

**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, 2018

Periodo reportado: enero-diciembre 2017

LISTA DE AGRADECIMIENTOS A PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL INFORME

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
Dr. Eddie Antonio León Juárez	Médico Infectólogo	Censida
Mtra. Marisol Valenzuela Lara	Epidemióloga clínica	Censida
Mtro. Tuffic Miguel Ortega	Director General	IMSS
Lic. Luis Rafael Pérez Enríquez	Jefe División Diagnostico Serv. Salud	IMSS
Lic. Martha Cristina Zamudio Jiménez	Responsable de Proyecto	IMSS
Lic. Aidé Jazmín González Cruz	Jefe de Área	IMSS

Lic. Florentino Castro López	Director General	ISSSTE
Dr. Jorge Guerrero Aguirre	Director Médico	ISSSTE
Dr. Mario Jáuregui Chiu	Jefe del Departamento de Vigilancia Epidemiológica de la Subdirección General Médica	ISSSTE
Carlos Alberto Treviño Medina	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

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. Gerardo del Valle de Valle	Responsable Estatal	Programa de VIH/SIDA Coahuila
Lic. Ma. Eugenia Figueroa Santana	Responsable Estatal	Programa de VIH/SIDA Colima
Dra. Juana del Carmen Chacón Sánchez	Jefa del Departamento.	Departamento de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida Michoacán
Dra. Lourdes Avilés Ávila	Responsable del Programa de SIDA/ITS	Programa de VIH/ITS. Durango
Dr. Luis Antonio Sánchez López	Secretario Técnico	COESIDA Nuevo León
Dr. Sergio Armando Salazar Arriola	Responsable Estatal	Programa Estatal de Respuesta al VIH/SIDA/ITS Sonora

Dr. Jorge Antonio Córdova Castillo	Responsable Estatal	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 24 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	OSC
Guillermina Gómez Arellanes	Representante	Fundación Nacional de Mujeres por la Salud Comunitaria AC.
Francisco Rosas Sánchez	Representante	Vivir. Participación, Incidencia y Transparencia, A.C.
Francis Zaballa Roquero	Representante	Acción Contra el Alcoholismo AC
Ma de Lurdes Barbosa	Representante	Mujeres en Frecuencia A. C.
Gabriela García Patiño	Representante	Balance, Promoción para el Desarrollo y Juventud, A.C.
Ricardo Román Vergara	Representante	Inspira Cambio A.C.
José Gerardo Cabrera Reséndiz	Representante	Unidad de Atención Sicológica, Sexológica y Educativa para el Crecimiento Personal, A.C.
Alejandro I. Arciniega Guzmán	Representante	Colectivo para la Investigación, la Ciencia y el Desarrollo, A.C.
A. Ninel Díaz Pardo	Representante	Acciones voluntarias sobre Educación en México, A.C.
Luis Alfonso Guadarrama Rico	Representante	Red Internacional FAMECON, A.C.

Rodrigo Aguilar Cornejo.	Representante	Colectivo Zapotlán VIHVO A. C.
Lic. Juan Alberto Corona Román	Representante	No Dejarse es Incluirse A.C
Said Slim Pasaran	Representante	Integración Social Verter A. C.
Kasandra Guazo Cano	Representante	Centro de Apoyo a las Identidades Trans A.C.
Martín Luna Sámano	Representante	Centro de Atención Profesional a Personas con sida, A.C.
Osmar Juan Matsui Santana	Representante	Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología
Carlos Ernesto Sánchez Sánchez	Representante	Asociación de Ciudadanos Grupo en Movimiento, A.C.
Patricia Jarquín González	Representante	Transformación Obreros Esperanza de México, A.C.
Francisco López	Representante	Karuna, salud y desarrollo, A.C.
Margarita Alavez Mata	Representante	Fundación Alavez
J. Trinidad Alcántara Mejía	Representante	La Perla de México
Rosalba Matha Sandoval	Representante	Es Por Los Niños en Tijuana.
Cynthia Navarrete	Representante	Aproase, A.C.
María Luisa, Julián Daniel	Representante	Programa Compañeros, A.C.

Adicionalmente se agradece a las 8 Organizaciones de la Sociedad Civil que aportaron información sobre distribución de jeringas en el país.

NOMBRE	CARGO	ORGANIZACIÓN
Licda. Sara Raquel Quiralte	Directora de la Institución	Fátima IBP
Dulce María Astrid Gallardo Rangel	Representante legal / Directora general	Irapuato vive, A.C.
María Elena Ramos Rodríguez	Directora y representante legal	Programa compañeros, A.C.

Ing Luis Alberto Segovia Acosta	Presidente	Prevecasa, A.C.
Q.B.P. Abel Quiroga Quintanilla	Presidente	Acción colectiva por los derechos de las minorías sexuales, A.C.
Ma Del Rosario Padilla Garcia	Directora / Representante Legal	Centro de servicios SER A.C
Lourdes Angulo Corral	Directora	Integración social verter, A.C.
Ricardo Román Vergara	Director	Inspira cambio, A.C.

APOYO PARA SESIÓN BLACKBOARD COLLABORATE CON OSC

Nombre	Cargo	Institución
Dr. Miguel Malo	Enfermedades Crónicas y Salud Mental	OPS/OMS
Dante Salazar	Apoyo Técnico	OPS/OMS

ÍNDICE

ACRÓNIMOS	15
INTRODUCCIÓN	18

I. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y TÉCNICOS DEL INFORME

1.1 La participación de las entidades interesadas	22
1.2 Tabla general de Indicadores	24

II. LA EPIDEMIA DE VIH EN MÉXICO

2.1 Panorama mundial y regional de la epidemia del VIH	28
2.2 Situación nacional de la epidemia del VIH	29

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	37
1.2 Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral.	38
1.3 Retención en la terapia antirretroviral a los 12 meses.	39
1.4 Personas que viven con el VIH que han suprimido su carga viral. ...	45

1.5	Diagnóstico tardío del VIH.	47
1.6	Desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales.	48
1.7	Mortalidad relacionada con el sida.	50

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

2.2	Transmisión vertical del VIH.	52
2.3	Prevención de la transmisión vertical del VIH.	53
2.4	Casos de sífilis entre mujeres embarazadas.	55
2.5	Índice de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos).	57

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)

3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH entre niños (véase Incidencia del VIH)	59
Estimaciones sobre el tamaño de grupos de población clave.	61
3.2A. Trabajo sexual.	62
3.2B.- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.	63
3.2C.- Personas que se inyectan drogas.	64
3.2D.- Personas transgénero.	67
3.2E.- Personas privadas de la libertad.	67

Indicadores de VIH entre grupos de población clave

Prevalencia del VIH entre grupos de población clave indicadores: 3.3A, 3.3B y 3.3D	71
--	----

Pruebas de VIH entre grupos de población clave que conocen su resultado indicadores: 3.4A, 3.4B 3.4D	71
Uso de preservativo entre grupos de población clave que conocen su resultado indicadores: 3.6A, 3.6B 3.6D	71
3.11 Sífilis activa entre profesionales del sexo. 74	75
3.12 Sífilis activa entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.	77

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

4.3 Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente	78
--	----

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 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

ICPN interno

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

8.1 Gasto total relativo al 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	81
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.	82
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.	84
10.5 Gonorrea entre la población masculina.	86
BIBLIOGRAFÍA	87
ANEXOS	
ANEXO I. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales interino (ICPN interino) México. 2017.	93
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 2017.	122

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 de 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
MTS	Mujer Trabajadora Sexual
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

PTF	Personas Trans Femeninas
PTV	Prevención de la Transmisión Vertical del VIH
PV	Personas viviendo con VIH
PT	Personas transgénero
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 2018 (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 tiene como antecedentes la 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 2017, a excepción de la mortalidad, cuyas cifras definitivas son al cierre 2016. 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. Desglose
8. 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 2018 incluyen:

- Apartado de indicadores básicos;
- La respuesta a los siguientes cuestionarios: i) Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales interino (ICPN interino) México. 2017 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 2017.
- 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 internacionales; 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. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales interino (ICPN interino) México. 2017 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 2017 (Encuesta OMS 2017).

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 (Encuesta OMS 2017 e ICPN interino).

También, se revisaron resultados de encuestas poblacionales y en poblaciones clave; así como artículos publicados que nos sirvieron de referente para realizar la estimación del tamaño de las poblaciones clave.

La información fue validada por el Grupo de Información Sectorial, el Censida, y las OSC, en el área de competencia particular. Específicamente con OSC, se realizó una sesión *Webex*, en la cual se realizaron comentarios al apartado de indicadores (con cifras preliminares), que el país presenta en esta ronda.

Metodología

La elaboración del Informe GAM 2018, 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 al GIS (SS, IMSS, ISSSTE, Pemex, Semar y Sedena); los Programas Estatales de VIH, sida e ITS; organizaciones de la sociedad civil; el Programa Nacional de TB y empresas privadas.

La información enviada por estas instancias fue revisada y comentada por el equipo de monitoreo de indicadores del Censida, hasta su validación final de las cifras incluidas en el reporte.

- La respuesta a los dos cuestionarios estuvo a cargo del Censida, según el nivel de especialización de cada dirección de área (Encuesta OMS 2017 e ICPN interino).
- Por su parte, las OSC participantes en el informe, realizaron comentarios a los indicadores y sus resultados: 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. Treinta y una OSC se inscribieron para participar, pero finalmente 24 organizaciones asistieron a la reunión virtual. Esta sesión se dio 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 estas organizaciones validaran y ampliaran la información compartida en la reunión.

Los pasos a seguir, se describen a continuación:

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), así como Encuesta de ARV

f. Elaboración del Informe escrito.

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

Conforme se iba concluyendo la sección de indicadores, los cuestionarios y el informe escrito, el Censida capturaba en línea estos elementos, en el sistema diseñado por ONUSIDA, expresamente para este fin.

h. Difusión del informe

El informe GAM 2018, está disponible para todos aquellos organismos, entidades, estudiosos del tema e interesados en general que deseen consultarlo a través de los portales del Censida y ONUSIDA.

1.2 Tabla general de indicadores

A continuación, se presenta un cuadro síntesis de la dimensión cuantitativa del reporte de los progresos de México en respuesta global al VIH y Sida, durante el año 2017.

Cuadro 1. Lista de Indicadores

Indicadores para el Monitoreo Global del Sida 2018
Compromisos de acción acelerada y objetivos ampliados para poner fin al sida hacia el 2030

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 2017			
No. Consecutivo	No.	Nombre	Disponibilidad
1	1.1	Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH.	64.0%
2	1.2	Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral.	61.0%
3	1.3	Retención en la terapia antirretroviral a los 12 meses.	82.8%
4	1.4	Personas que viven con el VIH que han suprimido su carga viral.	88.4%
5	1.5	Diagnóstico tardío del VIH.	CD4 <200 células/mm: 36.1% CD4 <350 células/mm: 57.6%
6	1.6	Desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales.	5.8%
7	1.7	Mortalidad relacionada con el sida.	Total: 3.8 Hombres: 6.4 y Mujeres: 1.3
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 2017			
No. Consecutivo	No.	Nombre	Disponibilidad
8	2.2	Transmisión maternoinfantil del VIH.	14.7%
9	2.3	Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH.	56.5%
10	2.4	Casos de sífilis entre mujeres embarazadas.	Detección de sífilis: 51.2% Serología positiva a sífilis: 0.2%
11	2.5	Índice de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos).	0.09

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.

Datos 2017			
No. Consecutivo	No.	Nombre	Disponibilidad
12	3.1	Incidencia del VIH.	0.11 Tasa por 1000
13	3.2	Estimaciones sobre el tamaño de grupos de población clave.	Trabajo sexual (hombres y mujeres): 239,330 Hombres que tienen sexo con hombres: 1,175,100 Personas que se inyectan drogas: 109,180 Transgénero: 17,510 Personas privados de la libertad: 204,620
14	3.3	Prevalencia del VIH entre grupos de población clave	Mujeres trabajadoras sexuales: 0.79% Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: 20.7% Mujeres transgénero: 18.3%
15	3.4	Conocimiento del estado	Trabajadoras del sexo: 65.8% Hombres que tienen sexo con hombres: 39.8% Mujeres Transgénero: 62.3%
16	3.6	Uso del preservativo entre grupos de población clave	Mujeres trabajadoras del sexo: 84.4% Hombres que tienen sexo con hombres: 65.3% Mujeres Transgénero: 74.9%
17	3.9	Número de jeringas distribuidas por cada persona que se inyecta drogas	6.2
18	3.11	población clave	Total: 5.1% Hombres: 8.6; Mujeres: 1.8% y Transgénero: 10.6
19	3.12	Sífilis activa entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.	Total: 30%

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 2017			
No. Consecutivo	No.	Nombre	Disponibilidad
20	4.3	Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente	8.1% Mujeres de 15 a 49 años de edad

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 2017

No. Consecutivo	No.	Nombre	Disponibilidad
COMPROMISO 6: Asegurar que 75% de las personas que viven con VIH y en riesgo de ser afectados por el VIH se beneficien de protección social sensible al VIH para 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 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.			

Datos 2017

No. Consecutivo	No.	Nombre	Disponibilidad
NA		Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales.	Capturado

COMPROMISO 8: Asegurar que el gasto en VIH aumente a \$ 26 mil millones de dólares en 2020, incluida una cuarta parte para prevención y 6% para los facilitadores sociales

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
21	10.1	Gestión compartida del tratamiento para la TB y el VIH	Total: 2,364 Mujeres: 460 Hombres: 1904
22	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.	6.1%
23	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.	2.6%
24	10.5	Gonorrea entre la población masculina.	4.7 Tasa por 100,000

II. LA EPIDEMIA DEL VIH EN MÉXICO

2.1 Panorama mundial y regional de la epidemia del VIH

Al cierre 2016, 36.7 millones de personas viven con VIH (30.8–42.9 millones):

- 34.5 millones son adultos (28.8–40.2 millones).
- 17.8 millones son mujeres (15.4–20.3 millones).
- 2.1 millones son menores de 15 años (1.7–2.6 millones).

19.5 millones de personas con acceso al tratamiento antirretroviral (17.2–20.3 millones), lo cual significa un aumento de 14% respecto de 2015 (17.1 millones) y de 153% en comparación con 2010 (7.7 millones). La meta 2020 es llegar a 30 millones de personas en tratamiento.

El 11% del total de casos de TB, son en personas con VIH (1.2 millones).

En 2016, fallecieron 1 millón de personas en todo el mundo a causa de enfermedades relacionadas con el sida (830 mil–1.2 millones de defunciones).

Sin embargo, la mortalidad por VIH ha disminuido en:

- 48% respecto el 2005 (1.9 millones de defunciones).
- 33% con relación al 2010 (1.5 millones defunciones).

La meta es reducir a 500 mil defunciones en el año 2020 y a 200 mil en el 2030.

La tuberculosis (TB) continúa siendo la principal causa de muerte entre las personas con VIH a nivel mundial, siendo la responsable de una de cada tres muertes relacionadas al sida:

- 6 de cada 10 casos de TB en personas con VIH no recibieron diagnóstico y tratamiento (57%), lo que ocasionó 390 mil defunciones por TB en personas con VIH, durante el 2015.
- La meta 2020 plantea reducir a 120 mil

1.8 millones de nuevas infecciones por VIH en 2016 (1.6–2.1 millones). La meta 2020 es llegar a menos de 50 mil en el mundo y en el 2030 a 20 mil.

- 11% de reducción en el número de nuevas infecciones por VIH en adultos de 2010-2016: de 1.9 millones (1.6-2.1 millones) a 1.7 millones (1.4-1.9 millones), respectivamente.
- Disminución de 47% en las nuevas infecciones por VIH en niños y niñas: de 300 mil (230-370 mil) a 160 mil (100-220 mil), respectivamente.
- La meta 2010 es reducir esta cifra a 50 mil.

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.

19,100 millones de dólares estadounidenses disponibles para la respuesta al sida en los países de ingresos bajos y medios (finales de 2016).

- En 2016, los recursos nacionales representaron el 57% del gasto total en VIH en dichos países.
- ONUSIDA estima que se necesitarán 26,200 millones de dólares estadounidenses para la respuesta al sida en 2020 en los países de ingresos bajos y medios, y 23,900 millones de dólares estadounidenses en 2030.

2.2 Situación nacional de la epidemia del VIH

A diciembre 2016, 220 mil personas vivían con VIH (200-240 mil). Para 2020, el país estima que serán 250 mil.

- 57% de las personas que se estiman vivirán con VIH para el año 2020, conocen su estado serológico.
- 141 mil personas tenían acceso a tratamiento antirretroviral en todo el país (140,979), 30 de junio del 2016.
- 12 mil nuevas infecciones por VIH al año.

- 15% de reducción en la tasa de incidencia estimada del VIH, de 2005-2016 (0.12-0.10 por cada mil habitantes).
- Cada día, 33 personas adquieren el VIH.

La tasa de mortalidad por VIH fue de 3.8 por 100 mil habitantes, siendo de 1.3 en mujeres y 6.4 en hombres (cierre 2016). 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 0.3 por ciento, lo que significa que 3 de cada mil personas vive con VIH en ese grupo de edad, la cual muestra una tendencia que estable.

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 de VIH en estas poblaciones clave son: hombres que tienen sexo con hombres (17.3%), personas que se inyectan de drogas (5.8%), mujeres trabajadoras sexuales (0.7%) y hombres trabajadores sexuales (24.1%), así como mujeres trans (15-20%).

Un estudio reciente en 7 zonas urbanas de México (Cancún, Quintana Roo; Mérida, Yucatán; Ciudad del Carmen, Campeche; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Villahermosa, Tabasco, Oaxaca, Oaxaca y Puebla, Puebla), dio como resultado las siguientes prevalencias (ajustadas por tamaño de población y valor predictivo positivo) del VIH en poblaciones clave: hombres que tienen sexo con hombres (20.7%), mujeres trans (18.3%) y mujeres trabajadoras sexuales (0.79%).

Cascada de atención del VIH México, 2016



Fuente: SS/Censida. Estimaciones a partir de diversas fuentes.

Detección

En México una de cada tres personas con VIH desconoce que tiene VIH (2016):

- 141 mil personas que viven con VIH conocen su estatus serológico (2016).
- Para 2020, la meta es diagnosticar a 90% de las personas que viven con VIH, es decir, alrededor de 225 mil personas.
- En 2016, el diagnóstico tardío disminuyó a 37% en el país y no muestra inequidades de género por sexo, pero sí por edad, siendo la cifra basal 48.2% (año 2012). La meta OPS/OMS establece disminuir a menos de 10% en el 2020.

En 2017, la Secretaría de Salud:

- destinó 73 millones de pesos para la adquisición de pruebas rápidas de detección de VIH y 20 millones en pruebas rápidas de detección de sífilis, para poblaciones clave y en situación de desigualdad;
- el Programa VIH, sida e ITS realizó 1.6 millones de detecciones de VIH (cifras preliminares).
- ha financiado 123 proyectos de prevención de nuevas infecciones por VIH, por un monto total de 102.3 millones de pesos y
- distribuyó 21.8 millones de condones para la prevención del VIH y otras ITS.
- Financió 32 proyectos de Centros Comunitarios de Detección operados por Organizaciones de la Sociedad Civil.
- 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 para las personas con VIH 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 hijas e hijos.

El número de personas en tratamiento antirretroviral en el país se incrementó 13%, del 30 de junio del 2016 (125,073) a la misma fecha de corte en 2017:

- 141 mil personas (140,979), se encontraban en tratamiento antirretroviral en el país (30 junio 2017).
- de cada 3 personas con VIH en tratamiento antirretroviral se atienden en alguna de los 139 servicios especializados en atención del VIH (CAPASITS y SAI), siendo 85,838 personas en tratamiento antirretroviral (30 de junio de 2017).
- La meta para el 2020 es que 81% de las personas con VIH se encuentren en tratamiento (202 mil 500 personas con VIH), con una cifra base de 250 mil personas viviendo con VIH en el país.

En 2016, en el país 50% de las personas con VIH presentaron supresión viral, con respecto a la base de 220 mil personas con VIH. Este número asciende a 84% si se refiere a las personas que se encuentran en tratamiento antirretroviral y se les realizó una carga viral en el año.

- Al 31 de diciembre del 2016, se reporta que 84% de las personas en tratamiento de la Secretaría de Salud se encuentran en supresión viral, 86% continúan en tratamiento a los 12 meses, y se ha logrado disminuir la razón de mortalidad a 1.7%.
- 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.

En la Secretaría de Salud, 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

Las mujeres viven en un contexto de mayor desigualdad social y económica, mientras que los hombres presentan mayores comportamientos de riesgo:

- Las condiciones estructurales de desigualdad social propician una mayor vulnerabilidad en las mujeres, la cual también es de tipo biológico, epidemiológico, social y cultural. A nivel biológico, se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales la mujer es de dos a cuatro veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre.
- La transmisión del hombre a la mujer es más probable, puesto que durante el coito vaginal el área superficial del aparato genital femenino expuesta a las secreciones sexuales del compañero es más grande que la del hombre. Además, la concentración de VIH generalmente es más alta en el semen del hombre que en las secreciones sexuales de la mujer.
- De las 220 mil personas que se estima viven con VIH en 2016, 48 mil corresponden a mujeres (22%). Es decir, 1 de cada 5 personas con VIH es mujer.
- Se han notificado de manera acumulada 50,883 mujeres al 30 de junio del 2017, de las cuales 31,474 (62%) están notificadas como vivas y la mayoría (84%) tiene de 15 a 49 años de edad.
- Cerca de 28 mil mujeres (27,523) se encontraban en tratamiento, lo que representa el 20% del total de personas en TAR (30 de junio del 2017).
- 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.
- Un análisis de tasas de retención ajustadas por año de tratamiento en el periodo 2010-2014 señala que, ésta disminuye a medida que avanzan los años en TAR, siendo mayor la reducción en mujeres (primer año en TAR 81% mujeres y 88% hombre, para el quinto año en TAR: 43% mujeres y 61% hombres); lo cual se asocia a la falta de empoderamiento, la dependencia económica, las restricciones en la movilidad y responsabilidades como cuidadoras de las hijas e hijos.
- Los hombres alcanzan el control viral en 6.5 meses (p50), mientras que las mujeres tardan 7 semanas más.
- Con el objetivo de medir el impacto del apoyo para el traslado en mujeres con VIH, para incrementar su acceso y retención en los servicios de salud, el Censida realizó un análisis comparativo entre un grupo de mujeres con VIH que no recibieron recursos para el traslado y aquellas que reciben

este apoyo económico y se observó que: las mujeres que recibieron el apoyo económico tuvieron una mayor probabilidad de continuar en tratamiento, y de alcanzar indetectabilidad, que las mujeres que no lo recibieron. Asimismo, se demostró que, el no recibir el apoyo económico redujo la probabilidad de continuar en tratamiento en 48% (OR 0.52; IC 95% 0.41 – 0.66).

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 de tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión vertical del VIH.

- En 2016, se estima que se realizaron al menos 1 millón 169 mil 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 2016, el CNEGSR reporta que se realizaron 639 mil 114 detecciones de VIH de primera vez en mujeres embarazadas, lo que representó una cobertura de 46.8% 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.
- 61% de las mujeres embarazadas con VIH iniciaron tratamiento antirretroviral por primera vez en su vida (2016).
- A nivel regional, la OPS estableció como meta lograr que la trasmisión 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, durante los últimos tres años, la incidencia de transmisión vertical fue menor a la meta regional:
 - 2014= 0.04 casos nuevos por cada mil nacidos vivos. 2015= 0.03 casos nuevos por cada mil nacidos vivos. 2016= 0.04 casos nuevos por cada mil nacidos vivos.

En 2016 se registraron 92 casos nuevos confirmados de VIH por transmisión vertical, lo que refleja una disminución de 29.8%, respecto al año base 2013, cuando se registraron 131 casos.

Debido a la tendencia observada en 2016, durante 2017 se han apoyado estrategias de detección de VIH a mujeres embarazadas, así como

acompañamiento a aquellas que viven con el virus en estados con el mayor número de casos, específicamente a Tabasco (11) y Chiapas (10).

Del 1 de septiembre de 2016 al 31 de agosto de 2017, en la Secretaría de Salud, 557 mujeres embarazadas recibieron tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión vertical del VIH.

En 2016, 550 hijos e hijas de madres con VIH han sido monitoreados y seguidos estrechamente para confirmar o descartar la infección por VIH en esta institución.

Tuberculosis y VIH

En 2016, la cobertura de detección de VIH en personas con tuberculosis en todas sus formas, en mayores de 15 años de edad fue de 87.8%. Del 1 de enero al 14 de noviembre de 2017, se han realizado 16, 316 pruebas de VIH de un total de 19, 871 casos de TB en todas sus formas (82%).

Se encontraron 1,415 casos de TBTF asociados a VIH, dentro de la Secretaría de Salud; de ellos, 91.2% recibieron tratamiento para ambos padecimientos (2016).

En 2016, las cuatro entidades federativas con el mayor número de casos de TB asociado a VIH fueron Veracruz (200), Baja California (142), Chiapas (129) y Jalisco (110).

De enero a septiembre de 2017, se han registrado 1,008 casos de binomio TBTF- VIH dentro de la Secretaría de Salud, 88% 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

Características del indicador

Avances en la proporción de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico, y la eficacia de las intervenciones en materia de pruebas para el VIH.

Este indicador corresponde al “primer 90” del objetivo 90–90–90 del ONUSIDA: que el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico para el año 2020.

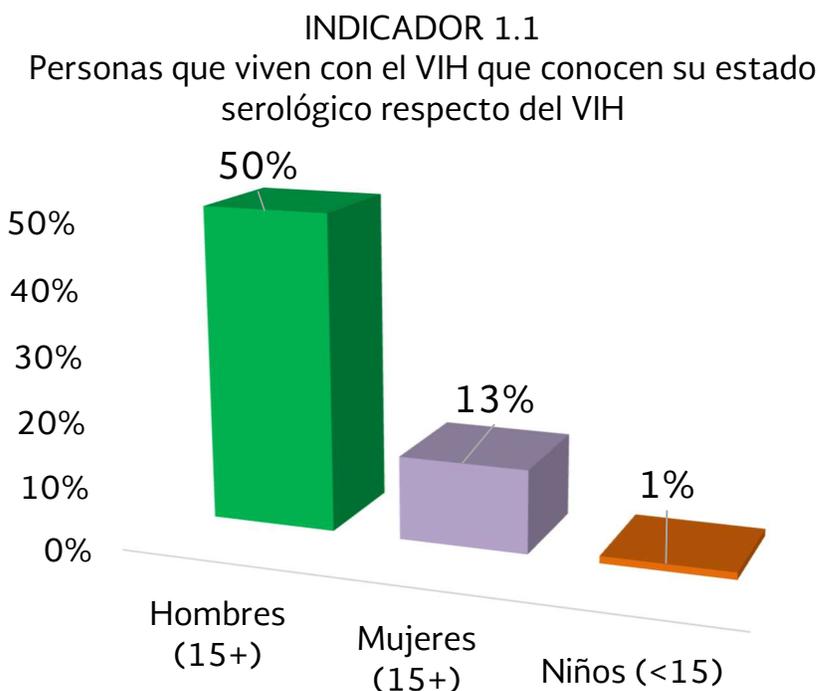
Metodología

El numerador se compone con el número de casos de VIH y sida diagnosticados vivos, en todo el Sector Salud. Para el caso de la Secretaría de Salud, en virtud del subregistro existente en el Sistema de Vigilancia Epidemiológico en algunas entidades federativas, se utilizó el sistema SALVAR (registro de personas en TAR y PRETAR), como indicador próximo del número de personas diagnosticadas.

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

Resultados

En México, el número de casos con diagnóstico de infección por VIH y sida, que continúan con vida al cierre 2017 ascienden a 150,166: 116,581 corresponden al sexo masculino 30,922 al sexo femenino y 2,663 a menores de 15 años.



Fuente:

SS/DGE. Registros Nacionales de Seropositivos a VIH y Casos de Sida. Datos al 10 de noviembre del 2017. Variable: casos vivos.

SS/Censida. SALVAR. Datos de enero a diciembre del 2017. 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. 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.

Este indicador corresponde al “segundo 90” del objetivo 90–90–90 del ONUSIDA: que el 90% de las personas que conocen su estado seropositivo reciban terapias antirretrovirales para el año 2020.

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, el cual es menor al 1%, 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 presentan la cobertura de las terapias antirretrovíricas 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, los denominadores para calcular los porcentajes por edad (menores de 15 años de edad y de 15 ó más) y sexo, proceden de estimaciones del Modelo *Spectrum* 5.63, desarrollado por Onusida para el presente informe. En algunos casos superan

Las fuentes de información de este indicador:

SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el Sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, IMSS, ISSSTE, Pemex, Semar y Sedena. Datos preliminares, cierre 2018.

SS/Censida. Estimaciones del sector privado.

Resultados

En el 2017, 141,271 personas que viven con VIH se encontraban en TAR en el país; de las cuales 80% eran varones adultos y 19 % mujeres adultas. El 99% eran personas de 15 años o más y el resto son menores de 15 años.

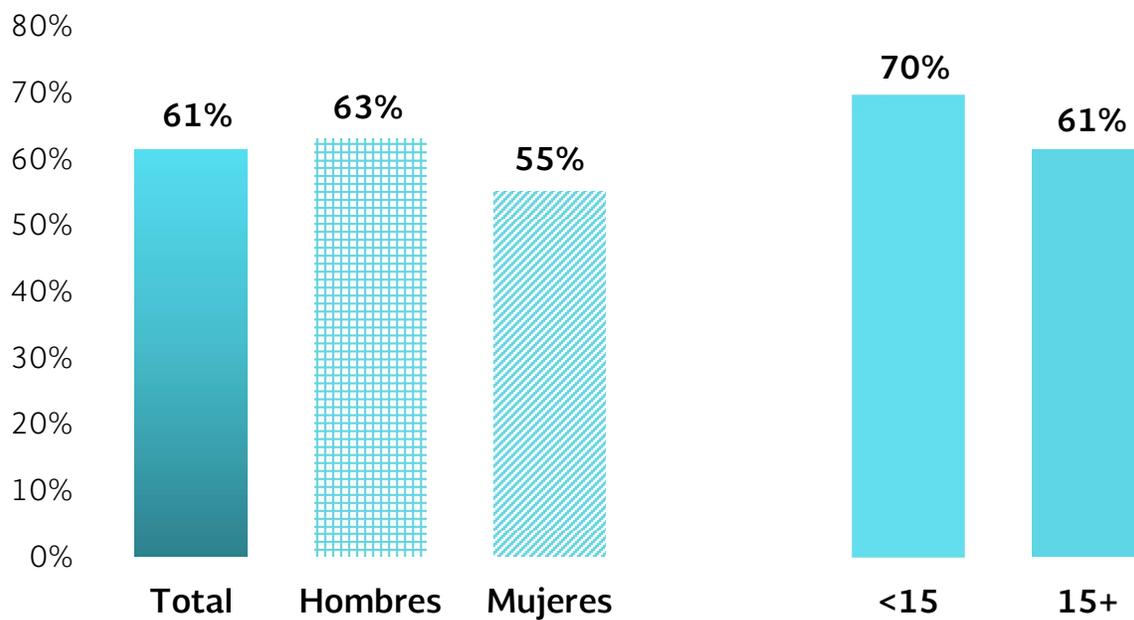
De las 230,000 personas viviendo con VIH, 61% estuvo en TAR en el 2017. En la distribución por sexo en adultos: 63% de los hombres y el 55% de las mujeres

se encuentran en TAR, con una razón M/H de 0.87 que, de acuerdo con lo señalado en el PAE respuesta al VIH, sida e ITS 2013-2018, se confirma que no existe diferencias por sexo en el acceso a tratamiento antirretroviral, al estar cercano al 0.9. Este mismo análisis por grandes grupos de edad, muestra una razón de 1.1 entre la cobertura de TAR entre menores de 15 años y personas de 15 años ó más (69% y 61%, respectivamente), que tampoco muestra diferencias por edad.

Respecto de las personas que ingresaron a TAR en el año, estas fueron 18,033, es decir, 4% menos que el año anterior (18,724), de los cuales 84% son varones adultos y 16% mujeres adultas. La distribución por grupos de edad muestra que, 99% se encuentran el grupo de edad de 15 años ó más y 1% son menores de 15 años.

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

Indicador 1.2 Cobertura de TAR en personas con VIH, según sexo y grupo de edad, 2017



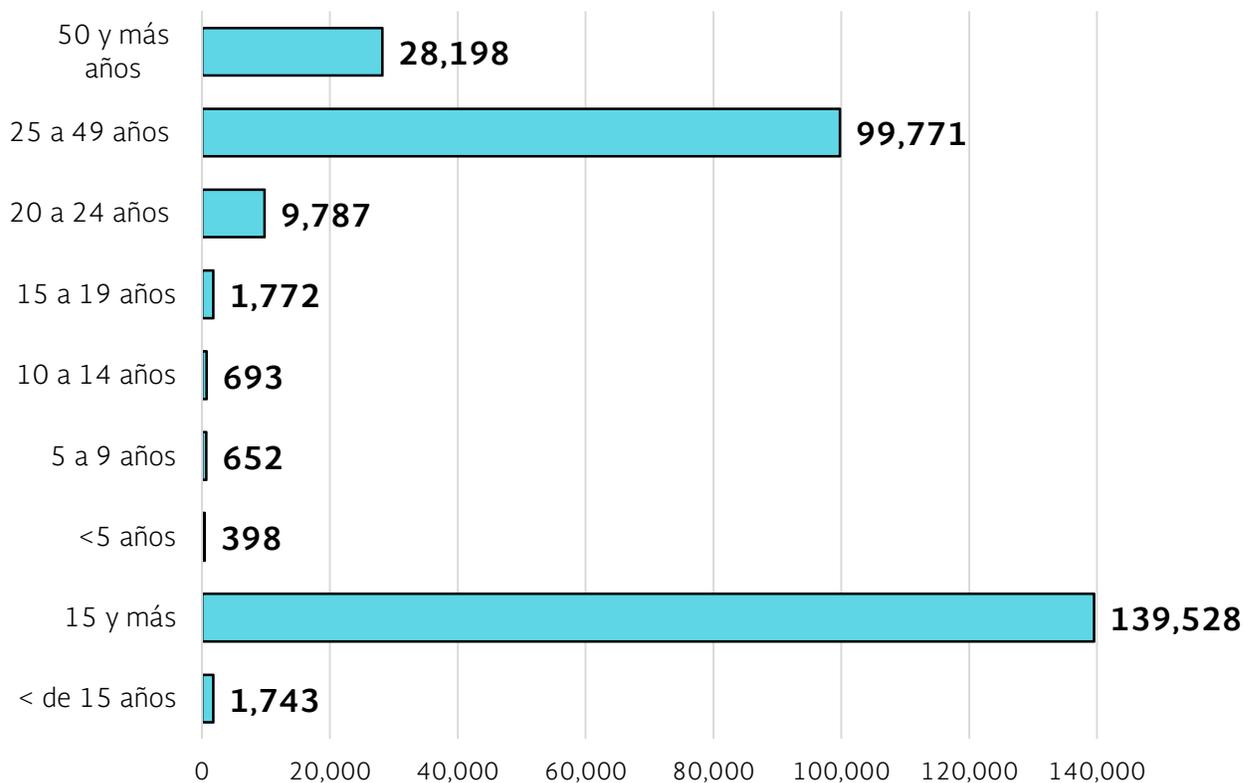
Fuentes:

SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Datos preliminares, cierre 2017. Incluye información del: Sector público: Ss, Imss, Issste, Sedena, Semar y Pemex.

Ss/Censida. Estimaciones del sector privado.

SS/Censida y Onusida. Modelo *Spectrum* versión 5.63. Datos abril del 2018.

Indicador 1.2 Adultos y menores que reciben actualmente terapia antirretroviral, por grupos de edad, 2017



Fuentes:

SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Datos preliminares, cierre 2017. Incluye información del: Sector público: Ss, Imss, Issste, Sedena, Semar y Pemex.

SS/Censida. Estimaciones del sector privado.

SS/Censida y Onusida. Modelo *Spectrum* versión 5.63. Datos abril del 2018.

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 las razones del por qué lo hacen.

Características del indicador

Observar el progreso en el incremento de la supervivencia en adultos y niños, al mantenerlos en terapia antirretroviral a los 12 meses de haber iniciado el tratamiento antirretroviral.

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 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.

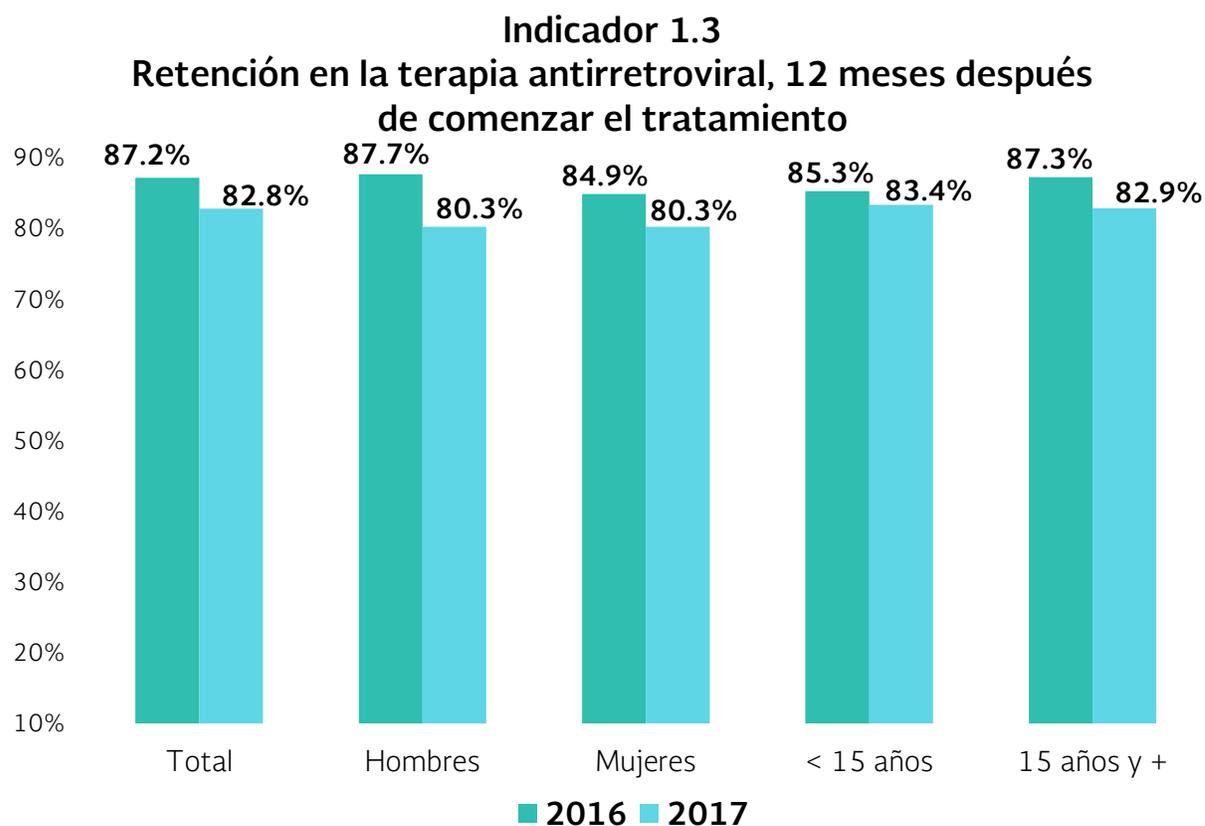
El período de información se define como cualquier período continuo de 12 meses que haya terminado dentro de un número predefinido de meses a partir de la presentación del informe. Los requisitos nacionales de información pueden determinar el número predefinido de meses. Si el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2017, 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 2016. La retención a los 12 meses después del inicio de la terapia antirretroviral se define como el resultado cuando la persona sigue viva y recibe tratamiento antirretroviral. Por ejemplo, las personas que comenzaron la terapia antirretroviral entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016, alcanzaron sus resultados a 12 meses para el período comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2017.

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), para el año 2017. Incluye información de: SS, IMSS, ISSSTE, Sedena, Semar y Pemex.

SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el Sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, IMSS, ISSSTE, Semar, Sedena y Pemex. Datos preliminares, cierre 2018.

Resultados

La supervivencia general fue de 82.8%, ligeramente inferior al año pasado (85.0%) y se perciben una equidad de género por sexo tanto en hombres como en mujeres el porcentaje fue del 80.3%. No hay diferencia significativa entre los menores de 15 años (83.3%) y los mayores de 15 años (82.8%).



Fuentes:

SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Datos preliminares, cierre 2017. Incluye información del: Sector público: Ss, Imss, Issste, Sedena, Semar y Pemex.

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.

