Mattsson	Asociada de Programas	ONUMUJERES
Anwar Suárez	Gerente del Programa de Reducción de la Pobreza y Competitividad Productiva y Punto Focal de VIH/SIDA	PNUD
Ana Acosta	Asistente de Protección	ACNUR
Francisco García	Coordinador de la Oficina del Coordinador Residente	OCR/PNUD
Paulina Velez	Asesora	Departamento de Seguridad de las Naciones Unidas (UNDSS)

SECTOR PRIVADO

Nombre	Cargo	Institución
Beatriz María Martínez Ramírez	Gerente Administrativo	Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones SA de CV

APOYO PARA SESIÓN BLACKBOARD COLLABORATE CON OSC

NOMBRE	CARGO	ORGANIZACIÓN
Enrique Gil Bellorin	Enfermedades Crónicas y Salud Mental	OPS/OMS
Dante Salazar	Apoyo Técnico	OPS/OMS

ÍNDICE

ACRÓNIMOS

INTRODUCCIÓN

I. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y TÉCNICOS DEL INFORME

1.1 La participación de las entidades interesadas

1.2 Tabla general de Indicadores

II. LA EPIDEMIA DE VIH EN MÉXICO

2.1 Panorama mundial y regional de la epidemia del VIH

2.2 Situación nacional de la epidemia del VIH

III. REPORTE DE INDICADORES DE AVANCE EN LA RESPUESTA AL VIH Y SIDA

COMPROMISO 1: Garantizar que 30 millones de personas que viven con el VIH tengan acceso a tratamiento cumpliendo con los objetivos 90–90–90 para el año 2020.

1.1 Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH

1.2 Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral.

1.3 Retención en la terapia antirretroviral a los 12 meses.

1.4 Personas que viven con el VIH que han suprimido su carga viral.

1.5 Diagnóstico tardío del VIH.

1.6 Desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales.

1.7 Mortalidad relacionada con el sida.

COMPROMISO 2: Eliminar nuevas infecciones infantiles de VIH para el año 2020 a la vez que se garantiza que 1,6 millones de niños tengan acceso a tratamiento para el VIH para el año 2018.

34

2.2 Transmisión maternoinfantil del VIH.

2.3 Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH.

2.4 Casos de sífilis entre mujeres embarazadas.

2.5 Índice de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos).

COMPROMISO 3: Asegurar Acceso a las opciones de prevención combinada, incluida la profilaxis preexposición, circuncisión masculina médica voluntaria, reducción de daños y condones, para por lo menos el 90% de las personas en el 2020, especialmente mujeres jóvenes y adolescentes países de alta prevalencia y poblaciones clave - Hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, trabajadores sexuales y sus clientes, personas que inyectan drogas y presos.

3.1 Prevención de la transmisión materno-infantil

Estimaciones sobre el tamaño de grupos de población clave.

3.2A. Trabajo sexual.

3.2B.- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

3.2C.- Personas que se inyectan drogas.

3.2D.- Personas transgénero.

3.2E.- Personas privadas de la libertad.

3.9 Agujas y jeringas por cada persona que consume drogas inyectables.

3.10 Cobertura de las terapias de sustitución de opiáceos.

3.11 Sífilis activa entre profesionales del sexo.

3.12 Sífilis activa entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

3.18 Uso del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo.

COMPROMISO 3: Asegurar Acceso a las opciones de prevención combinada, incluida la profilaxis pre exposición, circuncisión masculina médica voluntaria, reducción de daños y condones, para por lo menos el 90% de las personas en el 2020, especialmente mujeres jóvenes y adolescentes países de alta prevalencia y poblaciones clave - Hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, trabajadores sexuales y sus clientes, personas que inyectar drogas y presos.

4.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH.

COMPROMISO 10: Compromiso para sacar el sida del aislamiento a través de sistemas centrados en las personas para mejorar la cobertura sanitaria universal, lo que incluye el tratamiento de la tuberculosis, el cáncer de cuello de útero y la hepatitis B y C.

10.1 Gestión compartida del tratamiento para la TB y el VIH

10.2 Proporción de personas que viven con el VIH registradas por primera vez en la atención para el VIH teniendo un cuadro de TB activa.

10.3 Proporción de personas que viven con el VIH registradas por primera vez en la atención para el VIH hallándose en terapia preventiva para TB.

10.5 Gonorrea entre la población masculina.

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

ANEXO I. ICPN parte A y B. 2016

ANEXO II. Encuesta sobre uso de antirretrovirales y pruebas diagnósticas, y aplicación de las recomendaciones de la Guía Consolidada de la OMS. Encuesta de situación en el 2016

Anexo III. Fichas Técnicas de los Indicadores

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 VIH y el Sida
CIJ	Centro de Integración Juvenil
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CNEGySR	Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva
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
ENIM	Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres
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
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 en VIH, sida e ITS
HSH	Hombre que tiene Sexo con Hombre
HTS	Hombre Trabajador Sexual
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
MT	Mujeres transexuales
MTS	Mujer Trabajadora Sexual
Pid	Personas que se inyectan drogas
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)
Pid	Persona que se inyecta droga
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
PVV	Personas viviendo con VIH
SaiH	Servicios de Atención Integral Hospitalaria
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 GAM 2017 (por sus siglas en inglés: “Global Aids Monitoring”) presenta los avances en la respuesta de México ante la epidemia del VIH, conforme a los compromisos internacionales adoptados por el país en la Declaración Política de 2016, en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del sida para 2030, aprobada por la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el sida en junio de 2016, la cual está basada en Declaración de Compromiso sobre el VIH/sida de 2001, la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2006 y la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011.

Para su seguimiento, ONUSIDA apoya a los países en el reporte los avances en torno a diez compromisos de la presente Declaración, a saber:¹

COMPROMISO 1: Garantizar que 30 millones de personas que viven con el VIH tengan acceso a tratamiento cumpliendo con los objetivos 90–90–90 para el año 2020.

COMPROMISO 2: Eliminar nuevas infecciones infantiles de VIH para el año 2020 a la vez que se garantiza que 1,6 millones de niños tengan acceso a tratamiento para el VIH para el año 2018.

COMPROMISO 3: Garantizar el acceso a opciones de prevención combinada, entre ellas profilaxis previa a la exposición, circuncisión masculina médica voluntaria, reducción de daños, y preservativos, para como mínimo el 90% de las personas de aquí a 2020, especialmente mujeres jóvenes y chicas adolescentes en países con alta prevalencia y grupos de población clave (los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los profesionales del sexo y sus clientes, las personas que usan drogas inyectables y los presos).

COMPROMISO 4: Eliminar las desigualdades de género y acabar con todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave, para el año 2020.

COMPROMISO 5: Garantizar que el 90% de los jóvenes tengan los conocimientos y capacidades necesarios para protegerse del VIH y que tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para el año 2020, para reducir

¹ ONUSIDA. *Directrices: Monitoreo Global del Sida 2017*. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2016. Ginebra, Suiza. Páginas 4-7.

el número de nuevas infecciones por el VIH entre chicas adolescentes y mujeres jóvenes a menos de 100.000 al año.

COMPROMISO 6: Garantizar que el 75% de las personas que viven con el VIH o que estén en situación de riesgo o que se vean afectadas por el VIH se beneficien de protección social sensible ante el VIH para el año 2020.

COMPROMISO 7: Garantizar que como mínimo el 30% de todas las actuaciones de prestación de servicios estén dirigidas por la comunidad para el año 2020.

COMPROMISO 8: Garantizar que las inversiones en materia del VIH se incrementen a 26.000 millones de USD para 2020, con una cuarta parte de esa cifra para prevención del VIH y el 6% para facilitadores sociales.

COMPROMISO 9: Empoderar a las personas que viven con el VIH, en situación de riesgo en relación con el virus o que se ven afectadas por el VIH para que conozcan sus derechos y accedan a la justicia y a servicios jurídicos para prevenir y dar respuesta a violaciones de derechos humanos

COMPROMISO 10: Compromiso para sacar el sida del aislamiento a través de sistemas centrados en las personas para mejorar la cobertura sanitaria universal, lo que incluye el tratamiento de la tuberculosis, el cáncer de cuello de útero y la hepatitis B y C

Para el seguimiento de cada compromiso se establecen una serie de indicadores básicos propuestos por el Onusida, a los que los Estados Miembros, incluido México, se comprometieron a informar a la Asamblea General.

En el presente informe, se incluyen datos disponibles para el país, para algunos de los compromisos referidos, con cifras al cierre 2016, a excepción de la mortalidad, cuyas cifras definitivas son al cierre 2015. Los datos empleados en el cálculo de los indicadores, en su mayoría, derivan de sistemas de información nacional, encuestas, estudios; aunque también se incluyen estimaciones basadas en fuentes primarias.

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

1. Número y nombre del indicador
2. Qué mide el indicador
3. Numerador
4. Denominador (en los casos en los que aplique)

5. Cálculo (en los casos en los que aplique)
6. Frecuencia de medición
7. Metodología de cálculo propuesto por Onusida
10. Metodología de cálculo utilizada por México
11. Fuente del indicador reportado por México
12. Observaciones

Los avances de respuesta nacional 2017 incluyen:

- Apartado de indicadores básicos;
- La respuesta a los siguientes cuestionarios: i) Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales: Parte A y B y ii) Encuesta sobre uso de antirretrovirales y pruebas diagnósticas, y aplicación de las recomendaciones de la Guía Consolidada de la OMS. Encuesta de situación en el 2016.
- Informe descriptivo de los avances en el país.

El informe descriptivo está dividido en tres grandes apartados y sus anexos:

1. En el primer apartado se describe brevemente el proceso de construcción del presente informe y la metodología utilizada.
2. 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.
3. En el tercer apartado, se analiza a detalle cada uno de los indicadores propuestos por el Onusida para el seguimiento de la Declaración Política 2016.
4. En la parte final del informe se encuentran los anexos en donde puede consultarse las fichas técnicas de los indicadores y los cuestionarios anteriormente comentados.

Los avances de país son producto de la participación y articulación de diversos sectores: instituciones del sector salud público, organizaciones de la sociedad civil, centros de estudios y organizaciones de la iniciativa privada.

Este informe está dirigido a las autoridades de todos los niveles de gobierno, a la sociedad civil con trabajo en VIH; a centros e institutos de investigación; a las agencias; así como a las personas viviendo con VIH y a todas aquellas personas afectadas o interesadas en el tema.

I. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y TÉCNICOS DEL INFORME

1.1 La participación de las entidades interesadas

El Censida, como cada año, diseñó un plan de trabajo que contempló la recolección y validación de información para el cálculo de los indicadores que serían actualizados en esta ronda, lo cual dependió de la disponibilidad de fuente de información y de la periodicidad establecida para el reporte de los mismos. Asimismo, se contempló una estrategia para dar respuesta al cuestionario de ARV y el ICPN parte A y B.

En este sentido, se solicitó información a las instituciones del sector salud público, a través del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional de para la prevención y control del Sida (Conasida), el cual tiene operando un grupo de trabajo denominado Grupo de Información Sectorial en VIH, sida e ITS, en el cual participan las diversas instituciones del sector salud público (SS, IMSS, ISSSTE, Pemex, Semar y Sedena) que, en su mayoría, responde al apartado de indicadores; mientras que los cuestionarios fueron respondidos por las direcciones de áreas técnicas del Censida (ARV e ICPN parte A), por las OSC y organismos de naciones unidas –ONU- (ICPN parte B).

También, se consultaron resultados de encuestas poblacionales y artículos publicados que nos pudieran orientar en la estimación del tamaño de las poblaciones clave.

La información fue validada por el Grupo de Información Sectorial, el Censida, OSC y agencias de la ONU participantes, en el área de acción de cada uno. Particularmente, con OSC y ONU se tuvieron dos sesiones Webex, en las cuales se realizaron comentarios al apartado de indicadores que el país presenta en esta ronda y se discutieron algunas preguntas del ICPN parte B para las cuales habría discrepancia en las respuesta de OSC y ONU.

Metodología

La elaboración del Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al sida 2017, estuvo coordinado por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (Censida).

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

- Para la actualización de información de los indicadores, se solicitó información a: GIS (SS, Imss, Issste, Pemex, Sedena y Semar); los

Programas Estatales de VIH, sida e ITS; organizaciones de la sociedad civil y empresas privadas.

La información enviada por estas instancias fue revisada por el equipo de monitoreo de indicadores del Censida y en su defecto vuelta a consultar con las instancias que enviaron la información, con fines de validación de las cifras finales utilizadas en el reporte.

- La respuesta a ambos cuestionarios estuvo a cargo del Censida, según el nivel de especialización de cada dirección de área (ARV e ICPN parte A).
- Por su parte, las OSC y ONU participantes en el informe, respondieron el cuestionario referente al ICPN parte B).
- Para difusión de avances y aportaciones de las organizaciones de la sociedad civil, en una primera etapa, el Censida emitió una convocatoria pública abierta para invitar a una videoconferencia a las organizaciones registradas en el censo de organizaciones con trabajo en VIH, Sida e ITS, que dispone el Centro Nacional. La convocatoria se difundió en el sitio Web del Censida; al tiempo que fue enviado un correo electrónico a cada OSC. Once OSC se inscribieron para participar, pero finalmente ocho organizaciones asistieron a las dos reuniones virtuales, así como un representante de la ONU, que recabó las respuestas de ICPN parte B por parte de las organizaciones de las naciones unidas y estuvo presente en la sesión del apartado de indicadores. Estas sesiones virtuales se dieron a través de la plataforma *Blackboard Collaborate*, gracias al apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quien ha prestado sus instalaciones y tecnología, en los últimos años, para el desarrollo de esta actividad.

Los comentarios transcritos de las OSC participantes fueron enviados por correo electrónico, con el fin de que validaran y ampliaran la información compartida por ellas en dichas reuniones.

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 20.0. Para los análisis de las otras fuentes de información se utilizó Excel.

d. Validación de indicadores.

Una vez concluido el apartado de indicadores, se sostuvieron reuniones bilaterales de trabajo con funcionarios del Censida a fin de validar las cifras enviadas sobre la Secretaría de Salud y se realizaron diversas reuniones con el GIS y bilaterales con cada institución del sector salud público para la validación de la información reportada por las mismas.

e. Respuesta a ICPN (parte A y B), así como Encuesta de ARV

f. Elaboración del Informe escrito.

El Censida elaboró el informe final.

g. Captura en línea en el sistema oficial de ONUSIDA.

Conforme se iba concluyendo la sección de indicadores, el informe escrito y los cuestionarios de la encuesta sobre uso de antirretrovirales y pruebas diagnósticas y aplicación de las recomendaciones de la guía consolidada de la OMS. Encuesta de situación en el 2015 y las preguntas de política y programáticas, 2015; el equipo del CENSIDA capturaba en línea estos elementos, en el sistema diseñado por el ONUSIDA, expresamente para este fin.

h. Difusión del informe

El informe GAM 2017, 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, durante el 2016.

Cuadro 1. Lista de Indicadores

COMPROMISO 1: Garantizar que 30 millones de personas que viven con el VIH tengan acceso a tratamiento cumpliendo con los objetivos 90–90–90 para el año 2020.			
Datos 2016			
No. Consecutivo	No.	Nombre	Disponibilidad
1	1.1	Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH.	141,443 (Total con VIH y conocen su estado serológico) 110,593 (hombres) 30, 850 (mujeres) 2,687 (0 a 14 años) 123,043 (15 a 49 años) 15,713 (50 años ó más)
2	1.2	Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral.	131,879 (total en TAR) 18,724 (nuevos ingresos a TAR)
3	1.3	Retención en la terapia antirretroviral a los 12 meses.	87.2% 87.7% (hombres) 84.9% (mujeres) 85.3% (<15 años) 87.3% (15 años ó más)
4	1.4	Personas que viven con el VIH que han suprimido su carga viral.	84.0% (total) 84.4% (hombres) 82.4% (mujeres) 70.9% (<15 años) 84.2% (15 años ó más)
5	1.5	Diagnóstico tardío del VIH.	39.6% (<200 cel) 57.7%(<350 cel)
6	1.6	Desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales.	3.7%
7	1.7	Mortalidad relacionada con el sida.	2015= 3.9%

COMPROMISO 2: Eliminar nuevas infecciones infantiles de VIH para el año 2020 a la vez que se garantiza que 1,6 millones de niños tengan acceso a tratamiento para el VIH para el año 2018.

Datos 2016			
No. Consecutivo	No.	Nombre	Disponibilidad
8	2.2	Transmisión maternoinfantil del VIH.	En proceso Spectrum
9	2.3	Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH.	1,175 mujeres embarazadas con VIH en TAR 721 iniciaron TAR durante el embarazo actual 454 se encontraban en TAR antes del embarazo actual
10	2.4	Casos de sífilis entre mujeres embarazadas.	60% de detección de sífilis en mujeres embarazadas. No disponible información sobre mujeres embarazadas reactivas a sífilis, ni mujeres con sífilis que recibieron tratamiento.
11	2.5	Índice de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos).	0.08 casos nuevos de sífilis congénita por cada mil nacidos vivos

COMPROMISO 3: Asegurar Acceso a las opciones de prevención combinada, incluida la profilaxis preexposición, circuncisión masculina médica voluntaria, reducción de daños y condones, para por lo menos el 90% de las personas en el 2020, especialmente mujeres jóvenes y adolescentes países de alta prevalencia y poblaciones clave - Hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, trabajadores sexuales y sus clientes, personas que Inyectar drogas y presos.

Datos 2016

No. Consecutivo	No.	Nombre	Disponibilidad
12	3.1	Incidencia del VIH.	Spectrum
13	3.2	Estimaciones sobre el tamaño de grupos de población clave.	236,930 Trabajo sexual (hombres y mujeres) 1,160,439 Hombres que tienen sexo con hombres 164,157 Personas que se inyectan drogas 116,044 Transgénero 247,488 Personas privados de la libertad
14	3.9	Agujas y jeringuillas distribuidas por cada persona que usa drogas inyectables.	6.1 jeringas distribuidas por Pudi
15	3.10	Cobertura de las terapias de sustitución de opiáceos.	7,647 usuarios de drogas inyectables que recibieron terapia de sustitución de opiáceos
16	3.11	Sífilis activa entre profesionales del sexo.	Hombres: 5.2% Mujeres: 1.8% TTT: 8.3%
17	3.12	Sífilis activa entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.	14.8%
18	3.18	Uso del preservativo en la última relación sexual de alto riesgo.	63.2% Mujeres de 15 a 24 años de edad

COMPROMISO 4: Eliminar las desigualdades de género y acabar con todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave, para el año 2020.

Datos 2016

No. Consecutivo	No.	Nombre	Disponibilidad
19	4.1	Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH.	Mujeres 15-49 años 19.2% (pregunta 1) 10.7 (pregunta 2)

COMPROMISO 5: Garantizar que el 90% de los jóvenes tengan los conocimientos y capacidades necesarios para protegerse del VIH y que tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para el año 2020, para reducir el número de nuevas infecciones por el VIH entre chicas adolescentes y mujeres jóvenes a menos de 100.000 al año.

Datos 2016

No. Consecutivo	No.	Nombre	Disponibilidad
20	5.1	Personas jóvenes: Conocimientos sobre la prevención del VIH.	Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH al tener relaciones sexuales con un solo compañero no infectado que no tiene otros compañeros: 66.9% Puede una persona reducir el riesgo de contraer el VIH usando un condón cada vez que tienen relaciones sexuales: 78.5% Puede una persona de aspecto saludable tener VIH: 47.8% Puede una persona contraer el VIH por picaduras de mosquitos: 66.8% Puede una persona contraer el VIH al compartir alimentos con alguien que está infectado: 81.1%
21	5.2	Demanda de servicios de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos.	Mujeres de 15 a 49 años de edad Demandas satisfecha de servicios de planificación familiar con métodos modernos = 49.3%

COMPROMISO 10: Compromiso para sacar el sida del aislamiento a través de sistemas centrados en las personas para mejorar la cobertura sanitaria universal, lo que incluye el tratamiento de la tuberculosis, el cáncer de cuello de útero y la hepatitis B y C.