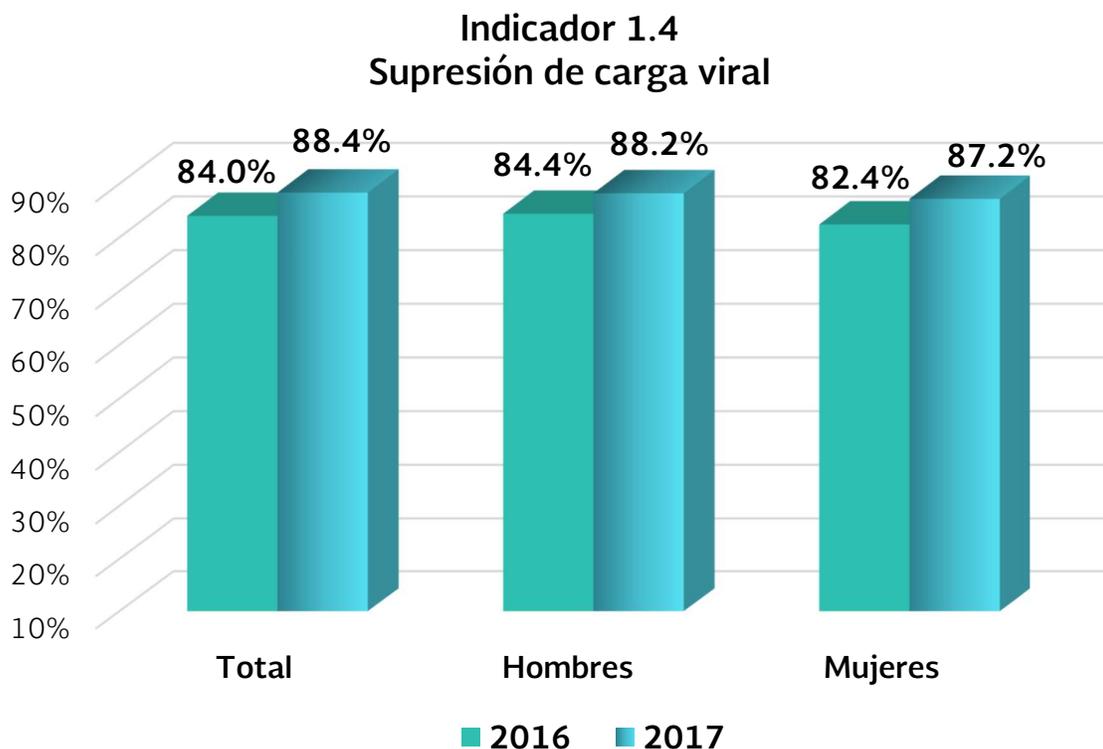
Metodología

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 la SS, IMSS, ISSSTE, Sedena, Semar y Pemex, que representaron en el 2017 al 99.2% del total de personas en TAR.

Resultados

La supresión viral (≤ 1000 copias/ml) fue de 88.4% si se toma en cuenta el total de personas que se realizaron la CV. 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 y Pemex. Datos preliminares, cierre 2017.

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.

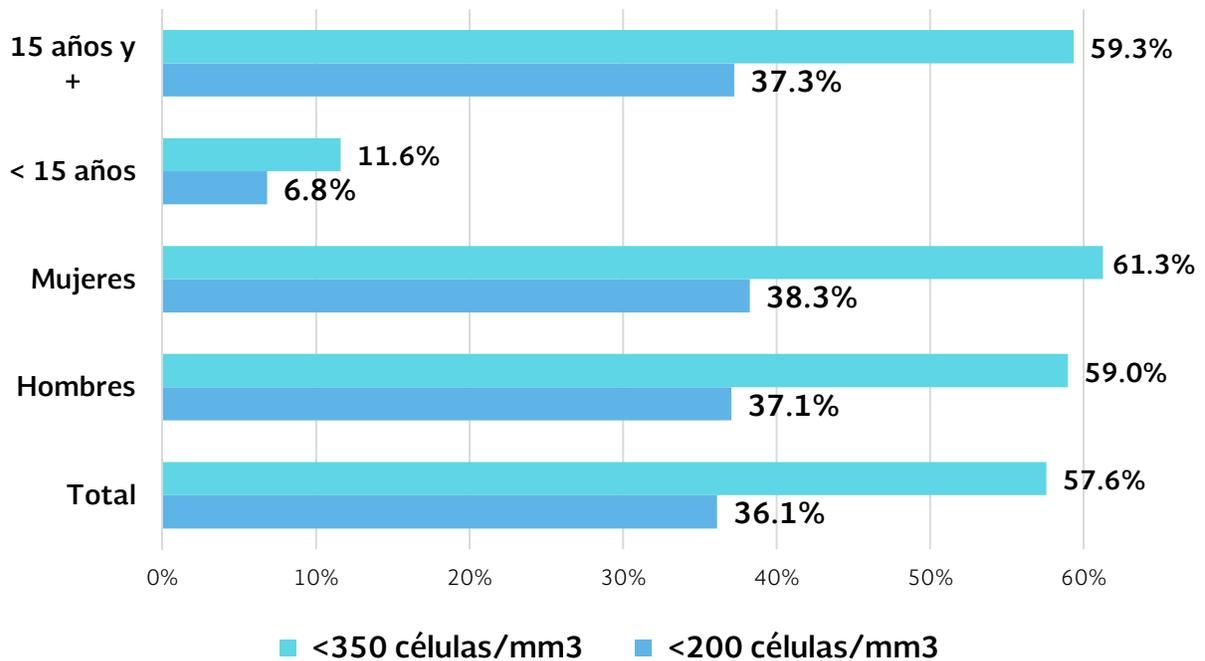
Metodología

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 36.1%; en hombres mayores de 15 años fue de 37.1% y en mujeres de 38.3% y en menores de 15 años 6.8%. En los que obtuvieron un recuento de <350 células / mm³, se obtuvo un porcentaje total de 57.6%; en hombres mayores de 15 años fue de 59%, en mujeres de 61.3% y en menores de 15 años obtuvieron La relación mujer/hombre es ligeramente superior a 1 favorable a la mujer.

Indicador 1.5 Diagnóstico tardío del VIH



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, Semar y Pemex. Datos preliminares, cierre 2017

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 22, de los 381 que constituye el denominador (se incluye a todo el sector salud público), lo que representa un 5.8% de unidades con desabasto de medicamentos. En el anterior informe GAM, se reportó un porcentaje más bajo de establecimientos (3.8%).

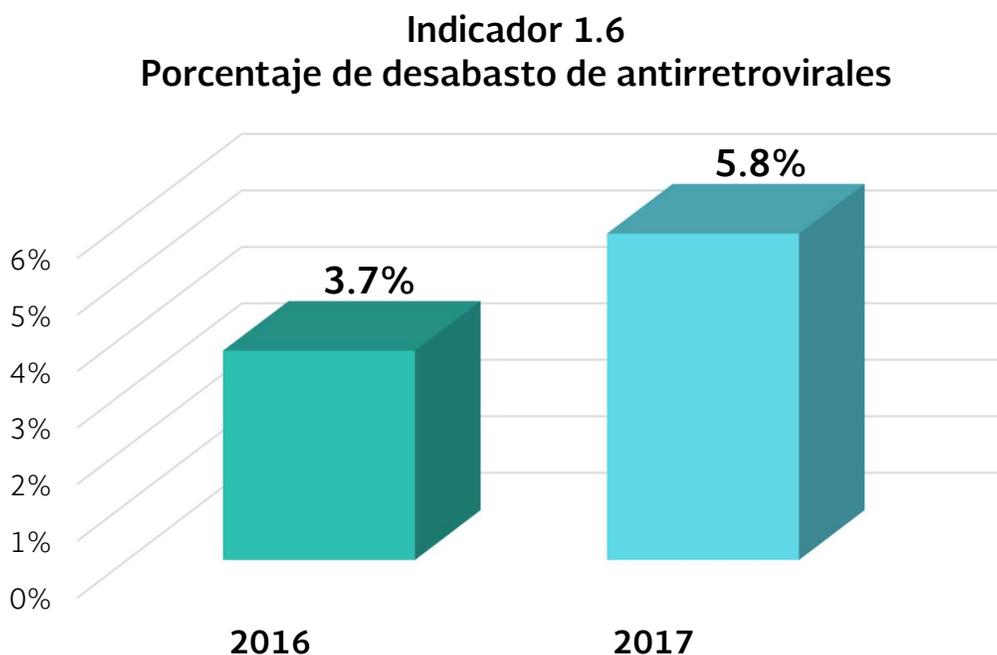
Los medicamentos antirretrovirales se proporcionan tanto en clínicas como en hospitales, lo cual no concuerdan con la desagregación propuesta por el informe GAM: clínicas, atención materno-infantil y atención en TB. Por ello, todo se deja en total.

El número desagregado de unidades del sector salud público que reportaron desabasto de medicamentos antirretrovirales en el año fueron las siguientes: diez en la SS mismas que reporta el SiRSeQ (Sistema de Registro y Seguimiento de Quejas); dos en el IMSS y diez en el ISSSTE. Pemex, Sedena y Semar no reportaron unidades con desabasto.

Además, se revisó el sistema de recepción de quejas denominado SiRSeQ, que opera a través de la línea telefónica TelSida, y que pertenece al Censida; en el cual se registraron 26 quejas de desabasto por parte de pacientes (que se define como: retraso en la entrega de medicamentos, no propiamente desabasto) en las siguientes instituciones y entidades federativas:

- Los Capasits de la Secretaría de Salud 10 quejas de las cuales todas fueron verificadas por el Censida y resueltas: dos en Estados de México y tres en el estado de Veracruz, los demás estados Nayarit, Coahuila, Morelos, Chiapas y Tabasco solo una queja recibieron.
- El Imss con 13 quejas en los estados de México y Colima con tres cada una, ciudad de México y Nuevo León con dos, Oaxaca, Durango y Coahuila con una queja cada una. Tres en el Issste: una en el estado de México y dos en la Ciudad de México. Tanto en el Imss como en el Issste el SiRSeQ no verifica las quejas ni

tiene conocimiento de su resolución, únicamente canalizan estas quejas a las instituciones.



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, Semar y Pemex. Datos preliminares, cierre 2017

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

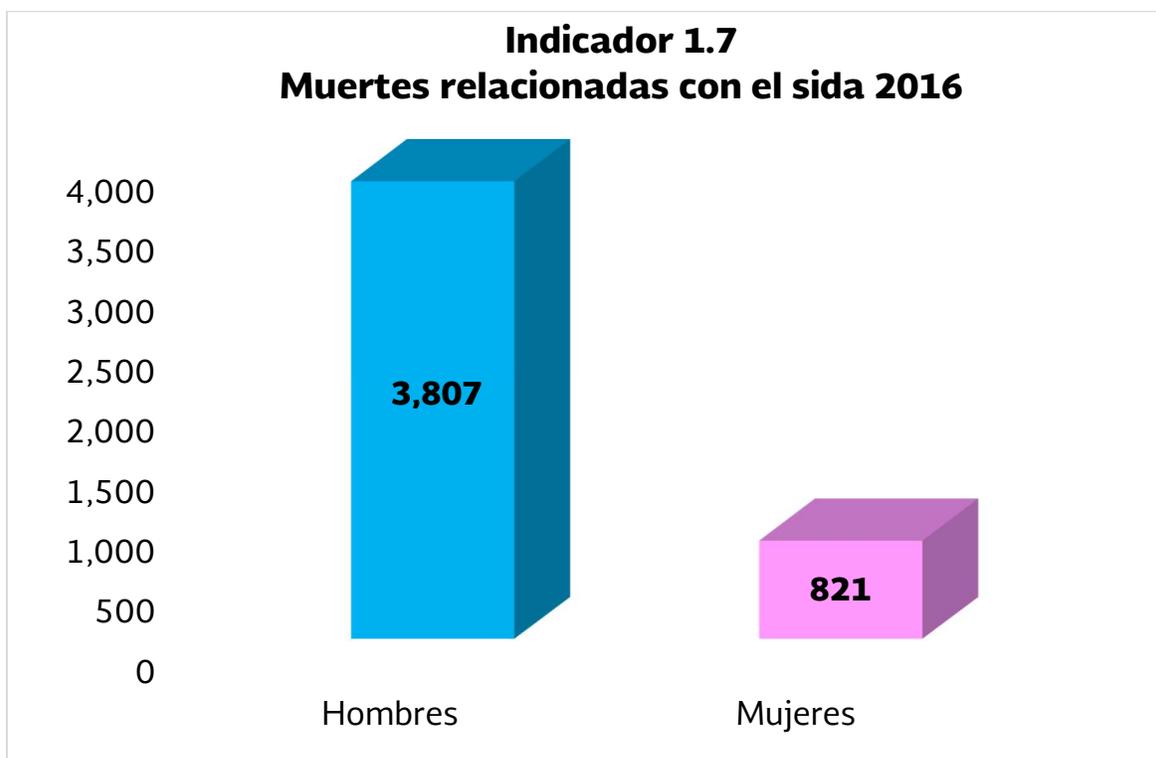
Mide el impacto de los programas de prevención, atención y tratamiento considerando el número de defunciones por VIH registrados en un año determinado, dividido entre el total de la población en ese mismo año, expresada por 100,000 habitantes.

Metodología

Para los fines de este indicador se consideran las defunciones por VIH 2016 a nivel nacional, por entidad de residencia, sin incluir extranjeros. La información se desglosa por sexo, edad.

Resultados

En el 2016, el número de muertes relacionadas con el VIH asciende a 4,628, de las cuales 3,807 corresponden al sexo masculino (82%) y 821 al sexo femenino (18%). El mayor número de muertes corresponde al grupo de 15 años ó 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. En el 2014 la tasa de mortalidad por VIH fue de 4.0%, en el 2015 fue de 3.9% y en el 2016 baja a 3.8%.



Fuentes:

SS/DGIS. Proyecciones de la Población de México 1990 – 2030. CONAPO. Datos 2016. Consulta 13 de marzo del 2018.

INEGI y SS/DGIS. Registro de mortalidad 2016. Tasas por 100 mil habitantes.

2.2 Transmisión vertical del VIH

Con este indicador se mide el avance en la provisión de medicamentos antirretrovirales a las mujeres embarazadas que viven con VIH para reducir la transmisión vertical del VIH

Características del indicador

El TAR para mujeres embarazadas que viven con VIH forma parte de las intervenciones que incluye combinar regímenes profilácticos y asesoramiento sobre alimentación infantil. Es necesario evaluar el impacto de las intervenciones dirigidas a prevenir la transmisión vertical en la reducción del número de niñas y niños que contraen la infección del VIH por transmisión vertical.

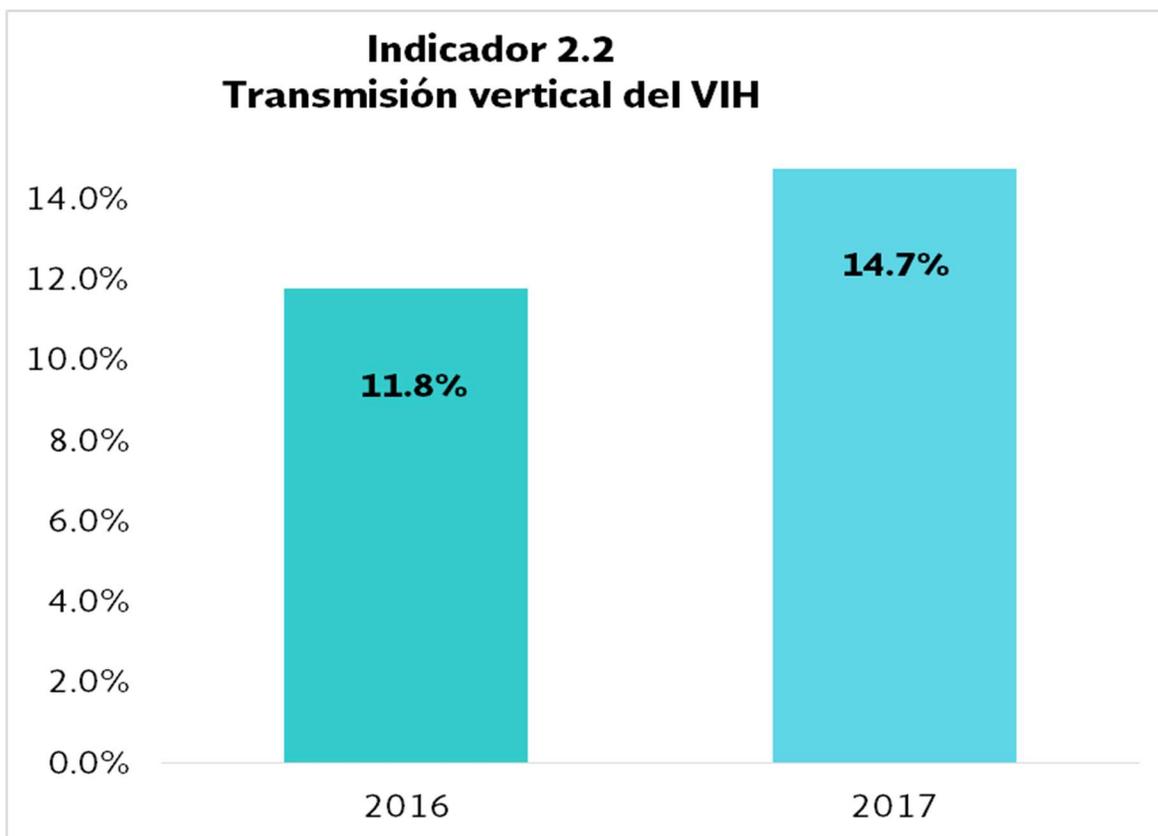
El porcentaje reflejado de niñas y niños que viven con el VIH deberá incrementarse según se incremente la cobertura de las intervenciones para la prevención de la transmisión vertical y el uso de regímenes más eficaces.

Metodología

Estimaciones del Modelo Spectrum Versión 5.63, desarrollado por Onusida para estimaciones de la epidemia en el 2017.

Resultados

De acuerdo con la estimación en el 2016 del modelo *Spectrum*, 11.8% es el estimado de niñas y niños que contrajeron el VIH mediante transmisión vertical en los 12 meses anteriores; para el 2017, el estimado del modelo *Spectrum* es de 14.7%.



Fuente:

Numerador y Denominador: Onusida y SS/Censida. Modelo Spectrum (versión 5.63). Datos al cierre 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 e hijas 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).

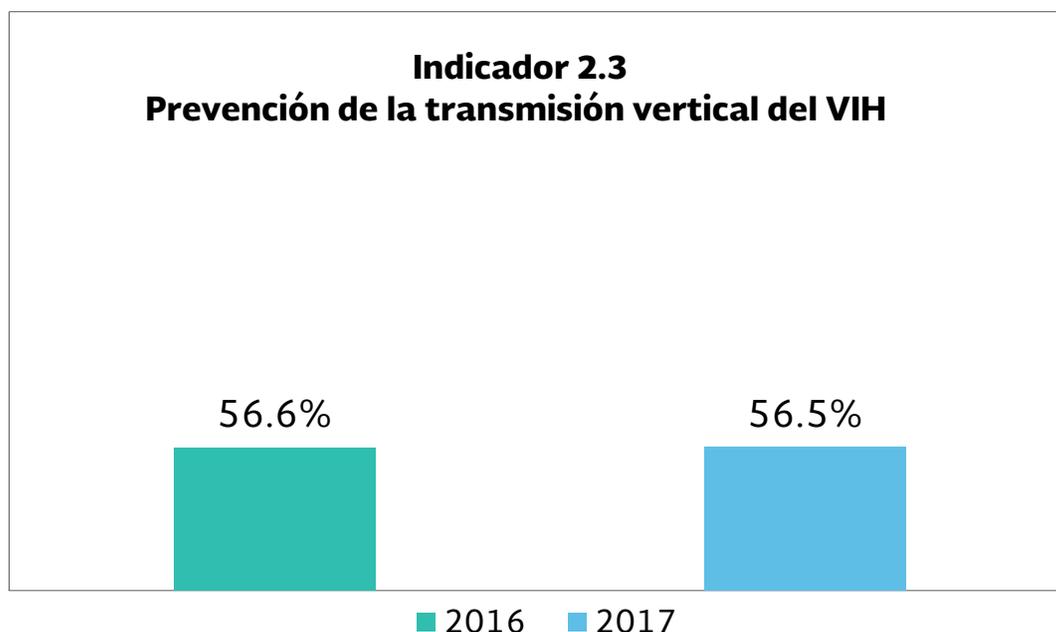
Debido a que, los datos reportados por la seguridad social (Imss, Issste, Pemex, Sedena y Semar), particularmente los del Imss, muestran que no se dispone de información completa sobre el número de mujeres embarazadas en TAR, se realiza la siguiente estimación: 1) asumiendo que la Secretaría de Salud (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 679 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 del Modelo Spectrum Versión 5.63, desarrollado por Onusida para estimaciones de la epidemia en el 2017.

Resultados

El número de mujeres embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión vertical en el 2017 fue de 1,335. El porcentaje de cobertura quedó en 59.7% ligeramente más elevado que de 2016 que fue del 57.6%.



Fuente:

Numerador: SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Datos preliminares, cierre 2017. Incluye información del: Sector público: Ss, Imss, Issste, Sedena, Semar y Pemex. Ss/Censida. Estimaciones del Imss y del sector privado. Denominador: Onusida y SS/Censida. Modelo Spectrum (versión 5.63). Datos al cierre 2017.

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,

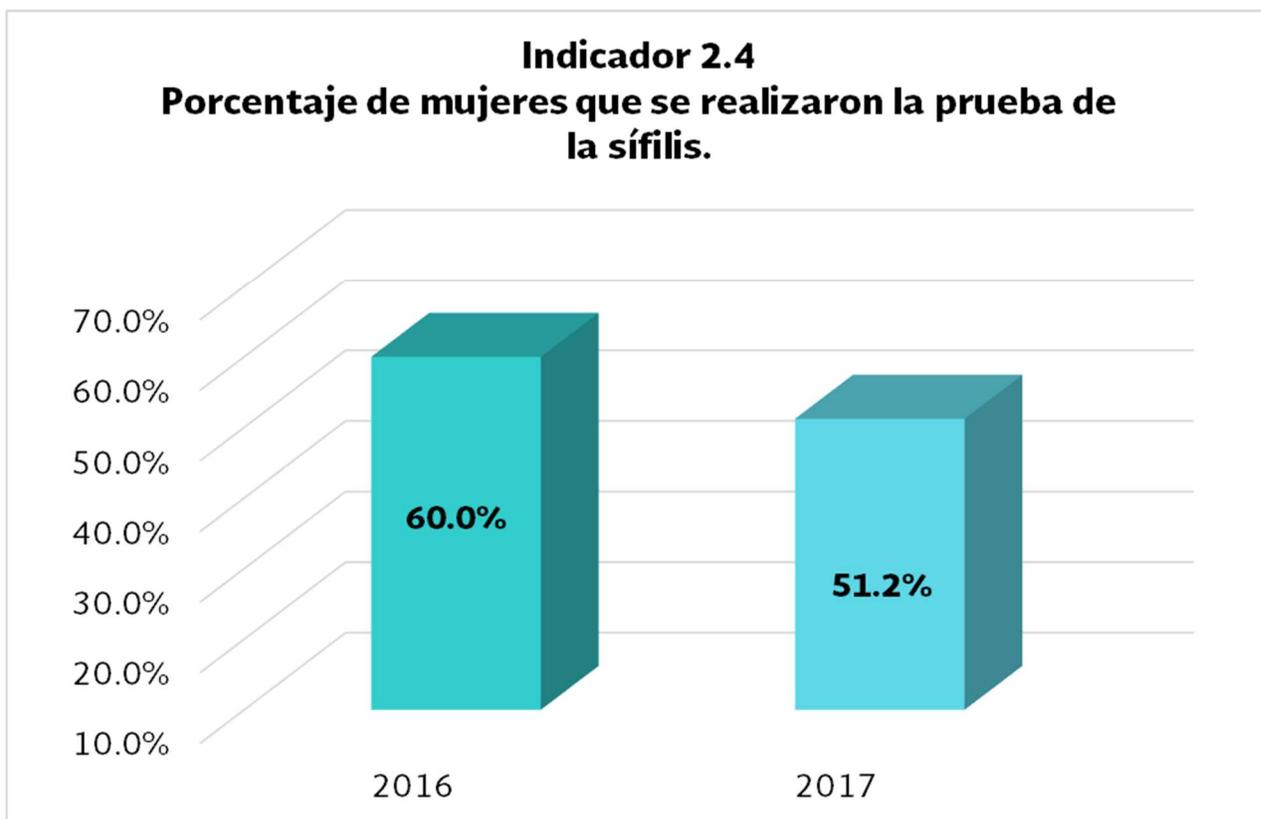
TPHA, TPPA, EIA o una variedad de pruebas rápidas disponibles), o bien, con una combinación de ambas, que sería lo ideal. Una prueba no treponémica reactiva, especialmente si el título es elevado indica una infección activa, mientras que el resultado positivo en una prueba treponémica indica cualquier 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, Semar y Pemex. 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 2017, el porcentaje de mujeres embarazadas que fueron sometidas a las pruebas de sífilis fue de 51.2%; con un descenso en comparación con el 2016 (60.0%), año en el que reportaron información todas las instituciones del sector público; mientras que, en 2017, faltó Sedena, lo cual no impacta significativamente en la reducción de la cobertura en 2017. Es importante mencionar que, no se encuentra disponible si fue en la primera visita la realización de la prueba, por lo que se agrupa como total.



Fuente:

Numerador para 2017: SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Datos preliminares, cierre 2018. Incluye información del: Sector público: Ss, Imss, Semar y Pemex. Ss/Censida.

Denominador: SS/DGIS. Estimación de nacidos vivos por condición de NO derechohabencia según entidad de residencia 2013-2017. Datos preliminares mayo 2017.

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 o hija de la sífilis.

Características del indicador

No tratar la infección por sífilis durante el embarazo no sólo 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.

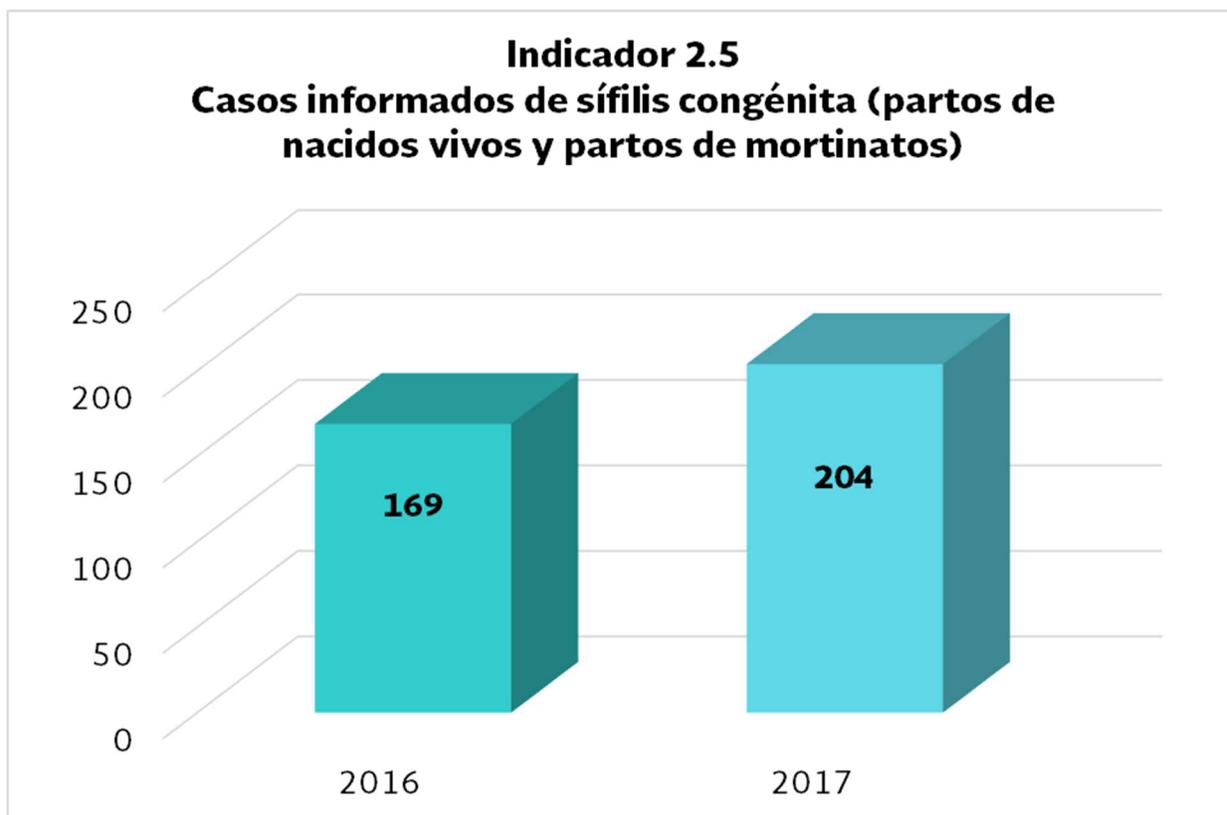
Metodología

La fuente que se utilizó, 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 2017 el número de casos notificados con sífilis congénita por cada mil nacidos vivos fue de 0.09, con 204 casos nuevos respectivamente; en 2016 se observó una cifra de 0.08 con 169 casos nuevos. Es importante mencionar que, las cifras preliminares generalmente son superiores a las definitivas de cada año en sífilis congénita: se percibe un ascenso en el número de casos nuevos de esta infección, de 24% de 2014 a 2016 (cifras definitivas).



Fuente:

SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana 52. Datos preliminares, 2016 y 2017

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.

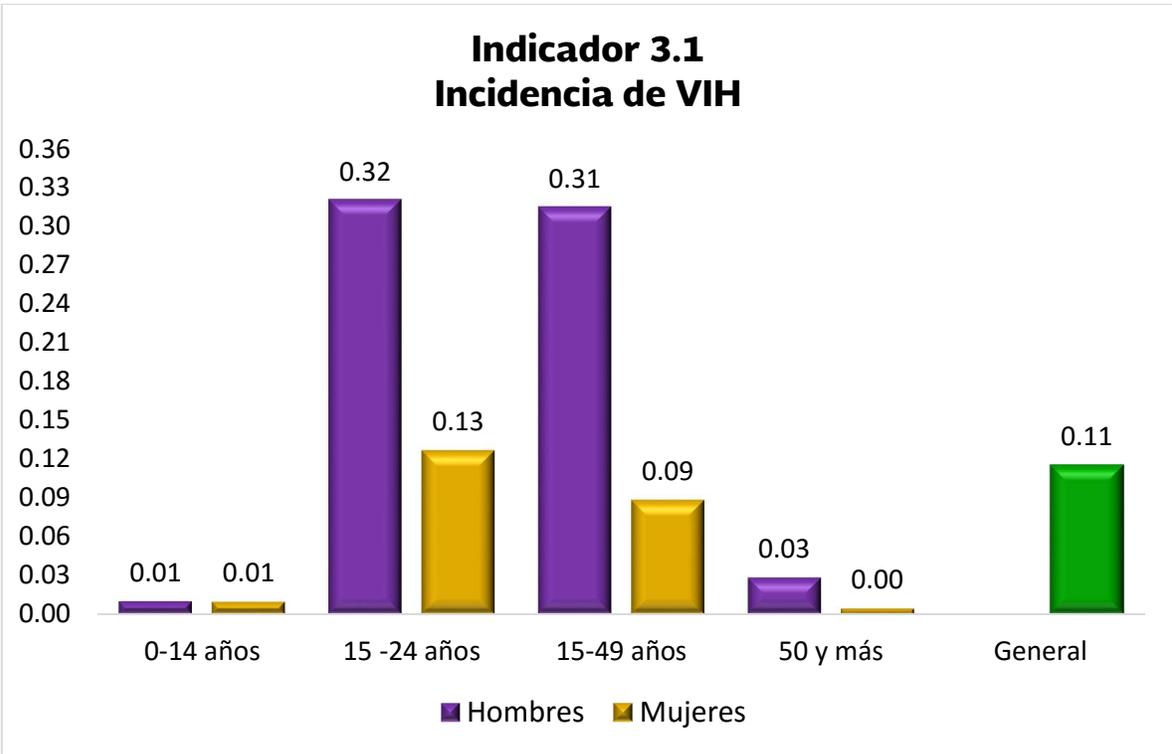
Metodología

El numerador de este indicador, se refiere al número de personas que contraen la infección por VIH durante el periodo sobre el que se informa, este dato proviene de las estimaciones del Modelo *Spectrum* Versión 5.63 propuesto por Onusida. Para el denominador se considera el total de habitantes no infectados

en el 2017, estos datos se toman de las estimaciones nacionales de población, realizadas por el Conapo para el mismo año.

Resultados

En términos generales se observa una tasa de personas recientemente infectadas por VIH en el 2017 de 0.11 por cada 1000 personas no infectadas. En las diferentes comparaciones por sexo la incidencia de VIH fue mayor en hombres: 3.6 veces en el grupo de 15 a 49 años de edad y 2.5 de 15 a 24 años, y en el grupo de 50 años ó más de edad, esa diferencia se amplía 6.5 veces. Es decir, en los grupos de menor edad considerados la diferencia entre sexos es menor.



Fuentes:
SG/CONAPO. Proyecciones de los Nacimientos de México, 1990-2030. Disponible en: -7. Consultado: marzo 2017.
Onusida y SS/Censida. Modelo Spectrum versión 5.5.63. Datos abril del 2017.

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. Las estimaciones del tamaño de la población clave son necesarias para la planificación de programas de prevención y atención, así como medir y evaluar políticas de salud específicas.

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); herramienta útil para presionar a los responsables de la formulación de políticas y a otros interesados directos, para que adopten las intervenciones y los recursos adecuados.

Para México las poblaciones con comportamientos específicos que tienen prevalencias significativamente más elevadas que la población general es la de HSH, HTS, PTF 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 con 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 y una epidemia concentrada entre hombres que tienen sexo con hombres, personas trans femeninas y personas que usan drogas inyectables, es importante conocer la magnitud de la poblaciones con mayores prevalencia de VIH.

Las estimaciones que se presentan siguen la misma metodología que el año previo, sin embargo, se observan cambios sustantivos en el tamaño de la población privada de la libertad y en las que se inyectan drogas, entre ambos años (2016 y 2017).

3.2A. Trabajo sexual. México 2016

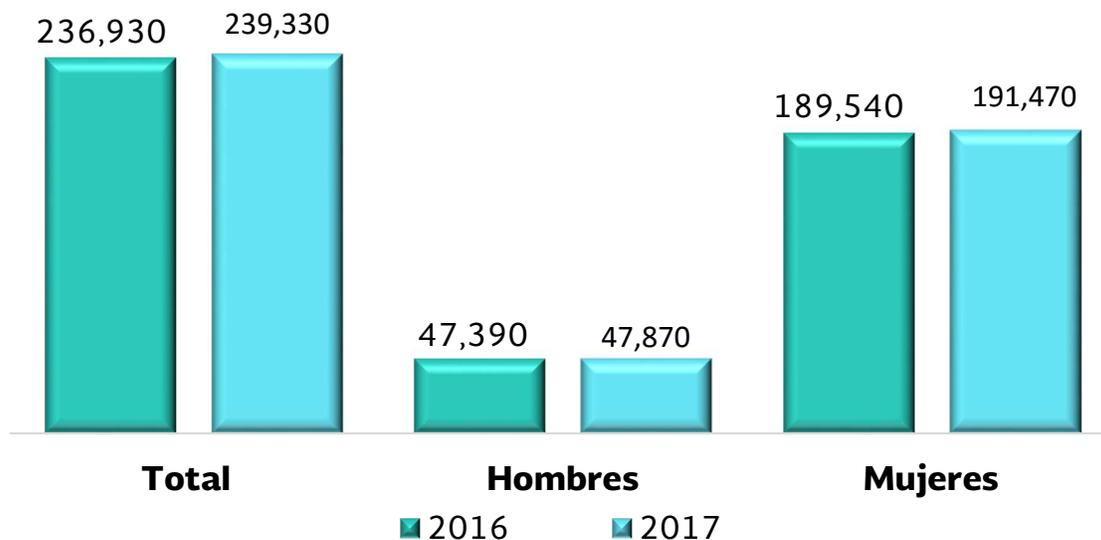
Para fines de la presente estimación, trabajador o trabajadora sexual es la persona que realiza servicios sexuales a personas solicitantes de los mismos, para obtener un ingreso económico.

Cálculos realizados por la *Fondation Schelles*, en el 2013, se estimó entre 450,000 y 500,00 personas involucradas en el trabajo sexual en México, de las cuales el 80% son mujeres (Lubin, 2012). Con base en la población estimada de ese año (123.8 millones de personas en el país) se calcularon los porcentajes de 0.36349% y 0.40388%, como estimador bajo y alto de trabajo sexual.

Se tomó el estimador bajo 0.36349% para estimar el número de personas que realizan trabajo sexual en México. Considerando las proyecciones del Conapo para el mediados de 2017: de las 65,693,246 de personas de 15 a 49 años (Conapo, 2017), se tendrían 239,330 personas de 15 a 49 años de edad involucradas en trabajo sexual: 47,870 HTS y 191,470 MTS (20% y 80%, respectivamente).

Otras estimaciones: en Sudáfrica estuvieron entre 0.76 and 1 % de la población de mujeres adultas (Konstant, et al 2015); entre 0.8% y 1.1% (Stacey, et al 2013) . Vadepetti, et al (2006) 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%), Perú (0.3%), Venezuela (1.5%), República Dominicana (1.8%), Haití (2.0%) y Belice (7.4%)

Indicador 3.2A Trabajo sexual. México 2017



Fuente:
SS/Censida. Estimaciones del Censida. 2018

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

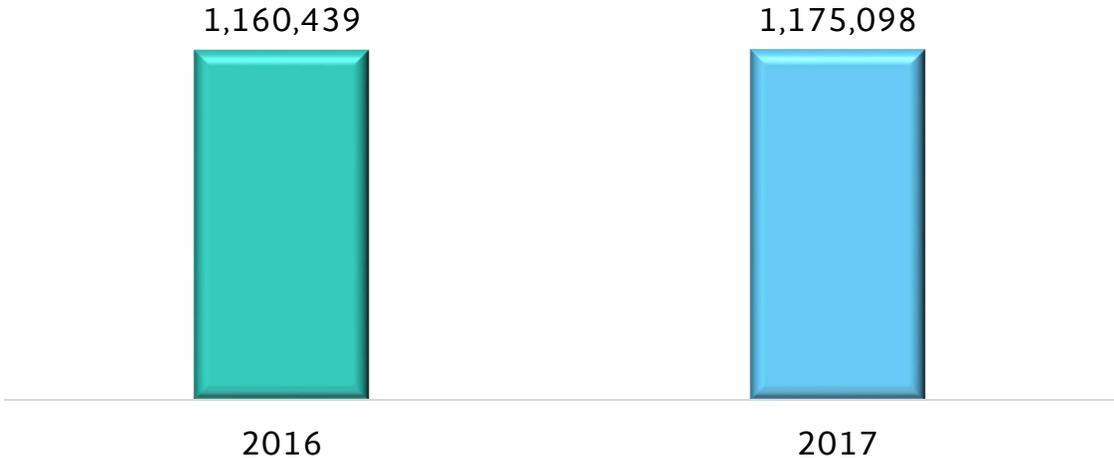
Para fines de la presente estimación, se consideró como hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH) a personas del sexo masculino que tienen relaciones sexuales con hombres con penetración anal u oral, independientemente de si también tienen sexo con mujeres o, si se identifican como gay, bisexual o heterosexual.

En una encuesta realizada en el distrito federal (DF) 1992-1993 Izazola et. al., se encontró que 2.1% de los hombres eran bisexuales y que 0.4% tenía sexo exclusivo con hombres, lo que indica que, al menos 2.5% de los hombres serían HSH. Esta cifra se redondea a 3% y se aplica a la población masculina de 15-64 años: según el Conapo a mediados del 2017 (Conapo, 2017, op. Cit) el número de hombres estimado de 15 a 64 años de edad fue de 39,169,922, de tal modo que la estimación de mexicanos HSH fue de 1,175, 100.

Se considera que el 3% utilizado es consistente con lo reportado por Satoshi Ezo, et al. (2012) para la población masculina total en Japón que 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) 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., (2012) para los Estados Unidos de la proporción de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres difieren por periodo 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
2017



Fuente:
SS/Censida. Estimaciones del Censida. 2018

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

En la SS/Conadic et. al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (Encodat 2016-2017), se considera PID a las personas que se han inyectado drogas catalogadas como ilegales en México. Bajo ese concepto en Encodat 2016 se estimaron 109,079 PID en México, 55% menos que en el 2011, cuando la cifra estimada fue de 164,157 personas.²

² SS/Conadic et. al. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. México: INPRFM, 2012.

En lo que respecta a la variación del 55% del número de personas que se inyectan drogas, si bien hay una diferencia a la baja entre el 2011 y el 2016, esta diferencia no es estadísticamente significativa, toda vez que en el estudio nacional, este grupo representa una "N" muy pequeña. La metodología del trabajo de campo, la sintaxis y el análisis del indicador fue la misma en ambas encuestas, por lo que la variación no está relacionada con cómo se realizó el estudio, sino más bien con la baja prevalencia y la dificultad para que un estudio de esta naturaleza se detecte con precisión a estos usuarios. En este sentido, la variabilidad debe tomarse con precaución. Adicionalmente, hay usuarios que se inyectan una variedad de sustancias, la más común es la heroína, cuyo perfil de usuario no necesariamente se encuentra en espacios como hogares, que es el sitio donde se levanta la encuesta.

La Encodat 2016-2017 se realizó igual que la ENA 2011: 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.

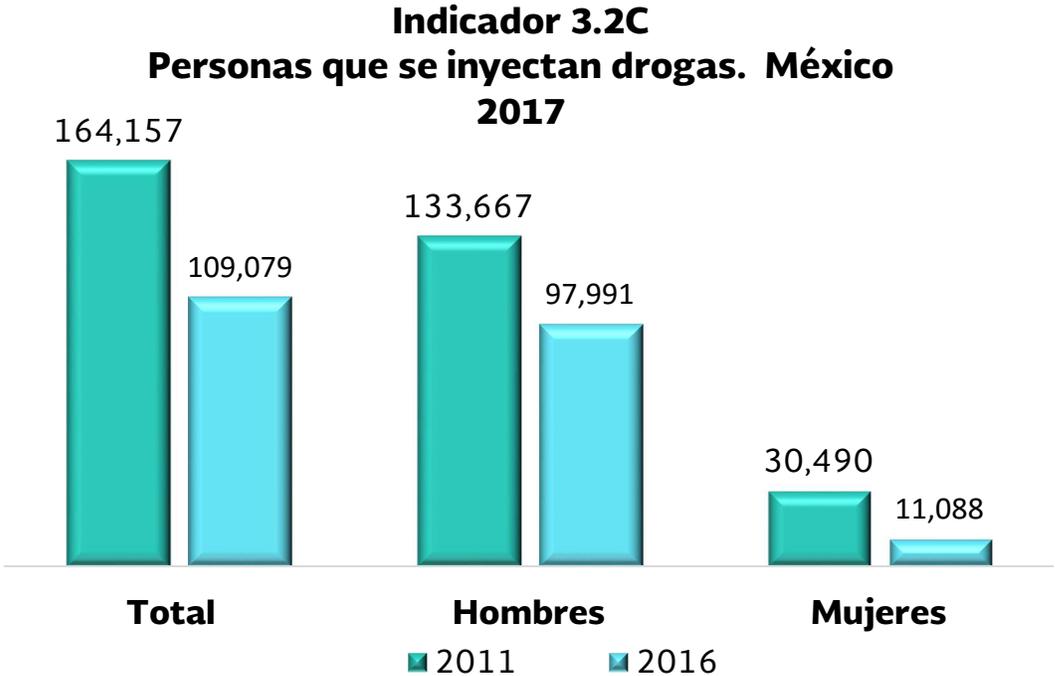
Al igual que las ENAs que la anteceden, la Encodat 2017, como se mencionó anteriormente, no está diseñada para estimar prevalencias muy pequeñas con precisión, lo que ocurrió con las personas que se inyectan drogas, por ello no se puede establecer una prevalencia de inyección de drogas regional y únicamente se presenta a nivel nacional como un estimado global.