Datos 2016			
No. Consecutivo	No.	Nombre	Disponibilidad
22	10.1	Gestión compartida del tratamiento para la TB y el VIH	Total: 2,677; Hombres 2,147; Mujeres 530; > de 15 años 27; < de 15 años 2,650
23	10.2	Proporción de personas que viven con el VIH registradas por primera vez en la atención para el VIH teniendo un cuadro de TB activa.	5.3%
24	10.3	Proporción de personas que viven con el VIH registradas por primera vez en la atención para el VIH hallándose en terapia preventiva para TB.	2.2%
25	10.5	Gonorrea entre la población masculina.	2.06 Tasa por cada 100 mil hombres de 15 o más años de edad

II. LA EPIDEMIA DEL VIH EN MÉXICO

2.1 Panorama mundial y regional de la epidemia del VIH

Al cierre 2015, 36.7 millones de personas viven con VIH (34.0–39.8 millones):

- 34.9 millones son adultos (32.4–37.9 millones).
- 17.8 millones son mujeres (16.4–19.4 millones).
- 1.8 millones son niños menores de 15 años (1.5–2.0 millones).

El número de personas con acceso al tratamiento antirretroviral aumentó de menos de un millón en el año 2000 a 18.2 millones en junio del 2016. La meta 2020 es llegar a 30 millones de personas en tratamiento.

35 millones (29.6–40.8 millones) han muerto por enfermedades relacionadas al sida, desde el comienzo de la epidemia hasta 2015.

La mortalidad por VIH disminuyó 27%, al pasar de 1.5 en 2000 a 1.1 millones de defunciones en 2015. La meta es reducir a 500 mil defunciones en el año 2020 y a 200 mil en el 2030.

La tuberculosis (TB) es la principal causa de muerte en las personas infectadas por VIH en el mundo.

Las defunciones por sida relativas a la TB se han reducido 22%, durante el periodo 2000-2015. La meta 2020 plantea reducir a 120 mil.

78 millones de personas se han infectado por VIH, desde el inicio de la epidemia hasta el 2015.

Alrededor de 5,700 nuevas infecciones por el VIH (adultos y niños) al día:

- 66% se encuentran en el África subsahariana,

- 400 son en niños menores de 15 años y
- 5,300 son entre adultos mayores de 15 años, de los cuales:
 - casi 47% son mujeres,
 - aproximadamente 35% son jóvenes (15-24 años de edad) y
 - alrededor del 20% son mujeres jóvenes (15-24 años de edad).

Las nuevas infecciones por VIH descendieron 34%, en los últimos 15 años (3.2 millones en 2000 a 2.1 millones en 2015). La meta 2020 es llegar a menos de 50 mil en el mundo y en el 2030 a 20 mil.

Las nuevas infecciones en niños disminuyeron 69% desde el 2000 (490 mil en 2000 a 150 mil en 2015). La meta 2010 es reducir esta cifra a 50 mil.

Las nuevas infecciones en adultos se redujeron 30% desde el 2000 (2.7 millones en 2000 a 1.9 millones en 2015).

Número de pastillas utilizadas en el tratamiento de las personas con VIH:

- Año 2000: 8 pastillas.
- Año 2015: 1 pastillas.
- Meta 2030: 1 pastilla o inyección cada tres meses.

Costo del tratamiento antirretroviral por persona al año:

- Año 2000: 10 mil USD.
- Año 2015: 100 USD régimen de primera línea.
- Año 2030: 100 USD todos los regímenes disponibles.

La inversión por VIH aumentó de 5 a 19 billones de USD, de 2000 a 2015 y se tiene como meta 2020 hacerla crecer hasta 26 billones de USD.

En los últimos 10 años, hubo una disminución del 20% en el número de países que penalizan las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo (del año 2006: 92, al 30 de junio 2016: 74); por lo cual se deben acelerar las acciones tendientes a lograr la meta global de cero países al 2030.

En el 2008, 59 países ponían restricciones de viaje relacionadas con el VIH, éste número se ha reducido a 35 en 2015 (-41%), siendo la meta global cero países al 2030.

2.2 Situación nacional de la epidemia del VIH

En diciembre 2015, 200 mil personas vivían con VIH (180-220 mil). Para el cierre 2016, se estima serán 210 mil.

En 2015, 63% de personas conocen su diagnóstico y para 2016 se estiman 64%.

Las nuevas infecciones por VIH se han mantenido estables de 2011 a 2015 (11 mil al año).

Cada día adquieren VIH 30 personas en México.

Las nuevas infecciones en niños descendieron 75% del 2011 al 2015.

La tasa de mortalidad por VIH fue de 3.9 por 100 mil habitantes, siendo de 1.5 en mujeres y 6.5 en hombres (cierre 2015).

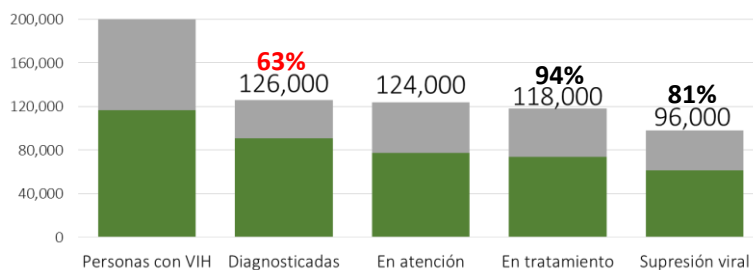
México tiene una prevalencia de VIH en la población de 15-49 años del 0.2 por ciento, lo que significa que 2 de cada mil personas de esas edades vive con VIH, siendo la prevalencia más baja de la región, con una tendencia que se ha estabilizado en los últimos once años (entre 0.23 y 0.24%).

De acuerdo con la tipología de Onusida, México tiene una *epidemia concentrada*, en la que existen poblaciones que son clave en la respuesta a la epidemia. Las prevalencias en estas poblaciones clave son: hombres que tienen sexo con hombres (17.3%), personas que utilizan de drogas inyectadas (5.8%), mujeres trabajadoras del sexo comercial (0.7%) y hombres trabajadores del sexo comercial (24.1%), así como mujeres trans (15-20%).

En 1983 se reportó el primer caso de sida en México. Desde esa fecha, y hasta el 15 de noviembre de 2016, existe un registro acumulado de 250 mil 761 personas que se han infectado por el VIH o desarrollado el sida. Sin embargo, sólo 135,515 personas se encontraban vivas, 99 mil 337 ya fallecieron y 15,909 se desconoce su status actual.

Continuo de la atención y tratamiento del VIH, México 2015

	Personas con VIH diagnosticadas		Personas en tratamiento (de entre las personas diagnosticadas)		Supresión viral (entre las personas en tratamiento)		Supresión viral (entre todas las personas con VIH)
Metas de Onusida	90%	x	90%	x	90%	=	73%
Situación en México	63%	x	94%	x	81%	=	48%



Fuentes:

1. PV/ SS/Censida y Onusida. *Spectrum 5.45*, Mayo, 2016. SS/DGE. *Registros Nacionales de Seropositivos a VIH y Casos de sida*. INEGI. SS/DGIS. *Registros de mortalidad*.
2. SS/DGE. *Registros Nacionales de Seropositivos a VIH y Casos de sida*. Datos 31 de diciembre de 2015.
3. SS/CENSIDA. Base de datos SALVAR al 31 de diciembre de 2015.
4. SS/ Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH, Sida e ITS. Información sectorial al 31 de diciembre de 2015.

Detección

En México una de cada tres personas con VIH desconoce que tiene VIH (2015). Para 2020, la meta es diagnosticar a 90% de las personas que viven con VIH, es decir, alrededor de 180 mil personas.

En 2015, el diagnóstico tardío ha disminuido a 42% en el país y no muestra inequidades de género, siendo la cifra basal 48.2% (año 2012). La meta OPS/OMS establece disminuir a menos de 10% en el 2020.

En 2016, la Secretaría de Salud:

- destinó 108 millones de pesos para la adquisición de pruebas rápidas de detección para mejorar la detección oportuna de las personas con VIH, con énfasis en poblaciones clave y en situación de desigualdad;
- ha financiado 142 proyectos de prevención de nuevas infecciones por VIH, por un monto total de 97.6 millones de pesos y
- distribuyó 18.8 millones de condones y 930 mil jeringas para la prevención del VIH y otras ITS.

Desde 2013, se instauró el último viernes de noviembre como el día nacional de la prueba de VIH.

Tratamiento antirretroviral

En México el tratamiento antirretroviral es de acceso universal y gratuito desde 2003, y su inicio debe de ser lo más pronto posible debido a que, normaliza la supervivencia de las personas con VIH y disminuye el riesgo de transmisión del virus en 96%, por lo que es parte fundamental de la respuesta rápida para acabar con el sida.

En las mujeres embarazadas, además de generar estos beneficios en la salud, reduce sustancialmente el riesgo de transmisión del virus a sus hijos e hijas.

2 de cada 3 personas con VIH en tratamiento antirretroviral se atienden en alguna de los 138 servicios especializados en atención del VIH (CAPASITS y SAI).

La meta para el 2020 es que 81% de las personas con VIH se encuentren en tratamiento (162 mil personas con VIH), con una cifra base de 200 mil personas viviendo con VIH en el país.

La Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH se encuentra en constante revisión, con el fin de mantener las recomendaciones más actualizadas y prescribir tratamientos antirretrovirales cada vez más efectivos y con menos efectos tóxicos.

Para disminuir más la tasa de mortalidad por VIH es necesario intensificar las acciones de detección oportuna, vincular a las personas detectadas con VIH a los servicios de atención, así como mejorar la retención y adherencia terapéutica.

Se monitorea de manera permanente la calidad de la atención a nivel nacional, publicándose un boletín trimestral disponible en la página web de Censida (Boletín de Atención Integral de Personas con VIH).

Mujer y VIH

De las 200 mil personas que se estima viven con VIH, 41 mil corresponden a mujeres (21%). Es decir, 1 de cada 5 personas con VIH es mujer.

Se han notificado de manera acumulada 49,302 mujeres al 15 de noviembre del 2016, de las cuales 30,144 (62%) están notificadas como vivas y la mayoría (86%) tiene de 15 a 49 años de edad.

Las incidencias registradas de casos VIH y sida en mujeres son más altas en los estados de la región sur del país, en comparación con el resto del territorio nacional: Campeche, Guerrero, Chiapas, Quintana Roo, Yucatán y Tabasco.

Las entidades con menores incidencias registradas de casos VIH y sida en mujeres son: Jalisco, México, Guanajuato, Coahuila, Distrito Federal, Zacatecas, San Luis Potosí.

Se ha observado que las mujeres se diagnostican menos tardíamente que los hombres, y uno de los factores podría ser el incremento de la cobertura de detección del VIH durante el embarazo.

Al analizar los casos de la Secretaría de Salud se identificó que las mujeres abandonaban 1.3 veces más el tratamiento que los hombres, por lo cual se estableció la estrategia de apoyo al traslado.

Mujer y embarazo

México sostiene la cobertura universal de tratamiento antirretroviral para todas las personas con VIH sin importar el grado de inmunosupresión. En el caso de las mujeres, la condición de embarazo es una indicación directa de inicio urgente del tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión vertical del VIH.

En 2015, se estima que se realizaron al menos 1.5 millones de detecciones de VIH en mujeres embarazadas, de un total de 2.2 millones de mujeres embarazada en el país, según registros de las instituciones del sector salud público.

En 2015, el CNEGSR reporta que se realizaron 1.1 millones de detecciones de VIH en mujeres embarazadas, lo que representó una cobertura de 71.7% en la Secretaría de Salud.

La ENIM 2015, reporta una cobertura nacional de 56.8% de mujeres que aceptaron hacerse una prueba del VIH durante la atención prenatal y que recibieron los resultados.

65% de las mujeres embarazadas iniciaron tratamiento antirretroviral por primera vez en su vida.

A nivel regional, la OPS estableció como meta lograr que la transmisión del VIH sea menor al 2% y presentar una incidencia de 0.3 ó menos casos de VIH por cada mil nacidos vivos.

En México, la incidencia de transmisión vertical fue de 0.04, 0.03 y 0.04 casos nuevos por cada mil nacidos vivos, en 2014 , 2015 y 2016, respectivamente (cifra menor a la meta regional).

Los casos nuevos de VIH y sida por transmisión vertical han descendido respecto del año base 2013 (131 casos):

2014= 28.2% (94 casos, cierre 2015);

2015= 45.8% (71 casos, cierre 2015) y

2016= 58.8% (54 casos, septiembre 2016).

Debido a la tendencia observada hasta septiembre 2016 y con el objeto de cumplir con la meta programada en el PROSESA (2016: máximo 65 casos nuevos); se deberán reforzar las medidas de prevención perinatal, con énfasis en aquellos estados que presentan el mayor número en este año (74% del total hasta septiembre 2016): Oaxaca (7), Chiapas Jalisco, México y Puebla (5 cada uno); Campeche (4); Coahuila, Guerrero y Michoacán (3 cada uno).

226 hijos e hijas de madres con VIH se encuentran en seguimiento y monitoreo estrecho para confirmar o descartar la infección por VIH en la Secretaría de Salud (año 2015).

Tuberculosis y VIH

Durante 2015, a nivel nacional se realizaron 18,423 pruebas de detección de VIH en personas con TBTF, logrando una cobertura de detección de 89.6%.

Se encontraron 1,165 casos de TBTF asociados a VIH, dentro de la Secretaría de Salud; de ellos, 89.2% recibieron tratamiento para ambos padecimientos (2015).

En 2015, las tres entidades federativas con el mayor número de casos de TB asociado a VIH fueron Baja California, Chiapas y Veracruz, con 132, 100 y 95 casos, respectivamente.

De enero a septiembre de 2016, se han registrado 1,023 casos de binomio TBTF- VIH dentro de la Secretaría de Salud, el 90.4% han recibido tratamiento antirretroviral.

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

1.1 Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH

La detección del VIH en personas que viven con el virus y conocen su estado serológico respecto del VIH proporciona la oportunidad de acceder a los servicios de atención.

Características del indicador

Incrementa la detección de VIH en población general para que conozcan su estado serológico y se incorporen a los servicios de atención de manera oportuna y accedan al tratamiento ARV para mejorar la calidad de vida.

Metodología

El numerador se compone con el número de casos de VIH y Sida diagnosticados en todo el Sector Salud. Para el caso de la Secretaría de Salud, en virtud de que hay subregistro en algunas entidades federativas, se utilizó el sistema SALVAR (registro de personas en TAR y PRETAR).

El numerador incluye información de la Secretaría de Salud, Seguridad Social (Imss, Issste, Pemex, Sedena y Sedemar), privados y otros.

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 en personas que viven con el virus (141,443), de las cuales 110,593 corresponden al sexo masculino 30,850 corresponden al sexo femenino. Esta información se registra 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.

Fuente:

SS/DGE.Registros Nacionales de Seropositivos a VIH y Casos de Sida. Datos al 15 de noviembre del 2016. Variable: casos vivos.

SS/Censida. SALVAR. Datos de enero a diciembre del 2016. Variable: Casos registrados en SALVAR.

1.2 Tratamiento del VIH: terapia antirretroviral

La terapia antirretrovírica reduce la morbilidad y mortalidad relacionadas con el VIH, así como su transmisión. En los últimos años, las directrices sobre los criterios de elegibilidad para el inicio de la terapia han cambiado continuamente y las directrices nacionales no siempre coinciden con las directrices mundiales. Los estudios indican que iniciar pronto el tratamiento, independientemente del recuento de células CD4, puede mejorar los beneficios terapéuticos y salvar vidas, por lo que actualmente la OMS recomienda el tratamiento para todas las personas seropositivas.

Características del indicador

Se trata de informar el avance hacia el suministro de terapia antirretroviral a todas las personas seropositivas.

Metodología

Las cifras del numerador fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH, el 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. A partir de la información del GIS 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.

Para lograr que este indicador sea comparable entre países, los informes mundiales presentarán la cobertura de las terapias antirretrovíricas para adultos y niños como un porcentaje de todas las personas que viven con el VIH; por lo cual las cifras resultantes en este indicador no podrán ser comparables para años anteriores a 2013 (año en el que se comenzó a utilizar este denominador).

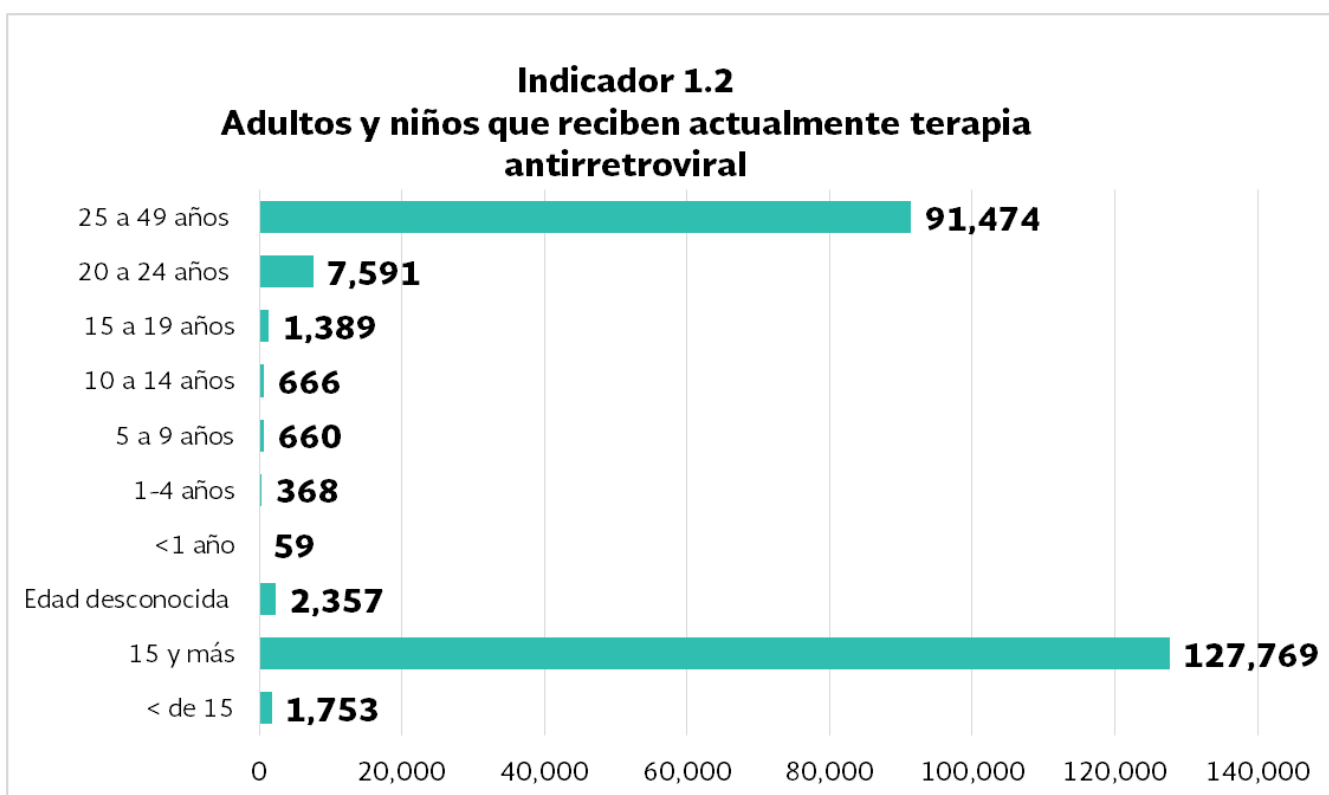
Para fines de este informe, se presentan sólo los números absolutos, ya que aún no se encuentran disponibles las estimaciones del Modelo *Spectrum*.

Resultados

En el 2016, 131,879 personas que viven con VIH se encuentran en TAR en el país; de las cuales 80% son varones y 20% mujeres. El 99% son personas de 15 años o más y el resto son menores de 15 años.

Respecto de las personas que ingresaron a TAR en el año, estas fueron 18,724, es decir 2% menos que el año anterior (19,131), de los cuales el 83% son varones y el 17% mujeres. La distribución por grupos de edad, el 96% (15 años o más), 1% (menores de 15 años) y 3% (edad desconocida). Estos datos demuestran el impacto de la estrategia de ingreso a tratamiento a todas las personas viviendo con VIH en el país (*Test and Treat*), implementada en México, a finales del 2014.

Finalmente, el 99.2% de las personas recibe el TAR en instituciones del sector público y 0.8% en el sector privado.



Fuente:

Numerador: SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Datos preliminares, cierre 2016. Incluye información del: Sector público: Ss, Imss, Issste, Sedena, Semar y Pemex. Ss/Censida. Estimaciones del sector privado.

Denominador: SS/Censida y Onusida. Modelo Spectrum versión XXX. Datos abril del 2017.

1.3 Retención en la terapia antirretrovírica 12 meses después de comenzar el tratamiento

El tratamiento antirretroviral busca aumentar la supervivencia de las personas que viven con el VIH. Para mejorar los servicios es clave saber cuántas personas abandonan los programas de tratamiento y entender por qué lo hacen.

Características del indicador

Se trata de observar los progresos realizados en el incremento de la supervivencia en adultos y niños, al mantenerlos en terapia antirretroviral a los 12 meses de iniciar el tratamiento.

Metodología

A medida que los pacientes inician la terapia antirretrovírica, deben recopilarse datos de cohorte mensuales de forma continuada para dichos pacientes. Deberán agruparse los datos de las cohortes mensuales que hayan completado por los menos 12 meses de tratamiento.

Se considera la siguiente desagregación de pacientes según condición:

- Sexo
- 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.

El período de información se define como cualquier período continuo de 12 meses que haya terminado dentro de un número predefinido de meses a partir de la presentación del informe. Los requisitos nacionales de información pueden determinar el número predefinido de meses. Si el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016,

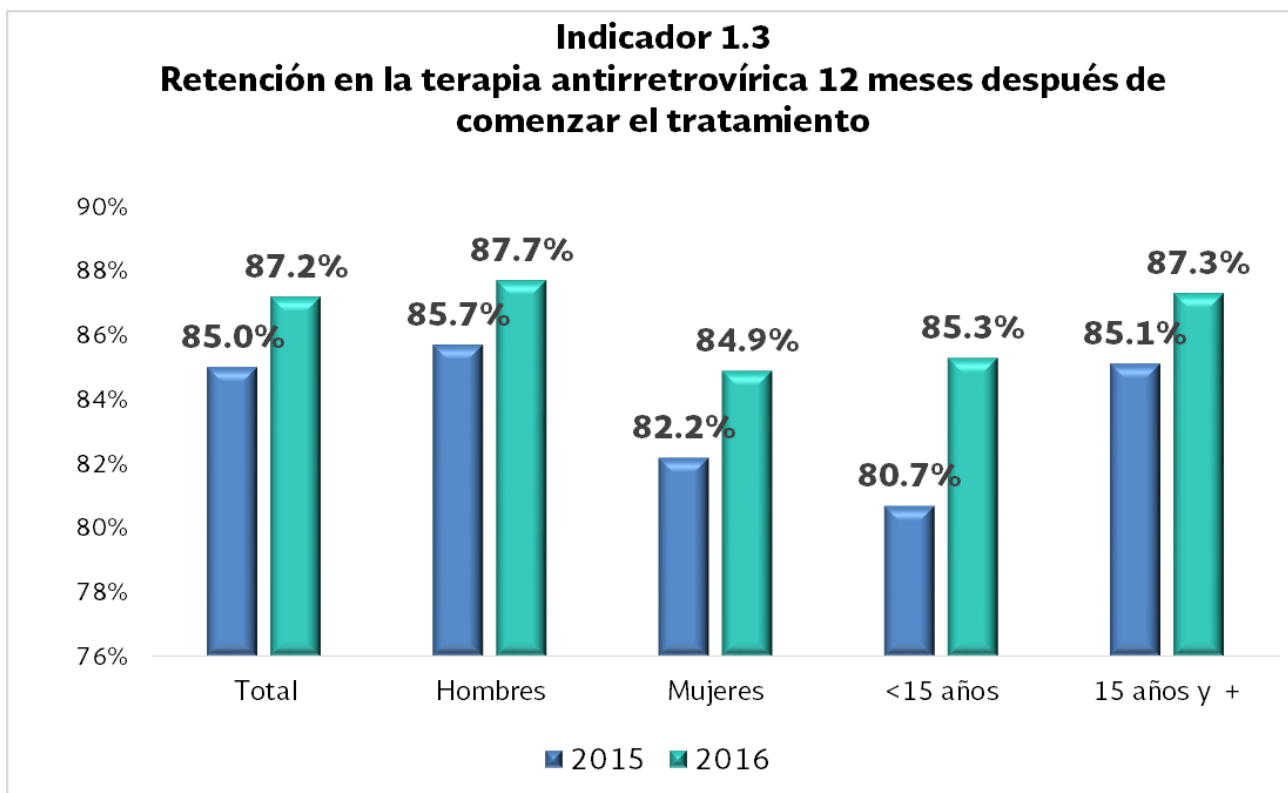
Se calculará este indicador utilizando a todos los que iniciaron la terapia antirretroviral en cualquier momento entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2015.

La retención a los 12 meses después del inicio de la terapia antirretroviral se define como el resultado: si la persona sigue viva y recibe tratamiento antirretroviral, que haya muerto o perdido para el seguimiento. Por ejemplo, las personas que comenzaron la terapia antirretroviral entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2014, alcanzaron sus resultados a 12 meses para el período comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2015.

La información se solicitó al Grupo de Información Sectorial en VIH, el Sida e ITS. La información que se presenta fue proporcionada por: Ss, Imss, Sedena, Semar y Pemex , que representan alrededor del 80% del total de personas en TAR (incluye sector público. No se incluye información de sobrevida del Iссsste que forma parte del Grupo de Información Sectorial en VIH el Sida e ITS (GIS), tampoco no se informa el seguimiento en mujeres embarazadas en este indicador.

Resultados

La supervivencia general fue de 87.2%, ligeramente superior al año pasado (85.0%) y se perciben diferencias de género por sexo en hombres de 87.7% y en mujeres fue 84.9% menor a 2.8% que en hombres. También hubo diferencias, en los menores de 15 años que fue de 85.3% y de 87.3% en los mayores de 15 años respectivamente.



Fuente:

SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Incluye información del sector público: Ss, Imss, Sedena, Semar y Pemex. Datos preliminares, cierre 2016.

1.4 Supresión de carga viral

La carga viral a nivel individual es la medida recomendada de la eficacia de la terapia antirretroviral e indica la adherencia al tratamiento y el riesgo de transmisión VIH. Un umbral de carga viral de <1000 copias / ml define el éxito del tratamiento de acuerdo con las directrices 2016 de la OMS sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para tratar y prevenir la infección por el VIH. Las personas con resultados de pruebas de carga viral por debajo del umbral deben considerarse que: Suprimió la carga viral.

La supresión viral entre las personas que viven con el VIH es uno de los 10 indicadores mundiales de las guías de información estratégica consolidada de la OMS para 2015, supresión de VIH en el sector de la salud. Este indicador también ayuda a monitorear la tercera parte del objetivo del 90-90-90 de ONUSIDA: que el 90% de las personas que reciben tratamiento antirretroviral Un TAR efectivo ayuda a reducir la transmisión del VIH. Diversos estudios corroboran la premisa de que ofrecer tratamiento a las personas seropositivas reduce significativamente la transmisión sexual del virus. Por consiguiente, suprimir la carga viral debería reducir en gran medida el riesgo de transmisión a una pareja no infectada. Asimismo, evita la transmisión perinatal. Un determinante clave del fracaso terapéutico es el aumento de la carga viral.

Características del indicador

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 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.

La carga viral mide el efecto del TAR en la replicación viral. Según las Directrices unificadas sobre el uso de medicamentos ARV para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH (Ginebra, OMS, 2013), un umbral de carga viral <1000 copias/ml marca el fracaso terapéutico y se considera el nivel por encima del cual un paciente no está suprimiendo el virus.

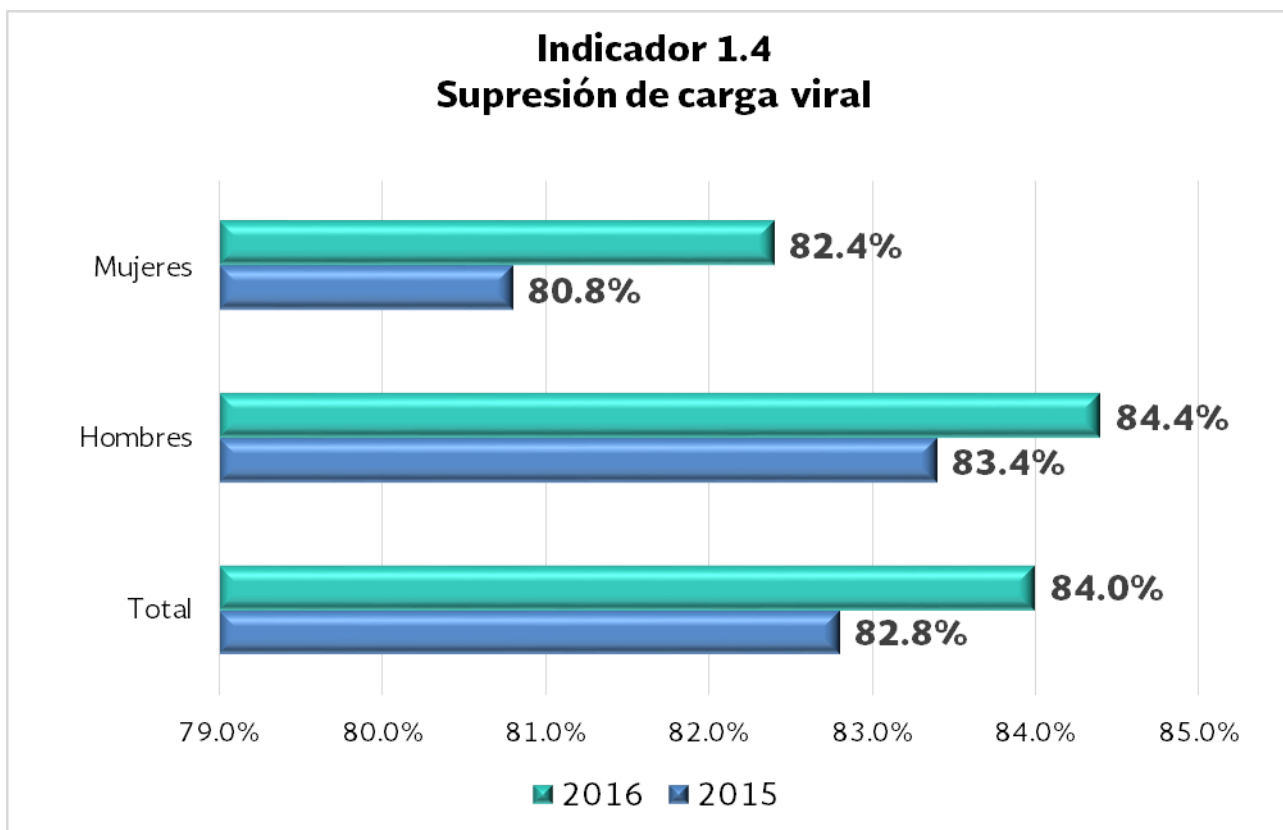
Metodología

Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH, el Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). Incluye información de Imss, Issste, Sedena, Semar y Pemex, que representan al 92.0% del total de personas en TAR.

Resultados

La supresión viral (≤ 1000 copias/ml) fue de 83.19% si se toma en cuenta el total de personas en TAR. Con esta referencia, no se perciben diferencias de género, ya que la razón mujer/hombre es superior a 0.9 (1.0).

Los datos de informes anteriores no pueden ser estrictamente comparados en virtud de que, el denominador se amplió para el total de personas que reciben TAR el del año 2015, para este año se contó con toda la información del sector público. Sin embargo, las diferencias en los resultados del indicador no son muchas.



Fuente:

SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Incluye información del sector público: Ss, Imss, Issste, Sedena, Semar y Pemex. Datos preliminares, cierre 2016.

1.5 Diagnóstico tardío del VIH

Las proporciones de personas con un recuento de células CD4 <200 células / mm³ y <350 células / mm³, durante el período de notificación. Basado en datos de sistemas de información de laboratorio y en los registros de personas en tratamiento.

Características del indicador

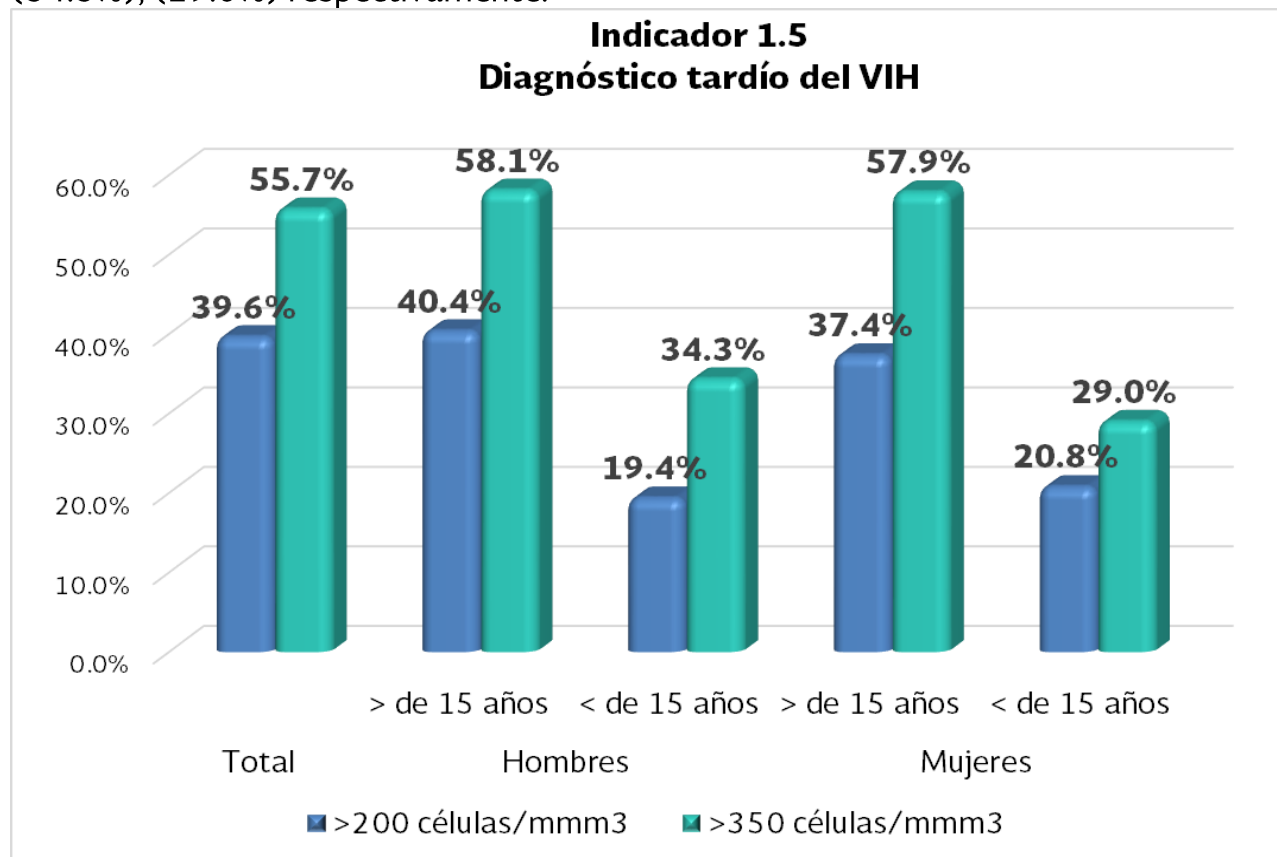
Se trata de informar la proporción de todas las personas seropositivas que durante el periodo de notificación su recuento de células de CD4; fue menor a 200 células / mm³ y /o <350 células / mm³.

Metodología

Las cifras del numerador fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH, el 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. Incluye información de SS, Imss, Sedena, Semar y Pemex.

Resultados

En este indicador el recuento inicial de menos de 200 células / mm³ se obtuvo un porcentaje total de 35.7%; en hombres mayores de 15 años fue de 37.5% y en mujeres de 35.9% y en hombres menores de 15 años 21.2%, en mujeres 20.3%. En los que obtuvieron un recuento de <350 células / mm³, se obtuvo un porcentaje total de 55.7%; en hombres mayores de 15 años fue de 58.1%, en mujeres de 57.9% y en hombres y mujeres menores de 15 años obtuvieron (34.3%), (29.0%) respectivamente.



Fuente:

SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Incluye información del sector público: Ss, Imss, Sedena, Semar y Pemex. Datos preliminares, cierre 2016.

1.6 Desabasto de medicamentos de antirretrovirales

El TAR es una estrategia de tratamiento a largo plazo para las personas con infección avanzada del VIH, por lo que las interrupciones pueden conducir al fracaso terapéutico y a la farmacorresistencia.

El desempeño del sistema de la cadena de suministros, a nivel de los centros, mide su capacidad de mantener el suministro de medicamentos antirretrovíricos y de evitar interrupciones del tratamiento, por esta causa.

Características del indicador

El porcentaje de establecimientos de salud que dispensan antirretrovirales y que ha experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los medicamentos ARV en el año.

Metodología

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

Resultados

El número de establecimientos de salud que dispensan ARV y experimentaron desabasto fueron 14, de los 348 que constituye el denominador (se incluye a todo el sector salud público; lo que representa un 3.7% de unidades con desabasto de medicamentos. En el anterior informe GARPR, se reportó 10.0% de establecimientos en donde se produjo desabasto parcial de algunos medicamentos.

Los medicamentos antirretrovirales se proporcionan tanto en clínicas como en hospitales, lo cual no concuerdan con la desagregación propuesta por el informe GAM: clínicas, atención materno-infantil y atención en TB. Por ello, todo se deja en total.

El número de unidades del sector salud público que reportaron desabasto de medicamentos antirretrovirales en el año fueron las siguientes: siete en la SS; dos en el Imss y cinco en el Issste. Pemex, Sedena y Semar no reportaron unidades con desabasto.