El operativo de la Encodat 2016-2017 se desarrolló entre el 1 de junio al 30 de octubre 2016, de forma simultánea en las 32 entidades federativas. Se aplicaron dos tipos de cuestionarios:

SS/Conadic et. al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. México: INPRFM, 2017. <https://www.gob.mx/salud/7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758b>. Consultado 10 de enero 2018.

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.



Fuente:
S/Conadic et. al. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. México: INPRFM, 2012.
SS/Conadic et. al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. México: INPRFM, 2017. <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758b.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>. Consultada 10 de enero 2018.

3.2D.- Personas transgénero 2016

Persona transgénero, es el término que se aplica a la persona cuya identidad y expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas tradicionalmente asociadas a su sexo biológico. Específicamente, la estimación se refiere a hombres que se transforman en mujeres. Para México se estimó el número de mujeres transgénero en, al menos, 117,510.

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). A partir de una revisión bibliográfica se estimó en 0.1 y 0.5 por ciento el número de hombres de 15 a 64 años de edad que serían población transgénero. La estimación puntual utilizada fue de 0.3% de la población de hombres de 15 a 64 años en México para 2017 (39,169,920), lo que da 117,510.



Fuente:

SS/Censida. Estimaciones del Censida. 2018.

3.2E.- Personas privadas de la libertad. México 2017

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.

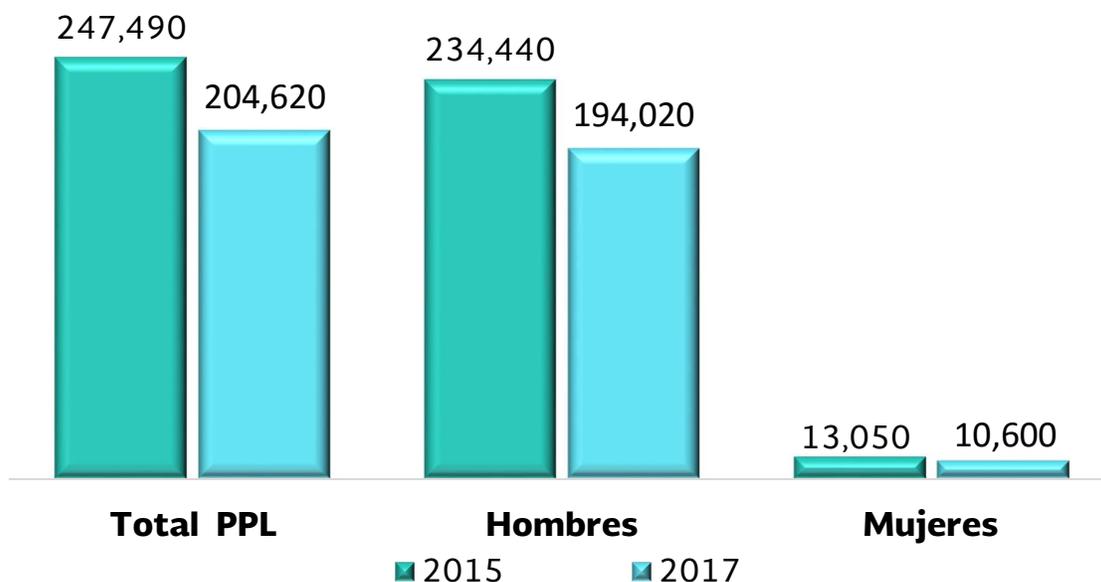
Métodos

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 Nacional .

La información procede de 358 Centros penitenciarios distribuidos en las 32 entidades federativas del país en y se estima que el número de PPL en México asciende a 204,620, al cierre del año 2017, de la cual 5.2% son mujeres. Si se analiza la población nacional penitenciaria, no se observa sobrepoblación ya que, se muestra un saldo negativo de -7,465 personas según la capacidad total de reclusión; sin embargo, también se muestra un reporte de 119 Centros Penitenciarios con sobrepoblación.

Indicador 3.2E

Personas privadas de la libertad. México 2017



Fuente:

SEGOB/CNS/OADPRS, Cuaderno mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional. Diciembre 2017.

Indicadores de VIH entre grupos de población clave

Onusida propone la obtención de un grupo de indicadores para poblaciones clave:

- Trabajadores y trabajadoras sexuales
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Personas que se inyectan drogas
- Personas transgénero
- Personas privadas de la libertad

Metodología

A finales del 2017, se realizó una encuesta en siete zonas urbanas del sur de México (Cancún, Mérida, Ciudad del Carmen, Tuxtla Gutiérrez, Villahermosa, Oaxaca y Puebla) para generar evidencia sobre la epidemia entre poblaciones clave en el país: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas

transgénero (PT), y mujeres trabajadoras sexuales (MTS), de 18 años ó más, que acuden a sitios de reunión o de encuentro y de trabajo para mujeres trabajadoras sexuales.

Para ello, se obtuvo información serológica con el uso de una prueba rápida de VIH, así como información mediante un cuestionario estructurado sobre las características demográficas y socioeconómicas de los participantes, y sobre comportamientos sexuales y relacionados que permitan identificar aspectos asociados a la seropositividad.

El tamaño de muestra estimado para identificar sero-prevalencias de acuerdo a datos previos fueron 2,745 individuos entre las 7 ciudades: 1,225 HSH, 360 TTT, 1,160 MTS. El esquema de muestreo fue el siguiente: a) la selección de ciudades fue por priorización de necesidades de información ya que se tenía evidencia limitada de la zona sur de México; b) se realizó un mapeo de sitios de reunión / trabajo, estimando su tamaño y c) se definieron cuotas asignadas por sitio, cuyo abordaje proxy a realizar muestra sistemática por sitio.

Para la identificación de los sitios de reunión se realizó un mapeo de escritorio a partir de: 1) información de los Programas Estatales de VIH sobre los sitios de reunión / trabajo; 2) complementada por información de las ONGs y con equivalente a bola de nieve por trabajo del equipo en campo y 3) se acudió a todos los sitios identificados y se llevó a cabo el proyecto en todos los sitios en donde se obtuvo aprobación por parte de los responsables.

La selección de individuos se dio en un equivalente a proceso sistemático: i) se visita el sitio en el horario que autorizan los responsables o el horario completo; ii) se invita a participantes y iii) el salto se define por la duración de la entrevista para cada entrevistador. Las fechas en cada sitio siguen una lógica de rutas, no hay decisión motivada por otro factor.

La prueba rápida de detección aplicada fue Standard Diagnostic Bioline HIV- 1/2 3.0.

La seroprevalencia de VIH fue ponderada por tamaño de población, considerando diseño, y ajustando por el valor predictivo positivo (VPP).

Resultados de indicadores en poblaciones clave

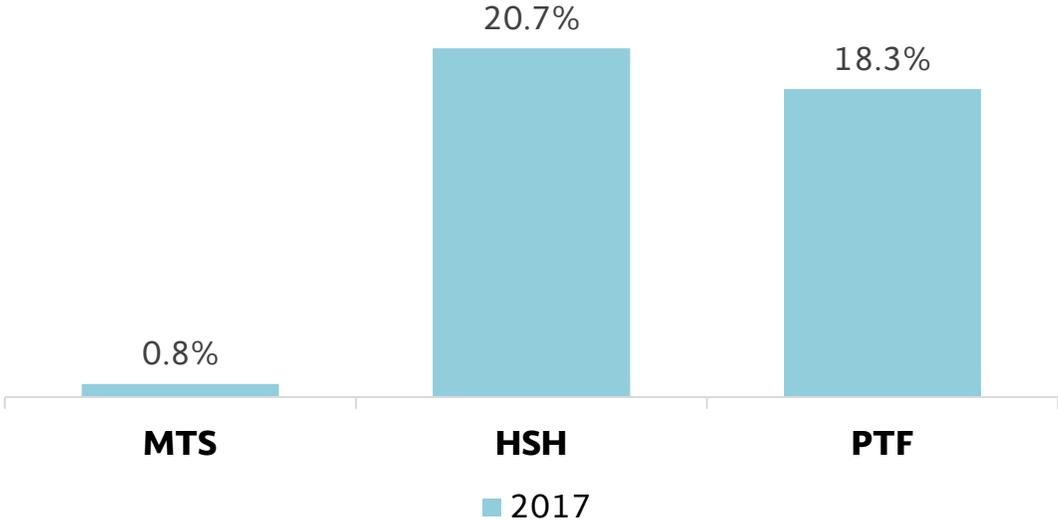
Es necesario comentar que las comparaciones que se hagan de los datos tienen que tomarse con cuidado y/o ser interpretados de manera correcta, ya que hay

diferencias entre los mismos. La información que aquí se presenta se refiere únicamente al estudio y ciudades contempladas en el mismo.

Prevalencia del VIH entre grupos de población clave indicadores: 3.3A, 3.3B y 3.3D

Las prevalencias más altas se encontraron en HSH y PTF; mientras que en mujeres trabajadoras sexuales, son menor al 1%.

Indicadores: 3.3A, 3.3B y 3.3D
Prevalencia del VIH entre grupos de población clave

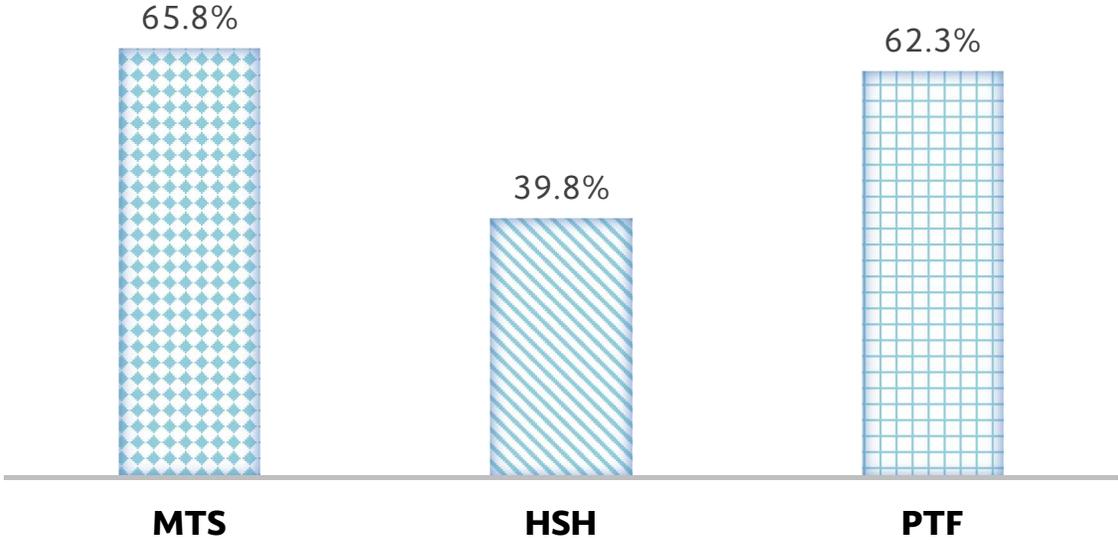


Fuentes:
2017.- SS/Censida e INSP. Encuestas de sero-prevalencia de VIH y sífilis, así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres que tiene sexo con hombres (HSH), personas transgénero y mujeres trabajadoras sexuales (MTS) en 7 zonas urbanas de México. México, 2017.

Pruebas de VIH entre poblaciones clave y conocen su resultado: Indicadores: 3.4A, 3.4B y 3.4D

Sobre acceso a la realización de detección de VIH y conocimiento de resultados se tiene que grupos de poblaciones clave tienen, el porcentaje más bajo de haberse realizado la prueba de VIH y tener el conocimiento del resultado está entre los HSH (39.8%). Las MTS las PTF tienen porcentajes por arriba del 60%.

Indicadores: 3.4A, 3.4B y 3.4D
Pruebas de VIH entre poblaciones clave y conocen su resultado. 2017

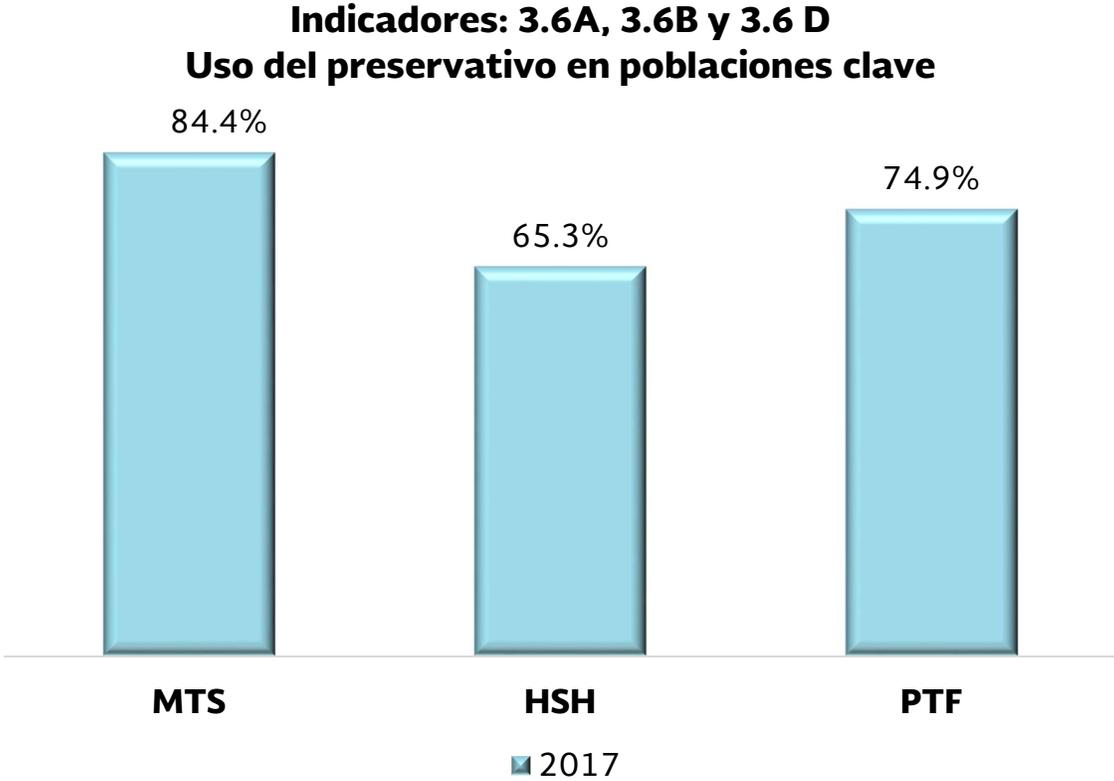


Fuente:
2017.- SS/Censida e INSP. Encuestas de sero-prevalencia de VIH y sífilis, así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres que tiene sexo con hombres (HSH), personas transgénero y mujeres trabajadoras sexuales (MTS) en 7 zonas urbanas de México. México, 2017.

Uso del preservativo en poblaciones clave indicadores: 3.6A, 3.6B y 3.6D

El uso del preservativo puede reducir sustancialmente el riesgo de transmisión sexual del VIH. El uso sistemático y correcto del preservativo es importante, en especial para poblaciones como las MTS, los HSH y PFT por el alto riesgo de transmisión del VIH asociado las múltiples parejas sexuales, y en el caso de los segundos, a los actos de sexo anal practicados sin protección. El uso del preservativo con la última pareja sexual se considera un indicador fiable del comportamiento a largo plazo.

Los porcentajes se mantienen por arriba del 80% para MTS, en 75% en PTF y entre los HSH en 65%, siendo estos últimos los que, presentan nuevamente los porcentajes más bajos del estudio.



Fuente:
2017.- SS/Censida e INSP. Encuestas de sero-prevalencia de VIH y sífilis, así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres que tiene sexo con hombres (HSH), personas transgénero y mujeres trabajadoras sexuales (MTS) en 7 zonas urbanas de México. México, 2017.

3.9 Agujas y jeringas por persona que se inyecta drogas.

El uso de drogas inyectables es el modo de transmisión principal para aproximadamente el 10% de las infecciones de VIH a nivel mundial. 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.

Características del indicador9

Intenta medir el progreso en la cobertura de un servicio de prevención del VIH esencial para las personas que se inyectan drogas (PID). El objetivo es 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

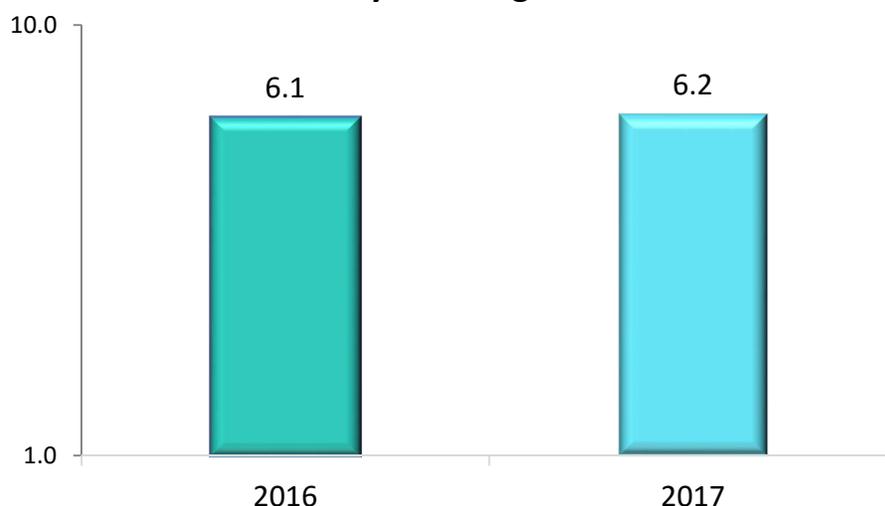
Para calcular el número de jeringas distribuidas por PID, se solicitó el reporte del número de jeringas distribuidas gratuitamente en esta población a los Programas Estatales para la Prevención y el Control del VIH y el sida e ITS, Organismos de la Sociedad Civil y a los Centros de Integración Juvenil.

Resultados

Para el reporte del número de personas que se inyectan drogas en el país (denominador del indicador), se recurrió la Encodat 201-20173, la cual señala que 109,080 personas 12 a 65 años de edad declararon haberse inyectado algún tipo de droga ilegal. Aunque se mantuvo el promedio del número de jeringas distribuidas por PID entre los años de 2016 y 2017 6.1 y 6.2, respectivamente, eso se debió a que el denominador fue menor en un 55% (ver indicador 3.2C): en 2016, se distribuyeron gratuitamente 1,005,454 jeringas Pid y en 2017 674,963. Las variaciones en el número de jeringas que se distribuyen anualmente están relacionadas con el número de instituciones que distribuyen jeringas, básicamente. Y, en el 2017, el número de jeringas distribuidas a PID disminuyó 33% en relación con el año porque los programas estatales disminuyeron su distribución. La distribución de jeringas se realizó en un 90% con recursos obtenidos de diferentes fuentes por organizaciones de la sociedad civil (OSC). El 54.5% de las jeringas compradas por las OSC provinieron de recursos obtenidos de las convocatorias emitidas por Censida para desarrollar proyectos de prevención, para la ejecución de proyectos preventivos aprobados por el Censida en el 2017, por los cuales concursan las organizaciones civiles.

³ SS/Conadic op. Cit 2012.

Indicador 3.9 Agujas y jeringas por cada persona que se inyecta drogas.



Fuente:

SS/Censida. Jeringas distribuidas en el 2017. México, marzo 2018.

3.11 Sífilis activa en trabajadores del sexo

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 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, travesti e intersexual (TTTTI); mientras que en el denominador se incluye el total de detecciones de sífilis realizadas en hombres y mujeres trabajadores sexuales y personas transgénero, transexual, travesti e intersexual (TTTTI).

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 Hospitalaria (SAIH); cuyo sistema de información permite registrar los servicios e insumos otorgados a poblaciones clave.

Resultados

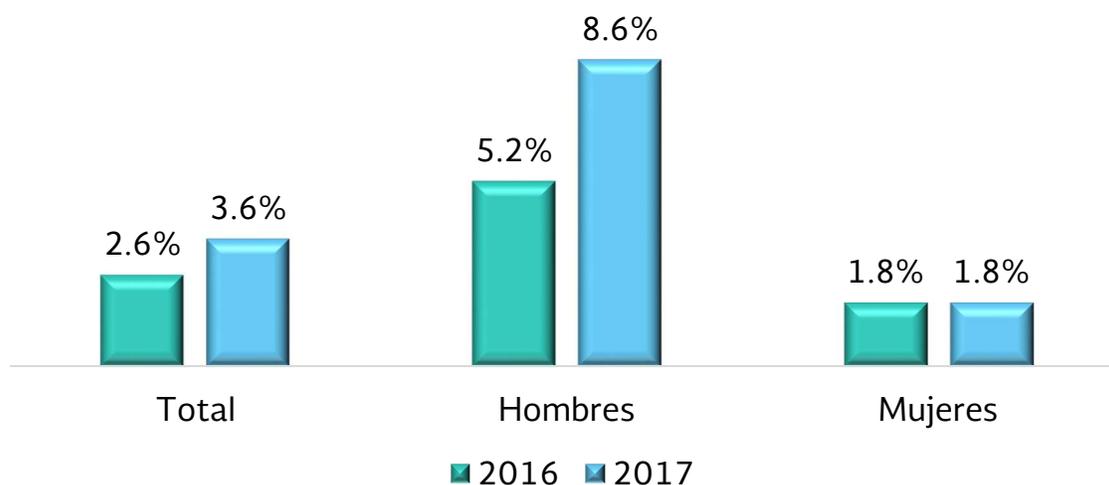
En el 2017, se realizaron 9,489 detecciones de sífilis en hombres y mujeres trabajadores sexuales, con una prevalencia de 3.6% de sífilis, cifra superior a lo observado en 2016 (2.6%).

En las MTS la prevalencia se mantiene en 1.8%, en 2016 y 2017; mientras que en HTS fue mayor en 3.7 puntos porcentuales que en el año 2016 (5.2%).

También se cuenta con información de personas transgénero, transexual, travesti e intersexual (TTTTI), pero no se especifica que se dedican al trabajo sexual, grupo en donde se observa una prevalencia de 10.6% cifra mayor que en 2016 (8.3%).

Para este indicador no existen datos disponibles por edad. Para HSH y TTTI, la mayor prevalencia se observa en el último año (2017), la cual podría estar relacionada con la implementación del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA) durante el 2017, debido a que aún hay desajustes en la actualización de los datos reportados por los servicios especializados de atención del VIH en la Secretaría de Salud o a una mejora en la recolección de datos, por lo que habrá que esperar las cifras de los años subsecuentes.

Indicador 3.11 Porcentaje de trabajadores sexuales con sífilis



Fuente:

SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares 2017. Consulta 13 de marzo del 2018.

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.

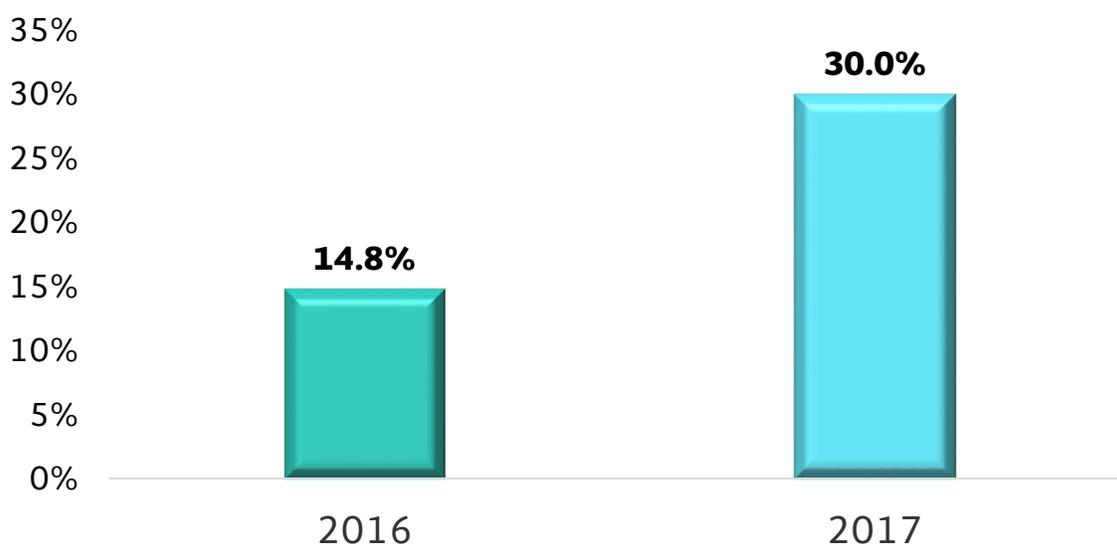
Metodología

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 30.0% de los HSH que se realizaron la prueba resultaron positivos para sífilis. Tres años antes (en el 2014) se había reportado un 9.5% y en el 2016 se reportó un 14.8%. Para este indicador no existen datos disponibles por edad. La mayor prevalencia se observa en el último año (2017), esta diferencia podría estar relacionada con la implementación del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA) durante el 2017, debido a que aún hay desajustes en la actualización de los datos reportados por los servicios especializados de atención del VIH en la Secretaría de Salud o a una mejora en la recolección de datos, por lo que habrá que esperar las cifras de los años subsiguientes.

Indicador 3.12
Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que presentan sífilis



Fuentes:

SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares 2017. Consulta 13 de marzo del 2018.

INDICADOR 4.3. Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente. 2017

Busca medir los avances en la reducción de la prevalencia de actos de violencia contra la mujer cometidos por compañeros sentimentales, tanto como

resultado por sí mismo como también como medición indirecta de las desigualdades de género. Los compañeros sentimentales se definen como parejas con las que se convive, ya medié matrimonio o no. Los actos de violencia pueden haber ocurrido después de que la pareja se haya separado.

El indicador mide la proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses.

Mundialmente, los altos índices de infección por el VIH entre las mujeres han puesto muy de relieve el problema de la violencia contra la mujer. Existe un reconocimiento cada vez mayor de que las desigualdades de género generalizadas y muy arraigadas, especialmente la violencia contra las mujeres y las niñas, contribuyen al riesgo que estas sufren en relación con el VIH y a su especial vulnerabilidad a estos efectos. La violencia y el VIH se han vinculado a través de vías o rutas directas e indirectas. Las encuestas realizadas en muchos países indican que son muchas las mujeres que han sufrido violencia de una forma u otra en algún momento de su vida. La OMS estima que, mundialmente, una de cada tres mujeres ha sufrido violencia por parte de compañeros sentimentales y/o violencia sexual por parte de sujetos que no eran su pareja.

Metodología:

El objetivo general de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (ENDIREH 2016) es, generar información sobre las experiencias de violencia que han enfrentado las mujeres de 15 años ó más: por tipo de violencia (emocional-psicológica, física, sexual, económico-patrimonial) en la relación de pareja y en los ámbitos escolar, laboral, comunitario; con la finalidad de apoyar en el diseño y seguimiento de políticas públicas orientadas a atender y erradicar la violencia contra las mujeres por razones de género.

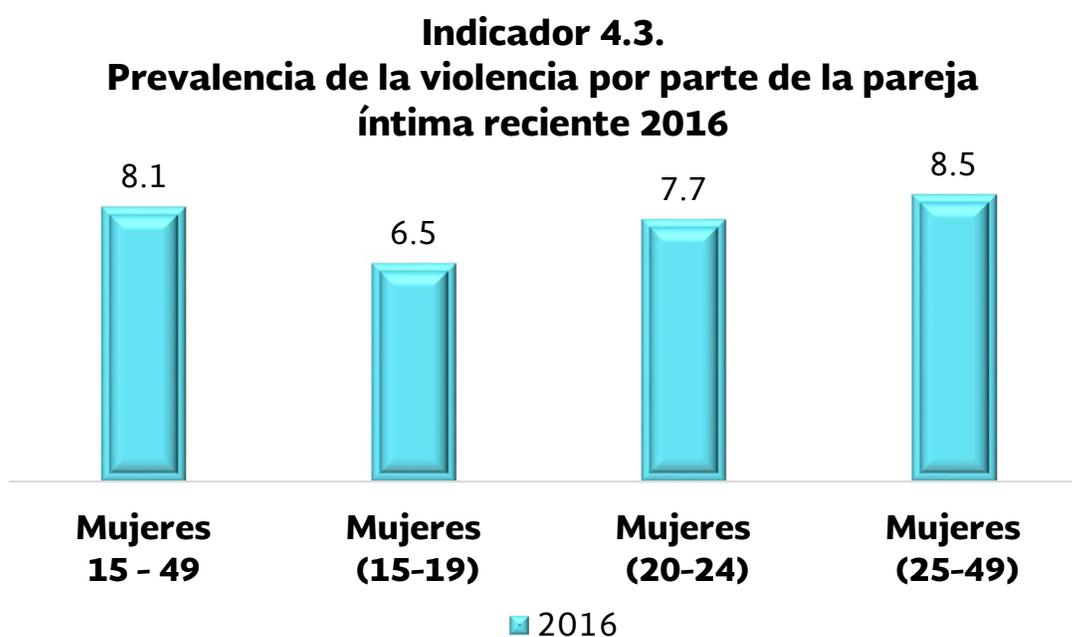
Para su conformación y estructura, se utilizó un diseño probabilístico, trietápico, estratificado y por conglomerados; como resultado del proceso se generan las unidades primarias de muestreo (UPM). Es en estas unidades, en una segunda etapa, donde se seleccionan las viviendas que integran las muestras de las diferentes encuestas que realiza el INEGI: 142,363 viviendas fueron seleccionadas para entrevistar a mujeres de 15 años ó más. El levantamiento de la información se realizó del 3 de octubre al 18 de noviembre de 2016.

Resultados

En la ENDIREH se considera el acto de “amenazas con arma de fuego o arma punzocortante” como violencia emocional, y en las especificaciones de Onusida está considerada como violencia física, por lo que para el GAM 2018 se incluyó este criterio. Por lo anterior, no es comparable con lo publicado en la ENDIREH 2011, que fue incluido en el informe GARPR 2014.

Los datos de la que se muestran en la gráfica del indicador 4.3, indican que el 8.1% de las mujeres 15 – 49 años que han tenido pareja (casadas, unidas, separadas, divorciadas, viudas, solteras con novio y solteras con ex-novio) han sufrido violencia física o sexual de parte de ésta: 6.5% de las que tienen entre 15 y 19 años; 7.7% en las de 20 a 24 años y 8.5% de las que tienen 25 a 49 años.

Prevalencias de violencia total contra las mujeres (15 años ó más): de acuerdo con la ENDIREH (2006, 2011 y 2016), en términos generales la violencia contra las mujeres no se ha modificado sustancialmente permaneciendo en niveles elevados: en 2006, 67% sufrió al menos un incidente de violencia emocional, económica, física, sexual o discriminación a lo largo de su vida, en el 2011 ese porcentaje fue de 62.8% y en 2016 de 66.1%.⁴



Fuente:

⁴ INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Principales Resultados. México. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf. Consultado 25 de enero 2018.

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

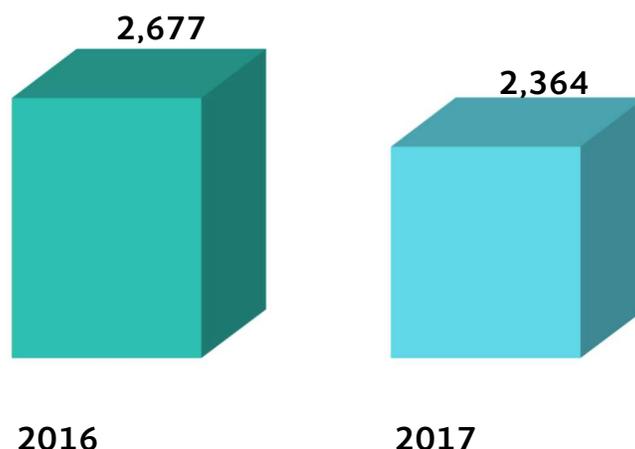
La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH, el Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). Se incluye información de: SS, IMSS, ISSSTE,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

Resultados

Los casos nuevos de tuberculosis: 2,364 personas han recibido TAR y han empezado el tratamiento para la tuberculosis, de los cuales 78% son hombres, 19% mujeres y 3% son menores de 15 años y 97% de 15 años ó más.

En el reporte anterior, el total de casos de coinfección por el VIH y la tuberculosis en tratamiento fue de 2,677, lo cual representa un porcentaje de decremento de 12%, entre ambos años. Lo anterior está relacionado con que, el IMSS tuvo un decremento del 26% de lo reportado en este año, respecto de lo declarado el año anterior. En la SS la disminución fue del 3%.

Indicador 10.1
Casos nuevos de tuberculosis en personas seropositivas que recibieron tratamiento para tuberculosis y VIH



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 2017.

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.

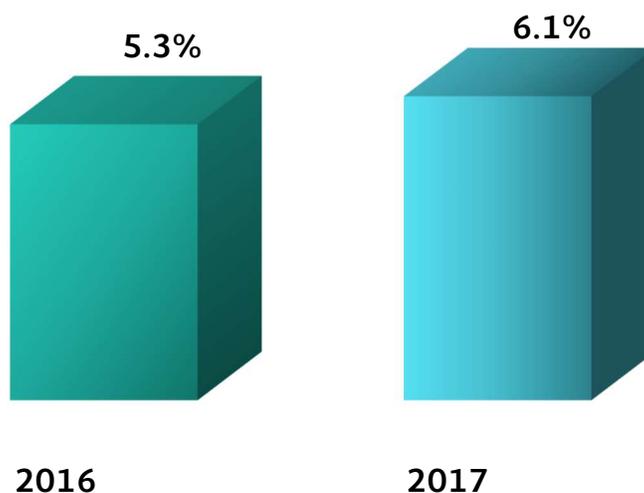
Metodología

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.

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 6.1%, con respecto al año 2016 se observa una diferencia a la alza menor al 1%.

Indicador 10.2
Porcentaje de personas con VIH que se han incorporado por primera vez en la atención y se les detectó tuberculosis activa



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 2017.

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.

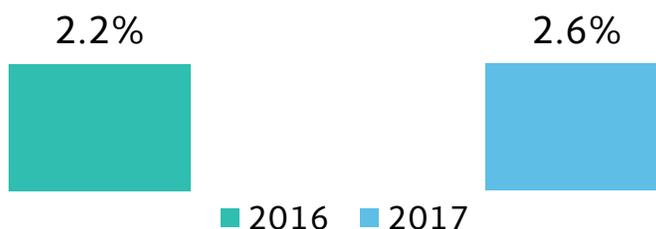
Metodología

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 sólo de la SS.

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 2.6%. En el pasado informe este indicador fue reportado por más instituciones, en el presente únicamente se disponen de datos de la Secretaría de Salud.

INDICADOR No. 10.3
Personas que viven con el VIH que comenzaron la
terapia preventiva contra la tuberculosis



Fuente: SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información de la SS. Datos preliminares, cierre 2017.

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 es 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

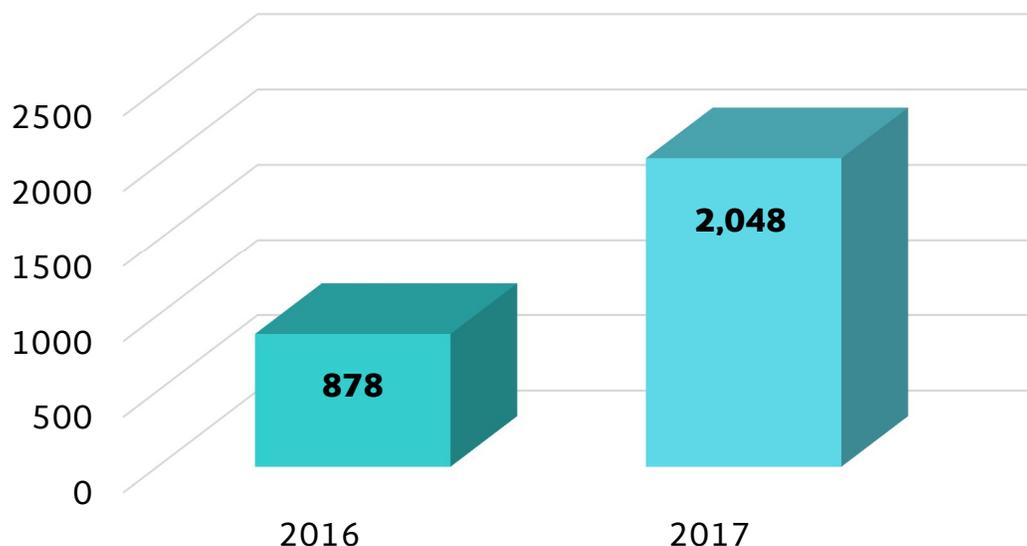
La fuente de información utilizada son los registros de vigilancia epidemiológica para los casos notificados. Su cálculo implica obtener el número de casos notificados de hombres con gonorrea (infección gonocócica genitourinaria) durante el periodo de notificación, y el número de hombres mayores de 15 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 ó más del país, debido a que las de UNPD no se encuentran disponibles al momento.

Resultados

En el año 2017, el número de casos notificados de hombres adultos con gonorrea por cada 100 mil hombres adultos fue de 4.74, mientras que en 2016 fue de 2.06 lo que representa un incremento de 130% (ambas cifras son preliminares, las cuales generalmente son menores a las definitivas de cada año en esta población).

Indicador 10.5

Índice de cuadros de gonorrea diagnosticados en laboratorio entre hombres



Fuente:

SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana- 51. Datos preliminares, 2017.

SS/DGE. SINAVE. Sistema de Notificación Semanal. Datos definitivos 2016.

SG/CONAPO. Proyecciones de la Población de México 1990-2030. Disponible en: <http://pda.salud.gov.mx/cubos/>. Consultado marzo 2018.

BIBLIOGRAFÍA

Campagna J, 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. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4338124/pdf/11524_2014_Article_9910.pdf

Crissman HP, Mitchell B. Berger, Louis F. Graham, and Vanessa K. Dalton. Transgender Demographics: A Household Probability Sample of US Adults, 2014. Am J Public Health. 2017 February; 107(2): 213–215. doi: 10.2105/AJPH.2016.303571. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5227939/> Consultado 12 de junio 20170

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. Económica, 2016. Disponible en: <http://www.fondationscelles.org/fr/> Consultado marzo 2017.

Gates GJ. How many people are lesbian, gay, bisexual, and transgender? The Williams Institute, 2011. Disponible en: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Gates-How-Many-People-LGBT-Apr-2011.pdf> Consultado 21 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

Gutiérrez Reyes Juan Pablo, Andrey Ryo Shiba Matsumoto. Determinación de la prevalencia de VIH y sífilis, así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero y mujeres trabajadoras sexuales en siete ciudades de México, 2017. INSP

INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016.

INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Principales Resultados. México. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf Consultado 25 de enero 2018.

INEGI y SS/DGIS. Registro de mortalidad 2016. Tasas por 100 mil habitantes.

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

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.

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.

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/sem52/pdf/edit5213.pdf> Consultado 20 de febrero 2017

ONUSIDA y SS/Censida. Modelo Spectrum (versión 5.63). Datos al cierre 2017.

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. 2017.

ONUSIDA. Monitoreo Global del Sida 2018. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2017. Ginebra. 2018.

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

ONUSIDA/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, 2008.

ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de Onusida. Ginebra-Suiza, 2015.

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

Satoshi Ezo, 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. Disponible en:
<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 2017. Consultado 20 de Enero 2017.

SG/CONAPO. Proyecciones de la Población de México 1990-2030. Disponible en:
<http://pda.salud.gob.mx/cubos/> Consultado marzo 2018.

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.

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

SS/Conadic et. al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 (ENCODAT). 2016. Resumen disponible en:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf

SS/Conadic et. al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. México: INPRFM, 2017. Disponible en:
<https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758b.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758> Consultada 10 de enero 2018.

SS/Censida. SALVAR. Datos al cierre 2017.

SS/Censida. Estimaciones del sector privado. Datos al cierre 2017.

SS/Censida. Estimaciones del Censida sobre poblaciones clave. Datos al cierre 2017.

SS/Censida. Jeringas distribuidas en el 2017. México, marzo 2018.

SS/Censida. Medición del Gasto en Sida 2014-2015.

SS/Censida & INSP. Encuestas de sero-prevalencia de VIH y sífilis, así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres que tiene sexo con hombres (HSH), personas transgénero y mujeres trabajadoras sexuales (MTS) en 7 zonas urbanas de México. México, 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, Semar, Pemex y Sedena. Datos cierre 2017.

SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana- 51: 2017. Datos preliminares.

SS/DGE. SINAVE. Sistema de Notificación Semanal. 2016. Datos definitivos.

SS/DGE/Registro Nacional de Casos de Sida y Registro de Seropositivos a VIH. Variable: Casos vivos acumulados al 10 de noviembre del 2017 (última cifra disponible).

SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares 2017. Consulta 13 de marzo del 2018.

SS/DGIS. Estimación de nacidos vivos por condición de NO derechohabencia según entidad de residencia 2013-2017. Datos mayo 2017.

SS/DGIS. Proyecciones de la Población de México 1990 - 2030, CONAPO. Datos 2016. Consulta 13 de marzo del 2018.

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

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 en marzo 2017.

SS/Programas Estatales en VIH, Sida e ITS (Coahuila, Colima, Michoacán, Nuevo León, Sonora, Tamaulipas, Zacatecas).

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. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25025690> consultado 15 febrero 2017

ANEXOS

I. Índice Compuesto de Política Nacional Interino

Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales Interino (ICPN Interino) México. 2017

De acuerdo con Onusida, el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN) es un componente integral de la Vigilancia Mundial del Sida que se propone cuantificar los avances en el desarrollo e implementación de políticas, estrategias y legislación relativas a la respuesta frente al sida, para lo cual promueve consultas y debates entre partes interesadas (gobierno, sociedad civil y organizaciones del sistema de Onusida en México) de los países sobre la situación de la respuesta al sida, principalmente. El ICPN se compone de dos partes. Generalmente la Parte A la completan las autoridades nacionales, y la Parte B que es completada por organizaciones de la sociedad civil y organismos del Onusida en México.

Para los años de reportes llamados provisionales, solo un conjunto de preguntas de la Parte A está incluido en el reporte ICPN Interino. Las preguntas del ICPN Interino se estructuran en torno a los 10 compromisos de Acción Rápida y los objetivos ampliados para acabar con el sida para el año 2030.

Herramienta/fuente de medición:

Otra herramienta/fuente de medición:

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida es instancia normativa y de coordinación de la respuesta nacional al VIH en México. Cuenta con diferentes direcciones especializadas que se abocaron a responder cada una de las secciones del INCP Interino de acuerdo a sus competencias.

Información adicional relacionada con la introducción de datos. Por ejemplo, referencia a la fuente primaria de datos, cuestiones metodológicas:

Datos relacionados con este tema que no se ajustan a las células de indicadores. Especifique la metodología y la referencia a la fuente primaria de datos:

Describe el proceso utilizado para recopilar y validar los datos del ICPN:

El llenado del ICPN Interino corresponde a la parte gubernamental, fue el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida la entidad encargada de

responder esta parte a través de sus tres direcciones de área: Atención Integral, Investigación Operativa y Prevención y Participación Social que participan en el llenado de esta parte del ICPN interino, consultando la información disponible a nivel de país en cuanto a respuesta al VIH, sida e ITS. Una vez llenado el ICPN interino se sometió a validación de la Directora General del Censida.

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 con los objetivos 90–90–90
- Abordar regulaciones, políticas y prácticas que impiden el acceso a medicamentos genéricos, servicios de diagnóstico y tecnologías sanitarias relacionadas seguras, eficaces y asequibles, lo que incluye garantizar el completo uso de las flexibilidades del Acuerdo sobre los Aspectos de los
- Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), y fortalecer las capacidades regionales y locales para desarrollar, fabricar y distribuir productos sanitarios asequibles con garantía de calidad.

* Las directrices para el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales definen los términos marcados con un asterisco (*).

Pruebas sobre VIH

1. ¿Cuál o cuáles de los siguientes enfoques en cuanto a pruebas sobre VIH se utilizan en su país (seleccionar todas las opciones que correspondan)?:

- Pruebas y asesoramiento iniciados por el cliente
- Pruebas y asesoramiento iniciados por el proveedor
- Pruebas prenatales rutinarias
- Pruebas y asesoramiento de base comunitaria
- Pruebas a domicilio
- Pruebas a través de proveedores no profesionales
- Pruebas autodiagnósticas
- Notificación asistida para parejas

2. ¿Ha adaptado su país las recomendaciones de las Directrices consolidadas de la OMS 2015 sobre los servicios de pruebas sobre VIH en un procedimiento nacional sobre directrices para este tipo de pruebas?

- Sí, plenamente

- Sí, parcialmente
 - No
 - No lo sé
-

3. ¿Ha adoptado o incluido su país pruebas autodiagnósticas sobre VIH como política o plan nacional?

- Sí
- No

3.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿están implementadas las pruebas autodiagnósticas sobre VIH?

- Sí
- No

3.2 Si la respuesta es negativa, ¿tiene su país planes para incluir esas pruebas autodiagnósticas en su política de actuación nacional en el futuro?

- Sí
- No

3.2a, Si la respuesta es afirmativa, indíquese el año en que está planificado que se incluyan las pruebas autodiagnósticas

- No hay un año previsto para esa actuación
 - 2016
 - 2017
 - 2018
 - 2019
 - 2020
-

4. ¿Ha incluido su país la notificación asistida a parejas en su política nacional?

- Sí
- No

4.1 Si la respuesta es negativa, ¿tiene su país planes para incluir la notificación asistida a parejas en su política nacional en el futuro?

- Sí
- No

4.1a, Si la respuesta es afirmativa, indíquese el año en que está planificado que se incluya esa notificación asistida a parejas:

- No hay un año previsto para esa actuación
 - 2016
 - 2017
 - 2018
 - 2019
 - 2020
-

5. ¿Cuenta su país con una política que establezca que las pruebas sobre el VIH se facilitarán...?

- De forma gratuita para todos
- De forma gratuita para algunas personas
- Con un costo

6. ¿Existe alguna ley, regulación o política que establezca que las pruebas de VIH...?:

a) Se realizan únicamente sobre la base del consentimiento informado y voluntario

- Sí
- No

b) Son obligatorias antes del matrimonio

- Sí
- No

c) Son obligatorias para obtener un permiso de trabajo o de residencia

- Sí
- No

d) Son obligatorias para ciertos grupo

- Sí
- No

d.i. Si la respuesta es afirmativa, especifíquense esos grupos

7. ¿Cuenta su país con políticas y/o estrategias nacionales sobre la vinculación de pruebas y asesoramiento sobre VIH e inclusión en servicios de atención sanitaria?

- Sí
- No

7.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿incluyen (seleccionar todas las opciones que correspondan):

- Intervenciones racionalizadas (vinculación potenciada, revelación, rastreamiento)?
 - Enfoques basados en apoyo de pares y navegación para pacientes?
 - Enfoques sobre optimización de la calidad?
 - Pruebas sobre células CD4 en punto (proyecto en algunas entidades 7 de 32)
 - Otras opciones?: Especificar _____
-
-

Terapia antiretroviral

8. ¿Ha adaptado su país las recomendaciones de las Directrices consolidadas de la OMS 2016 sobre uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH para 2016 de la OMS en un procedimiento nacional?:

- Sí, se ha completado
 - En curso
 - No
 - Otras opciones: por favor, comentar: _____
-
-

9. ¿Cuál es el umbral recomendado de CD4 para iniciar terapias antirretrovirales en adultos y adolescentes que sean asintomáticos,

de conformidad con las directrices o directivas del Ministerio de Sanidad?

- TRATAMIENTO UNIVERSAL independientemente del recuento de células CD4
 - ≤500 células/mm³
 - ≤350 células/mm³
 - Otro (especificar): _____
-

9.1 ¿Cuál es la situación de implementación del umbral de CD4 seleccionado más arriba?:

- Implementado en pocos (<50%) de los centros de tratamiento
- Implementado en muchos (>50%) de los centros de tratamiento
- Implementado en todo el país
- No implementado en la práctica
- Otro (especificar): _____

9.2 Si su país no ha adoptado todavía una política de TRATAMIENTO UNIVERSAL, de conformidad con las Directrices consolidadas de la OMS 2016 sobre uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH, ¿existe un plan para avanzar hacia la adopción e implementación de una política de TRATAMIENTO UNIVERSAL en el futuro?

- Sí
- No

9.2a, Si la respuesta es afirmativa, indíquese el año en que está previsto que se implemente el TRATAMIENTO UNIVERSAL.

- No hay un año previsto para esa actuación
 - 2016
 - 2017
 - 2018
 - 2019
 - 2020
-

10. ¿Cuenta su país con una política nacional que promueve la entrega comunitaria de terapia antirretroviral (como instalaciones de salud externas)?

- Sí
- No

10.1 Si la respuesta es afirmativa, especificar qué enfoques se siguen para la entrega comunitaria de terapias antirretrovirales _____

.....

11. ¿Se provee en su país terapia antirretroviral en entornos comunitarios (como afuera de instalaciones de salud) para las personas que se hallan estables en su terapia antirretroviral?

- Sí
- No

11.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿está implementada?

- Nacionalmente
- Regionalmente
- En centros piloto
- Otro (especificar) _____

12. ¿Cuenta su país con una política nacional sobre la frecuencia de las visitas clínicas para las personas que muestran situaciones estables en su terapia antirretroviral?

- Sí
- No

12.1 Si la respuesta es afirmativa, especifique la frecuencia de esas visitas clínicas incluida en la política nacional:

- 1 vez al mes
- Cada 3 meses
- Cada 6 meses
- Cada 12 meses

13. ¿Cuál o cuáles de las siguientes modalidades de provisión de servicios se incluyen en la política nacional sobre terapia antirretroviral para adultos, adolescentes y niños (seleccionar todas las opciones que correspondan)?:

- Los proveedores de servicios de tuberculosis proveen terapia antirretroviral en centros atención de tuberculosis
- Los proveedores de terapia antirretroviral ofrecen tratamiento para TB en entornos de terapia antirretroviral
- Los proveedores de servicios para madres, recién nacidos y niños ofrecen terapia antirretroviral en centros sanitarios de atención para madres, recién nacidos y niños

- Servicios de asesoramiento y apoyo nutricional provistos para personas que viven con el VIH que presentan cuadros de malnutrición
- Terapia antirretroviral provista en entornos en que se ofrece terapia de sustitución de opiáceos
- Los proveedores de atención sanitaria primaria proveen terapia antirretroviral en entornos de atención sanitaria primaria
- Apoyo para el paciente**
- Terapia antirretroviral provista en la comunidad como parte de un modelo de atención sanitaria diferenciado
- Los proveedores de terapia antirretroviral llevan a cabo pruebas de detección y tratamiento de enfermedades cardiovasculares
- Los proveedores de terapia antirretroviral llevan a cabo pruebas de detección y tratamiento sobre salud mental
- Otro: especificar _____

Regímenes de terapia antirretroviral

Adultos y adolescentes

.....

14. ¿Son TDF/3TC o (FTC)/EFV las combinaciones de antirretrovirales de primera línea de preferencia en las directrices nacionales para la iniciación de tratamiento entre...?

a) Adultos y adolescentes

- Sí**
- No
- Otro: especificar _____

a.i. Si no es así, ¿se está introduciendo DTG como el régimen antirretroviral de primera línea en su país?

- Sí**
- No

b) Mujeres embarazadas

- Sí
- No**
- Otro: especificar: el esquema en mujeres embarazadas sin tratamiento previo es TDF/ FTC + RAL, esquema alternativo LMV/ ZDV + LPV/ r**

.....

15. ¿Se usa dolutegravir (DTG) como régimen de tratamiento antirretroviral de primera línea en su país?

- Sí, la introducción de DTG en las guías nacionales está planeada para 2018
- Sí, DTG ha sido incluido en las guías nacional, pero las adquisiciones no se han iniciado
- Sí, DTG ha sido incluido en las guías nacionales y su adquisición ha iniciado
- No.

.....

16. ¿Utiliza su país combinaciones de terapia antirretroviral combinada con dosis fijas (FDC, en inglés) como la terapia antirretroviral de primera línea de preferencia? (seleccionar todas las opciones que correspondan):

- Sí, combinación de dosis fija de 3 medicamentos suministrados una vez al día
- Sí, combinación de dosis fija de 2 medicamentos + 1 medicamento diferente
- No
- Otro: especificar _____

.....

17. ¿Es AZT/3TC (o FTC)/ATV/r (o LPV/r) la combinación de antirretrovirales de segunda línea de preferencia para adultos y adolescentes que viven con el VIH en las directrices nacionales?

- Sí
- No
- Otro: DRV/r o LPV/r

Carga viral

18. ¿Tiene su país una actual política nacional sobre pruebas de carga viral de rutina para el monitoreo de la terapia antirretroviral y en qué medida está implementada esa política?

a) Para adultos y adolescentes

- Sí, plenamente implementada
- Sí, parcialmente implementada
- Sí, pero no está implementada
- No, pruebas de carga viral específicas únicamente
- No existen políticas sobre pruebas de carga viral

b) Para niños

- Sí, plenamente implementadas
- Sí, parcialmente implementadas
- Sí, pero no están implementadas
- No, pruebas de carga viral específicas únicamente
- No existen políticas sobre pruebas de carga viral

18.1 Si su país tiene una política nacional sobre pruebas de carga viral de rutina, ¿cuál es la frecuencia que se recomienda en esa política para las pruebas sobre supresión de carga viral?

- Anual
- Episódica
- Anual y también episódica
- Otro: semestral

.....

19. ¿En qué lugares están disponibles actualmente en su país pruebas de carga viral?

- Están disponibles en centros especializados únicamente
- Están disponibles en centros sanitarios que proveen terapia antirretroviral, ya sea in situ o mediante remisión médica
- Otro (especificar) _____

19.1 Si en las instalaciones sanitarias que ofrecen terapia antirretroviral de su país están disponibles pruebas de carga viral, favor estimar el porcentaje de esas instalaciones que tienen disponibles pruebas de carga viral. **40%**

.....

20. Excluyendo enfoques de farmacovigilancia pasiva, ¿realiza su país esfuerzos sistemáticos continuados para monitorear en el país la toxicidad de medicamentos antirretrovirales?

- Sí
- No

20.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿qué enfoques se utilizan? (seleccionar todas las opciones que correspondan):

- Control de toxicidad como parte del sistema nacional de vigilancia
- Vigilancia activa dentro de cohortes
- Registro de embarazos y vigilancia de defectos de Nacimiento

.....

21 ¿Se han adoptado enfoques de vigilancia de toxicidad para controlar las reacciones adversas al uso de dolutegravir?

- Sí
- No

21.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿qué enfoques son usados? (seleccionar todas las opciones que correspondan):

- Control de toxicidad como parte del sistema nacional de vigilancia
- Vigilancia activa de toxicidad en sitios centinela
- Registro de embarazos y vigilancia de defectos de Nacimiento

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

Prevención de la transmisión vertical del VIH

22. ¿Cuál es el régimen actual que se recomienda nacionalmente para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH de conformidad con las directrices o directivas del Ministerio de Sanidad?:

- Tratamiento Universal para las mujeres embarazadas / mujeres lactantes para toda la vida
- Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) durante el embarazo y la lactancia únicamente

- Otras opciones: especificar régimen _____

22.1 Si su país está aplicando la política de TRATAMIENTO UNIVERSAL para mujeres embarazadas y en periodo de lactancia que viven con el VIH, ¿de qué forma se está implementando?

- Implementado en un pequeño número (>50%) de centros de salud maternoinfantil
- Implementado en un amplio número (>50%) de centros de salud maternoinfantil
- Implementado en todo el país
- No implementado en la práctica
- Otra situación

.....

23. ¿Cuántas instalaciones sanitarias de su país están proveyendo servicios para la prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI) en el país? 139 en la Secretaria de Salud, que son centros de atención especializada para personas con VIH donde se otorgan antirretrovirales

23.1 ¿Cuántas instalaciones sanitarias que proveen servicios PTMI tienen en vigor mecanismos de rendición de cuentas comunitaria*? _____

.....

24. ¿Existen intervenciones dirigidas para garantizar que las siguientes consideraciones relativas a los derechos humanos reciben respuesta como parte de programas sobre PTMI? (seleccionar todas las opciones que correspondan)

- Consentimiento libre e informado como única base para las pruebas y/o tratamiento para el VIH
- Consentimiento libre e informado como única base para la provisión de abortos, anticonceptivos y/o esterilización de mujeres que viven con el VIH
- Confidencialidad y privacidad
- Prevención de abusos graves y sistemáticos de los derechos humanos* como parte de programas PTMI
- Actuaciones de diligencia debida para dar respuesta a los casos de violaciones de los derechos humanos como parte de programas PTMI

25. ¿Ha tenido lugar alguna reunión a nivel nacional para revisar los avances en PTMI en los últimos doce meses?

- Sí
- No

25.1 Si la respuesta es afirmativa:

a) ¿Estuvieron representadas las comunidades y la sociedad civil en esa reunión de revisión nacional?

- Sí
- No

b) ¿Se dio la oportunidad a las comunidades y a la sociedad civil de ofrecer sus comentarios?

- Sí
- No

c) ¿La comunidad y la sociedad civil aportaron análisis de forma sistemática?

- Sí
- No

Antiretrovirales para niños

26. ¿Recomiendan las directrices nacionales el tratamiento para todos los bebés y niños que viven con el VIH independientemente de los síntomas que presenten?

- Sí, con una edad de corte para el tratamiento universal de <1 años
- Sí, con una edad de corte para el tratamiento universal de <2 años
- Sí, con una edad de corte para el tratamiento universal de <5 años
- Sí, con una edad de corte para el tratamiento universal de <10 años
- Tratamiento universal**
- Otras opciones (especificar) _____

26.1 ¿Cuál es en su país la situación de implementación de la política sobre edad de corte?

- Implementado en pocos (<50%) de los centros de tratamiento
- Implementado en muchos (>50%) de los centros de tratamiento**
- Implementado en todo el país
- No implementado en la práctica

- Otro: especificar _____

.....

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)

f. Garantizar que el 90% de las personas en riesgo de infección por el VIH tengan acceso a amplios servicios de prevención del VIH, entre ellas los profesionales del sexo y sus clientes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, las personas que usan drogas inyectables y los presos

f. Alcanzar a 3 millones de personas con profilaxis previa a la exposición para 2020

f. Alcanzar a 25 millones de hombres con actuaciones de circuncisión masculina médica voluntaria en países con alta incidencia para el año 2020

f. Poner a disposición de la población 20.000 millones de preservativos anualmente de aquí a 2020 en países con ingresos bajos y medios

Profilaxis previa a la exposición (PrEP)

27. ¿Se ha incluido la recomendación de OMS sobre el uso de PrEP oral en las guías nacionales de su país?

- Sí, guías de PrEP han sido desarrolladas y están siendo implementadas
- Sí, guías de PrEP han sido desarrolladas, pero aún no han sido implementadas
- No, las guías no han sido desarrolladas

27.1 Si la recomendación de OMS sobre el uso de PrEP oral no ha sido incluida en las guías nacionales, ¿se planea incluirla en el futuro?

- Sí
- No

27.1.a Si la respuesta es afirmativa, por favor indicar el año en el que la inclusión de la recomendación sobre PrEP está planeada:

- No hay un año previsto para esa actuación
- 2017
- 2018
- 2019
- 2020
- 2021
- Otro: especificar: _____

27.2 Si se han desarrollado guías nacionales sobre PrEP, especificar a qué poblaciones se proporciona PrEP según las pautas y criterios de elegibilidad:

- Hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres
- Especificar los criterios de elegibilidad:

- Profesionales del sexo
- Especificar los criterios de elegibilidad:

- Personas que usan drogas inyectables
- Especificar los criterios de elegibilidad:

- Personas trans-género
- Especificar los criterios de elegibilidad:

- Parejas serodiscordantes
- Especificar los criterios de elegibilidad:

- Mujeres jóvenes (15–24 años)
- Especificar los criterios de elegibilidad:

- Otro: especificar: _____
- Especificar los criterios de elegibilidad:

27.3 Si se han desarrollado guías nacionales sobre PrEP, ¿se proporciona un programa de capacitación sobre PrEP al personal de atención médica?

- Sí

- No

27.4 Si no se han desarrollado guías nacionales sobre PrEP, seleccionar todas las opciones que correspondan):

- No se ha identificado un grupo con incidencia suficientemente alta para cumplir con las pautas de las guías de OMS
- No es una prioridad presupuestal
- Los medicamentos no están disponibles en el país
- La capacidad técnica para considerar la adopción de PrEP es limitada
- Otro: especificar: Se está desarrollando un proyecto de demostración, el cual generará la evidencia para su implementación nacional.

.....

28. ¿El régimen de PrEP que contiene tenofovir ha recibido aprobación regulatoria en su país? (seleccionar todas las opciones que correspondan)?

- Sí, con el medicamento original
- Sí, con medicamentos genéricos
- No

.....

29. ¿PrEP está disponible a través de alguno de los siguientes medios en su país? (seleccionar todas las opciones que correspondan)

- Investigaciones (incluyendo estudios piloto y proyectos de demostración)
- Instalaciones públicas
- Proveedores privados
- Internet
- Instituciones educativas
- Otro: especificar: _____

.....

Preservativos

30. ¿Ha habido situaciones de desabastecimiento* de preservativos en los últimos 12 meses?

a). Situaciones de desabastecimiento de alcance nacional:

- Sí

No XXXX

b). Situaciones de desabastecimiento de alcance local:

Sí

No XXXXX

.....

31. ¿Cuántos preservativos y lubricantes se distribuyeron (es decir, salieron de almacenes centrales o regionales para su subsiguiente distribución) en el anterior año natural, según tipo de proveedor?

a) Preservativos masculinos:

Total 21,850.000 piezas _____

Público Total 21,850.000 piezas el Censida distribuye en su mayoría los condones a las entidades federativas para su redistribución entre los Capasits, Centros de salud, Jurisdicciones sanitarias, OSC, etc.

Privado No disponible

ONG No disponible

b) Preservativos femeninos:

Total No disponible

Público No disponible _____

Privado No disponible

ONG No disponible

c) Lubricantes:

Total No disponible

Público No disponible

Privado No disponible

ONG No disponible

.....

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

- Garantizar el acceso universal y económicamente asequible a servicios sanitarios de salud sexual y reproductiva, incluidos servicios para el VIH, para las mujeres.

- Eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en el entorno sanitario para el año 2020.
- Revisar y reformar la legislación que pueda estar reforzando el estigma y la discriminación, también en relación con edad de consentimiento, no revelación del estado serológico respecto del VIH, exposición y transmisión, restricciones a los desplazamientos y pruebas obligatorias.

Consentimiento parental y conyugal para el acceso a servicios

32. ¿Tiene su país legislación que exija el consentimiento parental para que los/las adolescentes puedan acceder a servicios de salud sexual y reproductiva?

- Sí, para adolescentes menores de 18 años
- Sí, para adolescentes menores de 16 años
- Sí, para adolescentes menores de 14 años
- No

.....

33. ¿Tiene su país legislación que exija el consentimiento parental para que los/las adolescentes puedan acceder a pruebas sobre el VIH?

- Sí, para adolescentes menores de 18 años
- Sí, para adolescentes menores de 16 años
- Sí, para adolescentes menores de 14 años
- No

.....

34. ¿Tiene su país legislación que exija el consentimiento parental para que los/las adolescentes puedan acceder a tratamiento para el VIH?

- Sí, para adolescentes menores de 18 años
 - Sí, para adolescentes menores de 16 años
 - Sí, para adolescentes menores de 14 años
 - No
-

35. ¿Tiene su país legislación que exija el consentimiento del cónyuge para que las mujeres casadas puedan acceder a servicios de salud sexual y reproductiva?

- Sí
 - No
-

36. ¿Tiene su país legislación que exija el consentimiento del cónyuge para que las mujeres casadas puedan acceder a la prueba de VIH?

- Sí
 - No
-

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

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

37. Tiene su país estrategias, políticas o marcos de trabajo de protección social aprobados*?

- Sí, y están siendo implementados
- Sí, pero no están siendo implementados
- No

37.1 ¿ Si la respuesta es afirmativa:

a). ¿Hace referencia al VIH?

- Sí
- No

b). ¿Reconocen a las personas que viven con el VIH como beneficiarios clave?

- Sí
- No

c). ¿Reconocen a grupos de población clave (profesionales del sexo, hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas inyectables, personas transgénero y presos) como beneficiarios clave?

- Sí
- No

d). ¿Reconocen a las adolescentes y mujeres jóvenes como beneficiarias clave?

- Sí
- No

e). ¿Reconocen a las personas afectadas por el VIH (hijos y demás familiares) como beneficiarios clave?

- Sí
- No

f). ¿Abordan la cuestión del trabajo de cuidado no remunerado en el contexto del VIH?

- Sí
- No

En verde porque se corrigió por observación recibida

.....

38. ¿Están incluidos representantes del Programa Nacional sobre sida o de su equivalente en el mecanismo o plataforma de coordinación de protección social*?

- No existen mecanismos o plataformas de coordinación de la protección social
- Existe un mecanismo o plataforma de coordinación de la protección social, pero no incluye a representantes del Programa Nacional sobre el Sida o de su equivalente
- Existe un mecanismo o plataforma de coordinación de la protección social e incluye a representantes del Programa Nacional sobre el Sida o de su equivalente

.....

39. ¿Hay implementados en el país programas de transferencias de efectivo* para mujeres jóvenes, de entre 15 y 24 años de edad?

- Sí
- No

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

40. ¿Existen en su país las siguientes salvaguardas en la legislación, regulaciones y políticas para la operación de organizaciones de la sociedad civil y organizaciones comunitarias? (seleccionar todas las opciones que correspondan)

- Es posible el registro de organizaciones de la sociedad civil que trabajen con el VIH
- Es posible el registro de organizaciones de la sociedad civil y organizaciones comunitarias que trabajen con grupos de población clave
- Las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones comunitarias pueden prestar servicios relacionados al VIH
- Las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones comunitarias pueden prestar servicios grupos de población clave
- Se han racionalizado los requisitos sobre la presentación de información para las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones comunitarias

.....
41. ¿Existe legislación, políticas o regulaciones que permitan el acceso a financiación para las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones comunitarias?

- Mecanismos de contratación social u otros mecanismos que permitan la financiación de la prestación de servicios por parte de las comunidades a través de fondos domésticos
- A través de donantes internacionales
- Otro: especificar _____

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

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

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

*Reducir en un 75% el número de muertes por tuberculosis en personas seropositivas para 2020

Estrategia nacional sobre VIH y monitoreo y evaluación

Estrategia

42. ¿Cuenta su país con una estrategia o política que oriente su respuesta al sida?

- Sí, una estrategia o política independiente sobre el sida
- Sí, una estrategia o política de salud que integra la respuesta al sida
- No
- Otro: especificar _____

42.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿ha sido revisada en los dos últimos años esa estrategia o política sobre el sida?

- Sí
- No

42.2 Si la respuesta es afirmativa, ¿esa estrategia o política que orienta la respuesta al sida aborda de forma expresa los siguientes grupos de población clave o grupos de población vulnerable?

(seleccionar todas las opciones que correspondan):

- Grupos clave de población adolescente
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Presos y otras personas privadas de libertad
- Personas que usan drogas inyectables
- Profesionales del sexo (hombres y mujeres)
- Personas transgénero
- Personas no desplazadas afectadas por emergencias
- Refugiados

- Desplazados internos
- Migrantes y solicitantes de asilo

42.3 Si la respuesta es afirmativa, ¿esa estrategia o política que orienta la respuesta al sida...? (seleccionar todas las opciones que correspondan):

- Incluye de forma específica planes o actividades explícitos que abordan las necesidades de los grupos de población clave
- Incluye de forma específica planes o actividades explícitos que abordan las necesidades de las niñas y mujeres jóvenes
- Se basa en la evidencia más reciente sobre la epidemia nacional de VIH y en la situación de la respuesta nacional frente al sida
- Integra aportaciones a través de un proceso multisectorial, que incluye a diversos sectores del gobierno, y también a socios no gubernamentales

42.4 Si la respuesta es afirmativa, ¿esa estrategia o política nacional que orienta la respuesta frente al sida incluye intervenciones transformadoras para las cuestiones de género, entre ellas intervenciones dirigidas a abordar las intersecciones que se producen entre violencia de género y VIH?

- Sí
- No

Seguimiento y evaluación

Health Information Systems

43. ¿Su país tiene un sistema de información de salud funcional que es electrónico, en papel, o ambos?

- Sí, electrónico
- Sí, en papel
- Sí, ambos
- No existe un sistema de información de salud

43.1 Si la respuesta es “Sí, ambos”, ¿aproximadamente qué porcentaje de lo siguiente se captura actualmente en el sistema electrónico de información de salud?

- Centros de salud que prestan servicios de HIV: 60%
- Centros nacionales especializados en tratamiento del VIH (es decir, todos los pacientes en tratamiento antirretroviral): 60%

Prevalencia rutinaria en centros de atención prenatal

44. ¿Su país utiliza datos de los asistentes a clínicas prenatales sobre el número de mujeres que obtienen un resultado positivo en una prueba de VIH y el número de mujeres que ya se sabe que son HIV positivas para comprender las tendencias en la prevalencia del VIH?

- Sí
- No

44.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿ha habido una revisión de la calidad de los datos en los últimos dos años para asegurar que son comparables a lo largo del tiempo?

- Sí
- No

44.2 Si las respuestas a 43 y 47 son afirmativas, ¿los datos son capturados en el sistema de información de salud (DHIS2 u otros)?

- Sí
- No

Cascada de tratamiento

45. Si la respuesta a la pregunta 43 es “Sí”, ¿los resultados de las pruebas de carga viral de los pacientes están disponibles rutinariamente en el sistema de información de salud?

- Sí, plenamente
- Sí, parcialmente
- No

.....

46. ¿Hay datos disponibles y analizados sobre la cascada de tratamiento en su país?

	Pruebas de VIH	Tratamiento	Carga viral
A nivel distrital	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Para poblaciones clave	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

.....

47. ¿Los datos sobre la cascada de tratamiento son incluidos rutinariamente en un sistema de información de salud (DHIS2 u otros) que incluye un tablero a nivel distrital?

- Sí, plenamente
- Sí, parcialmente
- No

Sistema de seguimiento de paciente

48. ¿El país ha actualizado los indicadores y herramientas del Sistema de seguimiento de pacientes usando la guía "2017 WHO personcentred HIV patient monitoring and case surveillance guidelines"?

- Sí, plenamente
- Sí, parcialmente
- No
- No lo sé

Códigos de identificación únicos para pacientes

49. ¿Su país cuenta con un método para vincular la información de salud de los pacientes dentro y entre clínicas (como el uso de identificadores únicos) para los siguientes servicios?

a). Servicios de tratamiento

- Sí
- No

b) Servicios de pruebas y tratamiento

- Sí
- No

c) Servicios de prevención de VIH

- Sí
- No

d) Servicios de laboratorio

- Sí
- No

.....

50. Si la respuesta a la pregunta 49 es afirmativa

a). ¿Los datos se vinculan utilizando un identificador nacional único, como un número de identificación nacional, número de asistencia sanitaria nacional, número de pasaporte o número de seguro social?

- Sí
- No

b) ¿Los datos se vinculan utilizando un identificador único específico para VIH?

- Sí
- No

c) ¿Los datos se vinculan utilizando una combinación de información personal recolectada rutinariamente, como los nombres, apellidos y fecha de nacimiento?

- Sí
- No

d) ¿Los datos se vinculan utilizando tecnología biométrica (huellas digitales, reconocimiento de ojo, etc.)?

- Sí
- No

e) Otros métodos: especificar: _____

Reporte de casos

51. ¿Su país ordena que los diagnósticos de nuevos casos de VIH se notifiquen utilizando un formulario estándar para cada caso diagnosticado?

- Sí
- No

51.1 Si la respuesta a la pregunta 52 es afirmativa, ¿existe un formulario estándar de reporte de casos de VIH para reportar nuevos casos diagnosticados?

- Sí
- No

51.2 Si la respuesta a la pregunta 52 es afirmativa, ¿el país ordena que los siguientes eventos centinela sean registrados para actualizar el formulario de informe de caso?: número de casos diagnosticados, fecha y resultado del primer conteo de CD4, fecha de inicio de tratamiento antirretroviral, y fechas y resultados de los exámenes de carga viral

- Sí
- No

51.3 Si la respuesta a las preguntas 43 and 52 son afirmativas, ¿la vigilancia basada en casos está incluida en el sistema de información de salud?

- Sí
- No

.....

Mortalidad

52. ¿Su país ordena que todas las muertes se registren utilizando un formulario estándar de reporte de defunción que incluye la causa de muerte?

- Sí
- No

52.1 Si la respuesta es afirmativa, ¿Qué tan completo es el informe de fallecimiento en el registro civil y el sistema de estadísticas vitales?

- <25% completo
- 25–50% completo
- 51–75% completo
- >75% completo

52.2 Si las respuestas a las preguntas 51 y 52 son afirmativas, ¿Pueden vincularse los datos individuales sobre los casos de muerte al sistema nacional de registro de casos de VIH del país?

a) Vinculado al sistema nacional de registro de casos de VIH

Sí

No

b) Reportados directamente al sistema nacional de registro de casos de VIH

Sí

No

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 2017

La OPS apoya al Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del SIDA (AMDS) del Departamento de VIH/Sida de la OMS en recabar información de la 11.ª encuesta anual sobre los regímenes de tratamiento antirretroviral utilizados en los países de ingresos bajos y medianos. El cuestionario del 2017 abarca el uso de antirretrovirales en adultos y niños tanto para el tratamiento antirretroviral (TAR) como para la prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI), y de las pruebas de laboratorio para el inicio y seguimiento del TAR, con datos obtenidos del 2017 y pronóstico para los 3 años siguientes (2018-2020)

Para rellenar el cuestionario, sírvase usar la información disponible de los programas sobre el periodo que va **del 1 de enero al 31 de diciembre del 2017**. Agradeceremos que el profesional que nos envía los datos compruebe que **todas** las preguntas del cuestionario han sido respondidas, y la **exactitud y validez de la información**.

A nivel mundial y regional, los resultados de esta encuesta se usarán para realizar un análisis de las tendencias regionales y mundiales respecto del uso de los antirretrovirales y también previsiones de demanda mundial de estos medicamentos, que se tratarán con los fabricantes de antirretrovirales y pruebas diagnósticas y los donantes, con el fin de prevenir la escasez mundial.

A nivel nacional, la OMS analizará las respuestas de cada país para elaborar notas descriptivas que incluyan información estratégica propia del país, y proporcionará retroalimentación para ayudar a los directores nacionales del programa a formular intervenciones más eficaces en función de los costos.

Agradeceremos que rellene el cuestionario adjunto y lo envíe a (dongmonguimfackb@who.int), en la misma fecha que la entrega de los datos a GAM).

Para cualquier consulta relacionada con este cuestionario, sírvase comunicarse con la Dra. Mónica Alonso González (alonsomon@paho.org), del Proyecto de VIH de la OPS, en Washington, DC.

País:	Fecha: __2__/_04_/2018__
Nombre de la persona que rellenó el cuestionario: __Eddie Antonio León Juárez	
Cargo: Coordinador del programa de mejora de la calidad de la atención	
Institución: Centro Nacional para la Prevención y el Control de Sida, Secretaria de Salud	

Dirección de correo electrónico: edyeon64@gmail.com

Teléfono: (52) 50 62 17 00 ext. 56059

SECCIÓN 1A. VISIÓN GENERAL DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TAR)

Pregunta 1.1. Número de adultos y niños en TAR a finales del 2017 { GAM 1.2}
Total de pacientes en tratamiento antirretroviral al 31 de diciembre de 2017: **87,026**

SECCIÓN 1B. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TAR) DE ADULTOS Y ADOLESCENTES (≥ 10 años) VIH POSITIVOS, INCLUYENDO EMBARAZADAS

Pregunta 1. Informe sobre el número de pacientes adultos y adolescentes (≥ 10 años) VIH positivos que recibían tratamiento de primera, segunda o tercera línea **a fines de diciembre del 2017**

	Número total de adultos y adolescentes (≥ 10 años) VIH positivos por línea de tratamiento a finales de diciembre del 2017
Primera línea	74,840
Segunda línea	8,840
Tercera línea	1,904
TOTAL	85,584

Comentarios: Datos unicamente corresponden a la Secretaria de Salud, las otras instituciones que prestan atención a personas con VIH y prescriben antirretrovirales no reportaron los esquemas

Pregunta 2 Por favor liste el número de personas en cada esquema de tratamiento antirretroviral de primera línea administrado a adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos a fines del 2017, incluyendo embarazadas VIH positivas que reciben TAR.

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2017.

Lista de esquemas de TAR de 1ª línea administrados a adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos a finales del 2017	Número de adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos que recibieron este esquema de TAR a finales del 2017
1. TENOFOVIR/EMTRICITABINA/EFAVIREZ	47932
2. ABACAVIR/LAMIVUDINA + EFAVIREZ	7361
3. TENOFOVIR/EMTRICITABINA + ATAZANAVIR + r	4516
4. TENOFOVIR/EMTRICITABINA + RALTEGRAVIR	2840
5. TENOFOVIR/EMTRICITABINA + LOPINAVIR/r	2533
6. ABACAVIR/LAMIVUDINA + ATAZANAVIR/r	1666
7. TENOFOVIR/EMTRICITABINA + NEVIRAPINA	1628
8. ABACAVIR/LAMIVUDINA + LOPINAVIR/r	857
9. TENOFOVIR/EMTRICITABINA + DOLUTEGRAVIR	814
10. ABACAVIR/LAMIVUDINA + DOLUTEGRAVIR	794
11. ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA + LOPINAVIR/r	696
12. LAMIVUDINA/ZIDOVUDINA + EFAVIREZ	485
13. TENOFOVIR/EMTRICITABINA + DARUNAVIR + r	419
14. ABACAVIR/LAMIVUDINA + NEVIRAPINA	380
15. ABACAVIR/LAMIVUDINA + RALTEGRAVIR	334
16. ABACAVIR/LAMIVUDINA + DARUNAVIR + r	275
OTROS	1310
TOTAL	74840

Datos unicamente corresponden a la Secretaria de Salud, las otras instituciones que prestan atención a personas con VIH y prescriben antirretrovirales no reportaron los esquemas

Pregunta 3 Por favor liste el número de personas en cada esquema de tratamiento antirretroviral de segunda línea administrado a adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos a fines del 2017.

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2017.

Lista de Esquemas de TAR de 2ª línea administrados a adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos a finales del 2017	Número de adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos que recibieron este esquema a finales del 2017
1.TENOFOVIR/EMTRICITABINA + LOPINAVIR/r	2923
2.TENOFOVIR/EMTRICITABINA + DARUNAVIR + r	1543
3.TENOFOVIR/EMTRICITABINA + ATAZANAVIR + r	1486
4.TENOFOVIR + ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA + LOPINAVIR/r	722
5.TENOFOVIR + ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA + ATAZANAVIR + r	373
6.ABACAVIR/LAMIVUDINA + LOPINAVIR/r	292
7.TENOFOVIR + ABACAVIR + LOPINAVIR/r	232
8.TENOFOVIR + ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA + DARUNAVIR + r	123
9.TENOFOVIR + ABACAVIR + ATAZANAVIR + r	99
10.RALTEGRAVIR + LOPINAVIR/r	91
11. RALTEGRAVIR + DARUNAVIR/r	89
12. TENOFOVIR + RALTEGRAVIR + DARUNAVIR + r	89
13. TENOFOVIR/EMTRICITABINA + DARUNAVIR(600) + r	78
14. TENOFOVIR + RALTEGRAVIR + LOPINAVIR/r	78
Otros	622
TOTAL	8840

Datos únicamente corresponden a la Secretaría de Salud, las otras instituciones que prestan atención a personas con VIH y prescriben antirretrovirales no reportaron los esquemas

Pregunta 4 Por favor liste el numero de personas en cada esquema de tratamiento antirretroviral de 3^a línea administrado a adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos a fines del 2017

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2017.

Lista de esquemas de TAR de 3.^a línea administrados adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos a finales del 2017	Número de adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos que recibieron este esquema a finales del 2017
1. ETRAVIRINA + RALTEGRAVIR + DARUNAVIR (600) + r	309
2. TENOFOVIR + RALTEGRAVIR + DARUNAVIR (600) + r	244
3. TENOFOVIR + ETRAVIRINA + DARUNAVIR (600) + r	74
4. EFAVIRENZ + RALTEGRAVIR + DARUNAVIR (600) + r	53
5. ETRAVIRINA + RALTEGRAVIR + LOPINAVIR/r	43
6. TENOFOVIR/EMTRICITABINA + DARUNAVIR (600) + r	40
7. TENOFOVIR + EFAVIRENZ + DARUNAVIR (600) + r	39
8. TENOFOVIR + ETRAVIRINA + RALTEGRAVIR + DARUNAVIR (600) + r	52
9. RALTEGRAVIR + MARAVIROC + DARUNAVIR (600) + r	27
10. ETRAVIRINA + RALTEGRAVIR + DARUNAVIR (400) + r	25
11. TENOFOVIR/EMTRICITABINA + ETRAVIRINA + DARUNAVIR + R	15
12. TENOFOVIR + EFAVIRENZ + LOPINAVIR/r	13
13. ETRAVIRINA + DOLUTEGRAVIR + DARUNAVIR (600) + r	13
14. ETRAVIRINA + MARAVIRC + DARUNAVIR (600) + r	13
15. OTROS	944
TOTAL	1904

Datos unicamente corresponden a la Secretaria de Salud, las otras instituciones que prestan atención a personas con VIH y prescriben antirretrovirales no reportaron los esquemas

SECCIÓN 2. TRATAMIENTO DE NIÑOS VIH POSITIVOS (<10 años)

Pregunta 5. Número de niños VIH positivos menores de 10 años por línea de tratamiento antirretrovirales a fines del 2017.

	Número total de niños <10 años VIH positivos que recibían este esquema a finales de 2017
Primera línea	947
Segunda línea	440
Tercera línea	54
TOTAL	1,441

Datos unicamente corresponden a la Secretaria de Salud, las otras instituciones que prestan atención a personas con VIH y prescriben antirretrovirales no reportaron los esquemas
Se ha implementado una programa para mejorar la adherencia de los niños y adolescentes, considerando todos los factores que puedan influir como son volumen del medicamento, sabor, dosificación, numero de tomas, así mismo se ha evitado en la prescripción de medicamentos que puedan presentar mas efectos secundarios que generen suspensión del medicamento, y se ha hecho uso de medicamentos mas seguros e igual o mas efectivos

Pregunta 6. Por favor liste el número de personas en cada esquema de tratamiento antirretroviral de **1.ª línea** administrado a niños <10 años a fines del 2017.