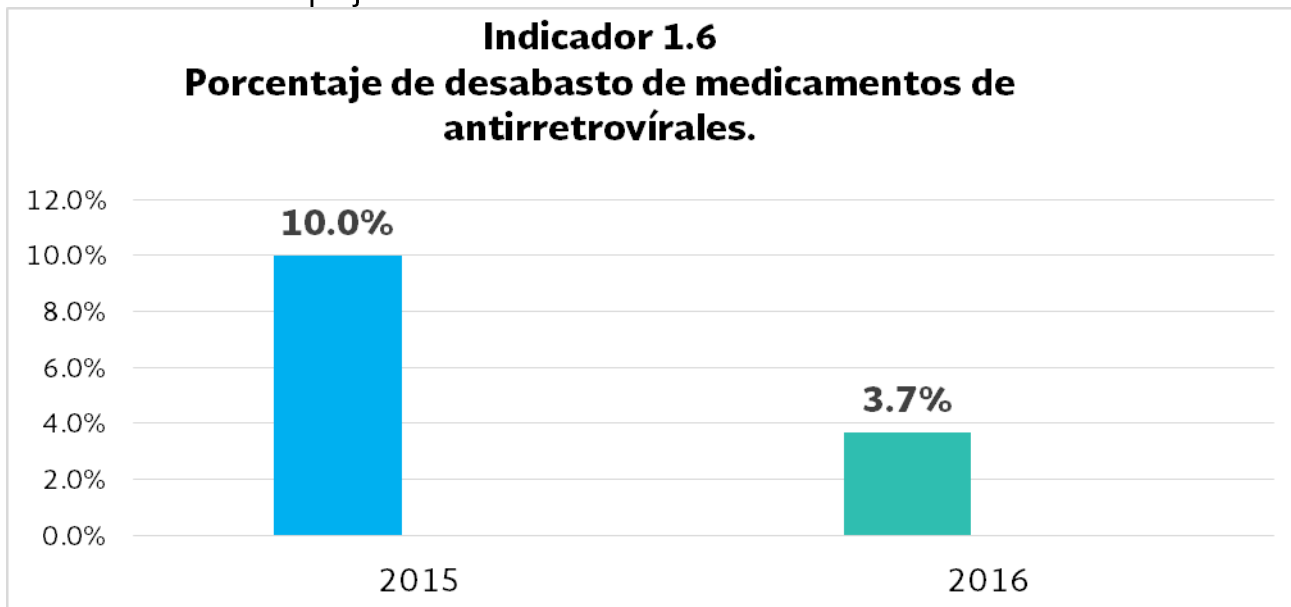
Además, se revisó el sistema de recepción de quejas denominado SiRSeQ (Sistema de Registro y Seguimiento de Quejas), que opera a través de la línea telefónica TelSida, y que pertenece al Censida; en el cual se registraron nueve quejas de desabasto (que se define como: retraso en la entrega de medicamentos, no propiamente desabasto) en las siguientes instituciones y entidades federativas:

En siete Capasits, las cuales se resolvieron: una en cada uno de los siguientes estados (Sinaloa, Veracruz, Aguascalientes, Tabasco Jalisco) y dos en Estado de México.

Una en Issste (Puebla) y una en Imss Estado de México, las cuales se canalizaron a estas instituciones.

En el Informe de actividades 2016 de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), registró un total de 53 quejas relacionadas con VIH o sida, de las cuales el principal hecho violatorio es omitir suministrar medicamento.

Algunas de las instituciones del área de la salud que pudieron haber estado involucradas en las quejas fueron: Imss e Issste.



Fuente:

SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Incluye información del sector público: Ss, Imss, Sedena, Semar y Pemex. Datos preliminares, cierre 2016.

1.7 Mortalidad en Sida

Las últimas iniciativas para ampliar el acceso al TAR, incluido el cambio en las directrices de la OMS de 2015 que recomiendan el tratamiento para todas las personas seropositivas, deberían reducir significativamente el número de muertes relacionadas con el sida, siempre que estos servicios sean accesibles y se otorguen de forma efectiva. Es importante evaluar la repercusión de la respuesta al VIH realizando un seguimiento de las variaciones en el número de muertes relacionadas con el sida a lo largo del tiempo.

Características del indicador

Mide el impacto de los programas de prevención, atención y tratamiento considerando el número de defunciones por VIH registrados en un año determinado, dividido entre el total de la población en ese mismo año, expresada por 100,000 habitantes.

Metodología

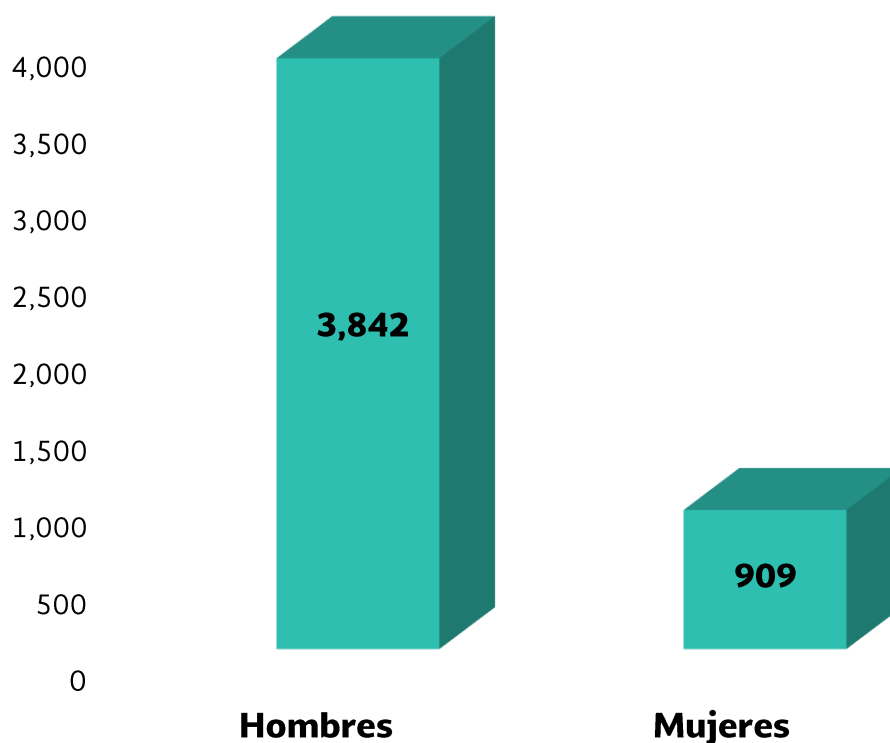
Para los fines de este indicador se consideran las defunciones por VIH 2015 a nivel nacional, por entidad de residencia, sin incluir extranjeros. La información se desglosa por sexo, edad quinquenal y entidad federativa.

De acuerdo a las tasas de mortalidad del 2015, el estado de Tabasco ocupa el primer lugar en tasa de mortalidad por VIH, con una tasa de 10.4 defunciones por VIH por cada 100 mil habitantes. El estado de Quintana Roo ocupa el segundo lugar de mortalidad con una tasa de 9.5 defunciones por VIH por cada 100 mil habitantes. En tercer lugar se encuentran los estados de Campeche y Veracruz con una tasa de mortalidad de 8.7 defunciones por VIH por cada 100 mil habitantes.

Resultados

En el 2015, el número de muertes relacionadas con el VIH asciende a 4,751, de las cuales 3,842 corresponden al sexo masculino (81%) y 909 al sexo femenino (19%). El mayor número de muertes corresponde al grupo de 15 años o más, tanto en hombres como en mujeres. Entre 2012 y 2013 se mantuvo estable la tasa de mortalidad en 4.2 defunciones por 100 mil habitantes; sin embargo, se percibe una reducción de 10.6% en la mortalidad por VIH en 2013, al compararlo con el punto más alto en los últimos años (2008: 4.7). En el 2014 la tasa de mortalidad por VIH fue de 4.0% y en el 2015 baja a 3.9%.

Indicador 1.7 Muertes relacionadas con el sida 2016



Fuente:

SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares 2016. Consulta 23 de enero del 2017.

2.3 Prevención de la transmisión vertical del VIH

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

Permite realizar un seguimiento de la cobertura de TAR entre las mujeres embarazadas seropositivas a fin de reducir el riesgo de transmisión del VIH a sus hijos durante el embarazo y el parto. Cuando se desglosa por régimen terapéutico, puede mostrar un aumento del acceso a terapias más efectivas para las mujeres que viven con el VIH.

Metodología

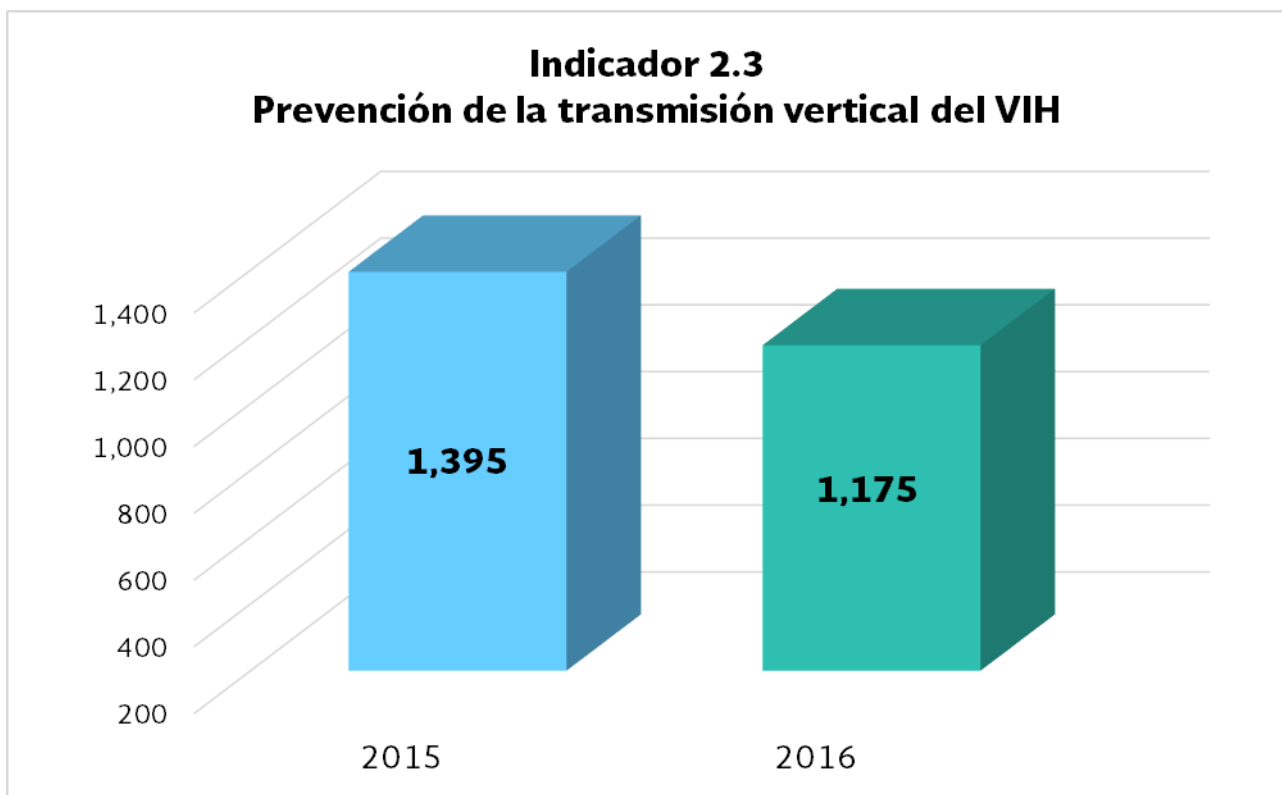
Las cifras del numerador fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH, el Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) Debido a que, los datos reportados por la seguridad social (Imss, Issste, Pemex, Sedena y Semar), particularmente los del Imss, muestran que no se dispone de información completa sobre el número de mujeres embarazadas en TAR, se realiza la siguiente estimación: 1) asumiendo que la Secretaría de Salud (SS) cuenta con un mejor registro de este número, ya que dispone del sistema nominal SALVAR, se aplica una regla de tres donde la SS tiene registradas en dicho sistema a 636 mujeres embarazadas en TAR, con una cobertura de detección del VIH en mujeres embarazadas de población no derechohabiente de 54.2%; la seguridad social debería tener 529 mujeres en TAR, con una cobertura de detección del VIH en mujeres embarazadas de población derechohabiente de 45.0%.

Para el sector privado se estimaron 10 mujeres embarazadas, a partir del Registro Nacional de Casos de Sida aplicando el porcentaje de los casos diagnosticados en este sector (0.08%).

El denominador proviene de estimaciones del Modelo *Spectrum*, el cual está en proceso de realización.

Resultados

Atendiendo a esta metodología y supuestos aplicados, el número de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión vertical en el 2016 fue de 1,175. El porcentaje de cobertura se encuentra pendiente en virtud de que, aún no se cuenta con las estimaciones del modelo *Spectrum* para el denominador.



Fuente:

Numerador: SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Datos preliminares, cierre 2016. Incluye información del: Sector público: Ss, Imss, Issste, Sedena, Semar y Pemex. Ss/Censida. Estimaciones del sector privado.

Denominador: Onusida y Censida. Modelo Spectrum. Pendiente.

2.4 Sífilis entre mujeres embarazadas

La prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas que acuden a atención prenatal, es útil para orientar las necesidades de los programas de prevención de ITS y la atención prenatal.

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

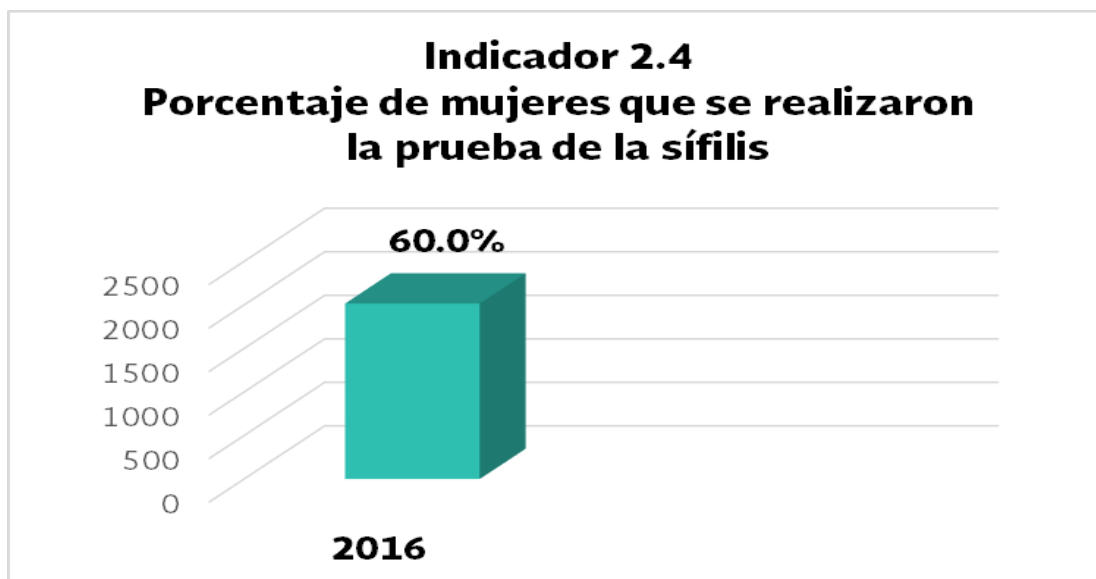
combinación de ambas, que sería lo ideal. Una prueba no treponémica reactiva, especialmente si el título es elevado indica una infección activa, mientras que el resultado positivo en una prueba treponémica indica cualquier infección anterior incluso si el tratamiento fue exitoso.

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). Se incluye información de la SS, Imss, Sedena Semar y Pemex, sólo el Issste no informó de las mujeres embarazadas que atiende en el país. En el numerador se incluye el número de detecciones iniciales de sífilis positivas realizadas en mujeres que acudieron a atención prenatal. En el denominador, el número de mujeres que asisten a servicios de atención prenatal.

Resultados

En el 2016, el porcentaje de mujeres embarazadas que fueron sometidas a las pruebas de sífilis fue de 60.0%. Es importante señalar que, el reporte de esta cifra ha sido muy irregular en los años previos, el Issste fue el único que no reportó en este año. No se encuentra disponible la información si fue en la primera visita la realización de la prueba.



Fuente:

SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Incluye información del sector público: Ss, Imss, Sedena, Semar y Pemex. Datos preliminares, cierre 2016.

2.5 Índice de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos)

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

Características del indicador

No tratar la infección por sífilis durante el embarazo no solo puede aumentar el riesgo de transmisión vertical del VIH, sino que también puede ser causa de partos de mortinatos, mortalidad neonatal o enfermedad congénita (definidos como sífilis congénita).

Debido a la alta efectividad, sencillez y bajo costo de las pruebas y del tratamiento para la sífilis, se han puesto en marcha iniciativas mundiales y regionales que tienen por objeto eliminar la transmisión vertical (TV) de esta enfermedad. El índice de sífilis congénita mide la repercusión que tienen las intervenciones programáticas a la hora de eliminar la TV de la sífilis.

Metodología

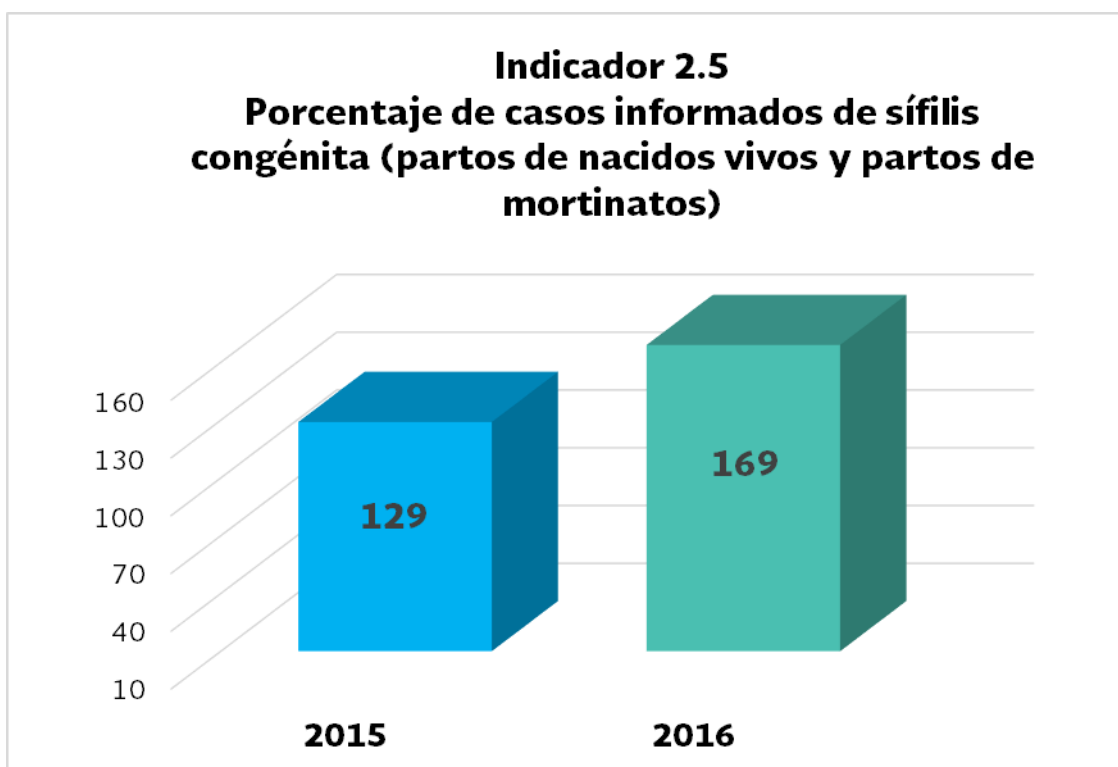
La fuente de utilizada son los registros de vigilancia epidemiológica para los casos notificados de sífilis congénita en los últimos 12 meses y el número de

nacidos vivos estimados; para lo cual se utilizaron las proyecciones de nacimientos del país, para guardar correspondencia con el año pasado.

En relación a los mortinatos por sífilis congénita; el país no dispone de esta información.

Resultados

En el año 2016 el número de casos notificados con sífilis congénita por cada mil nacidos vivos fue de 0.08, con 169 casos nuevos respectivamente; en 2015 se observó una cifra de 0.06 con 129 casos nuevos. Es importante mencionar que, las cifras preliminares generalmente son superiores a las definitivas de cada año en sífilis congénita. En este sentido, se percibe un descenso en el número de casos nuevos de esta infección, de 93% de 2013 a 2015 (cifras definitivas).



Fuente: SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana 52. Datos preliminares, 2015 y 2016.

3.1 Incidencia de VIH

El objetivo general de la respuesta mundial al sida es reducir el número de nuevas infecciones a menos de 200,000 en 2030. Realizar un seguimiento de la tasa de nuevas infecciones a lo largo del tiempo permite medir los avances hacia esta meta.

Características del indicador

Este indicador mide el número de nuevas infecciones por el VIH en el periodo de reporte por cada 1,000 personas no infectadas.

Metodología

Este indicador proviene de las estimaciones del Modelo *Spectrum*, el cual está en proceso de concluir.

Resultados

Al cierre de este informe, aún no se encontraban listas las estimaciones del modelo *Spectrum* 5.41. Una vez concluidas, se subirá una nueva versión del presente informe.

3.2 Estimación de poblaciones clave.

En el desarrollo y abordaje de la epidemia del VIH y sida hay grupos poblacionales constituidos por personas que se agrupan de acuerdo a comportamientos o conductas que las coloca en determinado grado de riesgo de adquirir el VIH. Estimaciones del tamaño de la población clave son necesarias para la planificación de programas de atención, medir y evaluar políticas de salud específicas, básicamente.²

Onusida destaca que: La primera razón para realizar estimaciones de tamaño de población es entender el alcance del problema y la escala de la respuesta que se necesita. -Con esta información, los administradores de programas pueden entonces evaluar los requerimientos de recursos y la capacidad que se necesita para planear una respuesta apropiada con suficiente cobertura. Para los propósitos de M & E, las estimaciones del tamaño de la población sirven como denominadores en los cálculos de la cobertura del programa También se utilizan para proyectar el curso probable de la epidemia (en combinación con datos conductuales y de seroprevalencia); que es una herramienta útil para presionar a los responsables de la formulación de políticas ya otros interesados directos para que adopten las intervenciones y los recursos adecuados.³

2. Onusida. Monitoreo Global del Sida 2017. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2016. Ginebra. 2017.

3 Onusida. A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. Ginebra, 2008. Disponible en:

Para México las poblaciones con comportamientos específicos que tienen prevalencias significativamente más elevadas que la población general es la de HSH, HTS, MT y PID, básicamente. Otros grupos con prevalencia relativamente elevadas lo son la MTS y PPL, principalmente. Uno de los aspectos que permite abordar el desarrollo de estimaciones poblacionales es el cálculo de necesidades de recursos para atender enfermedades y planificar necesidades futuras de atención de poblaciones clave.

Los indicadores sobre comportamientos para grupos de población clave en conductas de mayor riesgo son relevantes para todos los países independientemente del tipo de epidemia nacional del VIH: para México con una prevalencia baja en población general con una epidemia concentrada entre personas que usan drogas inyectables y/o entre hombres que tienen sexo con hombres, por ejemplo.

3.2A. Trabajo sexual. México 2016

Para el caso de los hombres que realizan trabajo sexual (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 mujeres que hacen trabajo sexuales aquellas personas que refieren el trabajo sexual como su principal fuente de ingresos.

Cálculos realizada por la Fondation Schelles en el 2013 estima entre 450, 000 y 500,00 el número de personas involucradas en el trabajo sexual en México. Con base en la población estimada 123.8 millones se calculan porcentajes de 0.36349 y 0.40388,⁴ para las dos poblaciones estimadas, de las cuales el 80% son mujeres (Lubin, 2012)⁵. Se tomó el 0.36349% para estimar el número de personas que realizan trabajo sexual en México. Considerando las proyecciones del Conapo para el 2016 de 65,181, 946 de personas de 15 a 49 años

http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/17_Framework_ME_Prevention_Prog_MARP_E.pdf. Consultado: 16 de abril 2017

4. Fondation Scelles, Charpenel Y. (under the direction of), 4rd Global Report. Prostitution: Exploitation, Persecution, Repression. Paris, Ed. Economica, 2016. Disponible en: <http://www.fondationscelles.org/fr/> . consultado Marzo 2017.

5. Lubin, G. There Are 42 Million Prostitutes In The World, And Here's Where They Live. Disponible en: <http://www.businessinsider.com/there-are-42-million-prostitutes-in-the-world-and-heres-where-they-live-2012-1>. Consultado 25 de Febrero 2016.

(Conapo, 2017)⁶ se tendrían 236,930 personas de 15 a 49 años de edad involucradas en trabajo sexual: 47,386 HTS y 189,544 MTS. En términos generales se observa una ligera disminución del 0.4% en relación con la estimación del año 2013. La diferencia más significativa con la estimación anterior es que ahora se estima que el 20% de las personas que realizan trabajo sexual en México son hombres y la estimación anterior ese porcentaje era del 8%, lo cual es debido se recurrió a la propuesta de Lubin en el procedimiento de cálculo.

Otras estimaciones: en Sudáfrica estuvieron entre 0.76 and 1 % de la población de mujeres adultas (Konstant, et al 2015)⁷; entre 0.8% y 1.1% (Stacey, et al 2013)⁸. Vandeputti, et al (2006)⁹ para hacer sus estimaciones ofrece datos de 64 países que tienen prevalencia de mujeres trabajadoras sexuales de 0.1% a 7%. Para América Latina las estimaciones están entre 0.2% y 7.4%: Bolivia (0.2%), Peru (0.3%), Venezuela (1.5%), Republica Dominicana (1.8%), Haití (2.0%) y Belice (7.4%)

Indicador 3.2A

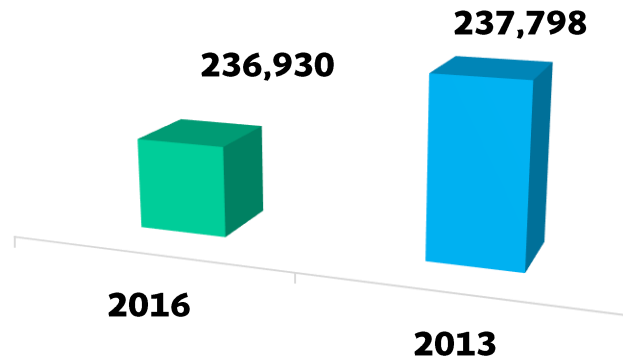
Trabajo sexual. México 2016

6 SG/CONAPO. Proyecciones de los Nacimientos de México, 1990-2030. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. Consultado marzo 2017.

7 Tracey L. Konstant, Jerushah Rangasami, Maria J. Stacey, J16 Michelle L. Stewart y Coceka Nogoduka. Estimating the Number of Sex Workers in South Africa: Rapid Population Size Estimation. *AIDS Behav* (2015) 19:S3–S15.

8 Maria Stacey, Tracey Konstant, Jerushah Rangasami, Michelle Stewart, Gerbrand Mans. Estimating the size of the sex worker population in South Africa, 2013. *Sanac, Southafrica*, 2013.

9 Vandepitte, R Lyerla, G Dallabetta, F Crabbe, M Alary, A Buve. Estimates of the number of female sex workers in different regions of the world. *Sex Transm Infect* 2006;82(Suppl III):iii18–iii25. doi: 10.1136/sti.2006.02008



Fuente: SS/Censida. Estimaciones del Censida. 2017

3.2B.- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

En una encuesta de DF 1992-1993 Izazola et. al.¹⁰, 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. La estimación se realiza bajo el supuesto de que el 3% de los hombres mexicanos son HSH: según el Conapo en el 2016 (Conapo, 2017, op. Cit) el número de hombres estimado de 15 a 64 años de edad fue de 38,681,295, de tal modo que la estimación de mexicanos HSH fue de 1,160,439.

Se estima que ese 3% propuesto es consistente por lo reportado por Satoshi Ezoe, et al.¹¹ (2012) para la población masculina total en Japón fue 0,0402% sin ajuste y 2,87% después de ajustar el error de transmisión de HSH. Considerando como una estimación (baja) en los Estados Unidos (Ward, et.al 2013)¹² es de 2,028, 000 HSH con un porcentaje de 1.9% para hombres de entre 18 y 44 años de edad. En las estimaciones de Purcell, et. al,¹³ (2012) para

¹⁰ Izazola Licea, JA, Tolbert K. Comportamiento Sexual en la Ciudad de México (Encuesta 1992.1993). México: Conasida, 1994.

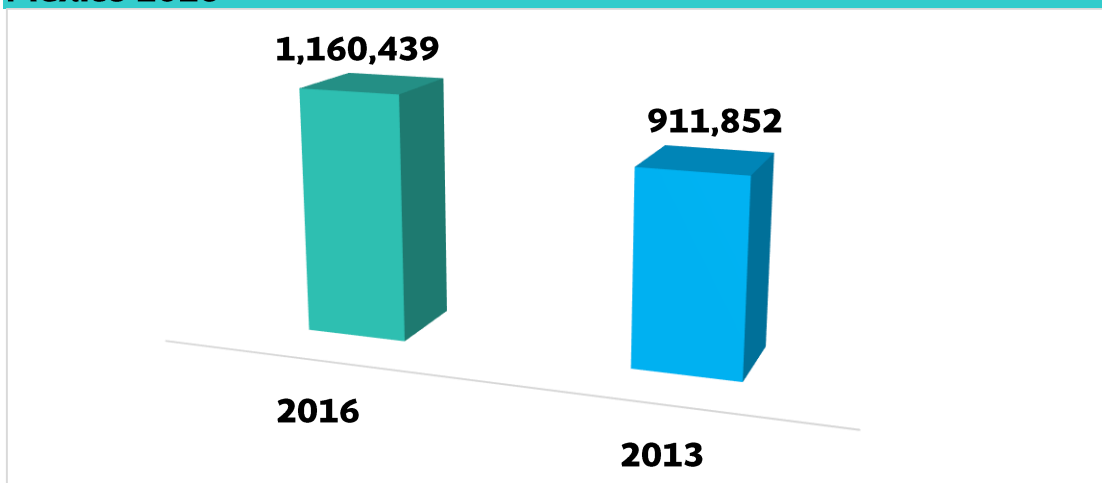
¹¹ Satoshi Ezoe, Takeo Morooka, Tatsuya Noda, Miriam Lewis Sabin, Soichi Koike. Population Size Estimation of Men Who Have Sex with Men through the Network Scale-Up Method in Japan. PLoS ONE 7(1): e31184. <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0031184&type=printable>

¹² Ward BW, Dahlhamer JM, Galinsky AM, Joestl SS. Sexual orientation and health among U.S. adults: National Health Interview Survey, 2013. Natl Health Stat Rep. 2014:1–12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25025690>. Consultada 15 Feb 2017.

¹³ Purcell*, Christopher H. Johnson, Amy Lansky, Joseph Prejean, Renee Stein, Paul Denning, Zaneta Gau, Hillard Weinstock, John Su and Nicole Crepez. Estimating the Population Size of Men Who Have Sex with Men in the United States to Obtain HIV and Syphilis Rates. The Open AIDS Journal,

los Estados Unidos de la proporción de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres difieren por período de tiempo: año pasado = 2.9% (IC del 95%, 2,6 - 3,2); Últimos cinco años = 3,9% (IC3,5-4,4); Alguna vez = 6,9% (5,1-8,6). Grey, et al (2016), encontraron en estimaciones por estados que entre 1.5% (Wyoming) a 6.0% (Rhode Island) de HSH para hombres adultos. Escalando las estimaciones a nivel nacional los autores refieren que para un periodo de 5 años (2009-2013) el 3.9% de los hombres estadounidenses serían HSH.

Indicador 3.2B Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. México 2016



Fuente: SS/Censida. Estimaciones del Censida. 2017

3.2C.- Personas que se inyectan drogas. México 2011

La definición de personas que se inyectan drogas (PID) en la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA 2011) utilizada son personas que se han inyectado drogas catalogadas como ilegales en México. Bajo ese concepto en Ena 2011 se estimó en 164,157 el número de PID en México.¹⁴

2012, 6, (Suppl 1: M6) 98-107 1874-6136.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3462414/pdf/TOAIDJ-6-98.pdf>

14 SS/Conadic et. al. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. México: INPRFM, 2012.

La ENA 2011 está realizada en hogares con representatividad nacional y para ocho regiones en las que se agrupan las 32 entidades federativas del país, con representación de poblaciones rurales - número de habitantes menor o igual a 2,500-, y urbanas.

La selección de la muestra fue polietápica: empezando por AGEBs o localidades, siguiendo por manzanas o segmentos, viviendas y finalmente, personas de 12 a 65 años de edad en cada hogar.

Se realizó una estratificación por nivel de urbanidad: 1.- áreas metropolitanas; 2.- localidades no incluidas en los estratos rural y metropolitano; 3.- rurales.

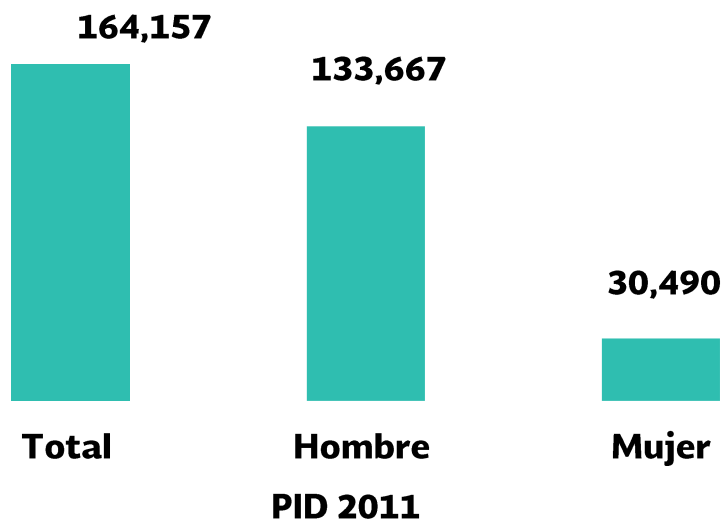
La ENA 2011, no está diseñada para estimar prevalencias muy pequeñas con precisión, lo que ocurrió con las personas que se inyectan drogas, por ello no se puede establecer una prevalencia de inyección de drogas regional y únicamente se presenta nivel nacional.

El operativo de la ENA 2011 se desarrolló entre el 13 de junio al 29 de agosto de forma simultánea en las 32 entidades federativas. Se aplicaron dos tipos de cuestionarios:

1.- Cuestionario de hogar: Llenado por un informante como el jefe de hogar, ama de casa u otro miembro de la familia de 18 años o más, sin impedimentos para poder responder y que conociera las características de la vivienda y sus residentes habituales. Este instrumento registró características de la vivienda y de sus residentes habituales, a partir del cual se selección a individuos a entrevistar partir del listado de integrantes del hogar.

2.- Cuestionario individual: El informante adecuado fue el individuo seleccionado aleatoriamente en los grupos de edad antes mencionados. Se administró un cuestionario individual por informante seleccionado, esto es, una persona entre 12 y 17 años y/o entre 18 y 65 años de edad, cumplidos al momento de la visita.

Indicador 3.2C
Personas que se inyectan drogas. México 2011



Fuente: SS/Conadic et. al. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. México: INPRFM, 2012.

3.2D.- Personas transgénero 2016

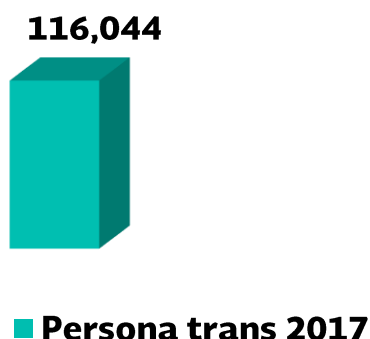
Actualmente denominamos transgénero a una persona que vive el papel del género opuesto al socialmente asignado. Llega a realizar modificaciones en su cuerpo sin modificar sus genitales. La persona transexual vive la misma condición de género y adicionalmente modifica sus genitales. Para México se estimó el número de mujeres transgénero que de acuerdo al procedimiento que se detalla más abajo es de 116,044.

Una estimación actualizada de población transgénero entre estadounidenses establece: alta de 0.8%, media del 0.6% y baja del 0.3% (Flores, AR et al, 2016)¹⁵. (A partir de una revisión bibliográfica se estimó en 0.1 y 0.5 por ciento el número de hombres de 15 a 65 años de edad que serían población transgénero. La estimación puntual quedo en 0.3% de la población de hombres de 15 a 64 años en México para 2016. Se optó por la estimación del porcentaje a partir del número de hombres mexicanos de 15 a 64 años de edad en Conapo 2017 (op.cit.): 38, 681,295.

Indicador 3.2D

¹⁵ Flores, AR, Herman JL, Gates GJ y Brown TNT. How many adults identify as transgender in the United States?. The Williams Institute, 2016. Disponible en: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/How-Many-Adults-Identify-as-Transgender-in-the-United-States.pdf>. Consultado 21 marzo 2017.

Mujeres transgénero 2016



Fuente: SS/Censida. Estimaciones del Censida. 2017.

3.2E.- Personas privadas de la libertad. México 2015

Población privada de la libertad (PPL) de acuerdo a los procedimientos reportados se divide en procesada y sentenciada:

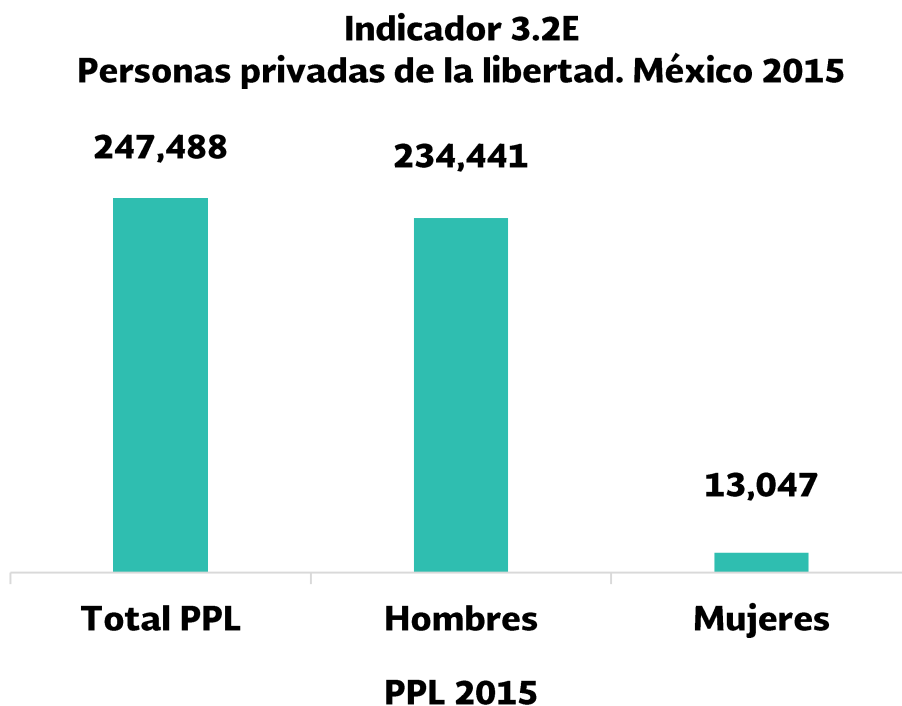
- Procesado: Persona que es sometida por la autoridad judicial a un proceso penal, una vez que el Juez dicta el auto de radicación.
- Sentenciado: Se le da este nombre a toda aquella persona, a partir de que un Juez o Tribunal competente, pronuncia la sentencia relativa a los hechos materia del proceso penal, ya sea en primera instancia, segunda instancia o cuando la sentencia ha causado ejecutoria, ello con independencia de que dicha resolución sea en sentido absolutorio o condenatorio.