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2017.

Lista de esquemas de TAR de 1.ª línea administrados a niños VIH positivos a finales del 2017	Número de niños VIH positivos <10 años que reciben este esquema a finales del 2017 por grupo de edad		
	# de niños < 3 años que recibían este esquema (A)	# de niños ≥3 a <10 años que recibían este esquema (B)	# de niños <10 años que recibían este esquema (A) + (B)
1. Lamivudina solución + Zidovudina solución + Lopinavir/ritonavir solución	284	146	430
2. Lamivudina solución + zidovudina solución + Nevirapina solución	18	0	18
3. Abacavir solución + Lamivudina solución + Lopinavir/ritonavir solución	21	230	251
4. Lamivudina solución + Zidovudina solución + Lopinavir solución + Lopinavir/ ritonavir 100/ 25 mg	00	135	135
5. Lamivudina 150 mg + Zidovudina solución + Lopinavir/ritonavir	00	39	39
6. Lamivudina/ Zidovudina + Lopinavir/ ritonavir 100/ 25 mg	00	74	74
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
TOTAL			947

Datos unicamente corresponden a la Secretaria de Salud, las otras instituciones que prestan atención a personas con VIH y prescriben antirretrovirales no reportaron los esquemas

Se ha implementado una programa para mejorar la adherencia de los niños y adolescentes, considerando todos los factores que puedan influir como son volumen del medicamento, sabor, dosificación, número de tomas, así mismo se ha evitado en la prescripción de medicamentos que puedan presentar más efectos secundarios que generen suspensión del medicamento, y se ha hecho uso de medicamentos más seguros e igual o más efectivos

Pregunta 7. Por favor liste el numero de personas en cada esquema de tratamiento antirretroviral de **segunda línea** administrado a niños VIH positivos menores de 10 años a fines del 2017.

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2017.

Lista de esquemas de TAR de 2.ª línea administrados a niños VIH positivos menores de 10 años a finales del 2017.	Número de niños VIH positivos <10 años que recibían este esquema a finales del 2017
1. Tenofovir + lamivudina 150 mg + Lopinavir/ ritonavir 100/ 25 mg	174
2. Lamivudina/ zidovudina + Lopinavir/ ritonavir solución + Lopinavir/ ritonavir 100/ 25 mg	103
3. Tenofovir + Lamivudina 150 mg + Lopinavir/ ritonavir 100/ 25 mg	55
4. Abacavir 300 mg + lamivudina 150 mg + Lopinavir/ ritonavir 100/ 25 mg	44
5. Tenofovir 300 mg + entricitabina 200 mg + Atazanavir 300 mg + ritonavir 100 mg	37
6. Lamivudina/ Zidovudina + Efavirenz 600 mg	27
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
TOTAL	440

Datos unicamente corresponden a la Secretaria de Salud, las otras instituciones que prestan atención a personas con VIH y prescriben antirretrovirales no reportaron los esquemas

Se ha implementado una programa para mejorar la adherencia de los niños y adolescentes, considerando todos los factores que puedan influir como son volumen del medicamento, sabor, dosificación, numero de tomas, así mismo se ha evitado en la prescripción de medicamentos que puedan presentar mas efectos secundarios que generen suspensión del medicamento, y se ha hecho uso de medicamentos mas seguros e igual o mas efectivos

Pregunta 8 Por favor liste el numero de personas en cada esquema de tratamiento antirretroviral de **tercera línea** administrado a niños VIH positivos menores de 10 años a fines del 2017.

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2017.

Lista de esquemas de TAR de tercera línea administrados a niños VIH positivos < 10 años a finales del 2017	Número de niños VIH positivos <10 años que recibían este esquema a fines del 2017
---	---

1. Darunavir 400 mg + Lopinavir/ ritonavir 100/ 25 + Raltegravir 400 mg	23
2. Tenofovir 200 mg + Emtricitabina 200 mg+ Darunavir 400 mg + Ritonavir 400 mg	18
3. TDF + RAL + DRV + RTV	12
4. Tenofovir/ emtricitabina 300/ 200 mg + Dolutegravir	1
5.	
5.	
6.	
TOTAL	54

Datos unicamente corresponden a la Secretaria de Salud, las otras instituciones que prestan atención a personas con VIH y prescriben antirretrovirales no reportaron los esquemas

Se ha implementado una programa para mejorar la adherencia de los niños y adolescentes, considerando todos los factores que puedan influir como son volumen del medicamento, sabor, dosificación, numero de tomas, así mismo se ha evitado en la prescripción de medicamentos que puedan presentar mas efectos secundarios que generen suspensión del medicamento, y se ha hecho uso de medicamentos mas seguros e igual o mas efectivos

SECCIÓN 3: PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL

Pregunta 9: Número y porcentaje (%) de embarazadas que recibieron tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil y otras opciones de PTMI durante el 2017 **{GAM 2.3}**:
679

Pregunta 10: ¿Cuál es la opción de PTMI recomendada en su país para embarazadas VIH positivas (por favor, marque con una (x)):

- Opción A:** embarazadas VIH positivas que no reúnen los criterios de elegibilidad para el TAR reciben AZT dos veces al día durante el embarazo + dosis única de NVP al inicio del trabajo de parto, AZT+3TC dos veces al día durante el trabajo de parto y el puerperio durante 7 días; profilaxis con NVP para el recién nacido: de duración extendida durante la lactancia, o de duración reducida en niños no amamantados.
- Opción B:** embarazadas VIH positivas que no reúnen los criterios de elegibilidad para el TAR reciben tratamiento profiláctico con triple terapia antirretroviral: AZT+3TC+{LPV/r o ABC o EFV} o TDF+3TC(o FTC)+EFV extendido después del parto hasta 1 semana después del final de la lactancia. Profilaxis con ARV de duración reducida para el recién nacido.
- Opción B+ (o "TREAT ALL"):** tratamiento con triple terapia antirretroviral de por vida para las embarazadas VIH positivas elegibles para el TAR o para todas las mujeres embarazadas VIH positivas (independientemente del recuento de CD4). Profilaxis con ARV de duración reducida para el recién nacido.
- Otra opción de PTMI** utilizada en su país (por favor especifique): _____

Pregunta 11. Por favor liste el número de mujeres embarazadas en cada esquema de tratamiento con antirretrovirales utilizados en su país para la **OPCIÓN A de PTMI** en el 2017.

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2017

Esquemas de PTMI de la OPCIÓN A utilizados para embarazadas VIH positivas en el 2017	Número de embarazadas VIH positivas que <u>iniciaron</u> este esquema en el 2017
1.	
2.	
3.	
TOTAL	

No aplica

Pregunta 12. Por favor liste el número de mujeres embarazadas en cada esquema de tratamiento con antirretrovirales utilizados en su país para la **OPCIÓN B de PTMI** en el 2017.

Por favor, comience por los esquemas administrados al mayor número de personas

Esquemas de TAR usados para la OPCIÓN B en embarazadas VIH positivas en el 2017	Número de embarazadas VIH positivas que <u>iniciaron</u> este esquema en el 2017
1.	
2.	
3.	
TOTAL	

No aplica

Pregunta 13. Por favor liste el número de mujeres embarazadas en cada esquema de tratamiento con antirretrovirales utilizados en su país para la **OPCIÓN B+ de PTMI** en el 2017.

Por favor, comience por los esquemas de TAR administrados al mayor número de personas a finales del 2017.

Esquemas de TAR usados para OPCIÓN B+ en embarazadas VIH positivas en el 2017	Número de embarazadas con VIH positivas que <u>iniciaron</u> este esquema en el 2017
1. LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA + LOPINAVIR + RITONAVIR	171
2. EMTRICITABINA + TENOFOVIR + RALTEGRAVIR	152
3. EFAVIRENZ + EMTRICITABINA + TENOFOVIR	116
4. EMTRICITABINA + TENOFOVIR + LOPINAVIR + RITONAVIR	92
5. EMTRICITABINA + TENOFOVIR + RALTEGRAVIR + LOPINAVIR + RITONAVIR	40
6. EFAVIRENZ + ABACAVIR + LAMIVUDINA	36
7. ATAZANAVIR + EMTRICITABINA + TENOFOVIR + RITONAVIR	24
8. EMTRICITABINA + TENOFOVIR + DARUNAVIR 600 mg + RITONAVIR	10
9. ABACAVIR + LAMIVUDINA + LOPINAVIR + RITONAVIR	8
10. EMTRICITABINA + TENOFOVIR + DARUNAVIR 600 mg + RALTEGRAVIR + RITONAVIR	6

11. LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA + LOPINAVIR + RITONAVIR + RALTEGRAVIR	4
12. LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA + LOPINAVIR + RITONAVIR + TENOFOVIR	3
13. LAMIVUDINA + ABACAVIR + ATAZANAVIR + RITONAVIR	3
15. NEVIRAPINA + EMTRICITABINA + TENOFOVIR	3
14. EMTRICITABINA + TENOFOVIR + DOLUTEGRAVIR	2
16. DARUNAVIR 600 mg + RALTEGRAVIR + ETRAVIRINA + RITONAVIR	2
17. LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA + TENOFOVIR + RITONAVIR + DARUNAVIR	1
18. ABACAVIR + EFAVIRENZ + EMTRICITABINA	1
19. LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA + DARUNAVIR 600 mg + RALTEGRAVIR + RITONAVIR	1
20. DARUNAVIR 600 mg + RALTEGRAVIR + RITONAVIR	1
21. ABACAVIR + LAMIVUDINA + DOLUTEGRAVIR	1
22. EMTRICITABINA + TENOFOVIR + LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA	1
23. LOPINAVIR + RITONAVIR + LAMIVUDINA + EMTRICITABINA + TENOFOVIR + ZIDOVUDINA	1
TOTAL	679

Datos unicamente corresponden a la Secretaria de Salud, las otras instituciones que prestan atención a personas con VIH y prescriben antirretrovirales no reportaron los esquemas

Datos unicamente corresponden a la Secretaria de Salud, las otras instituciones que prestan atención a personas con VIH y prescriben antirretrovirales no reportaron los esquemas

Pregunta 14. Por favor liste el numero de neonatos por cada ARV utilizado en su país para la profilaxis del VIH en neonatos nacidos de mujeres VIH positivas en el 2017.

Antirretrovirales utilizados para la profilaxis en neonatos nacidos de mujeres VIH positivas ARV en 2017	Número de neonatos que recibieron este esquema en el 2017
LAMIVUDINA + ZIDOVDINA + NEVIRAPINA	27
LOPINAVER + RITONAVIR + LAMIVUDINA + ZIDOVDINA	1
ABACAVER + LOPINAVER + RITONAVIR +LAMIVUDINA	2
ABACAVER + LAMIVUDINA	1
LAMIVUDINA	21
LAMIVUDINA + NEVIRAPINA	2
LAMIVUDINA + ZIDOVDINA	539
ZIDOVDINA	49
TOTAL	642

Datos unicamente corresponden a la Secretaria de Salud, las otras instituciones que prestan atención a personas con VIH y prescriben antirretrovirales no reportaron los esquemas

SECCIÓN 4: SERVICIOS DE LABORATORIO

PRUEBAS DE VIH

Pregunta 15 Número total de pruebas de VIH (pruebas rápidas y ELISA) realizadas entre enero y diciembre del 2017

Número de personas a las que se realizó la prueba del VIH entre Enero 2017 a Diciembre 2017: :
2,303,079

PRUEBAS DE CD4

Pregunta 16 Número total de pruebas de CD4 realizadas entre enero y diciembre del 2017: **139,972**

Pregunta 17 Número de personas VIH positivas a las que se les realizó al menos una prueba de CD4 entre enero y diciembre del 2017: **90,783**

Pregunta 18 Número de pacientes en TAR a los que se les realizó al menos una prueba de CD4 entre enero y diciembre del 2017: **87,026**

Pregunta 19 Número de embarazadas VIH positivas a las que se les realizó al menos una prueba de CD4 entre enero y diciembre del 2017: **690**

CARGA VIRAL Y GENOTIPIFICACIÓN

Pregunta 20 Número total de pruebas de carga viral realizadas entre enero y diciembre del 2017:
165,207

Número total de pruebas de genotipificación del VIH realizadas entre enero y diciembre del 2017: **2,632** _

Pregunta 21 Número de personas VIH positivas a las que se les realizó al menos una prueba de carga viral entre enero y diciembre del 2017: **94,961**

Pregunta 22 Número de pacientes en TAR a los que se les realizó al menos una prueba de carga viral entre enero y diciembre del 2017: **88,161**

Pregunta 23 Número de embarazadas VIH positivas a las que se les realizó al menos una prueba de carga viral entre enero y diciembre del 2017: **716**

DIAGNÓSTICO TEMPRANO EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES

Pregunta 24 Número total de pruebas de diagnóstico temprano realizadas entre enero y diciembre del 2017: **2,905**

Pregunta 25 Número de niños (<12 meses) nacidos de madres VIH positivas a quienes se les realizó una prueba de diagnóstico temprano entre enero y diciembre del 2017: **1,015**

Pregunta 26: Número total de laboratorios o establecimientos de salud y tipo de pruebas que realizan a fines del 2017.

Tipo de pruebas de laboratorio	Número de laboratorios o establecimientos de salud donde se recogen muestras	Número de laboratorios o establecimientos de salud en los que se realiza esta prueba	Número de laboratorios o establecimientos de salud en los que se realiza esta prueba y que participan en un programa de evaluación externa de la calidad	Número de laboratorios o establecimientos de salud que requieren actividades de mejora de la calidad en base al ejercicio de evaluación externa de la calidad	Enumere las principales actividades necesarias para mejorar la calidad
Prueba serológica de anticuerpos anti-VIH incluida la prueba rápida	383	231	5	81	NA
Diagnóstico temprano en niños (menores de 12 meses) (EID)	48	5	3	46	NA
CD4	164 140 capasits y SAIHs, 18 laboratorios estatales, CIENI INER y Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Hospital General de México, Hospital Infantil de México, Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Perinatología	23 18 laboratorios estatales, CIENI, INER, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Hospital General de México, Hospital Infantil de México, Instituto Nacional de Pediatría	1	0	NA
Carga viral	164 138 capasits y SAIHs, 18 laboratorios estatales, CIENI INER y Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Hospital General de México,	23 18 laboratorios estatales, CIENI, INER, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Hospital General de México, Hospital Infantil de México, Instituto	1	0	NA

<u>Tipo de pruebas de laboratorio</u>	Número de laboratorios o establecimientos de salud donde se recogen muestras	Número de laboratorios o establecimientos de salud en los que se realiza esta prueba	Número de laboratorios o establecimientos de salud en los que se realiza esta prueba y que participan en un programa de evaluación externa de la calidad	Número de laboratorios o establecimientos de salud que requieren actividades de mejora de la calidad en base al ejercicio de evaluación externa de la calidad	Enumere las principales actividades necesarias para mejorar la calidad
	Hospital Infantil de México, Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Perinatología	Nacional de Pediatría			
Pruebas de genotipificación y farmacorresistencia del VIH	164 138 capasis y SAIHs, 18 laboratorios estatales, CIENI INER y Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Hospital General de México, Hospital Infantil de México, Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Perinatología	02	01	01	NA
GeneXpert (prueba de tuberculosis, carga viral, diagnóstico temprano, etc.)	95	7	4	1	95
Genotipificación del VIH (prueba de resistencia)	164 138 capasis y SAIHs, 18 laboratorios estatales, CIENI INER y Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador	02	01	01	NA

<u>Tipo de pruebas de laboratorio</u>	Número de laboratorios o establecimientos de salud donde se recogen muestras	Número de laboratorios o establecimientos de salud en los que se realiza esta prueba	Número de laboratorios o establecimientos de salud en los que se realiza esta prueba y que participan en un programa de evaluación externa de la calidad	Número de laboratorios o establecimientos de salud que requieren actividades de mejora de la calidad en base al ejercicio de evaluación externa de la calidad	Enumere las principales actividades necesarias para mejorar la calidad
	Zubirán, Hospital General de México, Hospital Infantil de México, Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Perinatología				

Si realizan pruebas de resistencia del VIH, especificar el tipo de metodología (ej. ViroSeq, GeneThink, US CDC HIV-1 Pan Group-M Drug Resistance Genotyping Assay; or in house): _____

Pregunta 27: Disponibilidad de tecnologías de laboratorio para el VIH: por favor, enumerar tantas tecnologías como posea su país a fines del 2017.
Elimine aquellas que su país no posea.

Tipo de máquina	Número de equipos de laboratorio	Número de laboratorios o establecimientos de salud donde están instalados los equipos de laboratorio	Número total de equipos que no están en uso	Número de equipos de laboratorio que no están en uso							Número de equipos para los cuales se contrató un servicio de mantenimiento	Número de equipos a los que se les hizo mantenimiento en el 2017
				Sin reactivos	Sin instalar	Necesita reparación	Personal no capacitado	Retirado	Especifique otra razón y número de equipos	Especifique otra razón y número de equipos		
Tecnologías para pruebas de CD4												
• Alere Pima Analyzer	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
• BD FACSCalibur	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
• BD FACSCount			0	0	0	0	0	0	0	0		
• BD FACSPresto™ Near Patient CD4 Counter	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
• Beckman coulter cytomics FC-500	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
• Bd FACTS CANTO II	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Tecnologías para pruebas de carga viral												
• Abbott RealTime HIV-1 assay ^(A)	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

Tipo de máquina	Número de equipos de laboratorio	Número de laboratorios o establecimientos de salud donde están instalados los equipos de laboratorio	Número total de equipos que no están en uso	Número de equipos de laboratorio que no están en uso							Número de equipos para los cuales se contrató un servicio de mantenimiento	Número de equipos a los que se les hizo mantenimiento en el 2017
				Sin reactivos	Sin instalar	Necesita reparación	Personal no capacitado	Retirado	Especifique otra razón y número de equipos	Especifique otra razón y número de equipos		
/manual/m2000rt												
•Abbott RealTime HIV-1 assay ^(A) /m24/m2000rt	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
•Abbott RealTime HIV-1 assay ^(A) /m2000sp/m2000rt	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
•Abbott RealTime HIV-1 Qualitative assay ^(B) /manual/m2000rt	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
•Abbott RealTime HIV-1 Qualitative assay ^(B) /m2000sp/m2000rt	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
•COBAS® AMPLICOR HIV-1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

Tipo de máquina	Número de equipos de laboratorio	Número de laboratorios o establecimientos de salud donde están instalados los equipos de laboratorio	Número total de equipos que no están en uso	Número de equipos de laboratorio que no están en uso							Número de equipos para los cuales se contrató un servicio de mantenimiento	Número de equipos a los que se les hizo mantenimiento en el 2017
				Sin reactivos	Sin instalar	Necesita reparación	Personal no capacitado	Retirado	Especifique otra razón y número de equipos	Especifique otra razón y número de equipos		
MONITOR Test ^(A) / AmpliCor (Roche)												
•COBAS® AmpliPrep/COBAS® TaqMan® HIV-1 (A) / COBAS TaqMan 96 (Roche)	1/2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1/2	1
•COBAS® AmpliPrep/COBAS® TaqMan® HIV-1 Qualitative ^(B) / COBAS TaqMan 48 (Roche)	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
•COBAS® AmpliPrep/COBAS® TaqMan® HIV-1 Qualitative ^(B) / COBAS TaqMan 96 (Roche)	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1

Tipo de máquina	Número de equipos de laboratorio	Número de laboratorios o establecimientos de salud donde están instalados los equipos de laboratorio	Número total de equipos que no están en uso	Número de equipos de laboratorio que no están en uso							Número de equipos para los cuales se contrató un servicio de mantenimiento	Número de equipos a los que se les hizo mantenimiento en el 2017
				Sin reactivos	Sin instalar	Necesita reparación	Personal no capacitado	Retirado	Especifique otra razón y número de equipos	Especifique otra razón y número de equipos		
•GeneXpert (especifique tipo de aparato: I, II, IV, XVI, 48, 80)	6	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	2

^(A) – Ensayos utilizadas para medir niveles de ARN del VIH-1 (carga viral)
^(B) – Ensayos utilizados para la detección calitativa de ARN y AND del VIH-1 en adultos y niños (inclusive menores de 18 meses de edad).

Pregunta 33. Por favor informe de las cantidades del tratamiento antirretroviral obtenido en el 2017, reportado en este cuestionario.

Esquemas de tratamiento	Dosis	Unidades de medida	Número total comprado	
			2016	2017
Abacavir [ABC]	20 mg/ml	Frasco 120 ml	3,672	3,869
Abacavir [ABC]	300 mg	Caja con 60 tabletas	19,811	12,124
Abacavir + Lamivudine [ABC+3TC]	60 mg + 300 mg	Frasco con 30 tabletas	113,849	124,709
Abacavir + Lamivudine + Zidovudine [ABC+3TC+ZDV]	300 mg + 150 mg + 300 mg	No disponible	0	0
Atazanavir + Ritonavir [ATV+RTV]	300 mg + 100 mg	No disponible	0	0
Darunavir [DRV]	300 mg	No disponible	0	0
Dolutegravir [DTG]	50 mg	Caja con 30 tabletas	2,526	14,288
Efavirenz [EFV]	600 mg	Envase con 60 comprimidos	82,315	91,668
Efavirenz [EFV]	200 mg	No disponible	0	0
Emtricitabine [FTC]	10 mg/ml	No disponible	0	0
Lamivudine [3TC]	150 mg	Envase con 60 tabletas	6,100	3,568
Lamivudine [3TC]	10 mg/ml	Frasco con 120 ml	8,850	8,312
Lopinavir + Ritonavir [LPV+RTV]	200 mg + 50 mg	Envase con 120 tabletas	103,396	139,964
Lopinavir + Ritonavir [LPV+RTV]	80 mg + 20 mg/ml	Frasco con 120 ml	4,667	4,483
Nevirapine [NVP]	200 mg	Envase con 60 tabletas	30,107	25,007
Nevirapine [NVP]	10 mg/ml	Frasco con 120 ml	1,343	801
Others please add				
Stavudine + Lamivudine [d4T+3TC]	30 mg + 150 mg	No disponible	0	0
Stavudine + Lamivudine + Nevirapine [d4T+3TC+NVP]	30 mg + 150 mg + 200 mg	No disponible	0	0
Tenofovir [TDF]	300 mg	Frasco con 30 tabletas	2,927	29,173
Tenofovir + Emtricitabine [TDF+FTC]	300 mg + 200 mg	Frasco con 30 tabletas	195,688	227,718
Tenofovir + Emtricitabine + Efavirenz [TDF+FTC+EFV]	300 mg + 200 mg + 600 mg	Envase con 30 comprimidos	457,925	537,247
Tenofovir + Lamivudine [TDF+3TC]	300 mg + 300 mg	No disponible	0	0

Tenofovir + Lamivudine + Nevirapine [TDF+3TC]+NVP	300 mg + 300 mg + 200 mg	No disponible	0	0
Tenofovir + Lamivudine + Efavirenz [TDF+3TC+EFV]	300 mg + 300 mg + 600 mg	No disponible	0	0
Zidovudine [ZDV]	300 mg	Caja con 90 tabletas	13,200	0
Zidovudine [ZDV]	10 mg/ml	Envase con 120 ml	8,724	9,187
Zidovudine + Lamivudine [ZDV+3TC]	300 mg + 150 mg	Caja con 60 tabletas	50,593	31,810
Zidovudine + Lamivudine + Efavirenz [ZVD+3TC]+EFV	300 mg + 150 mg + 200 mg	No disponible	0	0
Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine [ZVD+3TC+NVP]	300 mg + 150 mg + 200 mg	No disponible	0	0
Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine [ZVD+3TC+NVP]	60 mg + 30 mg + 50 mg	No disponible	0	0
Etravirina	100 mg	Frasco con 120 tabletas	6,792	6,708
Raltegravir	400 mg	Envase con 120 comprimidos	30,787	51,655
Ritonavir	100 mg	Envase con 30 tabletas	170,923	167,683
Didanosina capsula entérica	250 mg	Frasco con 30 cápsulas	373	365
Didanosina capsula entérica	400 mg	Frasco con 30 cápsulas	5,656	1,625
Maraviroc	150 mg	Envase de 60 tabletas	813	1,002
Maraviroc	300 mg	Envase con 60 tabletas	45	285
Darunavir [DRV]	600 mg	Tableta con 60 tabletas	13,490	15,862
Darunavir [DRV]	400 mg	Envase con 60 tabletas	13,317	31,986
Darunavir	150 mg	Envase con 480 tabletas	14	75
Darunavir	75 mg	Envase con 480 tabletas	0	18
Lopinavir/ ritonavir (LPV/ RTV)	100 mg + 25 mg	Envase con 120 tabletas	4,571	3,940
Atazanavir 300 mg	300 mg	Frasco con 30 tabletas	125,359	113,027

III Fichas técnicas de los indicadores

INDICADOR 1.1

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

Porcentaje de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico a la conclusión del periodo del que se informa	Todos	Menores de edad			Hombres				Mujeres			
		Niños (< 5)	5- 9 años	10- 14 años	Hombres (15-19)	Hombres (20-24)	Hombres (25-49)	Hombres (50+)	Mujeres (15-19)	Mujeres (20-24)	Mujeres (25-49)	Mujeres (50+)
Numerador: Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH.	150,166	1,609	664	390	3,486	17,640	83,878	11,577	1,859	4,832	20,791	3,440
Denominador: Número de personas que viven con el VIH.	230,000	828	945	735	4,925	13,859	127,189	32,922	2,315	5,507	34,712	6,063
Porcentaje: Porcentaje de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico a la conclusión del periodo del que se informa.	64%	190%	69%	52%	69%	125%	65%	34%	79%	86%	59%	56%

Institución		Denominador	Niños (<15)	Hombres (15+)	Mujeres (15+)	DATOS REDONDEADOS	
Numerador: Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico	Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico	150,166	2,663	116,581	30,922	Numerador:	150,166
Denominador: Número de personas que viven con el VIH.	Número de personas que viven con el VIH.	234,815	2,560	182,634	49,621	Denominador redondeado:	230,000
						Porcentaje:	65.3%

No.	Entidad Federativa	Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH
1	Aguascalientes	976
2	Baja California	5,217
3	Baja California Sur	869
4	Campeche	2,604
5	Coahuila de Zaragoza	1,869
6	Colima	958
7	Chiapas	6,914
8	Chihuahua	4,738
9	Ciudad de México	23,655
10	Durango	772
11	Guanajuato	3,306
12	Guerrero	6,309
13	Hidalgo	1,694
14	Jalisco	7,417
15	México	14,286
16	Michoacán de Ocampo	4,496
17	Morelos	2,876
18	Nayarit	1,384
19	Nuevo León	5,196
20	Oaxaca	5,784
21	Puebla	6,230
22	Querétaro de Arteaga	1,785
23	Quintana Roo	3,848
24	San Luis Potosí	1,919
25	Sinaloa	3,016
26	Sonora	1,779
27	Tabasco	4,825
28	Tamaulipas	5,012
29	Tlaxcala	1,262
30	Veracruz Llave	14,008
31	Yucatán	4,329
32	Zacatecas	833
	Total	150,166

Qué mide	Avances a la hora de incrementar la proporción de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico, y la eficacia de las intervenciones en materia de pruebas para el VIH.
Numerador:	Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH.
Denominador:	Número de personas que viven con el VIH.
Cálculo	Numerador / Denominador. Existen tres métodos para estimar la proporción de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico. El método que haya de utilizarse depende de la disponibilidad de datos que haya en el país. 1. Notificaciones de casos de VIH provistos por sistemas de vigilancia rutinarios. <i>Para el numerador.</i> En países que cuentan con sistemas de vigilancia de casos de VIH que funcionan bien, el número mínimo de personas que viven con el VIH que conocen su estatus serológico es el mismo que el de personas diagnosticadas con el VIH y notificadas al sistema de vigilancia que aún siguen vivas. <i>Para el denominador.</i> Modelos de estimación como es Spectrum son la fuente de preferencia para el número de personas que viven con el VIH. Si se utilizan otros modelos diferentes de Spectrum, deberá facilitarse documentación sobre el método de estimación y límites de incertidumbre. <i>Sobre métodos de seguimiento de casos.</i> Se considera que un sistema de vigilancia de casos de VIH funciona bien si recibe información de todos los centros que prestan servicios de pruebas confirmatorias del VIH, y de atención y tratamiento para el virus, y si esos procedimientos de información han estado en vigor como mínimo desde el año 2013, y si puede darse cuenta del número acumulado de personas diagnosticadas con el VIH y del número acumulado de esas personas que hayan muerto. Los países deberán garantizar que las demoras en la notificación de los casos no sean superiores a tres meses o que los retrasos en los informes sean ajustados al final del periodo reportado. 2. Encuesta basada en la población nacional con pruebas para VIH y una pregunta directa sobre el conocimiento del estado serológico. <i>Numerador.</i> El numerador se construye de la siguiente manera. PLHIV_n: Número de personas que viven con el VIH a nivel nacional. E_s: Número de participantes en la encuesta que informaron que fueron diagnosticados con VIH en su última prueba de VIH y que también resultaron VIH positivos en la encuesta. PLHIV_p: Número de personas con resultados de pruebas positivas al VIH en la encuesta. <i>Denominador.</i> Los modelos de estimación como Spectrum son la fuente preferida para el número de personas que viven con el VIH. Si se utilizan modelos distintos a Spectrum, debe proporcionarse la documentación sobre el método de estimación y los límites de incertidumbre. 3. Encuesta basada en la población nacional con biomarcadores de VIH con una pregunta indirecta sobre el conocimiento del estado serológico, más datos de programas sobre la proporción de personas que reciben tratamiento. <i>Numerador.</i> Esta medida se construye para el año actual usando el número de personas que viven con el VIH a nivel nacional multiplicado por el punto medio del siguiente año: El porcentaje de personas que obtuvieron un resultado positivo de VIH que informaron en la encuesta haber sido evaluadas y haber recibido el último resultado de la prueba. Para encuestas más antiguas (máximo <5 años antes del año de informe), este porcentaje se proyecta utilizando la información de la diferencia porcentual en la cobertura ART entre el año de la encuesta y el año del informe actual. El porcentaje de personas que viven con VIH en tratamiento antirretroviral según lo informado en el indicador 1.2 el año actual. Denominador. Los modelos de estimación como Spectrum son la fuente preferida para el número de personas que viven con el VIH. Si se utilizan modelos distintos de Spectrum, debe proporcionarse la documentación sobre el método de estimación y los límites de incertidumbre. <i>Método de medición.</i> ONUSIDA puede proporcionar asistencia técnica, si así lo solicitan. Dado que las encuestas a hogares con frecuencia están restringidas a encuestados que se hallan en edad reproductiva (15-49 años), puede ser necesario construir una estimación independiente del conocimiento del estado serológico entre niños (0-14 años) utilizando datos de programas (el número de menores en tratamiento, según se incluye en el indicador 1.2, entre el número total estimado de niños). Este porcentaje entre niños es la medida más conservadora. Para obtener una estimación mundial del porcentaje que vive con el VIH que conoce su estado serológico, deberá hacerse el promedio de las estimaciones específicas por edades, ponderadas por el número de niños y adultos (de forma independiente) que viven con el VIH.
Método de Medición propuesto por ONUSIDA:	
Frecuencia de Medición:	Anual.
Desglose	0-14 años para niños y 15 años o más por sexo (hombres y mujeres) para adultos. Según disponibilidad: Desglose por edad y sexo detallados: <1 año, 1-4 años, 5-9 años y 10-14 años para niños y 15-19 años, 20-24 años, 25-29 años y más de 50 años por sexo (hombres y mujeres) para adultos. Ciudades u otras áreas administrativas de importancia.
Metodología de cálculo utilizada por México:	El numerador se elaboró con información de los registro epidemiológico de casos de VIH y Sida diagnosticados. 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). Incluye información de: Secretaría de Salud, la Seguridad Social (Imss, Imss oportunidaes, Issste, Pemex, Sedena y Sedemar), privados y otros. Para el denominador se utilizaron los datos del Modelo Spectrum (versión 5.63). Datos al cierre 2017, los cuales se redondearon a 230 mil.
Fuente del indicador reportado por México:	Numerador: SS/Censida. SALVAR. Datos de enero a diciembre del 2017 y SS/DGE/Registro Nacional de Casos de Sida y Registro de Seropositivos a VIH. Variable: Casos vivos acumulados al 10 de noviembre del 2017 (última cifra disponible).
Observaciones:	Denominador: SS/Censida y Onusida. Modelo Spectrum (versión 5.63). Datos al cierre 2017.

INDICADOR No. 1.2.

Personas que viven con el VIH que reciben tratamiento antirretroviral.

Total de personas en TAR

Porcentaje y número de adultos y niños que reciben terapia antirretroviral entre todos los adultos y niños que viven con el VIH a la conclusión del periodo del que se informa		2017			
		Total	Niños < de 15 años	Hombres	Mujeres
Numerador	Número de personas en tratamiento antirretroviral al final del periodo de notificación.	141,271	1,743	112,787.0	26,740
Denominador	Número estimado de personas con VIH	230,000	2,507	178,896	48,597
Porcentaje	Porcentaje y número de adultos y niños que reciben terapia antirretroviral entre todos los adultos y niños que viven con el VIH a la conclusión del periodo del que se informa	61%	70%	63%	55%

DESGLOSE POR GRUPO ETARIO													
Porcentaje y número de adultos y niños que reciben terapia antirretroviral entre todos los adultos y niños que viven con el VIH a la conclusión del periodo del que se informa		NIÑOS				HOMBRES				MUJERES			
		<5 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 49 años	50 y más años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 49 años	50 y más años	
Numerador	Número de adultos y niños que reciben terapia antirretroviral entre todos los adultos y niños que viven con el VIH a la conclusión del periodo del que se informa.	398	652	693	1,195	8,205	81,328	22,060	577	1,582	18,443	6,138	
Denominador	Número estimado de personas con VIH	828	945	735	4,925	13,859	127,189	32,922	2,315	5,507	34,712	6,063	
Porcentaje	Porcentaje y número de adultos y niños que reciben terapia antirretroviral entre todos los adultos y niños que viven con el VIH a la conclusión del periodo del que se informa.	48%	69%	94%	24%	59%	64%	67%	25%	29%	53%	101%	

Qué mide:	Porcentaje de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico a la conclusión del periodo del que se informa.
Justificación:	Las personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico tendrán oportunidad de acceder a los servicios de atención y tratamiento para el virus necesarios para llevar vidas saludables y productivas y para reducir el riesgo de transmitir el VIH a otras personas. La forma más eficaz de garantizar que las personas que viven con el VIH tengan conocimiento de su estado serológico es ofrecer servicios de pruebas para el VIH en los lugares y entre los grupos de población que soportan una mayor carga de incidencia del VIH. Esta medición es uno de los 10 indicadores mundiales de las directrices de información estratégica consolidadas de la OMS 2015 para el VIH en el sector de la salud y avuda a supervisar el "primer 90" del objetivo 90-90-90 del ONUSIDA: que el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico para el año
Numerador:	Número de personas que reciben terapias antirretrovirales a la conclusión del periodo sobre el que se informa.
Denominador:	Número estimado de personas que viven con el VIH.
Cálculo:	Numerador/Denominador*100
Método de Medición propuesta por ONUSIDA:	Existen tres métodos para estimar la proporción de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico. El método que haya de utilizarse depende de la disponibilidad de datos que haya en el país. 1. Notificaciones de casos de VIH provistos por sistemas de vigilancia rutinarios Para el numerador. En países que cuentan con sistemas de vigilancia de casos de VIH que funcionan bien, el número mínimo de personas que viven con el VIH que conocen su status serológico es el mismo que el de personas diagnosticadas con el VIH y notificadas al sistema de vigilancia que aún siguen vivas. Para el denominador. Modelos de estimación como es Spectrum son la fuente de preferencia para el número de personas que viven con el VIH. Si se utilizan otros modelos diferentes de Spectrum, deberá facilitarse documentación sobre el método de estimación y límites de incertidumbre. Sobre métodos de seguimiento de casos. Se considera que un sistema de vigilancia de casos de VIH funciona bien si recibe información de todos los centros que prestan servicios de pruebas confirmatorias del VIH, y de atención y tratamiento para el virus, y si esos procedimientos de información han estado en vigor como mínimo desde el año 2013, y si puede darse cuenta del número acumulado de personas diagnosticadas con el VIH y del número acumulado de esas personas que hayan muerto. Los países deberán garantizar que las demoras en la notificación de los casos no sean superiores a tres meses o que los retrasos en los informes sean ajustados al final del periodo reportado. Por favor, indicar el año en el que el seguimiento de casos de VIH comenzó. 2. Encuesta basada en la población nacional con pruebas para VIH y una pregunta directa sobre el conocimiento del estado serológico. 3. Encuesta basada en la población nacional con biomarcadores de VIH con una pregunta indirecta sobre el conocimiento del estado serológico, más datos de programas sobre la proporción de personas que reciben tratamiento.
Frecuencia de Medición:	Anualmente
Desagregación:	0-14 años para niños y 15 años o más por sexo (hombres y mujeres) para adultos. Según disponibilidad: Desglose por edad y sexo detallados: <1 año, 1-4 años, 5-9 años y 10-14 años para niños y 15-19 años, 20-24 años, 25-49 años y más de 50 años por sexo (hombres y mujeres) para adultos. Ciudades u otras áreas administrativas de importancia
Información adicional solicitada:	Deberán ofrecerse datos específicos a nivel subnacional y de ciudad para este indicador. Se ha creado un espacio en la hoja de entrada de datos para que se provea en él información para la ciudad capital así como para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que soportan una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030. Método de información basado en casos La vigilancia basada en casos ofrece mediciones del conocimiento sobre el estado serológico razonables cuando: El sistema ha estado en marcha durante tiempo suficiente como para que se haya informado de todas las personas que hayan sido diagnosticadas con el VIH y que siguen aún con vida. Existen mecanismos oportunos y completos para informar de casos de nuevos diagnósticos al sistema desde todos los centros que ofrecen pruebas de diagnóstico del VIH.
Puntos fuertes y débiles	Se dispone de mecanismos para deduplicar a personas de las que se haya informado en múltiples ocasiones o desde múltiples centros. Existe suficiente seguimiento de las personas para conocer si estas han muerto o se han trasladado fuera del país. Los países que confían en sistemas débiles pueden subestimar o sobrestimar el conocimiento del estado serológico si: No se corrigen las duplicaciones de informes de casos (sobrestimación). No se han descontado casos de muerte o de emigración exterior entre las personas diagnosticadas con el VIH de las que se haya informado al sistema (sobrestimación). La notificación de casos no es rutinaria por parte de todos los centros que ofrecen pruebas para el VIH que tienen capacidad confirmatoria (subestimación). Métodos basados en encuestas. Las encuestas pueden ofrecer una estimación del conocimiento del estado serológico razonable y de la eficacia de los servicios de pruebas específicos en los países en que: Las encuestas tienen capacidad suficiente para estimar la proporción de personas que conocen su estado serológico a nivel nacional o entre grupos de población clave, en los casos en que se llevan a dichas encuestas. Sus datos son recientes (correspondientes a los últimos cinco años). La revelación del estado serológico o el comportamiento en relación con pruebas sobre el VIH es precisa. Las mediciones basadas en encuestas pueden subestimar el nivel de conocimiento del estado serológico si: En el caso de preguntas directas de las encuestas, las pruebas indican que algunas personas pueden ocultar su estado serológico. Para mediciones indirectas, las personas que han recibido pruebas para el VIH de resultado positivo y que informan no haberse sometido nunca a pruebas de este tipo en el momento de la encuesta posteriormente se someten a ellas y llegan a conocer su estado serológico. Conocimiento del estado serológico y diagnóstico del VIH La expresión "personas que viven con el VIH que han sido diagnosticadas" en ocasiones se ha utilizado para hacer referencia al "primer 90" (el 90% de las personas infectadas con el VIH que conocen su estado serológico). El ONUSIDA prefiere la expresión "conocen su estado serológico", dado que incluye a las personas que se han hecho por sí mismas las pruebas del VIH, que han resultado positivas, y conocen su estado serológico, aunque no han recibido un diagnóstico médico de su estado seropositivo.
Información adicional:	Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759_eng.pdf?ua=1). Software Spectrum. Glastonbury (CT): Avenir Health; 2016 (http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php). Demographic and Health Surveys (http://dhsprogram.com).
Fuente del indicador reportado por México:	Numerador: Ss/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Datos preliminares, cierre 2017. Incluye información del: Sector público: Ss, Imss, Semar, Sedena, Issste y Pemex. Ss/Censida. Estimaciones del sector privado. Denominador: Onusida y Censida. Modelo Spectrum (versión 5.63). Datos al cierre 2017.
Observaciones:	Para el informe GARP 2018 las instituciones: Ss, Imss, Semar, Issste, Sedena y Pemex Reportaron. La Sedena, se realizó estimación por grupo de edad y sexo.

INDICADOR No. 1.3

Tratamiento del VIH: Retención en la terapia antirretroviral, 12 meses después de comenzar el tratamiento 2017

Porcentaje de adultos y niños que viven con el VIH de los que se conoce que siguen recibiendo la terapia antirretroviral 12 meses después de su inicio.		2016 al 2017				
		Total	Niños (<15 años)	Hombres (15 y más años)	Mujeres (15 y más años)	Estado de lactancia al iniciar la terapia
Numerador	Número de adultos y niños que siguen vivos y que reciben terapia antirretroviral 12 meses después de iniciar el tratamiento en 2016.	16,907	171	14,041	2,695	0
Denominador	Número total de adultos y niños que iniciaron su terapia antirretroviral en el año 2016, dentro del período sobre el que se informa, con inclusión de las personas que hayan muerto después de iniciar esa terapia, de quienes hayan suspendido su tratamiento y de aquellos sujetos de los que se haya registrado que se ha perdido su seguimiento en el mes 12.	20,416	217	16,842	3,357	0
Porcentaje	Porcentaje de adultos y niños que viven con el VIH de los que se conoce que siguen recibiendo la terapia antirretroviral 12 meses después de su inicio.	82.8%	83.4%	80.3%	80.3%	0.0%

Información adicional	2017
Seguimiento interrumpido	932
Abandono de la terapia	1,456
Fallecimiento	1121
Total	3,509

Qué mide	Avances a la hora de incrementar la supervivencia entre adultos y niños que viven con el VIH manteniéndolos en las terapias antirretrovirales.
Justificación:	Uno de los objetivos de todo programa de terapias antirretrovirales es incrementar la supervivencia entre las personas que viven con el VIH. Según se amplían las terapias antirretrovirales en las diferentes partes del mundo, comprender por qué hay personas que las abandonan y conocer su número resulta importante. Los datos pueden utilizarse para acreditar la eficacia de los programas y para poner de relieve obstáculos que existan para ampliarlos y optimizarlos.
Numerador:	Número de adultos y de niños que siguen vivos y que reciben terapia antirretroviral 12 meses después de iniciar el tratamiento en 2016.
Denominador:	Número total de adultos y niños que iniciaron su terapia antirretroviral en el año 2016, dentro del periodo sobre el que se informa, con inclusión de las personas que hayan muerto después de iniciar esa terapia, de quienes hayan suspendido su tratamiento y de aquellos sujetos de los que se haya registrado que se ha perdido su seguimiento en el mes 12.
Cálculo:	Numerador/Denominador *100
Método de Medición propuesta por ONUSIDA:	Herramientas de seguimiento de programas; formularios de análisis de cohortes y grupos Formulario de información sobre análisis de registros sobre terapia antirretroviral y cohortes de terapias antirretrovirales. El periodo sobre el que se informa se define como cualquier periodo continuo de 12 meses que haya concluido dentro de un número predefinido de meses en relación con el momento de presentación del informe. Los requisitos nacionales sobre presentación de informes pueden determinar ese número predefinido de meses. Si el periodo sobre el que se informa va del 1 de enero al 31 de diciembre de 2017, los países calcularán este indicador en referencia a todas las personas que hayan iniciado terapias antirretrovirales en cualquier momento que vaya entre el día 1 de enero de
Frecuencia de Medición:	Según las personas van iniciando terapias antirretrovirales, deberán recopilarse de forma continuada datos de cohortes mensuales. Deberán agregarse luego los datos sobre cohortes mensuales que completen como mínimo 12 meses de tratamiento.
Desagregación:	Condición de madre lactante en el momento de inicio de la terapia.
Información adicional:	Deberán ofrecerse datos específicos a nivel de ciudad para este indicador. Se ha creado un espacio en la hoja de entrada de datos para que se provea en él información para la ciudad capital así como para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que soportan una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.
Explicación del	Explicación del numerador El numerador es construido por el número de adultos y niños que estén vivos y estén recibiendo terapia antirretroviral 12 meses después de iniciar el tratamiento. Para conseguir un amplio entendimiento del nivel de supervivencia, deberán recopilarse los siguientes datos: El número de adultos y niños en grupos de inicio de terapias antirretrovirales que empiezan esas terapias como mínimo 12 meses antes del final del periodo del que se informa. El número de adultos y niños que sigan vivos y estén recibiendo terapia antirretroviral 12 meses después de iniciar el tratamiento. El numerador no requiere que hayan estado recibiendo terapia antirretroviral de forma continua durante el periodo de 12 meses que se contempla. Se incluyen en el numerador las personas que se hayan saltado una o dos citas médicas o recogidas de fármacos o que hayan interrumpido temporalmente el tratamiento durante ese periodo de 12 meses pero que sigan registradas como receptoras de tratamiento en el mes 12. Por contra, no se incluirá a las personas que hayan muerto, que hayan abandonado el tratamiento o de las que se haya perdido su seguimiento a los 12 meses del inicio de la terapia. Por ejemplo, para personas que hayan iniciado terapias antirretrovirales en el mes de mayo de 2016: si en cualquier momento entre el mes de mayo de 2016 y el mes de mayo de 2017 mueren, o se pierde su seguimiento (y estas no regresan) o suspenden el tratamiento (y no lo reinician), en el mes 12 (mayo de 2017) esas personas no están recibiendo terapia antirretroviral y no se incluirán a estos efectos. Sin embargo, una persona que haya iniciado su terapia antirretroviral en el mes de mayo de 2016 y que se haya saltado una cita médica en el mes de junio de 2016 pero que conste registrada como receptora de terapia antirretroviral en el mes de mayo de 2017 (el mes 12) no deberá ser incluida en el numerador. Lo que resulta importante es que una determinada persona que haya iniciado la terapia antirretroviral en el mes de mayo de 2016 conste que está viva y que recibe terapia antirretroviral pasados 12 meses, independientemente de lo que ocurra en el periodo que va de mayo de 2016 a mayo de 2017. El denominador es el número total de adultos y niños incluidos en grupos de inicio de terapias antirretrovirales que hayan iniciado su terapia antirretroviral en cualquier momento de los 12 meses anteriores al inicio del periodo del que se informa, independientemente de si están vivos, han parado tratamiento o si han muerto. Por ejemplo, el periodo de información que va del 1 de enero al 31 de diciembre de 2017 incluirá a todas las personas que hayan iniciado terapias antirretrovirales durante el periodo de 12 meses que va del 1 de enero al 31 de diciembre de 2016. Esto incluye a todas las personas que estén recibiendo terapia antirretroviral así como a las personas que hayan muerto, las que hayan suspendido su tratamiento o de las que se haya perdido su seguimiento a fecha del mes 12.
Explicación del denominador:	En el nivel de centros sanitarios, el número de adultos y niños que reciben terapias antirretrovirales a los 12 meses incluye a las personas de las que se haya recibido su traslado sanitario en cualquier momento que vaya desde el inicio del tratamiento hasta la conclusión del periodo de 12 meses, y excluye a las personas que hayan sido transferidas a otros centros durante ese mismo periodo, y ello para reflejar la cohorte actual neta correspondiente a cada centro. En otras palabras, a nivel de centros sanitarios, las personas que hayan sido transferidas a otros centros no deberán ser contabilizadas ni en el numerador ni en el denominador. De modo similar y en consecuencia, las personas de las que se haya recibido su traslado sanitario en cada centro sanitario sí deberán ser contabilizadas, tanto en el numerador como en el denominador. En el nivel nacional, el número de personas que hayan ingresado por transferencias de otros centros deberá coincidir con el número de personas que se hayan transferido hacia otros centros. La cohorte actual neta (las personas cuyos resultados son responsabilidad actual para su registro de cada centro sanitario concreto; es decir, el número de personas en los grupos de inicio de terapias más las transferencias o traslados recibidos de otros centros de esos). Este denominador puede subestimar el verdadero nivel de supervivencia, ya que algunas personas de las que se haya perdido el seguimiento seguirán vivas. Se captura aquí el número de personas vivas y que reciben terapia antirretroviral (retención sobre terapias antirretrovirales) en una cohorte de tratamiento.
Puntos fuertes y débiles:	La prioridad a estos efectos de informes es para la información agregada sobre supervivencia a los 12 meses. Si están disponibles amplios registros sobre cohortes de pacientes, se alienta a los países a hacer un seguimiento del nivel de retención terapéutica a los 24, 36 y 48 meses, y de forma anual a partir de ese último plazo. Ello permitirá la comparación a lo largo del tiempo del nivel de supervivencia entre personas que reciben terapias antirretrovirales. En esa situación, resulta posible determinar si el nivel de supervivencia a los 12 meses se incrementa o disminuye. Sin embargo, no pueden atribuirse causas a esos cambios. Por ejemplo, si la supervivencia a los 12 meses se incrementa a lo largo del tiempo, ello puede reflejar mejoras en las prácticas de atención y tratamiento sanitario o una iniciación más temprana de las terapias antirretrovirales. 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), para el año 2017: Incluye información de: Ss, Iссste, Semar y Pemex, que representan el 69.4% del total de personas en TAR (incluye sector público y privado).
Metodología de cálculo utilizada por Fuente del indicador reportado por México:	SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el Sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: Ss, Imss, Semar, Sedena y Pemex. Datos preliminares, cierre 2017.
Observaciones:	Para el informe GAM 2018 las instituciones: SS, Imss, Iссste, Semar, Sedena y Pemex Reportaron información para el 2018. Se considero para este informe 2018.

INDICADOR No. 1.4

Personas que viven con el VIH que tienen la carga viral suprimida.

2017						NIÑOS				HOMBRES				MUJERES			
1.4 Porcentaje de personas que viven con el VIH que han suprimido su carga vírica a la conclusión del periodo sobre el que se informa 2017		Total	Niños (<15 años)	Hombres	Mujeres	<5 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 49 años	50 y más años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 49 años	50 y más años	
Numerador	Número de adultos y niños tratados con antirretrovíricos en el periodo de notificación con supresión virológica (por ejemplo, ≤1000 copias).	116,379	1,266	92,783	21,772	258	483	529	843	6,006	66,947	19,353	410	1,091	15,087	5,382	
Denominador	Número de personas a las que se les realizó una carga viral indetectable en el año.	131,722	1,585	105,163	24,974	352	593	640	1,126	7,568	75,651	20,818	530	1,416	17,219	5,809	
Denominador	Número estimado de personas que viven con VIH																
Porcentaje	Porcentaje de adultos y niños tratados con Antirretrovíricos con supresión virológica en el periodo de notificación (2017).	88.4%	79.9%	88.2%	87.2%	73.3%	81.5%	82.7%	74.9%	79.4%	88.5%	93.0%	77.4%	77.0%	87.6%	92.6%	

Notas:

Qué mide La carga vírica a nivel individual es la medición recomendada sobre la eficacia de la terapia antirretroviral e indica el nivel de observancia del tratamiento y el riesgo de transmisión del VIH. Un umbral de carga vírica de <1.000 copias/ml define el éxito del tratamiento de acuerdo con las Directrices consolidadas de la OMS 2016 sobre uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH. Deberá considerarse que las personas con resultados en las pruebas de carga vírica que estén por debajo de ese umbral han suprimido su carga vírica.

Justificación: La supresión vírica entre las personas que viven con el VIH es uno de los 10 indicadores mundiales de las directrices de información estratégica consolidadas de la OMS 2015 sobre VIH y el sector sanitario. Ese indicador también es de ayuda para supervisar el "tercer 90" del objetivo 90-90-90 del ONUSIDA: que el 90% de las personas que reciben terapias antirretrovirales hayan suprimido su carga vírica para el año 2020.

Numerador: Número de personas que viven con el VIH, en el periodo del que se informa, que tienen una carga viral suprimida (≤1.000 copias/ml)

Denominador: Número estimado de personas que viven con el VIH

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de Medición propuesta por ONUSIDA:	<p>La supresión viral se define como <1000 copias/ml. Para países con otros umbrales (como indetectables, <50 copias / ml o <400 copias / ml), la evidencia preliminar de varios estudios sugiere que la proporción de aquellos con 50 copias/ml o más y menos de 1000 copias/ml es pequeña, por lo que no se requiere ningún ajuste. El valor del umbral de prueba debe informarse para niveles distintos de <1000 copias/ml en el Cuadro de información adicional de la herramienta de informes.</p> <p>La supresión de la carga viral se puede medir utilizando dos fuentes de datos diferentes: (1) datos clínicos y de programas o (2) encuestas representativas a nivel nacional. Los países deben reportar los datos de cualquier fuente que sea más reciente y representativa a nivel nacional.</p> <p>A partir de 2018, se recomienda a los países que monitorean el Indicador 1.4 que utilicen Spectrum para calcular este valor. De lo contrario, contacte a ONUSIDA si necesita asistencia técnica para estimar el número de personas que han suprimido sus cargas virales.</p> <p>1. Pruebas rutinarias de supresión de carga viral de personas en tratamiento antirretroviral recogidas a través de registros clínicos o de laboratorio o vigilancia de casos Numerador. Los países deben informar el número real o estimado de personas a nivel nacional que han suprimido las cargas virales durante el período del informe (ver a continuación).</p> <p>La prueba de carga viral debe ser rutinaria en lugar de episódica: por ejemplo, los resultados de una persona no deben incluirse si la prueba se realizó antes del inicio del tratamiento o cuando se sospechó la falla del tratamiento.</p> <p>Si la carga viral se prueba repetidamente para una persona durante el año, solo se debe usar el último resultado de la prueba de rutina.</p> <p>Denominador. Los modelos de estimación como Spectrum son la fuente preferida para el número de personas que viven con el VIH. Si se utilizan modelos distintos de Spectrum, debe proporcionarse documentación sobre el método de estimación usado y sus límites de incertidumbre.</p> <p>Al informar el número real o estimado de personas a nivel nacional que tienen una carga viral suprimida de los datos clínicos y del programa. Para los países que informan en la Tabla 1 de la herramienta de informe GAM que la prueba de carga viral es totalmente accesible para todas las personas en tratamiento, se debe especificar la cantidad real de personas con cargas virales suprimidas entre las que reciben tratamiento y viven con VIH. ONUSIDA define "totalmente accesible" como una situación en la que todas las personas en tratamiento antirretroviral tienen acceso a pruebas de carga viral quienes son elegibles para la prueba (típicamente personas que han estado en tratamiento por 6 meses o más). El número de personas informadas para ser evaluadas entre quienes están en tratamiento generalmente debe ser superior al 90%.</p> <p>En los casos en que los países informan que la prueba de carga viral es parcialmente accesible pero representativa a nivel nacional de la población no sometida a prueba, se debe estimar el numerador. Para obtener una estimación nacional, la cobertura de pruebas de carga viral entre quienes reciben tratamiento generalmente debe ser entre 50% y 90%. Los países que usan datos en los que la cobertura de pruebas de carga viral es inferior al 50% deberían proporcionar detalles adicionales sobre su representatividad.</p> <p>Ejemplo: Un país con una estimación de 100 000 personas que viven con el VIH tiene pruebas de carga viral de rutina para 12 000 de las 24 000 personas que reciben terapia antirretroviral. La cobertura de pruebas de carga viral es del 50% y el país considera que los datos son representativos a nivel nacional. De las 12 000 personas analizadas, 10 000 personas han suprimido las cargas virales. El número nacional estimado de personas que viven con el VIH y han suprimido las cargas virales es de 20 000 [(10 000/12 000) x 24 000].</p> <p>Para los países que informan que la prueba de supresión de carga viral es (a) parcialmente accesible y no representativa de la población no sometida a prueba o (b) no disponible de forma rutinaria, solo se debe reportar el número de pruebas de carga viral de rutina. No es posible estimar el porcentaje de personas que viven con el VIH o aquellos en tratamiento que están reprimidos viralmente cuando pruebas de carga viral no están disponibles rutinariamente.</p> <p>Importante: los países que han realizado evaluaciones de calidad de datos o revisiones que supervisan hasta qué punto las instalaciones pueden informar con precisión la cantidad de personas que han suprimido la carga viral durante los períodos de informe deben ajustar los datos del numerador del programa para dar cuenta de estas incoherencias. ONUSIDA trabajará con los países para acordar un conjunto de mejores prácticas específicas para el país para ajustar los datos de los programas informados. Estos ajustes se deben describir en el "cuadro de información adicional" y el año en que se realizó la revisión de la calidad de los datos se debe proporcionar en el cuadro disponible para ello.2. Recientes encuestas de población representativas a nivel nacional.</p> <p>Numerador. La proporción que se informa que ha suprimido las cargas virales entre las personas que dieron positivo en la encuesta debe multiplicarse por la cantidad total de personas que se estima viven con el VIH a nivel nacional para obtener el número total de personas que tienen una carga viral suprimida. Este valor puede exagerar un poco la cantidad de personas que son suprimidas viralmente entre las que reciben tratamiento, ya que se incluirán algunas personas que suprimen el virus de forma natural y no reciben tratamiento.</p> <p>Nota: Los países que usan datos de la encuesta aún deben informar sobre el número de personas en tratamiento con pruebas de carga viral de rutina durante el período del informe.</p> <p>Para el denominador. Modelos de estimación como es Spectrum son la fuente de preferencia para el número de personas que viven con el VIH. Si se utilizan otros modelos diferentes de Spectrum, deberá facilitarse documentación sobre el método de estimación y límites de incertidumbre.</p> <p>3. Indicadores del indicador de alerta temprana sobre la resistencia a los medicamentos contra el VIH</p> <p>Numerador. La proporción de las personas que informaron haber suprimido sus cargas virales en la encuesta se debe multiplicar por el número total de personas que reciben tratamiento antirretroviral a nivel nacional; esto proporcionará la cantidad total de personas que tienen una carga viral suprimida. O se pueden usar los datos de cohortes de 12 o 48 meses</p> <p>Nota: Los países que usan datos de encuestas aún deben informar sobre el número de personas en tratamiento con pruebas de carga viral de rutina durante el período del informe.</p> <p>Denominador. Los modelos de estimación como Spectrum son la fuente preferida para el número de personas que viven con el VIH. Si se utilizan modelos distintos de Spectrum, debe proporcionarse los datos deberán registrarse diariamente e informarse de ellos trimestralmente a nivel nacional o subnacional. Deberán consolidarse anualmente e informarse de ellos ante la OMS.</p>
Frecuencia de Medición:	Ciudades./Entidades?
Desagregación:	
Información adicional solicitada:	Deberán ofrecerse datos específicos a nivel de ciudad para este indicador. Se ha creado un espacio en la hoja de entrada de datos para que se provea en él información para la ciudad capital así como para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que soportan una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030
Puntos débiles y fuertes:	Este indicador cuantifica la cobertura de las terapias preventivas para TB entre las personas que son inscritas para recibir atención sanitaria para el VIH. Sin embargo, carece de un punto de referencia sobre rendimiento aceptable. Ampliar esta intervención servirá de ayuda para desarrollar un punto de referencia a nivel nacional. A menos que se recopilen datos adicionales, este indicador no ofrece información sobre el número de individuos que cumplen o completan el curso del tratamiento.
Metodología de cálculo utilizada por México:	La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH 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, Imms, Semar y Pemex.
Fuente del indicador reportado por México:	Numerador: SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público y privado: SS, Imms, Ssste, Sedena y Pemex, que representan el 99% de las personas en TAR. Datos preliminares, cierre 2017.

INDICADOR No. 1.5
Diagnóstico tardío del VIH.

Porcentaje de personas que viven con el VIH con un recuento inicial de células CD4 <200 células/mm durante el periodo del que se informa.		2017			
		Total	Niños menores de 15 años	Hombres (15 y más años)	Mujeres (15 y más años)
Numerador	Número de personas que viven con VIH con un recuento inicial de células CD4 <200 células / mm3 durante el período de notificación.	6,701	47	5,555	1,099
Denominador	Número total de personas que viven con el VIH con un recuento inicial de células CD4 durante el periodo del que se informa.	18,551	689	14,989	2,873
Porcentaje	Porcentajes de personas que viven con el VIH con el recuento inicial de células CD4 <200 células / mm3 durante el período del informe.	36.1%	6.8%	37.1%	38.3%

			menores de 15 años	Hombres (15 y más años)	Mujeres (15 y más años)
Numerador	Número de personas que viven con VIH con un recuento inicial de células CD4 <350 células / mm3 durante el período de notificación.	10,681	80	8,841	1,760
Denominador	Número total de personas que viven con el VIH con un recuento inicial de células CD4 durante el periodo del que se informa.	18,551	689	14,989	2,873
Porcentaje	Porcentajes de personas que viven con el VIH con el recuento inicial de células CD4 <350 células / mm3 durante el período del informe.	57.6%	11.6%	59.0%	61.3%

Notas: ND: No disponible.

Qué mide Proporciones de personas con un recuento de células CD4 <200 células/mm3 y <350 células/mm3 de entre aquellas que tuvieron un recuento inicial de células CD4 durante el periodo del que se informa.

Justificación: Según los países van ampliando sus servicios para el VIH, resulta importante supervisar si las personas son diagnosticadas en una fase más temprana y qué porcentaje de personas siguen siendo diagnosticadas en fases tardías.

Numerador:
1. Número de personas que viven con el VIH con el recuento inicial de células CD4 <200 células/mm3.
2. Número de personas <350 células/mm3 durante el periodo del que se informa

Denominador: Número total de personas que viven con el VIH con un recuento inicial de células CD4 durante el periodo del que se informa.

Cálculo: Numerador/Denominador *100

Método de medición:	de	En base a los datos procedentes de sistemas de información de laboratorios y de registros sobre las personas que se encuentran en tratamiento. Los datos pueden compilarse a través de registros de servicios sanitarios, formularios de informes de casos o sistemas de información de laboratorios.
Frecuencia de Medición:		Anual
Desglose:		0-14 años para niños y 15 años o más por sexo (hombres y mujeres) para adultos
Explicación:		<p>Explicación del numerador: Las personas que viven con VIH cuyo recuento inicial de linfocitos CD4 era inferior a 200 células/mm³ y las personas que viven con VIH cuyo recuento inicial de linfocitos CD4 era inferior a 350 células/mm³ en el período del informe. Informar sobre el número de personas con un recuento de linfocitos CD4 de menos de 350 células/mm³ también debe incluir aquellas con un recuento de linfocitos CD4 de menos de 200 células/mm³.</p> <p>Explicación del denominador: Número de personas que viven con el VIH que tuvieron un recuento inicial de linfocitos CD4 durante el periodo del que se informa.</p> <p>El recuento inicial de linfocitos CD4 no se calcula necesariamente en el momento del diagnóstico o en los momentos oportunos. Los datos disponibles pueden no corresponder a todos los individuos diagnosticados durante el periodo del que se informa. Este indicador captura un componente crucial del programa de terapias antirretrovirales: si existe un suministro ininterrumpido de medicamentos antirretrovirales a nivel de centros sanitarios.</p> <p>No ofrece información sobre por qué se producen problemas de agotamiento de existencias, ni sobre qué medicamentos antirretrovirales están o han estado agotados, ni tampoco sobre la duración de esas situaciones de agotamiento de medicamentos antirretrovirales o sobre la calidad de los sistemas de almacenamiento, entrega y distribución de medicamentos antirretrovirales.</p>
Puntos fuertes y débiles:		<p>Si existen situaciones de desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales, se deberá evaluar si el problema tiene su raíz en el sistema nacional de distribución o si tiene que ver con flujos financieros o con desabastecimientos mundiales de esos productos médicos. Deberá informarse de si la causa tiene que ver con provisiones de suministro, con el sistema de distribución o con otras cuestiones. Deberá aprovecharse la situación para determinar si el sistema de información de gestión logística está funcionando bien.</p> <p>En algunas situaciones, la simple vigilancia de casos de desabastecimiento puede llevar a resultados equívocos, ya que una determinada instalación puede mantener reservas de stocks médicos y a la vez mantener una política de no despacharlos. Tales instalaciones sanitarias no se contabilizarán como centros que hayan experimentado situaciones de agotamiento de existencias utilizando esta definición del indicador, y ello incluso aunque los pacientes hayan dejado de recibir medicamentos requeridos para sus tratamientos. En entornos en que no se despachen stocks de reservas, resulta preferible recopilar información sobre agotamientos funcionales de existencias: es decir, informar de la incapacidad que existe para acceder o utilizar un medicamento antirretroviral necesario.</p>
Metodología de cálculo utilizada por México:		Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH el Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida).
Fuente del indicador reportado por		SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el Sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, Imss, Pemex, Iссste y Semar.
Observaciones:		La Sedena no reportó datos del 2018.

Esa información se recopila de forma centralizada al nivel en que las instalaciones sanitarias presentan sus informes de control de inventarios o formularios de pedido para medicamentos antirretrovirales.

Este indicador requiere:

Informes de control de inventarios de existencias de parte de las instalaciones sanitarias, que también recogerán las existencias que haya de cada artículo.

Formularios de pedido enviados por las instalaciones sanitarias durante un periodo de tiempo definido (como puede ser el periodo previo de pedidos, trimestre anterior y año anterior) sobre medicamentos antirretrovirales.

Método de Medición propuesta por ONUSIDA:

Un listado de los medicamentos que esté previsto que cada instalación sanitaria haya de dispensar si estos no están incluidos ya en los informes de control de inventarios o en los formularios de pedido.

Todo ello funciona si el sistema de información nacional de gestión logística está operativo. Si no es así, pueden utilizarse encuestas sobre

instalaciones sanitarias como son la evaluación sobre provisión de servicios o la identificación de disponibilidad de servicios siempre que incluyan preguntas relativas a situaciones de desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales.

Si existe un sistema de información de gestión logística con datos sobre la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales a nivel de instalaciones sanitarias, deberá extraerse información de él para construir este indicador. Alternativamente, la información puede obtenerse mediante una encuesta o visitas a centros.

Si solo unas pocas instalaciones sanitarias dispensan medicamentos antirretrovirales, todas esas instalaciones sanitarias deberán ser incluidas en la encuesta o en las visitas a centros. Si son muchas las instalaciones sanitarias que dispensan medicamentos antirretrovirales, puede resultar necesario seleccionar una muestra representativa. El listado completo deberá estar disponible a nivel nacional.

En cuanto a muestras, es importante garantizar que las muestras incluyan instalaciones en diferentes

Información adicional solicitada:

Observaciones sobre si la información está basada en datos nacionales o datos de encuestas sobre una muestra de instalaciones sanitarias. Deberán

incluirse comentarios que ayuden a interpretar los datos: por ejemplo, si únicamente están disponibles datos procedentes del sector público o del

sector privado, y si puede haber situaciones de sobrestimación o subestimación de los valores.

Este indicador captura un componente crucial del programa de terapias antirretrovirales: si existe un suministro ininterrumpido de medicamentos antirretrovirales a nivel de centros sanitarios.

Puntos fuertes y débiles:

No ofrece información sobre por qué se producen problemas de agotamiento de existencias, ni sobre qué medicamentos antirretrovirales están o han estado agotados, ni tampoco sobre la duración de esas situaciones de agotamiento de medicamentos antirretrovirales o sobre la calidad de los sistemas de almacenamiento, entrega y distribución de medicamentos antirretrovirales.

Si existen situaciones de desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales, se deberá evaluar si el problema tiene su raíz en el sistema nacional de distribución o si tiene que ver con flujos financieros o con desabastecimientos mundiales de esos productos médicos. Deberá informarse de si la causa tiene que ver con previsiones de suministro, con el sistema de distribución o con otras cuestiones. Deberá aprovecharse la situación para determinar si el sistema de información de gestión logística está funcionando bien.

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 maternoinfantil y atención en TB. Por ello, todo se deja en total.

Observaciones:

El número de unidades del sector salud público que reportaron desabasto de medicamentos antirretrovirales en el año fueron las siguientes: diez en la SS mismas que reporta el SiRSeQ (Sistema de Registro y Seguimiento de Quejas) ; dos en el IMSS y diez en el ISSSTE. Pemex, Sedena y Semar no reportaron unidades con desabasto.

Además, se revisó el sistema de recepción de quejas denominado SiRSeQ, que opera a través de la línea telefónica TelSida, y que pertenece al Censida; en el cual se registraron 26 quejas de desabasto por parte de pacientes (que se define como: retraso en la entrega de medicamentos, no propiamente desabasto) en las siguientes instituciones y entidades federativas:

- Los Canasits de la Secretaría de Salud 10 quejas de las cuales todas fueron verificadas por el Censida y

INDICADOR No. 1.6

Desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales.

Porcentaje de centros de tratamiento que se quedan sin existencias de uno o más medicamentos antirretrovirales durante un periodo definido.		Tipo de centro-2017			
		Total	Clínica	Atención Materno Infantil	Atención en TB
Numerador	Número de centros de tratamiento que se quedan sin existencias de uno o más medicamentos antirretrovirales durante un periodo definido.	22			
Denominador	Número total de instalaciones sanitarias que dispensan medicamentos antirretrovirales durante ese mismo periodo.	381			
Porcentaje	Porcentaje de centros donde se produjeron desabasto de medicamentos de antirretrovirales.	5.8%			

Notas: En todas las unidades de 2o y 3er nivel hay atención materno infantil y atención en tuberculosis. La estrategia de receta alterna, que es reembolsar el medicamento indicado permite que sea posible dispensar continuamente cualquier medicamento necesario del catálogo de medicamentos.

Qué mide Este indicador cuantifica la eficacia del sistema de abastecimiento y gestión de suministros en el proceso de poner a disposición de los pacientes los medicamentos. Las consecuencias de estas situaciones de agotamiento de existencias (el nivel sufrido de interrupción del tratamiento y el riesgo de que se desarrolle resistencia a los medicamentos) dependen del número de personas cuyo tratamiento llegue a interrumpir cada situación de agotamiento de existencias de productos farmacológicos.

Justificación: Según los países van ampliando sus servicios de terapias antirretrovirales, se hace importante garantizar que los medicamentos antirretrovirales estén disponibles para las personas que los necesitan. Las terapias antirretrovirales son una estrategia terapéutica a largo plazo para las personas que viven con el VIH, e interrupciones en ellas pueden llevar a fracaso del tratamiento y a que los pacientes generen resistencia a los medicamentos. Se necesita una gestión eficiente de los suministros para garantizar un aprovisionamiento ininterrumpido de medicamentos antirretrovirales.

Numerador: Porcentaje de instalaciones sanitarias que dispensan medicamentos antirretrovirales que experimentan agotamientos de existencias de uno o más medicamentos antirretrovirales durante un periodo definido.

Denominador: Número total de instalaciones sanitarias que dispensan medicamentos antirretrovirales durante ese mismo periodo.

Cálculo: Numerador/Denominador *100

Frecuencia de Anual

Medición:

Desglose: •Tipo de centro; por ejemplo, clínica general, centro materno infantil o centro para el tratamiento de la tuberculosis.

Esa información se recopila de forma centralizada al nivel en que las instalaciones sanitarias presentan sus informes de control de inventarios o formularios de pedido para medicamentos antirretrovirales.

Este indicador requiere:

Informes de control de inventarios de existencias de parte de las instalaciones sanitarias, que también recogerán las existencias que haya de cada artículo.

Formularios de pedido enviados por las instalaciones sanitarias durante un periodo de tiempo definido (como puede ser el periodo previo de pedidos, trimestre anterior y año anterior) sobre medicamentos antirretrovirales.

Método de Medición propuesta por ONUSIDA:

Un listado de los medicamentos que esté previsto que cada instalación sanitaria haya de dispensar si estos no están incluidos ya en los informes de control de inventarios o en los formularios de pedido.

Todo ello funciona si el sistema de información nacional de gestión logística está operativo. Si no es así, pueden utilizarse encuestas sobre

instalaciones sanitarias como son la evaluación sobre provisión de servicios o la identificación de disponibilidad de servicios siempre que incluyan preguntas relativas a situaciones de desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales.

Si existe un sistema de información de gestión logística con datos sobre la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales a nivel de instalaciones sanitarias, deberá extraerse información de él para construir este indicador. Alternativamente, la información puede obtenerse mediante una encuesta o visitas a centros.

Si solo unas pocas instalaciones sanitarias dispensan medicamentos antirretrovirales, todas esas instalaciones sanitarias deberán ser incluidas en la encuesta o en las visitas a centros. Si son muchas las instalaciones sanitarias que dispensan medicamentos antirretrovirales, puede resultar necesario seleccionar una muestra representativa. El listado completo deberá estar disponible a nivel nacional.

En cuanto a muestras, es importante garantizar que las muestras incluyan instalaciones en diferentes

Información adicional solicitada:

Observaciones sobre si la información está basada en datos nacionales o datos de encuestas sobre una muestra de instalaciones sanitarias. Deberán

incluirse comentarios que ayuden a interpretar los datos: por ejemplo, si únicamente están disponibles datos procedentes del sector público o del

sector privado, y si puede haber situaciones de sobrestimación o subestimación de los valores.

Puntos fuertes y débiles:

Este indicador captura un componente crucial del programa de terapias antirretrovirales: si existe un suministro ininterrumpido de medicamentos antirretrovirales a nivel de centros sanitarios.

No ofrece información sobre por qué se producen problemas de agotamiento de existencias, ni sobre qué medicamentos antirretrovirales están o han estado agotados, ni tampoco sobre la duración de esas situaciones de agotamiento de medicamentos antirretrovirales o sobre la calidad de los sistemas de almacenamiento, entrega y distribución de medicamentos antirretrovirales.

Si existen situaciones de desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales, se deberá evaluar si el problema tiene su raíz en el sistema nacional de distribución o si tiene que ver con flujos financieros o con desabastecimientos mundiales de esos productos médicos. Deberá informarse de si la causa tiene que ver con previsiones de suministro, con el sistema de distribución o con otras cuestiones. Deberá aprovecharse la situación para determinar si el sistema de información de gestión logística está funcionando bien.

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 maternoinfantil 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: diez en la SS mismas que reporta el SiRSeQ (Sistema de Registro y Seguimiento de Quejas) ; dos en el IMSS y diez en el ISSSTE. Pemex, Sedena y Semar no reportaron unidades con desabasto.

Observaciones:

Además, se revisó el sistema de recepción de quejas denominado SiRSeQ, que opera a través de la línea telefónica TeLSida, y que pertenece al Censida; en el cual se registraron 26 quejas de desabasto por parte de pacientes (que se define como: retraso en la entrega de medicamentos, no propiamente desabasto) en las siguientes instituciones y entidades federativas:

-Los Capasits de la Secretaría de Salud 10 quejas de las cuales todas fueron verificadas por el Censida y resueltas: dos en Estados de México y tres en el estado de Veracruz, los demás estados Nayarit, Coahuila, Morelos, Chiapas y Tabasco solo una queja recibieron.

La Sedena no reportó datos para el 2018.

INDICADOR 1.7
Mortalidad relacionada con el Sida

Número total de personas que han muerto por causas relacionadas con el SIDA por 100,000 habitantes.		2016	Hombres	Mujeres	Sexo desconocido
Numerador:	Número de personas que murieron por causas relacionadas con el Sida en 2016.	4,628	3,807	821	0
Denominador:	Población total independientemente del estado serológico respecto del VIH.	122,273,473	59,644,312	62,629,161	0
Tasa:	Número total de personas que han muerto de causas relacionadas con el SIDA por 100,000 habitantes.	3.78	6.38	1.31	0

Número total de personas que murieron por causas relacionadas con el sida en 2016					Población total independientemente del estado serológico respecto del VIH.				Número total de personas que han muerto de causas relacionadas con el SIDA por 100,000 habitantes.
Grupo de edad	Total	Hombres	Mujeres	Sexo desconocido	Total	Hombres	Mujeres	Sexo desconocido	
Todas las edades	4,628	3,807	821	0	122,273,473	59,644,312	62,629,161	0	3.8
< 5 años	38	20	18	0	11,046,448	5,651,765	5,394,683	0	0.3
5 - 14 años	21	8	13	0	22,328,284	11,410,366	10,917,918	0	0.1
15 + años	4,569	3,779	790	0	88,898,741	42,582,181	46,316,560	0	5.1

Notas:

Impacto de los programas de prevención, atención y tratamiento del VIH.

Qué mide Los esfuerzos recientes para ampliar el acceso a la terapia antirretroviral que puede salvar vidas, entre los que se incluyen las directrices de la OMS de 2016 que recomiendan el tratamiento universal, deberían servir para reducir significativamente el número de personas que mueren por causas relacionadas con el Sida, si estos servicios son accesibles y se prestan de forma eficaz. El impacto de la respuesta frente al VIH deberá evaluarse supervisando los cambios en la mortalidad relacionada con el Sida a lo largo del tiempo. Este indicador, modificado según el número total de personas que hayan muerto por causas relacionadas con el Sida en el período del que se informa, dividido por la población (por grupos de 100,000), también se incluye en las directrices de información estratégica consolidadas sobre el VIH y el sector sanitario.

Numerador: Número de personas que mueren por causas relacionadas con el Sida en 2016.

Denominador: Población total independientemente del estado serológico respecto del VIH.

Cálculo Numerador / Denominador por 100,000

Método de Medición propuesto por ONUSIDA: El número de personas que mueren por causas relacionadas con el Sida puede obtenerse utilizando un conjunto de diferentes mediciones, entre ellas a través de un sistema de registro vital, como parte de encuestas poblacionales o sobre centros que pueden incluir autopsias verbales y a través de modelos matemáticos utilizando herramientas como es Spectrum. Las herramientas de modelación utilizan datos demográficos, prevalencia del VIH resultante de encuestas y de seguimiento, el número de personas que reciben terapias antirretrovirales, incidencia del VIH y supuestos sobre patrones de supervivencia para estimar el número de personas que mueren por causas relacionadas con el sida. En algunos casos, también pueden incorporarse datos procedentes de sistemas de registro vital y estimaciones sobre posibles declaraciones a la baja o casos de clasificación incorrecta en esos modelos para obtener estimaciones sobre ese valor.

Frecuencia de Medición: Anual.

Desglose Sexo.
Edad (<5, 5-14 y 15 años y más).

Metodología de cálculo utilizada por México: Tasa de mortalidad por 100 mil habitantes.

Fuente del indicador reportado por SS/DGIS. Proyecciones de la Población de México 1990 - 2030, CONAPO. Datos 2016. Consulta 13 de marzo del 2018.
INEGI y SS/DGIS. Registro de mortalidad 2016. Tasas por 100 mil habitantes.

Indicador 2.2
Transmisión vertical del VIH

Porcentaje estimado de niñas y niños que contraen el VIH mediante transmisión maternoinfantil entre el número de mujeres que viven con el VIH que han dado a luz en los 12 meses anteriores.		2017
Numerador	Número de niñas y niños que contraen la infección por el VIH por transmisión maternoinfantil entre los niños nacidos en los 12 meses anteriores de mujeres que viven con el VIH. <i>(nacidos con VIH de mujeres con VIH).</i>	329
Denominador	Número estimado de niñas y niños nacidos de mujeres que viven con el VIH que hayan dado a luz en los 12 meses anteriores.	2235
Porcentaje	Porcentaje estimado de niñas y niños que contraen el VIH mediante transmisión maternoinfantil entre el número de mujeres que viven con el VIH que han dado a luz en los 12 meses anteriores.	14.7%

Qué mide	Avances en la provisión de medicamentos antirretrovirales a las mujeres para reducir la transmisión maternoinfantil del VIH.
Numerador:	Número de niños que contraen la infección por el VIH por transmisión maternoinfantil entre los niños nacidos en los 12 meses anteriores de mujeres que viven con el VIH.
Denominador:	Número estimado de niños nacidos de mujeres que viven con el VIH que hayan dado a luz en los 12 meses anteriores.
Cálculo	Numerador/Denominador
Frecuencia de Medición:	Anual.
Desglose	Ninguna.

Se han hecho esfuerzos para incrementar el acceso a intervenciones que pueden reducir significativamente la transmisión maternoinfantil del VIH, lo que incluye combinar regímenes profilácticos y de tratamiento con medicamentos antirretrovirales y fortalecer el asesoramiento sobre alimentación infantil. Es necesario evaluar el impacto de las intervenciones dirigidas a prevenir la transmisión maternoinfantil en la reducción del número de niños que contraen la infección del VIH por transmisión maternoinfantil.

El porcentaje reflejado de niños que viven con el VIH deberá incrementarse según se incremente la cobertura de las intervenciones para la prevención de la transmisión maternoinfantil y el uso de regímenes más eficaces.

La transmisión puede calcularse utilizando Spectrum. El programa informático Spectrum utiliza información sobre:

- La distribución de mujeres embarazadas que viven con el VIH que reciben diferentes regímenes antirretrovirales antes y durante el parto (periparto) según la categoría de CD4 de la madre.
- La distribución de mujeres y niños que reciben medicamentos antirretrovirales después del parto (posparto) según la categoría de CD4 de la madre.
- El porcentaje de niños que no son amamantados en programas para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH según la edad de los niños.

Método de Medición propuesto por ONUSIDA:

- Probabilidades de transmisión maternoinfantil del VIH atendiendo a las diversas categorías de regímenes de medicación antirretroviral y prácticas de alimentación infantil.
- El número estimado de mujeres que viven con el VIH que dan a luz.

La visualización de resumen sobre prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH en los informes Spectrum da cuenta del índice nacional estimado de transmisión maternoinfantil del virus. Esta variable también puede calcularse en Spectrum dividiendo el número de niños de edades comprendidas entre los 0 y los 14 años de edad que contraen el VIH entre el número de mujeres que necesitan servicios para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH. No hay suficiente información disponible sobre otras vías de transmisión del VIH en niños como para incluir tales infecciones en el modelo. Además, se cree que hay otros modos de transmisión que causan una pequeña parte del número mundial de niños que contraen el VIH. La variable de resultado de Spectrum "nuevas infecciones por VIH en niños de entre 0 y 1 año de edad" no se utiliza, porque algunos niños mayores de un año contraerán el VIH a través de la lactancia.

Para garantizar la comparabilidad, el resultado de Spectrum se utilizará para calcular este indicador para análisis mundial.

Los usuarios tienen la opción de utilizar su estimación de Spectrum o introducir datos de población representativos a nivel nacional. Si se opta por las estimaciones de Spectrum, los valores se tomarán directamente del software una vez que se finalice el archivo nacional. Si se incluyen datos de programas, reporte los datos basados en cohortes de nacimientos iguales para el numerador y el denominador, y no según el año del diagnóstico.

Metodología de cálculo utilizada por México: Los datos del numerador y del denominador corresponden a estimaciones realizadas con el modelo Spectrum, utilizando los criterios de la OMS.

Fuente del indicador reportado por México: Numerador y Denominador: Onusida y SS/Censida. Modelo Spectrum (versión 5.63). Datos al cierre 2017.

Observaciones: Numerador: corresponde al número de nuevas infecciones en niño(as) debido a transmisión de madre a hijo(a) (variable usada).
Denominador: corresponde al número de madres que necesitan PTV (variable usada).

Indicador 2.3
Prevención de la transmisión vertical del VIH.

Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH y que recibieron fármacos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil del VIH.		2017						
		Total	1. Iniciaron de la terapia antirretroviral durante el embarazo actual.	2. Ya estaban recibiendo o terapia antirretroviral antes del embarazo actual.	3. Profilaxis antirretroviral triple para la madre (componente profiláctico o de Opción B de la OMS).	4. AZT para la madre (componente profiláctico durante el embarazo y el parto de la Opción A de la OMS o directrices de la OMS de 2006).	5. Nevirapina de dosis única solamente (con o sin cola).	6. Otros (régimen específico, sin categorizar, etc).
Numerador	Número de mujeres que viven con el VIH que han dado a luz durante los últimos 12 meses y recibió medicamentos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil del VIH. Los informes mundiales que sintetizan la cobertura de medicamentos antirretrovirales para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH excluirán a mujeres que hayan recibido una dosis única de nevirapina, dado que ese se considera un régimen subóptimo. Sin embargo, los países deben informar el número de mujeres que solo recibieron una dosis única de nevirapina.	1,263	721	542				
Denominador	Número estimado de mujeres que viven con el VIH que hayan dado a luz en los 12 meses anteriores.	2,235						
Porcentaje	Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH y que recibieron fármacos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil del VIH.	56.5%						

Qué mide Avances en la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH durante el embarazo y el parto mediante la provisión de medicamentos

Justificación: Facilitar medicamentos antirretrovirales (ya sea como terapia permanente o como profilaxis) para las madres durante el embarazo y el parto puede

Numerador: Número de mujeres que viven con el VIH que han dado a luz durante los últimos 12 meses y recibió medicamentos para reducir el riesgo de

Denominador: Número estimado de mujeres que viven con el VIH que hayan dado a luz en los 12 meses anteriores.

Cálculo Numerador/Denominador

Método de Para el numerador. Registros de programas nacionales agregados a través de herramientas de monitoreo de programas, como son registros sobre

Medición propuesto pacientes y formularios de información resumida.

por ONUSIDA: Para el denominador. Modelos de estimación como es Spectrum o encuestas de vigilancia de clínicas prenatales en combinación con datos

Frecuencia de Anualmente o con mayor frecuencia, dependiendo de las necesidades de monitoreo de cada país.

Medición:

Desagregación: *Ciudades y otras áreas administrativas de importancia.

Información adicional solicitada: Deberán ofrecerse datos específicos a nivel de ciudad para este indicador. Se ha creado un espacio en la hoja de entrada de datos para que se provea en él información para la ciudad capital así como para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que soportan una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.

El numerador deberá desagregarse según las seis categorías siguientes (la OMS recomienda los tres primeros regímenes) para las mujeres embarazadas que viven con el VIH para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. Cada mujer solo debe contar una vez en una de las seis celdas:

- Explicación del numerador:**
1. Mujeres que inician terapias antirretrovirales durante su embarazo en curso.
 2. Mujeres que recibían terapias antirretrovirales antes de su actual embarazo.
 3. Profilaxis farmacológica antirretroviral triple materna (componente de profilaxis de la Opción B de la OMS).
 4. AZT materna (componente de profilaxis durante el embarazo y el parto de la Opción A de la OMS).
 5. Dosis única de nevirapina (con o sin cola) únicamente.
 6. Otras opciones (comentar: por ejemplo, especificar régimen, no clasificado, etc.).

	Categoría	Aclaración adicional	Ejemplos comunes
Desagregación por definiciones de regímenes:	Las dos primeras opciones incluyen a mujeres que reciben terapia antirretroviral durante toda la vida (lo que incluye la Opción B+)	Un régimen basado en tres medicamentos que se propone ofrecer terapia antirretroviral para toda la vida:	Régimen de tratamiento nacional estándar, por ejemplo: TDF + 3TC + EFV. TDF + 3TC + DTG.
	1. Mujeres que inician el tratamiento durante su embarazo en curso.	1. Número de mujeres embarazadas que viven con el VIH identificadas en el periodo del que se informa que inician terapias antirretrovirales para toda la vida.	
	2. Mujeres que ya recibían el tratamiento antes de su embarazo	2. Número de mujeres embarazadas que viven con el VIH identificadas durante el periodo del que se informa como pacientes que ya estaban recibiendo	
	3. Profilaxis farmacológica antirretroviral triple materna (componente de profilaxis de la Opción B de la OMS durante el embarazo y el parto)	Un régimen basado en tres medicamentos provisto para profilaxis de la transmisión materno-infantil iniciado durante el embarazo o a más tardar durante el periodo de parto o el parto mismo con la intención de suspenderlo a la conclusión del periodo de lactancia (o de suspenderlo tras el parto si no ha de haber periodo de lactancia).	TDF + 3TC + DTG. TDF + 3TC + EFV AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + LPV/r
	4. AZT materna (componente de profilaxis de la Opción A de la OMS durante el embarazo y el parto)	Un régimen profiláctico que utilice AZT (u otro inhibidor nucleósido de transcriptasa inversa (INTI)) iniciado como más pronto a las 14 semanas de embarazo o como más tarde durante el periodo de	AZT en cualquier momento anterior al periodo del parto + NVP intraparto AZT en cualquier momento anterior al periodo del parto +
5. Dosis única de nevirapina para la madre durante el embarazo o el parto	Incluir si la nevirapina es el único régimen provisto a una mujer embarazada que vive con el VIH durante el embarazo y el parto	Nevirapina en dosis única para la madre al inicio del periodo	

Metodología de cálculo utilizada por México: El numerador se elaboró con información enviada por el grupo de información sectorial en VIH y sida (SS, Imss, Sedena, Semar y Pemex).

Fuente del indicador reportado por México: Numerador: SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación, [Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS](#). Datos preliminares, cierre 2017. Incluye información del: Sector público: Ss, Imss, Issste, Sedena, Semar y Pemex. Ss/Censida. Estimaciones del Imss y del sector privado. Denominador: Onusida y SS/Censida. Modelo Spectrum (versión 5.63). Datos al cierre 2017.

Observaciones: Denominador: Corresponde al número estimado de madres que necesitan PTMI (Variable usada).

Indicador 2.4
Casos de sífilis en mujeres embarazadas

A. Porcentaje de mujeres que acceden a servicios de atención prenatal que fueron sometidas a la prueba de sífilis, que tuvieron resultado positivo, y que recibieron tratamiento		2017		
		Total	En cualquier visita	En la primera visita (Menor a 13 semanas de gestación)
Numerador	Número de mujeres que recibieron servicios de atención prenatal que fueron sometidas a pruebas sobre sífilis	1,129,711	1,129,711	
Denominador	Número de mujeres que acudieron a servicios de atención prenatal	2,205,134		
Porcentaje	Cobertura de pruebas sobre sífilis en mujeres que recibieron servicios de atención prenatal (en cualquier visita)	51.2%		
B. El porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a las clínicas prenatales con una serología positiva a sífilis (reactiva).		2017		
		Total	15 a 24 años de edad	25 y más años de edad
Numerador	Número de mujeres que asisten a servicios de atención prenatal que dieron positivo a sífilis.	1,908		
Denominador	Número de asistentes al cuidado prenatal que fueron sometidos a la prueba de sífilis.	1,129,711		
Porcentaje	El porcentaje de mujeres embarazadas que asisten a las clínicas prenatales con una serología positiva a sífilis (reactiva).	0.2%		
C. Porcentaje de mujeres que acuden a servicios de atención prenatal durante un determinado periodo con serología de sífilis positiva que recibieron tratamiento adecuado		Total	15 a 24 años de edad	25 y más años de edad
Numerador	Número de mujeres que asisten a servicios de atención prenatal con una prueba positiva de sífilis que recibieron al menos una dosis de penicilina benzatinica 2,4 ml intramuscular.			
Denominador	Número de mujeres que recibieron servicios de atención prenatal que recibieron resultados positivos en las pruebas sobre sífilis			
Porcentaje	Porcentaje de mujeres que acuden a servicios de atención prenatal durante un determinado periodo con serología de sífilis positiva que recibieron tratamiento adecuado.			

Qué mide	<p>A. La cobertura de las pruebas de sífilis entre las mujeres que asisten a los servicios de atención prenatal.</p> <p>B. El porcentaje de mujeres embarazadas que asisten a las clínicas prenatales con una serología positiva a sífilis (reactiva).</p>
Justificación:	<p>A. Someter a las mujeres embarazadas a pruebas sobre sífilis en las primeras fases del embarazo resulta importante para su salud y la de sus hijos. Ello contribuye a supervisar la calidad de los servicios de atención prenatal y de los servicios dirigidos a la prevención del VIH entre las mujeres embarazadas. También es un indicador sobre procesos para evaluar la validación de la eliminación de la transmisión materno infantil de la sífilis.</p> <p>B. Las infecciones por sífilis en mujeres que acuden a servicios de atención prenatal pueden utilizarse para orientar programas para la prevención de infecciones de transmisión sexual y pueden servir de alerta temprana sobre potenciales cambios en la transmisión del VIH entre la población general.</p> <p>C. Tratar a las mujeres que reciben servicios de atención prenatal que dan positivo en las pruebas de sífilis sirve para cuantificar el programa para la eliminación de la transmisión materno infantil de la sífilis y los esfuerzos para fortalecer la prevención primaria del VIH. También es un indicador de procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno infantil de la sífilis.</p>
Numerador:	<p>A. Número de mujeres que asisten a servicios de atención prenatal que fueron sometidas a la prueba de sífilis.</p> <p>B. Número de mujeres que asisten a servicios de atención prenatal que dieron positivo a sífilis.</p> <p>C. Número de mujeres que asisten a servicios de atención prenatal con una prueba positiva de sífilis que recibieron al menos una dosis de penicilina benzatina 2,4 ml intramuscular.</p>
Denominador:	<p>A. Número de mujeres que asisten a servicios de atención prenatal.</p> <p>B. Número de asistentes al cuidado prenatal que fueron sometidos a la prueba de sífilis.</p>
Cálculo	<p>Numerador/Denominador (para A, B y C respectivamente).</p> <p>A. La prueba de sífilis de forma temprana en el embarazo es importante para la salud de la mujeres embarazadas y la del feto. La calidad de los servicios de atención prenatal contribuyen en la prevención del VIH entre las mujeres embarazadas. También es un indicador de proceso para evaluar la validación de la eliminando de la transmisión vertical de la sífilis.</p> <p>B. La infección por sífilis en los asistentes al cuidado prenatal se puede utilizar para guiar los programas para prevenir las infecciones de transmisión sexual y puede proporcionar una alerta temprana de posibles cambios en la transmisión del VIH en la población en general.</p> <p>C. El tratamiento de los asistentes al cuidado prenatal que dan positivo a la sífilis directamente mide el programa para eliminar la transmisión vertical de la sífilis y los esfuerzos para fortalecer la prevención primaria del VIH. También es un indicador de proceso para validar la eliminación de la transmisión vertical de la sífilis.</p>
Método de Medición propuesto por ONUSIDA:	<p>A. Todas las mujeres embarazadas deben someterse a una prueba de detección de sífilis en su primera visita de atención prenatal. Lo ideal sería que los países informaran sobre las pruebas en la primera visita. El dato se reporta en cualquiera de las visitas. Este indicador debe medirse anualmente. Puede incluir pruebas no treponémicas que midan el anticuerpo (VDRL) o (RPR) o pruebas que miden el anticuerpo, como el ensayo (TPHA), (TPPA), o pruebas rápidas de treponema. Para este indicador, tener cualquiera de los dos tipos de pruebas es suficiente. Indique en la sección de comentarios qué tipo de prueba se utiliza generalmente en su país. El tipo de prueba se tiene en cuenta en el análisis de los datos. Lo ideal sería que se utilicen los registros de los programas nacionales de las instalaciones sanitarias.</p> <p>La prevención de la sífilis congénita requiere pruebas también de embarazo, ya que la muerte fetal puede ocurrir en el segundo trimestre. Saber que las mujeres no tienen acceso a la atención prenatal de forma temprana, indicará que la prueba de sífilis no está ocurriendo también de forma temprana. Los programas que examinan por separado a las mujeres embarazadas para la sífilis y para el VIH deben trabajar conjuntamente para mejorar la eficacia de su trabajo. Examinar las tendencias a lo largo del tiempo para evaluar el progreso de cobertura de las pruebas necesarias para eliminar la transmisión vertical de la sífilis.</p> <p>B. La positividad de la sífilis puede medirse utilizando pruebas no treponémicas (RPR o VDRL) o pruebas treponémicas (TPHA, TPPA), enzima Inmunoensayo o pruebas rápidas disponibles o, idealmente una combinación de ambos.</p> <p>Para los fines de este indicador, es aceptable la notificación de positividad basada en un solo resultado de la prueba.</p> <p>Los resultados de las pruebas no tripartiales en una persona individual están disponibles, entonces la positividad de la sífilis debe definirse como tener resultados positivos en ambas pruebas.</p> <p>La prueba rápida treponémica ha permitido realizar pruebas en entornos sin capacidad de laboratorio, aumentando en gran medida el número de mujeres durante el embarazo puedan someterse a pruebas de sífilis. Los datos deben ser recolectados anualmente. Es importante informar qué tipo de prueba se utiliza generalmente en su país.</p> <p>Pueden utilizarse las siguientes fuentes de datos: registros de programas nacionales agregados a partir de datos de centros de salud, vigilancia centinela o encuestas especiales. Utilizando pruebas serológicas para detectar anticuerpos reactivos y/o treponémicos.</p> <p>Definir la positividad en las mujeres embarazadas: por ejemplo, no triponmales (RPR o VDRL), treponémicos (pruebas rápidas o TPPA), personas positivas en ambas o desconocidas. Se alienta a los países a que utilicen identificadores o registros únicos que separen la primera y las subsiguientes pruebas de modo que los datos reflejen la verdadera prevalencia o incidencia de sífilis. Dado que la mayoría de los países tienen datos de una variedad de tipos de prueba, el subanálisis (desagregación) entre las mujeres de 15 a 24 años puede aumentar la probabilidad de que la positividad de la prueba refleja una infección reciente.</p> <p>Los datos sobre la positividad de la sífilis entre las mujeres embarazadas están disponibles en la mayoría de los países mediante informes sistemáticos del sistema de salud.</p>
Frecuencia de Medición:	<p>Los datos deberán registrarse diariamente e informarse de ellos trimestralmente a nivel nacional o subnacional. También deberán consolidarse anualmente e informarse de ellos ante la OMS.</p>

	A. Probado en cualquier visita, probado en la primera visita
Desagregación:	B. Edad (15-24 y 25+ años)
	C. Ninguna
Información adicional:	<p>Se deberán hacer observaciones sobre si los datos que se estén facilitando son datos de programas rutinarios que se consideran representativos de todo el país y qué tipos de pruebas se utilizaron para definir la positividad para las mujeres que asistieron a servicios de atención prenatal: por ejemplo, pruebas no treponemales, pruebas treponemales, pacientes con resultado positivo en ambas pruebas, resultado mixto, o desconocido.</p> <p>Los países también pueden supervisar la semana de embarazo en que se encuentra cada mujer que se someta a las pruebas. La prevención de la sífilis congénita requiere pruebas en las primeras fases del embarazo, ya que pueden producirse alumbramientos de mortinatos en el segundo trimestre. Tener conocimiento de que las mujeres se están sometiendo a estas pruebas en fases avanzadas del embarazo indicará que esas mujeres no están accediendo pronto a servicios de atención prenatal o que las pruebas se están ejecutando en estadios avanzados del embarazo.</p> <p>Los programas con que se sometan a pruebas a las mujeres de forma separada para la sífilis y el VIH deberán trabajar conjuntamente para potenciar la eficacia del trabajo.</p> <p>Mundialmente. Examinar tendencias a lo largo del tiempo para evaluar los avances en los niveles propuestos de cobertura en las pruebas requeridas para eliminar la transmisión materno infantil de la sífilis. Los conocimientos que se tengan sobre políticas y prácticas sobre este tipo de pruebas deberán utilizarse para interpretar las tendencias que haya en esa cobertura. Los datos sobre pruebas en mujeres embarazadas que asisten a servicios de atención prenatal pueden combinarse después con datos sobre asistencia a servicios de atención prenatal para estimar la cobertura mundial de las pruebas sobre sífilis entre mujeres embarazadas.</p> <p>Localmente. Los datos pueden utilizarse para identificar a centros médicos que no estén implementando plenamente la política de actuación nacional sobre esta materia.</p> <p>B. Los datos sobre positividad a sífilis entre mujeres embarazadas están disponibles en la mayor parte de los países a través de procesos de información de rutina del sistema sanitario.</p> <p>Las diferencias en los tipos de pruebas utilizadas o cambios en su práctica pueden afectar a los datos. Deberán utilizarse los conocimientos que se tengan sobre las prácticas nacionales sobre estas pruebas (como es la proporción registrada de pruebas treponemales en relación con las pruebas no treponemales) para interpretar tendencias sobre esta enfermedad.</p> <p>Mundial y regionalmente. Estimar la mortalidad y morbilidad perinatales causada por la sífilis que podrían evitarse con programas eficaces para la eliminación de la transmisión materno infantil de la sífilis. Identificar áreas con mayor necesidad de amplias intervenciones de prevención de la sífilis congénita. Los datos se utilizan para estimar la incidencia y prevalencia de la sífilis.</p> <p>Localmente. Hacer un seguimiento de las tendencias que se presentan a lo largo del tiempo para evaluar cambios en la carga de prevalencia de la enfermedad y la necesidad de programas para la prevención de infecciones de transmisión sexual. Los datos se utilizan para estimar la incidencia y prevalencia de la sífilis.</p> <p>Todos los niveles. Comparar datos sobre tendencias en materia de sífilis y VIH para buscar avisos precoces sobre riesgo incrementado de transmisión del VIH.</p> <p>C. Los datos sobre tratamiento de la sífilis entre las mujeres que acuden a servicios de atención prenatal con frecuencia se supervisan de forma rutinaria en las instalaciones sanitarias.</p> <p>Recopilar datos sobre tratamiento de la sífilis puede requerir la colaboración con programas de atención materna e infantil para garantizar que tales datos estén disponibles a nivel nacional. A los efectos de este indicador es suficiente con que se documente una única dosis de penicilina.</p> <p>Tratar a las mujeres embarazadas con cuadros de sífilis con una inyección única de 2,4 millones de unidades de penicilina benzatina antes de las 24 semanas de edad gestacional es suficiente para prevenir la transmisión materno infantil de la sífilis. Sin embargo, se recomiendan tres inyecciones a intervalos semanales para tratar cuadros de sífilis latentes y evitar sífilis terciaria en la madre.</p> <p>Mundial, regional y localmente. Estimar la eficacia del programa para la reducción de la morbilidad y la mortalidad perinatales asociadas a la sífilis.</p> <p>Localmente. Identificar áreas que precisen de asistencia para implementar programas o recursos adicionales. Todos los niveles. Los conocimientos</p>
Puntos fuertes y débiles:	
Metodología de cálculo utilizada por México:	El numerador se elaboró con información enviada por el grupo de información sectorial en VIH y sida (SS, Imss, Sedena, Semar y Pemex). Para el denominador se utiliza la estimación de nacimientos registrados.
Fuente del indicador reportado por México:	Numerador: SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Datos preliminares, cierre 2018. Incluye información del: Sector público: Ss, Imss, Semar y Pemex. Ss/Censida. Denominador: Secretaría de Salud (SS), Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de nacimientos ocurridos 2011-2016, SINAC-SS.
Observaciones:	El Iссste y Sedena no reportaron información en 2018.

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

Porcentaje de casos informados de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos)		2017
Numerador	Número de casos informados de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos) en los 12 meses anteriores.	204
Denominador	Número de partos en que el bebé nace vivo.	2,205,134
Porcentaje	Porcentaje de casos informados de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos)	0.09

Qué mide	Avances en la eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis
Numerador:	Número de casos informados de sífilis congénita (partos de nacidos vivos y partos de mortinatos) en los 12 meses anteriores.
Denominador:	Número de partos en que el bebé nace vivo.
Cálculo	Numerador/Denominador
Frecuencia de Medición:	Los datos deberán registrarse diariamente e informarse de ellos trimestralmente a nivel nacional o subnacional. También deberán consolidarse anualmente e informarse de ellos ante la OMS.
Desglose	Ninguno.

Las infecciones por sífilis no tratadas durante el embarazo pueden incrementar el riesgo de que la madre y su hijo transmitan o adquieran el VIH, aunque también pueden dar lugar a partos de mortinatos, muerte neonatal y enfermedad congénita (cuadros que se definen colectivamente como sífilis congénita). Dada la alta eficacia, la sencillez y el bajo coste de las pruebas y del tratamiento de la sífilis, se han lanzado iniciativas mundiales y regionales para eliminar la transmisión materno-infantil de esta enfermedad. El índice de sífilis congénita es una medición del impacto de intervenciones programáticas dirigidas a eliminar la transmisión materno-infantil de la enfermedad.

Método de Medición propuesto por ONUSIDA: El diagnóstico de la sífilis congénita es más fiable cuando se utilizan pruebas diagnósticas específicas, que en escasas ocasiones están disponibles incluso en países de ingresos altos. En la mayor parte de los países, en consecuencia, el diagnóstico se basa en el historial y examen clínicos, lo que hace que las actuaciones de vigilancia ofrezcan dificultades. Aunque la OMS tiene una definición mundial de casos para finalidades de vigilancia, la definición efectiva de los casos puede variar dentro de un determinado país o región o entre países y regiones.

Es importante que los países, cuando informen sobre casos de sífilis, den cuenta de la medida en que los datos que utilicen se consideran representativos de la población nacional. Si un país no puede informar sobre este denominador, la OMS utilizará el denominador que resulte de la División de Población de las Naciones Unidas. Dadas las dificultades asociadas al diagnóstico de la sífilis congénita y dependiendo de la definición de casos que se utilice, pueden producirse casos de informes con datos sobre o subdimensionados. La posible magnitud de tales errores en los informes deberá tenerse en cuenta siempre cuando se consideren los índices de sífilis congénita. Sin embargo, utilizar una definición de casos coherente puede hacer útiles las tendencias a lo largo del tiempo.

En el 2017 (cifras preliminares), el país reporta casos nuevos de sífilis congénita por sexo y entidad federativa. Es importante mencionar que, las cifras preliminares de casos nuevos del sistema de vigilancia epidemiológica de 5 años atrás, generalmente han sido superiores a las definitivas de cada año. Al cierre 2016, se reportaron 113 casos de sífilis congénita (cifras definitivas).

Metodología de cálculo utilizada por México:

El dato 2017 para mortinatos no está disponible.

Por lo anterior, se espera que las cifras definitivas de sífilis congénita 2017 sean menores.

En el denominador se incluye a las proyecciones de nacidos vivos en México. Cabe mencionar que la UNPD no disponía de las proyecciones de población para México para el año 2017; pero, se decidió tomar las proyecciones del país como se hizo el año pasado (Datos 2016).

Fuente del indicador reportado por México:

del
por

SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana- 51: 2017. Datos preliminares.

SS/DGE. SINAVE. Sistema de Notificación Semanal. 2016. Datos definitivos.

SS/DGIS. Sistema Informativo de Nacimientos (SINAC). Nacidos vivos según entidad de residencia, estimaciones 2017.

Observaciones:

Aunque se observa un mayor número de casos en relación con el año anterior, no se puede afirmar que aumentó ni una magnitud de posible aumento porque generalmente han sido superiores las cifras preliminares de cada año a las definitivas.

INDICADOR 3.1

Incidencia de VIH

Número de personas recientemente infectadas por VIH en el período de notificación por cada 1000 personas no infectadas.	50+ años	15-49 años	15-24 años	0-14 años	Todos
Numerador: Número de personas que contraen la infección por VIH durante el período sobre el que se informa.	380	13,890	5,172	330	14,600
Denominador: Número total de habitantes no infectados (o persona-años expuestos).	24,147,331	69,010,042	22,987,583	33,891,572	127,048,945
Tasa: Tasa de personas recientemente infectadas por VIH en el período de notificación por cada 1000 personas.	0.02	0.20	0.22	0.01	0.11

		Hombres (0-14)	Hombres (15-24)	Hombres (15-49)	Hombres (50+)	Todos	Mujeres (0-14)	Mujeres (15-24)	Mujeres (15-49)	Mujeres (50+)	Todos
Incidencia	Número de personas recientemente infectadas con el VIH en el período de notificación por cada 1000 personas no infectadas	0.01	0.32	0.31	0.03	0.18	0.01	0.13	0.09	0.00	0.05
Numerador	Número de personas recién infectadas durante el período cubierto por el informe	169	3,739	10,842	324	11,335	161	1,433	3,048	56	3,265
Denominador	Número total de población no infectada (o años-persona expuestos)	17,309,722	11,666,504	34,426,470	11,402,271	63,138,463	16,581,850	11,321,079	34,583,572	12,745,060	63,910,482

Notas:

Avances para poner fin a la epidemia del sida.

Qué mide

El objetivo fundamental de la respuesta mundial al sida es reducir el número de personas que contraen la infección por VIH a menos de 200,000 personas para el año 2030. Supervisar el índice de las personas que contraen la infección a lo largo del tiempo sirve para cuantificar los progresos que se hacen en la consecución de este objetivo. Este indicador es uno de los 10 indicadores mundiales que se incluyen en la Directrices de información estratégica consolidadas de la OMS.

Numerador:

Número de personas que contraen la infección por VIH durante el período sobre el que se informa.

Denominador:

Número total de habitantes no infectados (o persona-años expuestos).

Cálculo

Tasa: (Numerador x 1000) / Denominador.

Los métodos para monitorear la incidencia pueden variar dependiendo del entorno epidémico y se clasifican típicamente como mediciones directas e indirectas. La medición directa a nivel poblacional resulta preferible, pero con frecuencia es difícil de obtener. Como resultado de ello, la mayor parte de los países, si no todos, se basan en mediciones indirectas o triangulares directos e indirectos.

Entre las estrategias para cuantificar directamente la incidencia del VIH se incluyen el seguimiento longitudinal y las pruebas repetidas entre personas que no presentan infección por el VIH y estimaciones que utilicen pruebas de laboratorio sobre infecciones recientes y datos clínicos sobre la población. El seguimiento longitudinal es con frecuencia costoso y de difícil ejecución a nivel poblacional. Las pruebas de laboratorio sobre individuos para determinar el nivel de antigüedad de las infecciones también plantean dificultades relativas a su costo y complejidad, dado que se requiere generalmente una encuesta poblacional nacionalmente representativa para obtener estimaciones.

Método de Medición propuesto por ONUSIDA:

Los métodos indirectos con más frecuencia se basan en estimaciones construidas a partir de modelos de herramientas matemáticas, como Spectrum o el modelo epidémico asiático. Estos modelos pueden incorporar encuestas geográficas y poblacionales específicas de VIH, vigilancia, notificación de casos, mortalidad, datos clínicos y de programas y, en algunos casos, suposiciones sobre el comportamiento de riesgo y la transmisión del VIH. En algunos casos, los países pueden desear triangular estos datos con otras fuentes de estimaciones del número de personas recientemente infectadas, incluidas las estimaciones de población seriadas, basadas en la prevalencia del VIH o estimaciones de prevalencia de VIH en poblaciones jóvenes expuestas recientemente.

Nota: Los sistemas de vigilancia basada en casos que capturan nuevas personas que contraen el VIH no deberán utilizarse como fuente directa para la estimación del número de personas que contraen el VIH en el período del que se informa. Por causa de demoras en procesos de información o por situaciones de subdiagnóstico, esos nuevos casos podrían no reflejar el índice de personas que contraen la infección. Esa información puede ser útil, sin embargo, para finalidades de triangulación y validación, especialmente cuando se combina con pruebas dirigidas a determinar cómo de reciente es cada cuadro de infección.

Los datos desagregados de que se informe para el numerador deberán utilizarse para supervisar los avances en la eliminación de nuevas infecciones infantiles y para reducir el número de infección por el VIH entre chicas adolescentes y mujeres jóvenes a menos de 1000,000 al año.

Frecuencia de Medición:

Anualmente.

Desglose

Sexo (hombres y mujeres)
Edad (0-14 años, 15-24 años, 15-49 años y 50 años y más)
Ciudades y otras áreas administrativas importantes.

Metodología de cálculo utilizada por México:

Para el numerador se utilizaron las nuevas infecciones de VIH por sexo y edad quinquenal. Para el denominador se considero el total de población por edad quinquenal y sexo y se le restaron los casos prevantes de VIH por sexo y edad quinquenal.

Fuente del indicador reportado por México:

Onusida y SS/Censida. Modelo Spectrum (versión 5.63). Datos al cierre 2017. SG/CONAPO. Proyecciones de los Nacimientos de México, 1990-2030. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>.

3.2A. Trabajo sexual. México 2017

Número estimado: 239,330

Definición de personas que realizan trabajo sexual

Trabajador o trabajadora sexual es la persona que realiza servicios sexuales a personas solicitantes de los mismos, para obtener un ingreso económico.

Número de sitios 32

Métodos

Se tomó 0.36349% para estimar el número de personas que realizan trabajo sexual en México. Considerando las proyección de población del Conapo para el 2017 (mitad de año) de 65,693,246 de personas de 15 a 49 años (Conapo, 2017) se tendrían 239,333 personas de 15 a 49 años de edad involucradas en trabajo sexual, de las cuales 80% son mujeres trabajadoras sexuales (191,466). Bajo el supuesto actual 20% de personas dedicadas al trabajo sexual son hombres (47,867). De hacer las estimaciones con el rango de América Latina (0.2% a 7.4%) se tendrían estimaciones de entre 131 mil a 4.8 millones de personas trabajadoras sexuales. En el 2013, se reportaron 237,798 personas que realizaban trabajo sexual con estimaciones del Spectrum 5.3. Para el 2016, con la misma metodología se estimaron 236,930.

Comentarios

- Cálculos realizada por la Fondation Schelles (2016) 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 123.5 millones se calculan porcentajes de 0.364318 y 0.404798, para las dos poblaciones estimadas, de las cuales el 80% son mujeres (Lubin, 2012).

- Estimaciones en Sudáfrica estuvieron entre 0.76 and 1 % de la población de mujeres adultas (Konstant, et al 2015); entre 0.8% y 1.1% (Stacey, et al 2013).

- Para América Latina las estimaciones están entre 0.2% y 7.4%. y no incluyen a México (Vadepetti, et al 2006)

- Vadepetti, et al (2006) es referido por Talbot 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%), Perú (0.3%), Venezuela (1.5%), Republica dominicana (1.8%), Haiti (2.0%) y Belice (7.4%).

Fuentes:

- CONAPO/Proyecciones de la Población de México 1990-2030. (<http://pda.gob.mx/cubos/>) (consulta julio 2016).

- 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.

- 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.

- 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.

- 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.

- Lubin, G. There Are 42 Million Prostitutes In The World, And Here's Where They Live. Dispoible 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.

3.2B.- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. México 2017

Número estimado: 1,175,100

Definición de Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Se consideró como hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH) a personas del sexo masculino que tienen relaciones sexuales con hombres con penetración anal u oral, independientemente de si también tienen sexo con mujeres o, si se identifican como gay, bisexual o heterosexual.

Número de sitios 32

Métodos

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

• Se redondea a 3% la cifra total de HSH basada en estudio de Izazola (2.5%), ya que el 3% es consistente por lo reportado por Purcell et al (2012) de 2.9% para el último año; Satoshi Ezo, et al. (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.

• La estimación se realiza bajo el supuesto establecido que de que 3% de los hombres mexicanos son HSH: según el Conapo en el 2017 el número de hombres estimado de 15 a 64 años de edad fue de 39,169,922, de tal modo que la estimación de mexicanos HSH fue de 1,175,098.

• En las estimaciones de Purcell, et. al, (2012) para los Estados Unidos de la proporción de hombres que 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).

• Las estimaciones de Campagna, et. al. (2014) para el estado de Texas alcanzan el 6.4 % de hombres adultos. Para los condados del estado las estimaciones oscilan entre 1.0 a 12.9 %.

• 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 período de 5 años (2009-2013), 3.9% de los hombres estadounidenses serían HSH.

• Según orientación sexual en los Estados Unidos (Ward, et.al 2013) hay una estimación del 1.9% para hombres y mujeres de entre 18 y 44 años de edad que se identifican como gay/lesbianas y 1.1% como bisexual.

Comentarios

• La estimación más reciente proviene de la National Health Interview Survey (NHIS) (Ward, et.al 2013) en la cual se encontró que del total de adultos de 18 años y más el 1.9% fueron identificados como gay o lesbianas, and 0.7% como bisexuales. Entre los hombre ese porcentaje llega a 1.8% (SE, 0.14) y para mujeres 1.5 (SE0.12). Los hombres de 18 a 44 años tienen el porcentaje más alto 1.9% para un estimado de 2 028 000 hombres estadounidenses identificados como gay o bisexuales.

• En las estimaciones de Purcell, et. al, (2012) para los Estados Unidos de la proporción de hombres que 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).

• La prevalencia estimada de HSH (Satoshi Ezo, et al. 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.

FUENTE:

SG/CONAPO. [CONAPO/Proyecciones de la Población de México 1990-2030. \(http://pda.gob.mx/cubos/\) \(consulta julio 2016\).](http://pda.gob.mx/cubos/)

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

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.

-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.

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 Ezo, 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>

Campagna J, Jonathon Poe, Ann Robbins, and Emily Rowlinson. [Estimating the Number of Men Who Have Sex with Men](#)

3.2C.- Personas que se inyectan drogas. México 2014

Número estimado: 109,080

Mujeres: 11,088 Hombres: 97,991

Definición de Personas que se inyectan drogas (PID)

En la encuesta utilizada son personas que se han inyectado drogas catalogadas como ilegales en México.

Métodos

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. Reporte de Drogas, (ENCODAT 2016-2017) tiene entre sus objetivos "Estimar la prevalencia de drogas tanto médicas como no médicas alcohol y tabaco a nivel de entidad federativa y nacional". 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 ENCODAT 2016-2017, 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, a nivel nacional, una estimación realizada a partir de las personas que reportaron consumo de drogas inyectado.

El operativo de la ENCODAT 2016-2017 se desarrolló entre el 1 de junio al 30 de octubre 2016 de forma simultánea en las 32 entidades federativas. En total, se entrevistó a 56,877 personas, (12,440 fueron adolescentes de entre 12 y 17 años, y 44,437 adultos de 18 a 65 años) . 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 seleccionó 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.

Datos sobre personas que se inyectan drogas (PID):

Las estimaciones de población que se inyecta drogas son calculada como "Porcentajes obtenidos de la población que usa drogas ilegales según sexo y edad." Los intervalos de confianza que se obtienen son de poca utilidad práctica cuando se estiman prevalencias muy pequeña o cuando se analizan sub-poblaciones donde el tamaño de muestra es reducido.

Consideraciones Éticas:

El protocolo de la encuesta fue evaluado y aprobado por las Comisiones de Investigación y Ética tanto del Instituto Nacional de Salud Pública como del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. A todos los participantes les fue leída una carta de consentimiento informado y se recabó información sólo de quienes aceptaron participar. En el caso de los menores de edad, se solicitó a los padres o tutores su autorización para que sus hijos (as) fueran invitados (as) a participar en la encuesta, cuando accedieron firmaron una carta de consentimiento y, posteriormente, se buscó el asentimiento del menor. Se excluyeron localidades de población de habla de lengua indígena porque sería necesaria un interprete que vulneraría la confidencialidad.

Número de sitios	32
<p>No especificado este desglose por entidad federativa, únicamente nacional porque el consumo de drogas inyectables es relativamente bajo en México. Los porcentajes muestrales de personas que se inyectan droga fueron obtenidos a partir del total de la población de 12 a 65 años que usa drogas ilegales.</p>	
<p>Observaciones: Aunque se refiere la misma metodología de realización de la encuesta la estimación de personas que se inyectan drogas disminuyó en un 33.6% al pasar de 164,157 en el 2011 a 109,079 en el 2016, lo cual se explica parcialmente porque se reporta un menor número de personas que han consumido heroína, opio y la mayor parte de los PID recurre a la heroína para inyectarse droga: el consumo de heroína descendió un 19% entre ambas fechas.</p>	
<p>Fuente: SS/Conadic et. al. <u>Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017</u>. México: INPRFM, 2017. https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758b.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758. Consultada 10 de enero 2018.</p> <p>SS/Conadic et. al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 (ENCODAT). 2016. Resumen https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf</p>	

3.2D.- Personas transgénero. México 2017

Número estimado: 117,510

Definición de Personas transgénero

Persona transgénero, es el término que se aplica a la persona cuya identidad y expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas tradicionalmente asociadas a su sexo biológico. Específicamente, la estimación se refiere a hombres que se transforman en mujeres.

Métodos

A partir de una revisión bibliográfica se estimó en 0.3, 0.6 y 0.8 por ciento el número de hombres de 15 a 64 años de edad que serían población transgénero. La estimación puntual quedó en 0.3% de la población de hombres de 15 a 64 años en México para 2017.

Número de sitios 32 estados

Observaciones

- Los estudios considerados hacen la estimación de personas transgénero independientemente de la práctica sexual y sin distinción de sexo.
- Otra estimación establece un rango de 1:1000 y 1:2000 para población estadounidense (Femke y Conway,2007)
- Una estimación actualizada de población transgénero entre estadounidenses establece una estimación alta de 0.8%, media del 0.6% y baja del 0.3% (Flores, AR et al, 2016). Se optó por la estimación del porcentaje bajo para mexicanos de 15 a 64 años de edad 39,169,922.

En un análisis de diferentes fuentes se establece que el porcentaje de personas LGBT, se estimó que el 0.3% de estadounidenses adultos son personas transgénero. (Gary J. Gates, 2011)

FUENTE:

- 1.- ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de Onusida. Ginebra-Suiza, 2015.
- 2.- Nucamendi Cervantes Gabriela del Carmen. Estimación de población transgénero en México de acuerdo al método Bakker y Hoening y Kena. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2013/semanas/sem52/pdf/edit5213.pdf>. consultado 20 de febrero 2017
- 3.- 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.
- 4.- 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.
- 5.-Gates GJ. How many people are lesbian, gay, bisexual, and transgender? The Williams Institute, 2011. Disponible en: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Gates-How-Many-People-LGBT-Apr-2011.pdf> Consultado 21 marzo 2017.
- 6.- Crissman hp, Mitchell B. Berger, Louis F. Graham, and Vanessa K. Dalton. Transgender Demographics: A Household Probability Sample of US Adults, 2014. Am J Public Health. 2017 February; 107(2): 213–215. doi: 10.2105/AJPH.2016.303571. disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5227939/>. Consultado 12 de Junio 2017
- 7.- CONAPO/Proyecciones de la Población de México 1990-2030. (<http://pda.gob.mx/cubos/>) (consulta julio 2016).

3.2E.- Personas privadas de la libertad. México 2017

Número estimado:	Total 2017	Hombres	Mujeres
	204,620	194,020	10,600

Definición de privadas de la libertad

Población Privada de la Libertad (PPL) 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 cuadernos mensuales.

La información expuesta no es una estimación. Son datos actualizados mensualmente, por lo que se toma el mes de diciembre de los años que se reportan para establecer comparaciones.

Número de sitios	358 Centros penitenciario	32 Entidades
-------------------------	----------------------------------	---------------------

Observaciones

En 2015 había en México 247,488 personas privadas de la libertad (PPL) y para el 2017 esa cifra bajó 204,617; se observó una disminución del 17 %. Pero entre 2016 (PPL = 217,868) y 2017 la disminución fue de 13,251 que significó un 6% de disminución, lo cual se relaciona con la disminución del número de centros penitenciarios también en 6%.

La información procede de 358 Centros penitenciarios distribuidos en las 32 entidades federativas del país en y se estima que el número de PPL en México asciende a 204,620 para diciembre del 2017. Del total de la población el 5.2% son mujeres; son del fuero común el 82%; el 51.9% es población sentenciada; está procesada el 60.4%. Se reporta una sobrepoblación penitenciaria de -7,465, en general, aunque hay un reporte de 119 Centros Penitenciarios con Sobrepoblación.

Fuentes:

SEGOB/CNS/OADPRS, Cuaderno mensual de Información Estadística Penitenciaria Nacional. Diciembre 2017.

Población privada de la libertad por entidad federativa 2017

Tipo de área	Nombre de área	Año de la última estimación	Estimación del tamaño
Entidad federativa	Aguascalientes	2017	1170
Entidad federativa	Baja California	2017	11608
Entidad federativa	Baja California Sur	2017	1266
Entidad federativa	Campeche	2017	1367
Entidad federativa	Chiapas	2017	5602
Entidad federativa	Chihuahua	2017	8724
Entidad federativa	Ciudad de México	2017	27754
Entidad federativa	Coahuila	2017	2041
Entidad federativa	Colima	2017	1880
Entidad federativa	Durango	2017	6104
Entidad federativa	Guanajuato	2017	6649
Entidad federativa	Guerrero	2017	4482
Entidad federativa	Hidalgo	2017	3822
Entidad federativa	Jalisco	2017	15543
Entidad federativa	México	2017	27673
Entidad federativa	Michoacán	2017	5578
Entidad federativa	Morelos	2017	4773
Entidad federativa	Nayarit	2017	5219
Entidad federativa	Nuevo León	2017	7208
Entidad federativa	Oaxaca	2017	4941
Entidad federativa	Puebla	2017	6598
Entidad federativa	Querétaro	2017	2114
Entidad federativa	Quintana Roo	2017	3150
Entidad federativa	San Luis Potosí	2017	2369
Entidad federativa	Sinaloa	2017	5319
Entidad federativa	Sonora	2017	9841
Entidad federativa	Tabasco	2017	4063
Entidad federativa	Tamaulipas	2017	5058
Entidad federativa	Tlaxcala	2017	608
Entidad federativa	Veracruz	2017	8974
Entidad federativa	Yucatán	2017	1386
Entidad federativa	Zacatecas	2017	1733
Total de personas privadas de la libertad			204,617

INDICADOR 3.3a
La prevalencia del VIH entre trabajadoras y trabajadores sexuales.