Métodos

El sistema penitenciario mexicano produce información estadística que es generada por cada uno de los centros de readaptación social federales, estatales, municipales y de la Ciudad de México. Esta información es concentrada a través del Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social (OADPRS) y difundida por la Subsecretaría del Sistema Penitenciario Federal (SSPF) en un Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria. La información de los cuadernos es inicialmente elaborada e integrada en Centros de Readaptación Social (Federales, Estatales, municipales y de la ciudad de México), de donde pasa al OADPRS para su compilación,

validación, procesamiento y análisis de información y finalmente, la SSPF verifica y valida la información que se publica en los Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional¹⁶.

La información procede de 379 Centros penitenciarios distribuidos en la 32 entidades federativas del país en y se estima que el número de PPL en México asciende a 247,488 para diciembre del 2015.¹⁷ Del total de la población el 5.3% son mujeres; el 81% son del fuero común; el 59% es población sentenciada.



Fuente: SS/Censida. Estimaciones del Censida. 2017.

3.9 Agujas y jeringas por persona que se inyecta drogas. 2016.

El uso de drogas inyectables es el modo de transmisión principal para aproximadamente el 10% de las infecciones de VIH a nivel global. La prevención de la transmisión del VIH a través del uso de drogas inyectables es uno de los desafíos claves para reducir la carga de VIH.

¹⁶ Segob/CNS/OADPRS. Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional. Diciembre, 2015. Consultado 20 de Enero 2017.

¹⁷ Segob/CNS/OADPRS. Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional. Diciembre, 2015. Enero 2017.

Características del indicador

Intenta medir el progreso en la cobertura de un servicio de prevención del VIH esencial para las personas que se inyectan drogas (PID). 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 personas que se inyectan drogas en el país, para establecer el promedio de jeringas que recibe de manera gratuita las personas que se inyectan drogas en México, en un año determinado.

Metodología

Para calcular el número de jeringas distribuidas por PID, se solicitó el reporte del número de jeringas distribuidas gratuitamente en esta población a los Programas Estatales para la Prevención y el Control del VIH y el sida e ITS, Organismos de la Sociedad Civil, al Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (Cenadic) y a los Centros de Integración Juvenil.

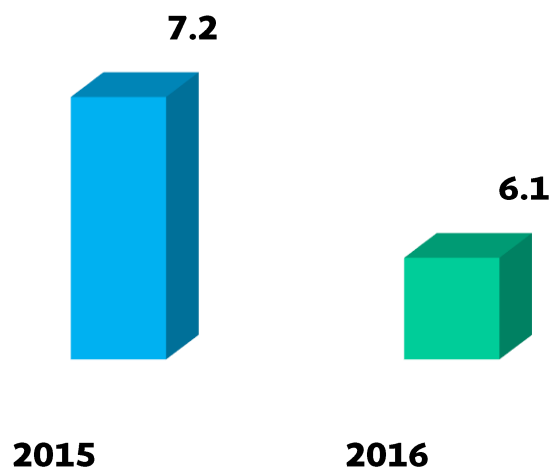
Resultados

Para el reporte del número de personas que se inyectan drogas en el país, se volvió a utilizar la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA 2011)¹⁸, la cual señala que 164,157 personas 12 a 65 años de edad declararon haberse inyectado algún tipo de droga ilegal. Las diferencias en el número de jeringas distribuidas por PID entre los años de 2015 y 2016, 7.2 y 6.1, respectivamente, significó una disminución del número promedio de jeringas por PID en términos relativos del 15% entre ambos años: en el 2015 se distribuyeron 1,186,348 y en 2016 1,005,454. Las variaciones en el número de jeringas que se distribuyen anualmente están relacionadas con el número de instituciones que distribuyen jeringas, básicamente.

¹⁸ Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Editor: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). Primera Edición. México, 2012.

Indicador 3.9

Agujas y jeringas por persona que se inyecta drogas. 2016



Jeringas por PID

Fuente:

Numerador:

-SS/Censida. Jeringas distribuidas en el 2016. México, marzo 2017.

-Organismos de la Sociedad Civil con trabajo en drogas inyectables: Inspira Cambio, 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, Prevencasa, A.C., Redumex -SS/Programas Estatales en VIH/SIDA e ITS : Baja California, Chihuahua, Michoacán, Nuevo León, Sonora, Tamaulipas, Zacatecas.

-Centros de integración Juvenil, A.C.

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.

3.10 Porcentaje de personas que se inyectan drogas en tratamiento de sustitución de opiáceos.

Mide la capacidad de un programa para ofrecer terapias de sustitución de opiáceos entre las personas que usan drogas inyectables como método para reducir directamente la frecuencia de ese consumo de drogas intravenosas. El objetivo es un valor del 40%.

ONUSIDA calcula que las personas que se inyectan drogas tienen 24 veces más probabilidades de vivir con el VIH que las personas de la población general. Y, su vez, destaca que las terapias de mantenimiento con metadona se han asociado

a la reducción del 54% del riesgo de infección por el VIH entre PID.¹⁹ Otro estudio realizado por encargo de Onusida en su conclusión 2.1 destaca que existen evidencias sólidas y congruentes, derivadas de ensayos aleatorios bien diseñados de la eficacia del tratamiento de mantenimiento con agonistas (incluye metadona y buprenorfina); además de que atrae y mantiene en tratamiento a una gran proporción de personas dependientes de opioides.²⁰

Justificación

La terapia de sustitución de opiáceos constituye un compromiso para tratar las dependencias de opiáceos y reducir la frecuencia de las inyecciones, preferiblemente a cero. Es la herramienta del sistema sanitario pública basada en pruebas que resulta más eficaz para reducir el consumo entre las personas que usan drogas inyectables. La terapia de sustitución de opiáceos ofrece un apoyo fundamental para el tratamiento de otros cuadros médicos, como son el VIH, la tuberculosis y la hepatitis vírica.

Metodología

El número estimado de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos (OST), se obtuvo preguntando al Centro Nacional contra las Adicciones (Cenadic), a Centros de integración Juvenil, A.C. y a servicios particulares de atención a consumidores de drogas por el número de personas atendidas en OST en el 2016. De los Centros de integración Juvenil se obtuvieron datos de 632 personas en 2 clínicas de atención y, en el conjunto de las restantes 16 servicios particulares considerados 7,647 personas. La cifra de personas en OST es baja porque se tuvo del reporte en el 2015 de cierre de clínicas de atención particulares. El denominador “Número de personas que tienen dependencia de los opiáceos que se inyectan drogas en el país” no está disponible.

3.11 Sífilis activa en trabajadores del sexo

19. Onusida. Detener la aparición de nuevas infecciones por el vih entre los usuarios de drogas inyectables. Disponible en: http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2017/march/20170316_CND. Consultado Abril 23 2017

20. Instituto de medicina de las academias nacionales de los EE. UU. Prevención de la infección por VIH entre usuarios de drogas inyectables en países de alto riesgo. Una valoración de evidencia. Francia, Onusida, 2008.

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

Este indicador mide los avances en la disminución de las conductas sexuales de alto riesgo y los esfuerzos de intervención para controlar la sífilis.

En el numerador se deben incluir a los profesionales del sexo con un resultado positivo para la sífilis activa y en el denominador los profesionales del sexo a los que se realizó la prueba de detección para la sífilis activa.

Metodología

En México, debido a la disponibilidad de información, se ha modificado la forma de reporte de este indicador ya que, en el numerador se incluyen las detecciones positivas de sífilis realizadas en hombres y mujeres trabajadores sexuales y personas transgénero, transexual y travesti (TTT); mientras que en el denominador se incluye el total de detecciones de sífilis realizadas en hombres y mujeres trabajadores sexuales y personas transgénero, transexual y travesti (TTT).

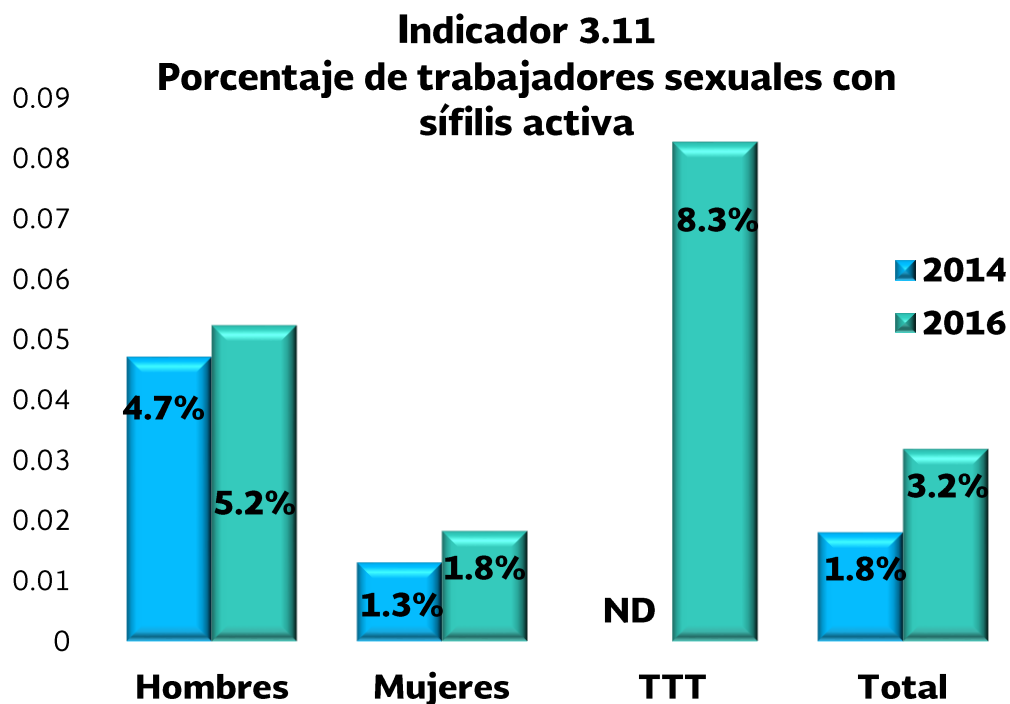
Se incluye información de la Secretaría de Salud, correspondiente a los servicios especializados que atienden a personas con VIH e ITS: Unidades de Especialidades Médicas “UNEMES”, en su modalidad de Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)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

Resultados

En el 2016, se realizaron 7,002 detecciones de sífilis en hombres y mujeres trabajadores sexuales y personas transgénero, transexual y travesti (TTT), con una prevalencia de 3.2% de sífilis activa, cifra superior a lo observado en 2014 (1.8%).

En las MTS la prevalencia es de 1.8%, cifra superior al año 2014 (1.3%); mientras que en HTS fue 5.2%, mayor que en el año 2014 (4.7%); en personas transgénero, transexual y travesti (TTT) se observa una prevalencia de 8.3%.

La tendencia de los últimos 5 años en este indicador para HTS muestra un mayor prevalencia en el último año (2016), no obstante en este último año, la mayor prevalencia se observa en los TTT (variable recién incluida en el sistema de información), esta diferencia podría estar relacionada 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 o a un cambio en la metodología de recolección de datos, que lo hace diferente al resto de los años.



Fuente:

SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares 2016. Consulta 23 de enero del 2017.

3.12 Sífilis activa en hombres que tienen sexo con hombres

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.

Metodología

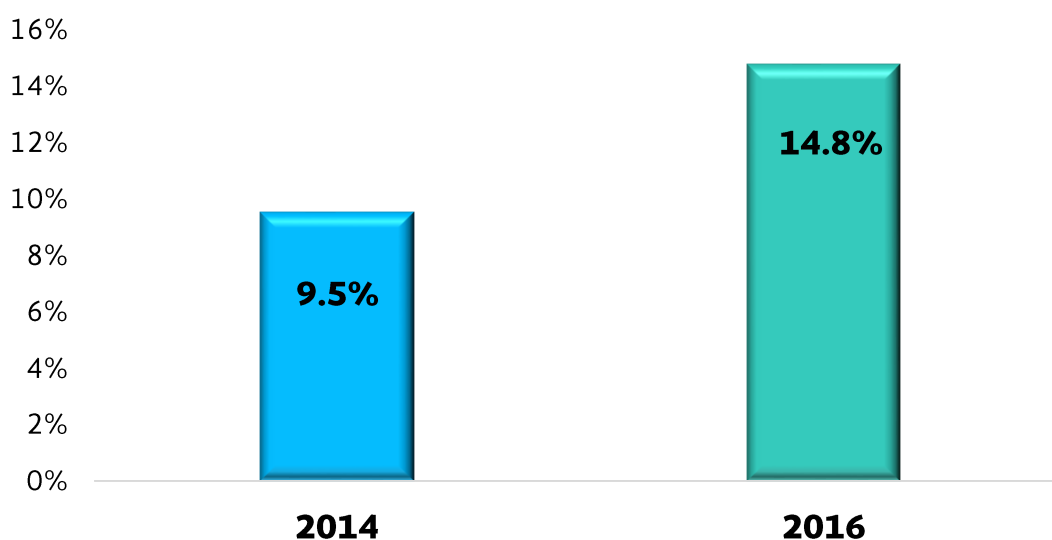
Se incluye información de Secretaría de Salud, correspondiente a los servicios especializados que atienden a personas con VIH e ITS. En el numerador se incluye el número de detecciones de sífilis en hombres que tienen sexo con hombres que dieron positivo. En el denominador, el total de detecciones de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

Resultados

El 14.8% de los HSH que se realizaron la prueba resultaron positivos para sífilis activa. Dos años antes (2014) se había reportado un 9.5%. No existen datos disponibles por edad.

Indicador 3.12

Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que presentan sífilis activa



Fuentes:

SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares 2016. Consulta 23 de enero del 2017.

3.18 Uso de condón en la última relación sexual de alto riesgo

El uso del preservativo es una manera importante de proteger contra el VIH, especialmente entre las personas con parejas sexuales no regulares.

Características del indicador:

Este indicador mide el progreso hacia la prevención de la exposición al VIH a través de relaciones sexuales sin protección entre personas con parejas extra-maritales sin cohabitar.

Metodología:

Los datos utilizados para este indicador provienen de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), llamada en México “Encuesta Nacional de

Niños, Niñas y Mujeres” (ENIM 2015), Informe Final. La cual fue llevada a cabo durante el 2015 por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), como parte del programa global de MICS. Asimismo la Representación en México del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) brindó apoyo técnico y financiero.

La muestra de la ENIM 2015, se diseñó para poder estimar un gran número de indicadores sobre la situación de los niños, niñas y mujeres (no existen datos referentes a hombres) con posibles desagregaciones a nivel nacional, para zonas urbanas y rurales, y para 5 regiones del país: Noroeste, Noreste, Centro, Ciudad de México-Estado de México y Sur.

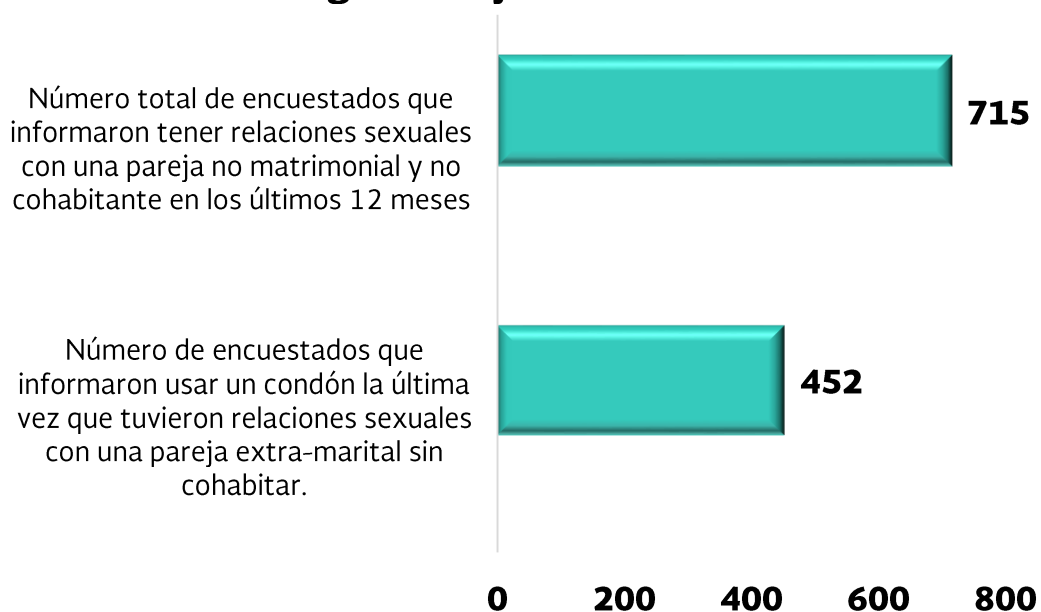
Los datos disponibles provienen de una muestra de 11,825 hogares, de áreas urbanas y rurales, se entrevistaron a 12,110 mujeres de 15 a 49 años de edad. Para el numerador y denominador, sólo se dispone de información de mujeres del grupo de 15-24 años de edad.

Resultados:

Se reportan 452 mujeres encuestadas que informaron haber usado un condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja extra-marital sin cohabitar, con respecto a 715 mujeres encuestadas que informaron haber tenido relaciones sexuales con una pareja no matrimonial y no cohabitante en los últimos 12 meses.

Indicador 3.18

Uso de condón en la última relación sexual de alto riesgo en mujeres de 15 a 24 años



Fuente:

SS/INSP. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015. Informe Final. México, pág. 261.
Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/17051_30850.html
Consultado: marzo 2017.

4.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH

Mide los avances en la reducción de actitudes discriminatorias y del apoyo a políticas discriminatorias.

Características del indicador

La discriminación es una forma de violación de los derechos humanos prohibida por la legislación internacional sobre derechos humanos y por la mayor parte de las constituciones nacionales. Con discriminación, en el contexto del VIH, se hace referencia a trato injusto (actos u omisiones) que recibe una determinada persona por causa de la percepción (real o equivocada) de su estado serológico. La discriminación exagera los riesgos y priva a las personas de sus derechos, lo que acaba potenciando la epidemia del VIH.

Este indicador no cuantifica directamente los casos de discriminación sino que cuantifica las actitudes discriminatorias que pueden resultar en actos (u omisiones) discriminatorios. Uno de los elementos del indicador cuantifica el apoyo potencial por parte de los encuestados por formas de discriminación que se producen en una determinada institución y el otro cuantifica distanciamientos sociales o expresiones conductuales de prejuicios. El indicador compuesto puede supervisarse como una medición clave del estigma relacionado con el VIH y el potencial de actos de discriminación relacionados con el VIH dentro de la población general.

Este indicador puede contribuir a comprender adicionalmente y mejorar las intervenciones relacionadas con actos de discriminación relacionados con el VIH mostrando cambios a lo largo del tiempo.

El indicador se construye a partir de las respuestas de las siguientes preguntas:

- ¿Compraría verduras frescas de un comerciante o vendedor si supieras que esta persona tenía VIH? (Sí, no, no sé / no estoy seguro / depende).
- ¿Cree usted que los niños que viven con el VIH deben poder asistir a la escuela con niños que son VIH negativos? (Sí, no, no sé / no estoy seguro / depende).

Metodología

Los datos provienen de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), llamada en México “Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres” (ENIM 2015) fue llevada a cabo durante el 2015 por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), como parte del programa global de MICS. La Representación en México del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) brindó apoyo técnico y financiero.

La muestra de la ENIM 2015, se diseñó para poder estimar un gran número de indicadores sobre la situación de los niños, niñas y mujeres con posibles desagregaciones a nivel nacional, para zonas urbanas y rurales, y para 5 regiones del país: Noroeste, Noreste, Centro, Ciudad de México-Estado de México y Sur.

Es una muestra de 11,825 hogares, de áreas urbanas y rurales, se entrevistaron a 12,110 mujeres de 15 a 49 años de edad.

Resultados

Pendiente envíen dato que integre la respuesta (Base)

5.1 Personas jóvenes: Conocimientos sobre la prevención del VIH

Mide los avances para conseguir un conocimiento universal de los hechos esenciales relacionados con la transmisión del VIH.

Características del indicador

La creencia de que una persona que se ve saludable no puede estar viviendo con el VIH es un error común que puede resultar en relaciones sexuales sin protección con persona infectadas. Rechazar grandes conceptos erróneos sobre los modos de transmisión del VIH es tan importante como el correcto conocimiento de los modos reales de transmisión.

Este indicador es especialmente útil en países en los que el conocimiento sobre el VIH y el Sida es deficiente porque permite medir fácilmente las mejoras con el tiempo. Sin embargo, también es importante en otros países, ya que puede utilizarse para garantizar que los niveles preexistentes se han mantenido.

El indicador se construye sobre las respuestas al siguiente conjunto de preguntas:

1. ¿Se puede reducir el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales únicamente con una pareja no infectada que no tiene otras parejas?
2. ¿Puede una persona reducir el riesgo de infectarse con el VIH utilizando un preservativo cada vez que tiene relaciones sexuales?
3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?
4. ¿Puede una persona infectarse con el VIH a través de picaduras de mosquitos?
5. ¿Puede infectarse una persona con el VIH compartiendo comida con alguien que vive con la infección?

Metodología

Los datos provienen de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), llamada en México “Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres” (ENIM 2015) fue llevada a cabo durante el 2015 por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), como parte del programa global de MICS. La Representación en México del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) brindó apoyo técnico y financiero.

La muestra de la ENIM 2015, se diseñó para poder estimar un gran número de indicadores sobre la situación de los niños, niñas y mujeres con posibles desagregaciones a nivel nacional, para zonas urbanas y rurales, y para 5 regiones del país: Noroeste, Noreste, Centro, Ciudad de México-Estado de México y Sur.

Es una muestra de 11,825 hogares, de áreas urbanas y rurales, se entrevistaron a 12,110 mujeres de 15 a 49 años de edad.

De las 5 preguntas ya descritas, se entrevistaron a 3,654 mujeres de 15 a 24 años de edad.

Resultados

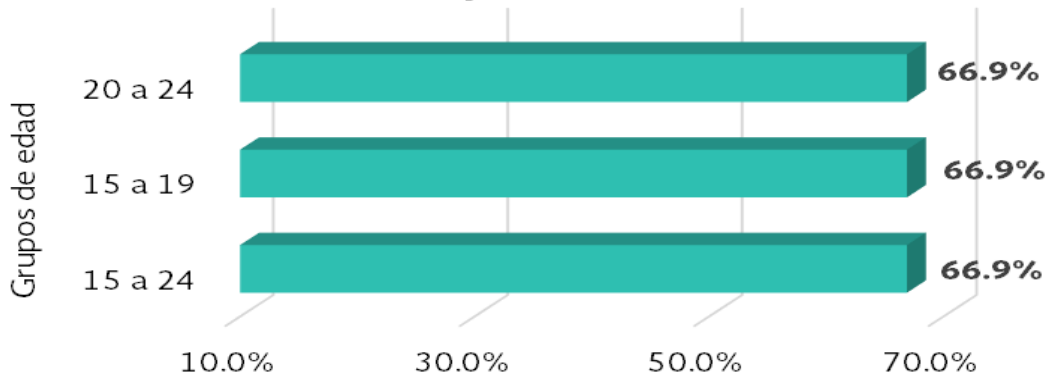
Pendiente envíen dato que integre la respuesta a las 5 preguntas (Base)

El grupo de 20 a 24 años de edad, tiene el porcentaje más alto de respuesta correcta a las preguntas 2 a la 5; en el caso de la pregunta 3 el porcentaje de respuesta correcta esta por abajo del 55% para todos los grupos de edad.

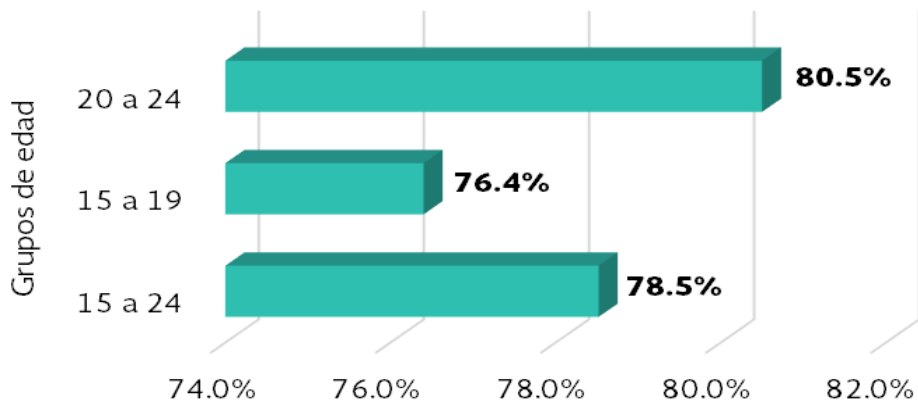
El grupo de edad 15 a 19 años tiene los porcentajes más bajos de respuestas correctas de las preguntas 2 a la 5.

Los datos de respuestas correctas de las 5 preguntas, en este caso de 3,654 mujeres de 15 a 24 años de edad son relativamente bajos, considerando que a nivel nacional existen medios de comunicación para obtener información adecuada sobre la prevención del VIH y la facilidad de que llegue a toda la población en general.

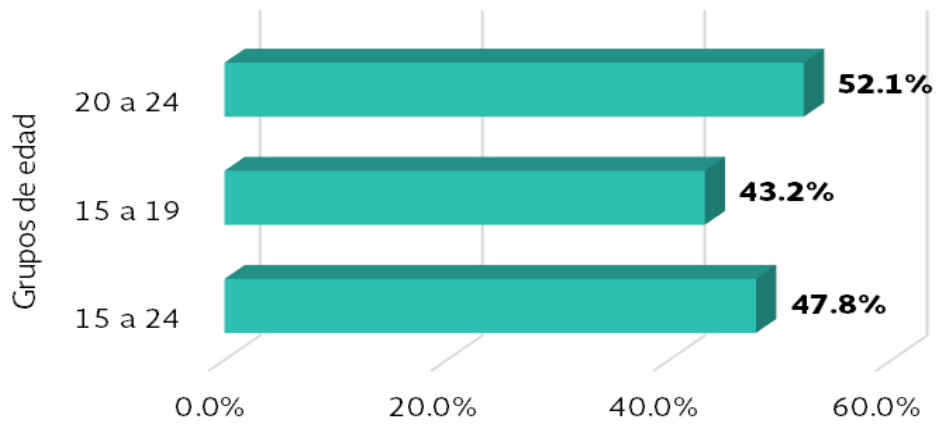
P-1 ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH al tener relaciones sexuales con un solo compañero no infectado que no tiene otros compañeros?



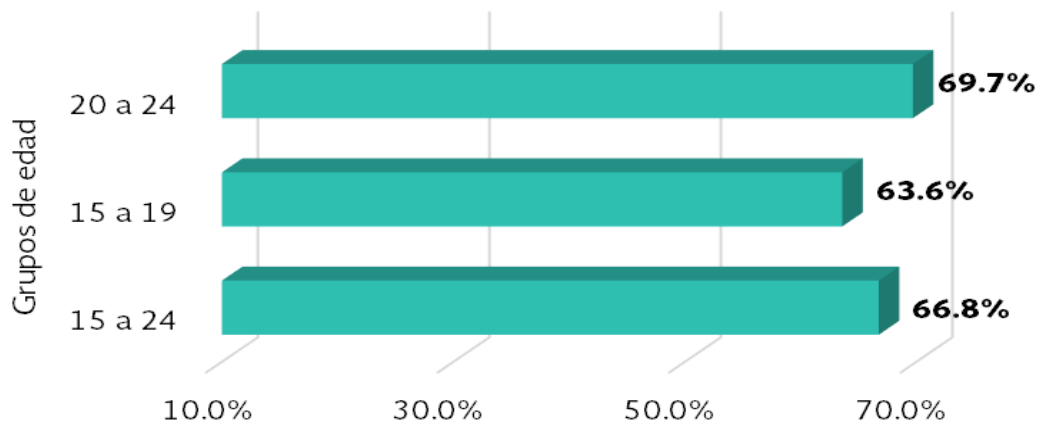
P-2 ¿Puede una persona reducir el riesgo de contraer el VIH usando un condón cada vez que tienen relaciones sexuales?

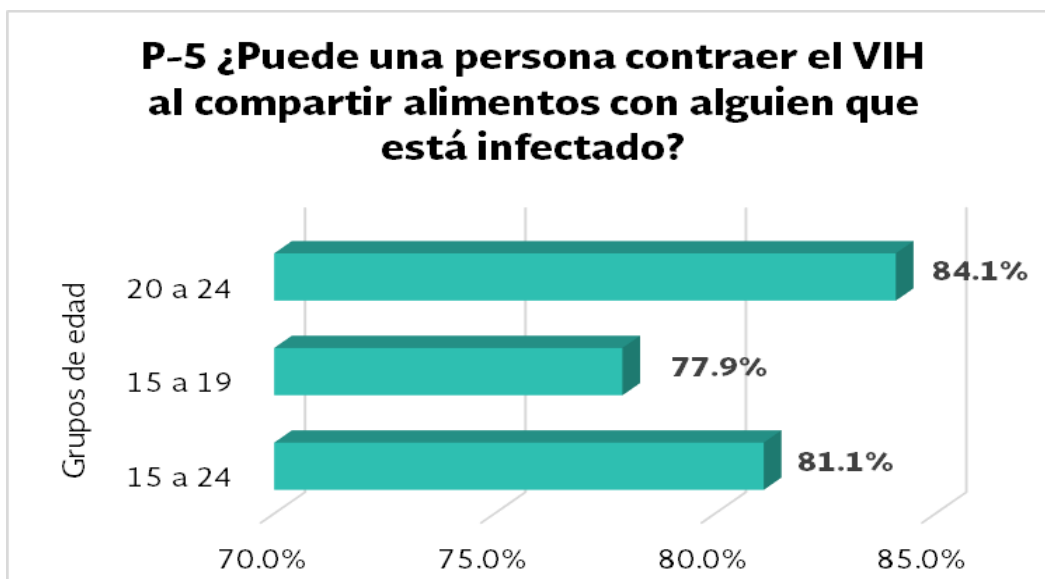


P-3 ¿Puede una persona de aspecto saludable tener VIH?



P-4 ¿Puede una persona contraer el VIH por picaduras de mosquitos?





Fuente:

SS/INSP. *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015, Informe Final*. México. pág. 261.

Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/17051_30850.html

Consultado: marzo 2017.

5.2 Demanda de servicios de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos

Mide los avances hacia ampliar la capacidad de las mujeres y niñas adolescentes de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva utilizando los métodos más eficaces.

Características del indicador

Este indicador aborda los avances conseguidos a la hora de ampliar la capacidad de las mujeres y las adolescentes de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, y de poder ejercer su derecho a controlar y decidir libremente sobre cuestiones relacionadas con su sexualidad y su salud sexual y reproductiva.

También se utiliza para cuantificar los avances en relación con el objetivo 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que se propone garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, lo que incluye servicios de planificación familiar, información y educación, e integrar la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales para el año 2030.

Los servicios de salud sexual y reproductiva son también un punto de entrada para los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo para el VIH.

Metodología

La información proviene de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014.

El tamaño de muestra fue de 101 000 viviendas a nivel nacional (urbanas y rurales), la población objetivo fueron las personas residentes habituales de las viviendas seleccionadas. Las respuestas al módulo de la mujer fueron proporcionadas por las mujeres de 15 a 54 años de edad residentes habituales de la vivienda seleccionada.

La información del numerador, corresponde a mujeres de 15 a 49 años de edad usuarias de métodos anticonceptivos modernos; los métodos modernos incluidos son: OTB (Oclusión Tubaria Bilateral), vasectomía, pastilla o píldora, inyectables, implantes subdérmicos, parches corporales, píldora de emergencia, dispositivo intrauterino con hormonas, anillo vaginal, DIU de cobre, condón masculino, condón femenino, espermicidas y diafragma.

La información del denominador, corresponde al número de mujeres de 15 a 49 años de edad: usuarias, ex-usuarias, nunca usuarias, estas últimas (que conoce o no conoce los métodos anticonceptivos).

Resultados

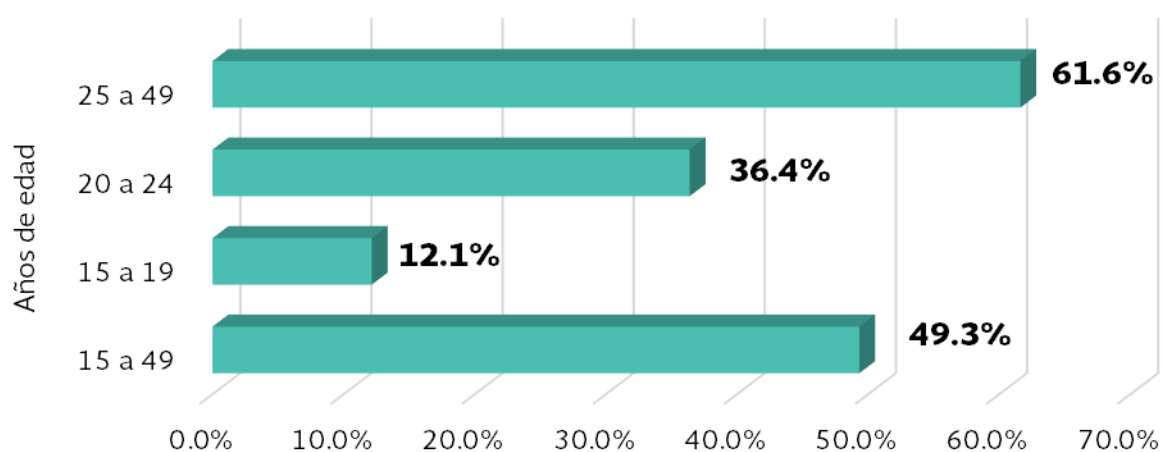
En el 2014 fueron entrevistadas 89,916 mujeres de 15 a 49 años de edad, lo que representa el 0.27% de población total de mujeres de esa misma edad en el 2014.

El grupo de población de 25 a 49 años de edad tiene el porcentaje más alto 61.6% que se han visto satisfechas sus demandas de servicios de planificación familiar con métodos modernos.

El porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad 49.3%, es bajo, ya que se esperaría que las mujeres de ese grupo de edad acuden a los servicios de planificación familiar que se encuentran disponibles en todas las instituciones públicas y privadas del país.

Indicador 5.2

Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que han visto satisfechas sus demandas de servicios de planificación familiar con métodos modernos



Fuente: Inegi. Encuesta Nacional de la Dinámica demográfica 2014. México.
Disponible: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/enadid/2014/>
Consultado: 14 de marzo del 2017.

10.1 Co-gestión de tratamiento de 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 terapia antirretrovírica. Aumentar la detección de casos nuevos y el acceso al diagnóstico y tratamiento de calidad de la tuberculosis, según las directrices nacionales e internacionales, es fundamental para mejorar la calidad y la esperanza de vida de las personas que viven con el VIH.

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) 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.

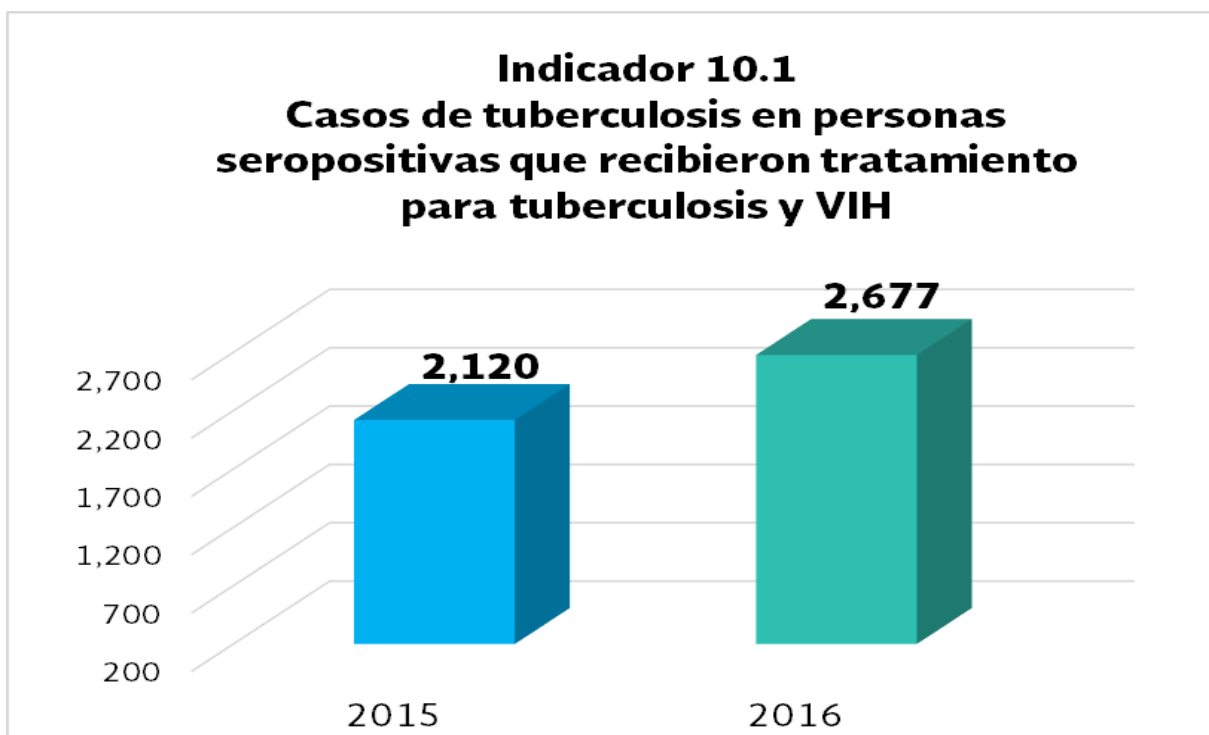
Metodología

La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH, el Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). Se incluye información de: SS, Imss, Issste, Sedena, Semar y Pemex, que representan 99.5% del total de personas en TAR.

Resultados

Únicamente se cuenta con datos del numerador: 2,677 personas han recibido TAR y han empezado el tratamiento para la tuberculosis, de los cuales 80% son hombres, 20% mujeres y 1% son menores de 15 años y 99% de 15 años o más.

En el reporte anterior el total de casos de coinfección por el VIH y la tuberculosis en tratamiento fue de 557, lo cual representa un porcentaje de incremento de 26.2%, entre ambos años. Lo anterior está relacionado con que, el Imss incrementó notablemente lo reportado en este año, respecto de lo declarado el año anterior, con lo cual se percibe una mejora en el reporte de la información en el tema por parte de esta institución.



Fuente:

SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Incluye información del sector público: Ss, Imss, Issste, Sedena, Semar y Pemex. Datos preliminares, cierre 2016.

10.2 Proporción de personas que viven con VIH que se han incorporado por primera vez en la atención del VIH a las que se les detectó tuberculosis activa.

El principal objetivo de las actividades de detección intensiva de casos de tuberculosis es su detección temprana en personas seropositivas y el suministro oportuno de tratamiento contra la tuberculosis y tratamiento antirretroviral, lo que, si se pone en práctica de manera óptima junto con el suministro de tratamiento antirretroviral temprano, profilaxis con isoniazida y prácticas de control de las infecciones transmitidas por aire, reduce la carga de la tuberculosis en las personas seropositivas.

La intensificación de la detección debe implementarse en todos los centros de atención y tratamiento de la infección por el VIH en la primera consulta, lo cual es de suma importancia en las personas seropositivas que ingresan por primera vez en la atención y el tratamiento de la infección por el VIH, dado que el riesgo de que tengan tuberculosis sin detectar es mayor que en las personas que ya están recibiendo el tratamiento antirretroviral. Asimismo, las personas seropositivas que ingresan por primera vez en la atención pueden ser menos conscientes de los síntomas de la tuberculosis y de la importancia de su detección temprana y tratamiento oportuno, por lo que posiblemente no acudan a la atención cuando tengan síntomas generales o específicos de tuberculosis.

Características del indicador

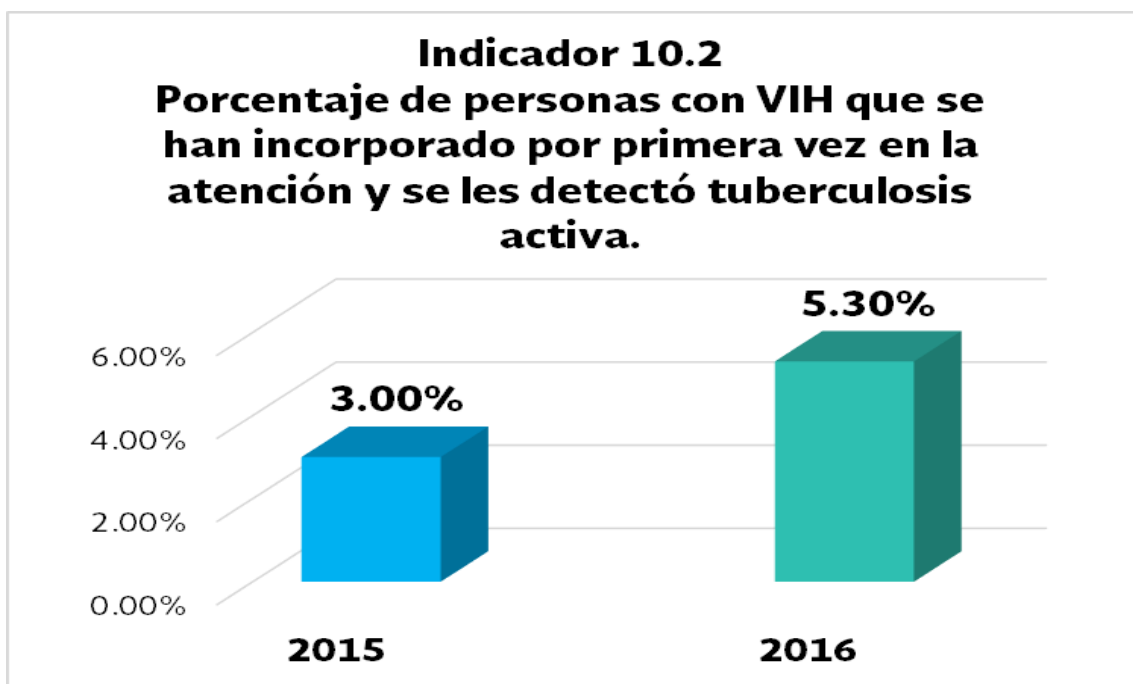
Mide la carga de la tuberculosis activa en las personas seropositivas que ingresan por primera vez en la atención de la infección por el VIH y la magnitud del esfuerzo para detectar pronto la tuberculosis asociada al VIH.

Metodología

La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH el Sida e ITS (GIS), del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del sida (CONASIDA). Se incluye información de: SS, Imss, Sedena, Semar y Pemex que representan 98.8% del total de personas en TAR (incluye sector público).

Resultados

El porcentaje de personas seropositivas incorporadas por primera vez en la atención para el VIH a las que se les detectó tuberculosis activa, durante el periodo de notificación fue de 5.3%, con respecto al año 2015 que fue de 3.0% muestra un porcentaje superior, el cual parece ser significativo; pero demuestra el avance en la materia.



Fuente:

SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Incluye información del sector público: Ss, Imss, Sedena, Semar y Pemex. Datos preliminares, cierre 2016.

10.3 Proporción de personas seropositivas registradas por primera vez en la atención para el VIH que iniciaron la terapia preventiva para la tuberculosis.

Se debe realizar la prueba de detección de tuberculosis a todas las personas que reciben atención para el VIH en cada consulta, utilizando un algoritmo clínico recomendado por la OMS.

Es poco probable que las personas seropositivas que no presenten síntomas tengan tuberculosis activa, por lo que se les debe administrar tratamiento para prevenir la tuberculosis, (tratamiento para la infección por tuberculosis latente); independientemente de si se encuentran o no en TAR.

Características del indicador

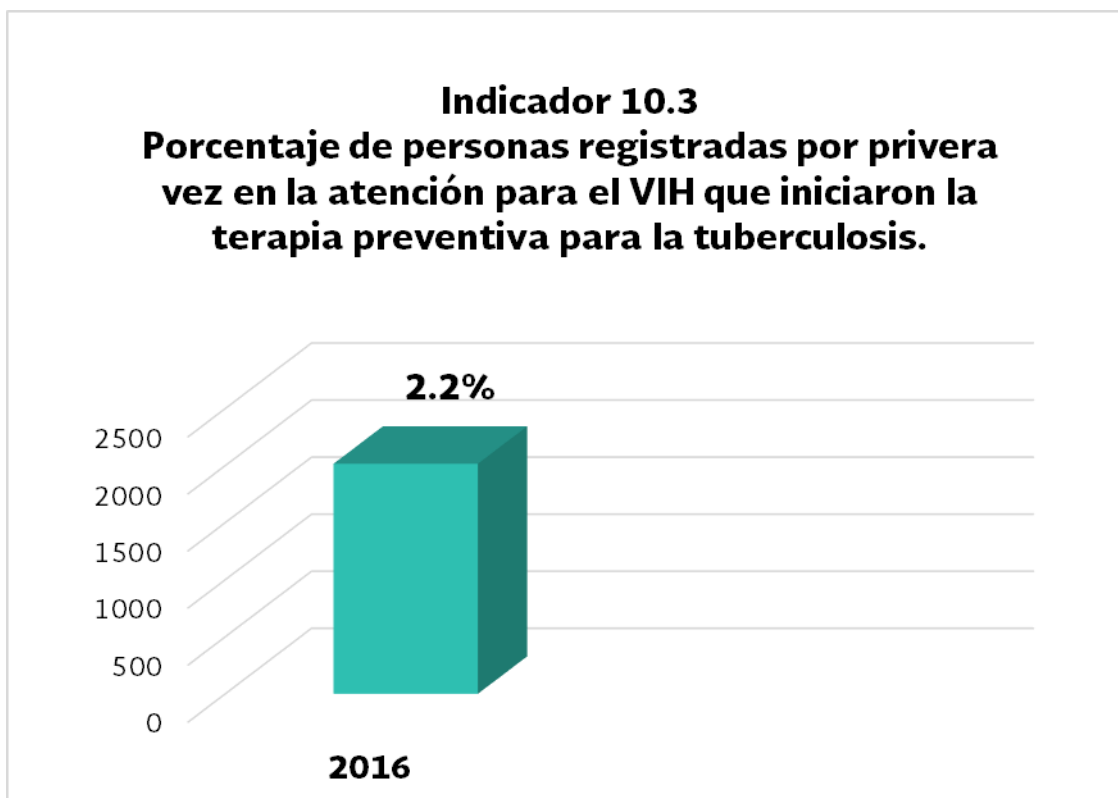
Es el porcentaje de personas que viven con el VIH incorporadas por primera vez en la atención de la infección por el VIH que comenzaron tratamiento de la tuberculosa latente, con terapia preventiva con isoniazida.

Metodología

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

Resultados

El porcentaje de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH y que inician profilaxis con isoniazida es del 2.2%. En el pasado informe este indicador fue reportado por más instituciones, faltó la información de (Imss e Issste).



Fuente:

SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Incluye información del sector público: Ss, Sedena, Semar y Pemex. Datos preliminares, cierre 2016.

10.5. Gonorrea entre la población masculina

Mide los avances a la hora de reducir el número de hombres que tienen relaciones sexuales sin protección.

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.

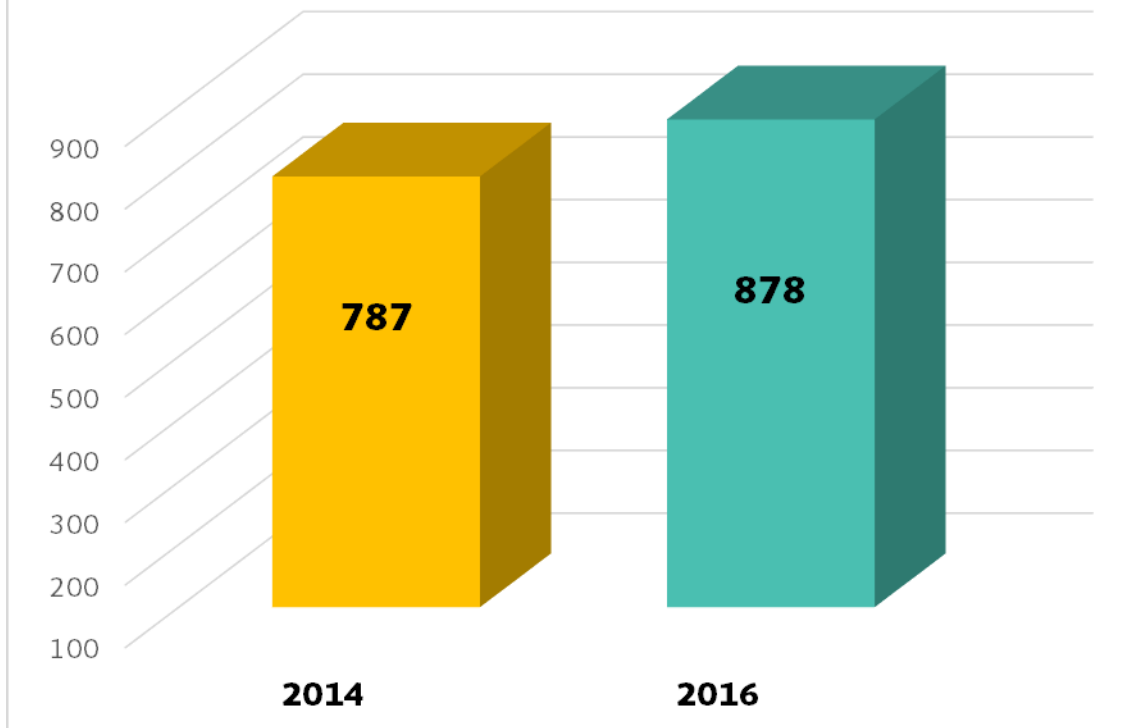
Metodología

La fuente de información utilizada son los registros de vigilancia epidemiológica para los casos notificados. 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). Sin embargo, se utilizaron las proyecciones de la población de hombres de 15 años o más del país, debido a que las de UNPD no se encuentran disponibles al momento.

Resultados

En el año 2016, el número de casos notificados de hombres adultos con gonorrea por cada 100 mil hombres adultos fue de 2.06, mientras que en 2014 fue de 1.91 (Onusida para el informe 2016, no se solicitó el reporte de éste indicador) lo que representa un incremento de 12%. Las cifras de 2014 y 2016 son preliminares. Es importante mencionar que, las cifras preliminares generalmente son menores a las definitivas de cada año en gonorrea en hombres, ya que no todos los casos se confirman.

Indicador 10.5
Índice de cuadros de gonorrea diagnosticados en laboratorio entre hombres



Fuente: SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana 52. Datos preliminares, 2014 y 2016.

BIBLIOGRAFÍA

CNDH. Informe de Actividades del 1° de enero al 31 de diciembre del 2016. Disponible en: [www//: informe.cndh.org.mx/uploads/principal/2016/informe_2016_resumen_ejecutivo.pdf](http://www.informe.cndh.org.mx/uploads/principal/2016/informe_2016_resumen_ejecutivo.pdf) Consultado: 16 de marzo del 2017.

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

Femke Olyslager and Lynn Conway. On the Calculation of the Prevalence of Transsexualism. Paper presented at the WPATH 20th International Symposium, Chicago, Illinois, September 5-8, 2007.

Flores, AR, Herman JL, Gates GJ y Brown TNT. How many adults identify as transgender in the United States?. The Williams Institute, 2016. Disponible en: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/How-Many-Adults-Identify-as-Transgender-in-the-United-States.pdf>. Consultado 21 marzo 2017.

Fondation Scelles, Charpenel Y. (under the direction of), 4rd Global Report. Prostitution: Exploitation, Persecution, Repression. Paris, Ed. Economica, 2016. Disponible en: <http://www.fondationscelles.org/fr/> . consultado Marzo 2017.

Grey, et. al. Estimating the Population Sizes of Men Who Have Sex With Men in US States and Counties Using Data From the American Community Survey. JMIR Public Health Surveill. 2016 Apr 21;2(1):e14. doi: 10.2196/publichealth.5365

Inegi. Encuesta Nacional de la Dinámica demográfica ENADID 2014. México. Disponible: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/enadid/2014/> Consultado: 14 de marzo del 2017.

Instituto de medicina de las academias nacionales de los EE. UU. Prevención de la infección por VIH entre usuarios de drogas inyectables en países de alto riesgo. Una valoración de evidencia. Francia, Onusida, 2008.

Izazola Licea, JA, Tolbert K. Comportamiento Sexual en la Ciudad de México (Encuesta 1992.1993). México: Conasida, 1994

Jesse Campagna, Jonathon Poe, Ann Robbins, and Emily Rowlinson. Estimating the Number of Men Who Have Sex with Men by Race/Ethnicity at the County Level in Texas. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol. 92, No. 1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4338124/pdf/11524_2014_Article_9910.pdf

Lubin, G. There Are 42 Million Prostitutes In The World, And Here's Where They Live. Disponible en: <http://www.businessinsider.com/there-are-42-million-prostitutes-in-the-world-and-heres-where-they-live-2012-1>. Consultado 25 de Febrero 2016.

Nucamendi Cervantes Gabriela del Carmen. Estimación de población transgénero en México de acuerdo al método Bakker y Hoenning y Kena. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2013/semanas/se_m52/pdf/edit5213.pdf. Consultado 20 de febrero 2017

Maria Stacey, Tracey Konstant, Jerushah Rangasami, Michelle Stewar, Gerbrand Mans. Estimating the size of the sex worker population in South Africa, 2013. Sanac, Southafrica, 2013.

Milton Diamond. Homosexuality and Bisexuality in Different Populations. Archives of Sexual Behavior, Vol. 22, No. 4, 1993. Disponible en: <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/1961to1999/1993-homosexuality-bisexuality.html>. Consultado 24 de febrero 2017.

Onusida. Monitoreo Global del Sida 2017. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2016. Ginebra. 2017.

Onusida. A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. Ginebra, 2008. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/17_Framework_ME_Prevention_Prog_MARP_E.pdf. Consultado: 16 de abril 2017

Onusida. Detener la aparición de nuevas infecciones por el vih entre los usuarios de drogas inyectables. Disponible en: http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2017/march/20170316_CND. Consultado Abril 23 2017

Purcell*, Christopher H. Johnson, Amy Lansky, Joseph Prejean, Renee Stein, Paul Denning, Zaneta Gau, Hillard Weinstock, John Su and Nicole Crepaz. Estimating the Population Size of Men Who Have Sex with Men in the United States to Obtain HIV and Syphilis Rates. The Open AIDS Journal, 2012, 6, (Suppl 1: M6) 98-107 1874-6136.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3462414/pdf/TOAIDJ-6-98.pdf>

Satoshi Ezoë, Takeo Morooka, Tatsuya Noda, Miriam Lewis Sabin, Soichi Koike. Population Size Estimation of Men Who Have Sex with Men through the Network Scale-Up Method in Japan. PLoS ONE 7(1): e31184. <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0031184&type=printable>

Segob/CNS/OADPRS. Cuaderno Mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional. Diciembre, 2015. Consultado 20 de Enero 2017.

Sergio Bautista Arredondo, Arantxa Colchero, Sandra G. Sosa Rubí, Martín Romero Martínez, Carlos Conde. Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/SIDA en México. 31 de Enero 2012.

SG/CONAPO. Proyecciones de los Nacimientos de México, 1990-2030. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. Consultado marzo 2017

SG/CONAPO. Proyecciones de Población de México, 1990-2030. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. Consultado marzo 2017.

SS/Censida. Estimaciones del sector privado.

SS/Censida. SALVAR. Datos de enero a diciembre del 2016. Variable: Casos registrados en SALVAR.

SS/Censida. Jeringas distribuidas en el 2016. México, marzo 2017.

SS/Censida y Onusida. Modelo Spectrum en proceso. 2017.

SS/Censida. Telsida. SiRSeQ. 2016.

SS/Censida. Estimaciones del Censida, población clave. 2017

SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Incluye información del sector público: Ss, Imss, Issste, Sedena, Semar y Pemex. Estimaciones del Sector Privado. Datos preliminares, cierre 2016.

SS/Conadic et. al. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. México: INPRFM, 2012.

SS/Conadic et. al. Usuarios de 12 a 65 años que se ha inyectado algún tipo de droga ilegal según sexo.

SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana 52. Datos preliminares, 2015 y 2016.

SS/DGE. Registros Nacionales de Seropositivos a VIH y Casos de Sida. Datos al 15 de noviembre del 2016. Variable: casos vivos.

SS/DGE. SINAVE. Sistema de Notificación Semanal. 2015. Datos definitivos.

SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares 2016. Consulta 23 de enero del 2017.

SS/DGIS. Sistema Informativo de Nacimientos (SINAC). Nacidos vivos por condición de no derechohabencia según entidad de residencia, 2016.

SS/INSP. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015, Informe Final. México.

Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/17051_30850.html. Consultado: marzo 2017.

SS/Programas Estatales en VIH, Sida e ITS (Baja California, Chihuahua, Michoacán, Nuevo León, Sonora, Tamaulipas, Zacatecas.). Jerigas distribuidas en el 2016. México, marzo 2017.

Tracey L. Konstant, Jerushah Rangasami, Maria J. Stacey J16 Michelle L. Stewart y Coceka Nogoduka. Estimating the Number of Sex Workers in South Africa: Rapid Population Size Estimation. *AIDS Behav* (2015) 19:S3–S15.

Vandepitte, R Lyerla, G Dallabetta, F Crabbe', M Alary, A Buve. Estimates of the number of female sex workers in different regions of the world. *Sex Transm Infect* 2006;82(Suppl III):iii18–iii25. doi: 10.1136/sti.2006.02008

Ward BW, Dahlhamer JM, Galinsky AM, Joestl SS. Sexual orientation and health among U.S. adults: National Health Interview Survey, 2013. Natl Health Stat Rep. 2014:1–12.

Disponibile en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25025690>. Consultada 15 Feb 2017.