3.3a Porcentaje de trabajadoras/es sexuales que vive con el VIH		Todos	Hombres	Mujeres	Transgénero	<25	25+
Numerador:	Número de profesionales del sexo cuyo resultado en la prueba del VIH fue positivo			9			
Denominador:	Número de profesionales del sexo que se realizó la prueba del VIH			1160			
Porcentaje	Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH			0.79%			
Tamaño de la muestra	1160						

Datos subnacionales Total y desglose por edad

Introduzca el desglose por región abajo. [añada las que sean necesarias]

Tipo de área	Nombre de área	Tamaño de la muestra	Porcentaje (%)	Todo Numerador	Total Denominador	<25 Numerador	<25 Denominador	25+ Numerador	25+ Denominador

Total y desglose por sexo

Introduzca el desglose por región abajo. [añada las que sean necesarias]

Nombre de área	Hombres - 25+ Numerador	Hombres - 25+Denominador	Mujeres - 25+ Numerador	Mujeres - 25+Denominador	Hombres (<25) Numerador	Hombres (<25) Denominador	Mujeres (<25) Numerador	Mujeres (<25) Denominador

Justificación Los profesionales del sexo tienen típicamente una más alta prevalencia del VIH que la población general tanto en epidemias concentradas como en epidemias generalizadas. En muchos casos la prevalencia entre este grupo de población puede llegar a ser más del doble que la que se da entre la población general. Reducir la prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo es una medida de importancia esencial para evaluar la respuesta al VIH a nivel nacional.

Qué mide Los progresos logrados en la reducción de la prevalencia del VIH entre trabajadoras/es sexuales

Numerador: Número de profesionales del sexo cuyo resultado en la prueba del VIH fue positivo

Denominador: Número de profesionales del sexo que se sometieron a la prueba del VIH.

Cálculo Numerador / Denominador * 100

Método de Medición propuesta por ONUSIDA: A–D. UNAIDS and WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines among populations most at risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA; 2011.

Este indicador se calcula utilizando datos sobre pruebas del VIH realizadas entre encuestados en los centros centinela o entre participantes en encuestas bioconductuales. Los centros de vigilancia centinela utilizados para calcular este indicador deberán permanecer constantes para permitir hacer un seguimiento de los cambios que se produzcan a lo largo del tiempo.

A finales del 2017, se realizó una encuesta en siete zonas urbanas del sur de México (Cancún, Mérida, Ciudad del Carmen, Tuxtla Gutiérrez, Villahermosa, Oaxaca y Puebla) para generar evidencia sobre la epidemia entre poblaciones clave en el país: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas transgénero (PT), y mujeres trabajadoras sexuales (MTS), de 18 años o más que acuden a sitios de reunión o de encuentro y de trabajo para mujeres trabajadoras sexuales.

Metodología de cálculo utilizada por México:

Para ello, se obtuvo información serológica con el uso de una prueba rápida de VIH, así como información mediante un cuestionario estructurado sobre las características demográficas y socioeconómicas de los participantes, y sobre comportamientos sexuales y relacionados que permitan identificar aspectos asociados a la seropositividad.

El tamaño de muestra estimado para identificar sero-prevalencias de acuerdo a datos previos fueron 2,745 individuos entre las 7 ciudades: 1225 HSH, 360 TTT, 1160 MTS. El esquema de muestreo fue el siguiente: a) la selección de ciudades fue por priorización de necesidades de información ya que se tenía evidencia limitada de la zona sur de México; b) se realizó un mapeo de sitios de reunión / trabajo, estimando su tamaño y c) se definieron cuotas asignadas por sitio, cuyo abordaje proxy a realizar muestra sistemática por sitio.

Para la identificación de los sitios de reunión se realizó un mapeo de escritorio a partir de: 1) información de los Programas Estatales de VIH sobre los sitios de reunión / trabajo; 2) complementada por información de las ONGs y con equivalente a bola de nieve por trabajo del equipo en campo y 3) se acudió a todos los sitios identificados y se llevó a cabo el proyecto en todos los sitios en donde se obtuvo aprobación por parte de los responsables.

La selección de individuos se dio en un equivalente a proceso sistemático: i) se visita el sitio en el horario que autorizan los responsables o el horario completo; ii) se invita a participantes y iii) el salto se define por la duración de la entrevista para cada entrevistador. Las fechas en cada sitio siguen una lógica de rutas, no hay decisión motivada por otro factor.

La prueba rápida de detección aplicada fue Standard Diagnostic Bioline HIV- 1/2 3.0.

La seroprevalencia de VIH fue ponderada por tamaño de población, considerando diseño, y ajustando por el valor predictivo positivo (VPP).

Fuente del indicador reportado por México: SS/Censida e INSP. Encuestas de sero-prevalencia de VIH y sífilis, así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres que tiene sexo con hombres (HSH), personas transgénero y mujeres trabajadoras sexuales (MTS) en 7 zonas urbanas de México. México, 2017.

Observaciones: Los intervalos de confianza al 95% son para MTS son: 0.38% - 1.21%

INDICADOR 3.3b
Prevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH). 2017

1.14 Hombres que tienen Sexo con Hombres: Reducción de la prevalencia		Total	<25	25+
Numerador:	Número de HSH con resultado positivo en la prueba del VIH	254		
Denominador:	Número de HSH que se realizó la prueba del VIH	1,225		
Porcentaje	Porcentaje de HSH que vive con el VIH	20.7%		
Tamaño de la muestra		1225		

Datos subnacionales Total y desglose por edad

Introduzca el desglose por región abajo. [añada las que sean necesarias]

Sitio/Ciudad	Tamaño de la muestra	Porcentaje	Todo Numerador	Todo Denominador	<25 Numerador	<25 Denominador	25+ Numerador	25+ Denominador

Justificación Típicamente los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres presentan la más alta prevalencia del VIH en países que sufren epidemias concentradas y también en los casos de epidemias generalizadas. En muchos casos la prevalencia entre este grupo de población puede llegar a ser más del doble que la que se da entre la población general. Reducir la prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es una medida de importancia esencial para evaluar la respuesta al VIH a nivel nacional.

Qué mide Los progresos logrados en la reducción de la prevalencia del VIH entre HSH

Numerador: Número de HSH con hombres con resultado positivo en la prueba del VIH

Denominador: Número de HSH que se realizó la prueba del VIH.

Cálculo: Numerador / Denominador *100

Método de Medición Grupo de Trabajo ONUSIDA/OMS para la Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y de las STD: Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. (OMS/ONUSIDA, 2011).

propuesto por ONUSIDA: Este indicador se calcula usando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los entrevistados en el o los principales centros de vigilancia centinela. Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.

A finales del 2017, se realizó una encuesta en siete zonas urbanas del sur de México (Cancún, Mérida, Ciudad del Carmen, Tuxtla Gutiérrez, Villahermosa, Oaxaca y Puebla) para generar evidencia sobre la epidemia entre poblaciones clave en el país: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas transgénero (PT), y mujeres trabajadoras sexuales (MTS), de 18 años o más que acuden a sitios de reunión o de encuentro y de trabajo para mujeres trabajadoras sexuales.

Para ello, se obtuvo información serológica con el uso de una prueba rápida de VIH, así como información mediante un cuestionario estructurado sobre las características demográficas y socioeconómicas de los participantes, y sobre comportamientos sexuales y relacionados que permitan identificar aspectos asociados a la seropositividad.

Metodología de cálculo utilizada por México: El tamaño de muestra estimado para identificar sero-prevalencias de acuerdo a datos previos fueron 2,745 individuos entre las 7 ciudades: 1225 HSH, 360 TTT, 1160 MTS. El esquema de muestreo fue el siguiente: a) la selección de ciudades fue por priorización de necesidades de información ya que se tenía evidencia limitada de la zona sur de México; b) se realizó un mapeo de sitios de reunión / trabajo, estimando su tamaño y c) se definieron cuotas asignadas por sitio, cuyo abordaje proxy a realizar muestra sistemática por sitio.

Para la identificación de los sitios de reunión se realizó un mapeo de escritorio a partir de: 1) información de los Programas Estatales de VIH sobre los sitios de reunión / trabajo; 2) complementada por información de las ONGs y con equivalente a bola de nieve por trabajo del equipo en campo y 3) se acudió a todos los sitios identificados y se llevó a cabo el proyecto en todos los sitios en donde se obtuvo aprobación por parte de los responsables.

La selección de individuos se dio en un equivalente a proceso sistemático: i) se visita el sitio en el horario que autorizan los responsables o el horario completo; ii) se invita a participantes y iii) el salto se define por la duración de la entrevista para cada entrevistador. Las fechas en cada sitio siguen una lógica de rutas, no hay decisión motivada por otro factor.

La prueba rápida de detección aplicada fue Standard Diagnostic Bioline HIV- 1/2 3.0.

Fuente del indicador: SS/Censida e INSP. Encuestas de sero-prevalencia de VIH y sífilis, así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres que tiene sexo con hombres (HSH), personas transgénero y mujeres trabajadoras sexuales (MTS) en 7 zonas urbanas de México. México, 2017.

Observaciones: Los intervalos de confianza al 95% son para MTS son: 18.45% - 23.16%

INDICADOR 3.3d
Prevalencia del VIH en personas transgénero. 2017

Prevalencia del VIH entre transgénero		Todos	Hombres Trans	Mujeres Trans	Otros	<25	25+
Numerador:	Número de personas transgénero cuyo resultado de la prueba de VIH fue positivo			66			
Denominador:	Número de personas transgénero que se realizaron la prueba de VIH			360			
Porcentaje:	Porcentaje de personas transgénero que viven con el VIH			18.3%			
Tamaño de la muestra	360						

Datos subnacionales Total y desglose por edad

Introduzca el desglose por región abajo. [añada las que sean necesarias]

Sitio/Ciudad	Tamaño de la muestra	Porcentaje	Todo Numerador	Todo Denominador	<25 Numerador	<25 Denominador	25+ Numerador	25+ Denominador

Total y desglose por sexo

Introduzca el desglose por región abajo. [añada las que sean necesarias]

Nombre de área	Hombres transgénero - Numerador	Hombres transgénero - Denominador	Mujeres transgénero - Numerador	Mujeres transgénero - Denominador	Hombres transgénero (<25) Numerador	Hombres transgénero (<25) Denominador	Mujeres transgénero (<25) Numerador	Mujeres transgénero (<25) Denominador

Justificación: Las comunidades de personas transgénero muchas veces presentan una mayor prevalencia del VIH que la población general, en muchos entornos. En muchos casos, entre estas personas la prevalencia del VIH es de más del doble de la que presenta la población general. Reducir la prevalencia del VIH entre las personas transgénero es una medida importante a la hora de supervisar la respuesta nacional al VIH.

Qué mide: Progresos en la reducción de prevalencia de VIH en personas transgénero

Numerador: Número de personas transgénero cuyo resultado de la prueba de VIH fue positivo

Denominador: Número de personas transgénero que se realizaron la prueba de VIH

Cálculo: Numerador / Denominador *100

Método de Medición propuesto por ONUSIDA: Grupo de trabajo de ONUSIDA y la OMS sobre el VIH, Sida y la vigilancia de las ITS: directrices entre las poblaciones de mayor riesgo de contraer el VIH (OMS/ONUSIDA, 2011). Este indicador se calcula usando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los entrevistados en el centro o centros de vigilancia del VIH principales. Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.

Frecuencia de Medición: Anual

Desglose: Edad (<25, 25+); sexo (Hombres transgénero, Mujeres transgénero y Otros)

Metodología de cálculo utilizada por México: A finales del 2017, se realizó una encuesta en siete zonas urbanas del sur de México (Cancún, Mérida, Ciudad del Carmen, Tuxtla Gutiérrez, Villahermosa, Oaxaca y Puebla) para generar evidencia sobre la epidemia entre poblaciones clave en el país: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas transgénero (PT), y mujeres trabajadoras sexuales (MTS), de 18 años o más que acuden a sitios de reunión o de encuentro y de trabajo para mujeres trabajadoras sexuales.

Para ello, se obtuvo información serológica con el uso de una prueba rápida de VIH, así como información mediante un cuestionario estructurado sobre las características demográficas y socioeconómicas de los participantes, y sobre comportamientos sexuales y relacionados que permitan identificar aspectos asociados a la seropositividad.

El tamaño de muestra estimado para identificar sero-prevalencias de acuerdo a datos previos fueron 2,745 individuos entre las 7 ciudades: 1225 HSH, 360 TTT, 1160 MTS. El esquema de muestreo fue el siguiente: a) la selección de ciudades fue por priorización de necesidades de información ya que se tenía evidencia limitada de la zona sur de México; b) se realizó un mapeo de sitios de reunión / trabajo, estimando su tamaño y c) se definieron cuotas asignadas por sitio, cuyo abordaje proxy a realizar muestra sistemática por sitio.

Para la identificación de los sitios de reunión se realizó un mapeo de escritorio a partir de: 1) información de los Programas Estatales de VIH sobre los sitios de reunión / trabajo; 2) complementada por información de las ONGs y con equivalente a bola de nieve por trabajo del equipo en campo y 3) se acudió a todos los sitios identificados y se llevó a cabo el proyecto en todos los sitios en donde se obtuvo aprobación por parte de los responsables.

La selección de individuos se dio en un equivalente a proceso sistemático: i) se visita el sitio en el horario que autorizan los responsables o el horario completo; ii) se invita a participantes y iii) el salto se define por la duración de la entrevista para cada entrevistador. Las fechas en cada sitio siguen una lógica de rutas, no hay decisión motivada por otro factor.

La prueba rápida de detección aplicada fue Standard Diagnostic Bioline HIV- 1/2 3.0.

La seroprevalencia de VIH fue ponderada por tamaño de población, considerando diseño, y ajustando por el valor predictivo positivo (VPP).

Fuente del indicador reportado por México: Juan Pablo Gutiérrez Reyes, Andrey Ryo Shiba Matsumoto. Determinación de la prevalencia de VIH y sífilis, así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero y mujeres trabajadoras sexuales en siete ciudades de México, 2017. INSP

INDICADOR 3.4a
Conocimiento del estado serológico respecto del VIH en trabajadoras/es del sexo. 2017

3.4a Pruebas de HIV entre trabajadores/as del sexo.		Todos	Hombres	Mujeres	Transgénero	<25	25+
Numerador:	A Número de profesionales del sexo que se han sometido a pruebas y cuyo resultado es positivo						
	B Número de profesionales del sexo que se han sometido a pruebas en los últimos 12 meses y cuyo resultado es negativo						
	Numerador (A + B) Número de profesionales del sexo que conocen su estado serológico respecto del VIH						
Denominador:	Número de profesionales del sexo que contestaron a la pregunta "¿Conoce usted su estado serológico a través de pruebas para el VIH?"						
Porcentaje	Porcentaje de profesionales del sexo que se hicieron la prueba del VIH en los últimos 12 meses, o que conocen su estado actual de VIH			65.8%			
Tamaño de la muestra		1160					

Datos subnacionales

Introduzca el desglose por región abajo. [añada las que sean necesarias]

Sub-national data

Please enter the breakdown per site below. [Add as many as needed]

Tipo de área	Nombre de área	de entrevistados en la	Número de los que contestar	Número de los que contestar	Último test: <12 meses y VIH positivo	Último test: <12 meses	Última prueba: >12 meses	Última prueba: >12 meses y VIH negativo	Resultado: Positivo (fecha de la prueba)	Resultado: Negativo (fecha de la prueba)	resultado: indeterminado
1) Site/Facility											
2) Town/City											
3) Region/Province											
4) Other											

Justificación Garantizar que las personas que viven con el VIH reciban la atención y los tratamientos que necesitan para llevar vidas saludables y productivas y para reducir el riesgo de que transmitan el VIH requiere que esas personas conozcan su estado serológico. En muchos países, dirigir las pruebas y las actuaciones de asesoramiento en lugares y sobre poblaciones con más alta carga de prevalencia del VIH es la forma más eficiente de llegar a las personas que viven con el VIH y de garantizar que conozcan su estado serológico. Este indicador captura la eficacia de las intervenciones en materia de pruebas para el VIH dirigidas a grupos de población con mayor riesgo de infección por el VIH.

Qué mide Avances en la provisión de servicios de pruebas para el VIH entre quienes integran grupos de población claves

Numerador: El encuestado sabe que viven con el VIH (la respuesta a la pregunta 3 es "positiva") o el encuestado informa haber realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses y el resultado fue negativo (la respuesta a la pregunta 2 es "a" o "b"; la respuesta a la pregunta 3 es "negativa").

Denominador: Número de personas en grupos de población clave que respondieron a la pregunta 1 abajo

Cálculo Numerador / Denominador * 100

1. ¿Conoce usted su estado serológico a través de pruebas para el VIH?
a. No, nunca me he sometido a esas pruebas; b. Sí, me he sometido a esas pruebas;
2. Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo se sometió usted a esas pruebas por última vez?
a. 6 meses; b. Hace entre 6 y 12 meses c. Hace más de 12 meses
3. ¿Cuál fue el resultado de las últimas pruebas para el VIH a que se sometió usted?
a. Positivo; b. Negativo, c. Indeterminado

ONUSIDA: Conocer el estado serológico significa responder afirmativamente a la pregunta A y positivo a C, o afirmativamente a la pregunta A, 1 o 2 a B, y negativo a C

A finales del 2017, se realizó una encuesta en siete zonas urbanas del sur de México (Cancún, Mérida, Ciudad del Carmen, Tuxtla Gutiérrez, Villahermosa, Oaxaca y Puebla) para generar evidencia sobre la epidemia entre poblaciones clave en el país: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas transgénero (PT), y mujeres trabajadoras sexuales (MTS), de 18 años o más que acuden a sitios de reunión o de encuentro y de trabajo para mujeres trabajadoras sexuales.

Para ello, se obtuvo información serológica con el uso de una prueba rápida de VIH, así como información mediante un cuestionario estructurado sobre las características demográficas y socioeconómicas de los participantes, y sobre comportamientos sexuales y relacionados que permitan identificar aspectos asociados a la seropositividad.

Metodología de cálculo utilizada por México: El tamaño de muestra estimado para identificar sero-prevalencias de acuerdo a datos previos fueron 2,745 individuos entre las 7 ciudades: 1225 HSH, 360 TTT, 1160 MTS. El esquema de muestreo fue el siguiente: a) la selección de ciudades fue por priorización de necesidades de información ya que se tenía evidencia limitada de la zona sur de México; b) se realizó un mapeo de sitios de reunión / trabajo, estimando su tamaño y c) se definieron cuotas asignadas por sitio, cuyo abordaje proxy a realizar muestra sistemática por sitio.

Para la identificación de los sitios de reunión se realizó un mapeo de escritorio a partir de: 1) información de los Programas Estatales de VIH sobre los sitios de reunión / trabajo; 2) complementada por información de las ONGs y con equivalente a bola de nieve por trabajo del equipo en campo y 3) se acudió a todos los sitios identificados y se llevó a cabo el proyecto en todos los sitios en donde se obtuvo aprobación por parte de los responsables.

La selección de individuos se dio en un equivalente a proceso sistemático: i) se visita el sitio en el horario que autorizan los responsables o el horario completo; ii) se invita a participantes y iii) el salto se define por la duración de la entrevista para cada entrevistador. Las fechas en cada sitio siguen una lógica de rutas, no hay decisión motivada por otro factor.

La prueba rápida de detección aplicada fue Standard Diagnostic Boline HIV- 1/2 3.0.

Fuente del

indicador SS/Censida e INSP. Encuestas de sero-prevalencia de VIH y sífilis, así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres que tiene sexo con hombres (HSH), personas transgénero y mujeres trabajadoras sexuales (MTS) en 7 zonas urbanas de México. México, 2017.

reportado por

México:

INDICADOR 3.4b
Conocimiento del estado serológico respecto del VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). 2017

3.4a Pruebas de HIV entre HSH del sexo.		Todos	<25	25+
Numerador:	A Número de HSH que se han sometido a pruebas y cuyo resultado es positivo			
	B Número de HSH que se han sometido a pruebas en los últimos 12 meses y cuyo resultado es negativo			
	Numerador (A + B) Número de HSH que conocen su estado serológico respecto del VIH			
Denominador:	Número de HSH que contestaron a la pregunta "¿Conoce usted su estado serológico a través de pruebas para el VIH?"			
Porcentaje	Porcentaje de HSH que se hicieron la prueba del VIH en los últimos 12 meses, o que conocen su estado actual de VIH	39.8%		
Tamaño de la muestra				

Datos subnacionales

Introduzca el desglose por región abajo. [añada las que sean necesarias]

Sub-national data

Please enter the breakdown per site below. [Add as many as needed]

Tipo de área	Nombre de área	Número de entrevistas contestados en la encuesta	Número de los que contestaron "No, nunca"	Número de los que contestaron "Sí, me he"	Último test: <12 meses y VIH positivo	Último test: <12 meses y VIH	Última prueba: >12 meses y	Última prueba: >12 meses y VIH negativo	Resultado: Positivo (fecha de la prueba no	Resultado: Negativo (fecha de la prueba no	resultado: indeterminado
1) Site/Facility											
2) Town/City											
3) Region/Province											
4) Other											

Justificación

Garantizar que las personas que viven con el VIH reciban la atención y los tratamientos que necesitan para llevar vidas saludables y productivas y para reducir el riesgo de que transmitan el VIH requiere que esas personas conozcan su estado serológico. En muchos países, dirigir las pruebas y las actuaciones de asesoramiento en lugares y sobre poblaciones con más alta carga de prevalencia del VIH es la forma más eficiente de llegar a las personas que viven con el VIH y de garantizar que conozcan su estado serológico. Este indicador captura la eficacia de las intervenciones en materia de pruebas para el VIH dirigidas a grupos de población con mayor riesgo de infección por el VIH.

Qué mide

Avances en la provisión de servicios de pruebas para el VIH entre quienes integran grupos de población claves

Numerador:

El encuestado sabe que viven con el VIH (la respuesta a la pregunta 3 es "positiva") o el encuestado informa haber realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses y el resultado fue negativo (la respuesta a la pregunta 2 es "a" o "b"; la respuesta a la pregunta 3 es "negativa").

Denominador:

Número de personas en grupos de población clave que respondieron a la pregunta 1 abajo

Cálculo

Numerador / Denominador * 100

Método de

Medición propuesta por ONUSIDA:

1. ¿Conoce usted su estado serológico a través de pruebas para el VIH?
 a. No, nunca me he sometido a esas pruebas; b. Sí, me he sometido a esas pruebas;
2. Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo se sometió usted a esas pruebas por última vez?
 a. 6 meses; b. Hace entre 6 y 12 meses c. Hace más de 12 meses
3. ¿Cuál fue el resultado de las últimas pruebas para el VIH a que se sometió usted?
 a. Positivo; b. Negativo; c. Indeterminado

Conocer el estado serológico significa responder afirmativamente a la pregunta A y positivo a C, o afirmativamente a la pregunta A, 1 o 2 a B, y negativo a C.

Metodología de cálculo utilizada por México:

A finales del 2017, se realizó una encuesta en siete zonas urbanas del sur de México (Cancún, Mérida, Ciudad del Carmen, Tuxtla Gutiérrez, Villahermosa, Oaxaca y Puebla) para generar evidencia sobre la epidemia entre poblaciones clave en el país: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas transgénero (PT), y mujeres trabajadoras sexuales (MTS), de 18 años o más que acuden a sitios de reunión o de encuentro y de trabajo para mujeres trabajadoras sexuales.

Para ello, se obtuvo información serológica con el uso de una prueba rápida de VIH, así como información mediante un cuestionario estructurado sobre las características demográficas y socioeconómicas de los participantes, y sobre comportamientos sexuales y relacionados que permitan identificar aspectos asociados a la seropositividad.

El tamaño de muestra estimado para identificar sero-prevalencias de acuerdo a datos previos fueron 2,745 individuos entre las 7 ciudades: 1225 HSH, 360 TTT, 1160 MTS. El esquema de muestreo fue el siguiente: a) la selección de ciudades fue por priorización de necesidades de información ya que se tenía evidencia limitada de la zona sur de México; b) se realizó un mapeo de sitios de reunión / trabajo, estimando su tamaño y c) se definieron cuotas asignadas por sitio, cuyo abordaje proxy a realizar muestra sistemática por sitio.

Para la identificación de los sitios de reunión se realizó un mapeo de escritorio a partir de: 1) información de los Programas Estatales de VIH sobre los sitios de reunión / trabajo; 2) complementada por información de las ONGs y con equivalente a bola de nieve por trabajo del equipo en campo y 3) se acudió a todos los sitios identificados y se llevó a cabo el proyecto en todos los sitios en donde se obtuvo aprobación por parte de los responsables.

La selección de individuos se dio en un equivalente a proceso sistemático: i) se visita el sitio en el horario que autorizan los responsables o el horario completo; ii) se invita a participantes y iii) el salto se define por la duración de la entrevista para cada entrevistador. Las fechas en cada sitio siguen una lógica de rutas, no hay decisión motivada por otro factor.

La prueba rápida de detección aplicada fue Standard Diagnostic Boline HIV- 1/2 3.0.

Fuente del indicador

SS/Censida e INSP. Encuestas de sero-prevalencia de VIH y sífilis, así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres que tiene sexo con hombres (HSH), personas transgénero y mujeres trabajadoras sexuales (MTS) en 7 zonas urbanas de México. México, 2017.

INDICADOR 3.4d
Conocimiento del estado serológico respecto del VIH personas transgénero. 2017

3.4a Pruebas de HIV entre trabajadores/as del sexo.		Todos	Hombres Transgénero	Mujeres Transgénero	Otro	<25	25+
Numerador:	A Número de personas transgénero que se han sometido a pruebas y cuyo resultado es positivo						
	B Número de personas transgénero que se han sometido a pruebas en los últimos 12 meses y cuyo resultado es negativo						
	Numerador (A + B) Número de personas transgénero que conocen su estado serológico respecto del VIH						
Denominador:	Número de personas transgénero que contestaron a la pregunta "¿Conoce usted su estado serológico a través de pruebas para el VIH?"						
Porcentaje	Porcentaje de HSH que se hicieron la prueba del VIH en los últimos 12 meses, o que conocen su estado actual de VIH			62.3%			
Tamaño de la muestra							

Datos subnacionales

Introduzca el desglose por región abajo. [añada las que sean necesarias]

Sub-national data

Please enter the breakdown per site below. [Add as many as needed]

Tipo de área	Nombre de área	de entrevistados en la	Número de los que contestaron "No, nunca	Número de los que contestaron "Sí, me he	Último test: <12 meses	Último test: <12 meses	Última prueba: >12 meses	Última prueba: >12 meses y	Resultado: Positivo (fecha	Resultado: Negativo (fecha	resultado: indeterminado
--------------	----------------	------------------------	--	--	------------------------	------------------------	--------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------

Justificación: Garantizar que las personas que viven con el VIH reciban la atención y los tratamientos que necesitan para llevar vidas saludables y productivas y para reducir el riesgo de que transmitan el VIH requiere que esas personas conozcan su estado serológico. En muchos países, dirigir las pruebas y las actuaciones de asesoramiento en lugares y sobre poblaciones con más alta carga de prevalencia del VIH es la forma más eficiente de llegar a las

personas que viven con el VIH y de garantizar que conozcan su estado serológico. Este indicador captura la eficacia de las intervenciones en materia

Qué mide: Avances en la provisión de servicios de pruebas para el VIH entre quienes integran grupos de población claves

Numerador: El encuestado sabe que viven con el VIH (la respuesta a la pregunta 3 es "positiva") o el encuestado informa haber realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses y el resultado fue negativo (la respuesta a la pregunta 2 es "a" o "b"; la respuesta a la pregunta 3 es "negativa").

Denominador: Número de personas en grupos de población clave que respondieron a la pregunta 1 abajo

Cálculo: Numerador / Denominador * 100

1. ¿Conoce usted su estado serológico a través de pruebas para el VIH?

a. No, nunca me he sometido a esas pruebas; b. Sí, me he sometido a esas pruebas;

2. Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo se sometió usted a esas pruebas por última vez?

a. 6 meses; b. Hace entre 6 y 12 meses c. Hace más de 12 meses

3. ¿Cuál fue el resultado de las últimas pruebas para el VIH a que se sometió usted?

a. Positivo; b. Negativo; c. Indeterminado

Conocer el estado serológico significa responder afirmativamente a la pregunta A y positivo a C, o afirmativamente a la pregunta A, 1 o 2 a B, y negativo a C

A finales de 2017, se realizó una encuesta en siete zonas urbanas del sur de México (Cancún, Mérida, Ciudad del Carmen, Tuxtla Gutiérrez, Villahermosa, Oaxaca y Puebla) para generar evidencia sobre la epidemia entre poblaciones clave en el país: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas transgénero (PT), y mujeres trabajadoras sexuales (MTS), de 18 años o más que acuden a sitios de reunión o de encuentro y de trabajo para mujeres trabajadoras sexuales.

Para ello, se obtuvo información serológica con el uso de una prueba rápida de VIH, así como información mediante un cuestionario estructurado sobre las características demográficas y socioeconómicas de los participantes, y sobre comportamientos sexuales y relacionados que permitan identificar aspectos asociados a la seropositividad.

El tamaño de muestra estimado para identificar sero-prevalencias de acuerdo a datos previos fueron 2,745 individuos entre las 7 ciudades: 1225 HSH, 360 TTT, 1160 MTS. El esquema de muestreo fue el siguiente: a) la selección de ciudades fue por priorización de necesidades de información ya que se tenía evidencia limitada de la zona sur de México; b) se realizó un mapeo de sitios de reunión / trabajo, estimando su tamaño y c) se definieron cuotas asignadas por sitio, cuyo abordaje proxy a realizar muestra sistemática por sitio.

Para la identificación de los sitios de reunión se realizó un mapeo de escritorio a partir de: 1) información de los Programas Estatales de VIH sobre los sitios de reunión / trabajo; 2) complementada por información de las ONGs y con equivalente a bola de nieve por trabajo del equipo en campo y 3) se acudió a todos los sitios identificados y se llevó a cabo el proyecto en todos los sitios en donde se obtuvo aprobación por parte de los responsables.

La selección de individuos se dio en un equivalente a proceso sistemático: i) se visita el sitio en el horario que autorizan los responsables o el horario completo; ii) se invita a participantes y iii) el salto se define por la duración de la entrevista para cada entrevistador. Las fechas en cada sitio siguen una lógica de rutas, no hay decisión motivada por otro factor.

La prueba rápida de detección aplicada fue Standard Diagnostic Bioline HIV- 1/2 3.0.

Fuente del indicador reportado por México: SS/Censida e INSP. Encuestas de sero-prevalencia de VIH y sífilis, así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres que tiene sexo con hombres (HSH), personas transgénero y mujeres trabajadoras sexuales (MTS) en 7 zonas urbanas de México. México, 2017.

3.6A
Uso del preservativo entre trabajadora/es del sexo. 2017

1.8 Trabajadoras/es sexuales: uso del preservativo		Todos	Hombres	Mujeres	Transgénero	<25	25+
Numerador:	Número de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su cliente más reciente						
Denominador:	Número de profesionales del sexo que declaró haber mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero en los últimos 12 meses						
Porcentaje:	Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente			84.4%			
Tamaño de la muestra:	1160						

Tipo de área	Nombre de área	Tamaño de la muestra	Porcentaje (%)	Total Numerador	Total Denominador	<25 Numerador	<25 Denominador	25+ Numerador	25+ Denominador

Nombre de área	Hombres - Numerador	Hombres - Denominador	Mujeres - Numerador	Mujeres - Denominador	Hombres (<25) - Numerador	Hombres (<25) - Denominador	Mujeres (<25) - Numerador	Mujeres (<25) - Denominador

Justificación: Son diversos los factores que incrementan el riesgo de exposición al VIH entre los profesionales del sexo; entre ellos se incluye el hecho de que tienen múltiples parejas no habituales y relaciones sexuales más frecuentes. Sin embargo, los profesionales del sexo pueden reducir sustancialmente el riesgo de transmisión del VIH entre sus clientes (y también en el otro sentido de la relación, de los clientes hacia los profesionales del sexo) utilizando sistemática y correctamente el preservativo.

Qué mide: Los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH entre trabajadores y trabajadoras del sexo a través de las relaciones sexuales sin protección con sus clientes

Numerador: Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo con su cliente más reciente

Denominador: Número de entrevistados que declara haber mantenido relaciones sexuales remuneradas en los últimos 12 meses

Cálculo: Numerador / Denominador * 100

Método de Medición propuesta por ONUSIDA: Seguimiento conductual u otras encuestas especiales a los encuestados se les plantea la siguiente pregunta:

¿Ha utilizado usted el preservativo con el último cliente con quien haya mantenido relaciones sexuales? En los casos en que ello sea posible, los datos sobre profesionales del sexo deberán recopilarse a través de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con este grupo de población. El acceso a los profesionales del sexo y los datos que se hayan recopilado sobre ellos deberán A finales del 2017, se realizó una encuesta en siete zonas urbanas del sur de México (Cancún, Mérida, Ciudad del Carmen, Tuxtla Gutiérrez, Villahermosa, Oaxaca y Puebla) para generar evidencia sobre la epidemia entre poblaciones clave en el país: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas transgénero (PT), y mujeres trabajadoras sexuales (MTS), de 18 años o más que acuden a sitios de reunión o de encuentro y de trabajo para mujeres trabajadoras sexuales.

Para ello, se obtuvo información serológica con el uso de una prueba rápida de VIH, así como información mediante un cuestionario estructurado sobre las características demográficas y socioeconómicas de los participantes, y sobre comportamientos sexuales y relacionados que permitan identificar aspectos asociados a la seropositividad.

Metodología de cálculo utilizada por México: El tamaño de muestra estimado para identificar sero-prevalencias de acuerdo a datos previos fueron 2,745 individuos entre las 7 ciudades: 1225 HSH, 360 TTT, 1160 MTS. El esquema de muestreo fue el siguiente: a) la selección de ciudades fue por priorización de necesidades de información ya que se tenía evidencia limitada de la zona sur de México; b) se realizó un mapeo de sitios de reunión / trabajo, estimando su tamaño y c) se definieron cuotas asignadas por sitio, cuyo abordaje proxy a realizar muestra sistemática por sitio.

Para la identificación de los sitios de reunión se realizó un mapeo de escritorio a partir de: 1) información de los Programas Estatales de VIH sobre los sitios de reunión / trabajo; 2) complementada por información de las ONGs y con equivalente a bola de nieve por trabajo del equipo en campo y 3) se acudió a todos los sitios identificados y se llevó a cabo el proyecto en todos los sitios en donde se obtuvo aprobación por parte de los responsables.

La selección de individuos se dio en un equivalente a proceso sistemático: i) se visita el sitio en el horario que autorizan los responsables o el horario completo; ii) se invita a participantes y iii) el salto se define por la duración de la entrevista para cada entrevistador. Las fechas en cada sitio siguen una lógica de rutas, no hay decisión motivada por otro factor.

La prueba rápida de detección aplicada fue Standard Diagnostic Bioline HIV- 1/2 3.0.

Fuente del indicador reportado por México: SS/Censida e INSP. Encuestas de sero-prevalencia de VIH y sífilis, así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres que tiene sexo con hombres (HSH), personas transgénero y mujeres trabajadoras sexuales (MTS) en 7 zonas urbanas de México. México, 2017.

Ind 3.6B

Uso del preservativo entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. 2017

1.12 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH): uso del preservativo		Total	<25	25+
Numerador:	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal.			
Denominador:	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declararon haber mantenido un coito anal con una pareja masculina en los últimos seis meses.			
Porcentaje:	Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina	65.3%		
Tamaño de la muestra		1225		

Introduzca el desglose por región abajo [añada las que sean necesarias]

Tipo de área	Nombre de área	Tamaño de la muestra	Porcentaje (%)	Total Numerador	Total Denominador	<25 Numerador	<25 Denominador	25+ Numerador	25+ Denominador

Justificación: El uso del preservativo puede reducir sustancialmente el riesgo de transmisión sexual del VIH. El uso sistemático y correcto del preservativo es importante, en consecuencia, para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, por el alto riesgo de transmisión del VIH asociado a los actos de sexo anal practicados sin protección.

Qué mide: Los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales anales sin protección con parejas masculinas.

Numerador: Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal.

Denominador: Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declararon haber mantenido un coito anal con una pareja masculina en los últimos seis meses.

Cálculo Numerador / Denominador

Método de Medición propuesta por ONUSIDA: Encuestas de seguimiento del comportamiento y otras encuestas especiales. En una encuesta del comportamiento de una muestra de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, se pregunta a los entrevistados por sus parejas sexuales de los últimos seis

Metodología de cálculo utilizada por México: A finales del 2017, se realizó una encuesta en siete zonas urbanas del sur de México (Cancún, Mérida, Ciudad del Carmen, Tuxtla Gutiérrez, Villahermosa, Oaxaca y Puebla) para generar evidencia sobre la epidemia entre poblaciones clave en el país: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas transgénero (PT), y mujeres trabajadoras sexuales (MTS), de 18 años o más que acuden a sitios de reunión o de encuentro y de trabajo para mujeres trabajadoras sexuales.

Para ello, se obtuvo información serológica con el uso de una prueba rápida de VIH, así como información mediante un cuestionario estructurado sobre las características demográficas y socioeconómicas de los participantes, y sobre comportamientos sexuales y relacionados que permitan identificar aspectos asociados a la seropositividad.

El tamaño de muestra estimado para identificar sero-prevalencias de acuerdo a datos previos fueron 2,745 individuos entre las 7 ciudades: 1225 HSH, 360 TTT, 1160 MTS. El esquema de muestreo fue el siguiente: a) la selección de ciudades fue por priorización de necesidades de información ya que se tenía evidencia limitada de la zona sur de México; b) se realizó un mapeo de sitios de reunión / trabajo, estimando su tamaño y c) se definieron cuotas asignadas por sitio, cuyo abordaje proxy a realizar muestra sistemática por sitio.

Para la identificación de los sitios de reunión se realizó un mapeo de escritorio a partir de: 1) información de los Programas Estatales de VIH sobre los sitios de reunión / trabajo; 2) complementada por información de las ONGs y con equivalente a bola de nieve por trabajo del equipo en campo y 3) se acudió a todos los sitios identificados y se llevó a cabo el proyecto en todos los sitios en donde se obtuvo aprobación por parte de los responsables.

La selección de individuos se dio en un equivalente a proceso sistemático: i) se visita el sitio en el horario que autorizan los responsables o el horario completo; ii) se invita a participantes y iii) el salto se define por la duración de la entrevista para cada entrevistador. Las fechas en cada sitio siguen una lógica de rutas, no hay decisión motivada por otro factor.

La prueba rápida de detección aplicada fue Standard Diagnostic Bioline HIV- 1/2 3.0.

Fuente del indicador reportado por México: SS/Censida e INSP. Encuestas de sero-prevalencia de VIH y sífilis, así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres que tiene sexo con hombres (HSH), personas transgénero y mujeres trabajadoras sexuales (MTS) en 7 zonas urbanas de México. México, 2017.

INDICADOR 3.6d
Uso del preservativo entre las personas transgénero. 2017

Uso de preservativo de personas transgénero 2017		Todos	Hombres Trans	Mujeres Trans	Otros	<25	25+
Numerador:	Número de personas transgénero que reportan haber utilizado el preservativo durante su última relación sexual o última ocasión en que practicaron sexo anal						
Denominador:	Número de personas transgénero encuestadas						
Porcentaje:	Porcentaje de personas transgénero que reportan haber utilizado el preservativo durante su última relación sexual o última ocasión en que practicaron sexo anal			74.9%			

Tamaño de la muestra	
-----------------------------	--

Datos subnacionales Total y desglose por edad

Introduzca el desglose por región abajo. [añada las que sean necesarias]

Tipo de área	Nombre de área	Tamaño de la muestra	Porcentaje (%)	Total Numerador	Total Denominador	<25 Numerador	<25 Denominador	25+ Numerador

Total y desglose por sexo

Introduzca el desglose por región abajo. [añada las que sean necesarias]

Nombre de área	Hombres transgénero Denominador	Mujeres transgénero Numerador	Mujeres transgénero Denominador	Hombres transgénero (<25) Numerador	Hombres transgénero (<25) Denominador	Mujeres transgénero (<25) Numerador	Mujeres transgénero (<25) Denominador
Hombres transgénero - Numerador							

Justificación: El uso de preservativos puede reducir considerablemente el riesgo de transmisión de VIH. El uso correcto y consistente del preservativo es importante para las personas transgénero, particularmente mujeres trans, debido al alto riesgo de transmisión del VIH durante el sexo anal sin protección. El uso del preservativo con la pareja más reciente con quien se tuvo sexo penetrativo se considera un indicador confiable de comportamiento a largo plazo.

Qué mide: Progresos en la reducción de prevalencia de VIH en personas transgénero

Numerador: Número de personas transgénero cuyo resultado de la prueba de VIH fue positivo

Denominador: Número de personas transgénero que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual o última ocasión en que practicaron sexo anal.

Cálculo: Numerador/ Denominador *100

Método de Medición propuesto por ONUSIDA: Grupo de trabajo de ONUSIDA y la OMS sobre el VIH, Sida y la vigilancia de las ITS: directrices entre las poblaciones de mayor riesgo de contraer el VIH (OMS/ONUSIDA, 2011). Este indicador se calcula usando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los entrevistados en el centro o centros de vigilancia del VIH principales. Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.

Frecuencia de Medición: Anual

Desglose Edad (<25, 25+): sexo (Hombres transgénero, Mujeres transgénero y Otros)

Metodología de cálculo utilizada por México: Encuesta en siete zonas urbanas del sur de México (Cancún, Mérida, Ciudad del Carmen, Tuxtla Gutiérrez, Villahermosa, Oaxaca y Puebla) para generar evidencia sobre la epidemia entre poblaciones clave en el país: hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero, y mujeres trabajadoras sexuales.

Fuente del indicador reportado por México: Para ello, se obtuvo información serológica con el uso de una prueba rápida de VIH, así como información mediante un cuestionario estructurado sobre las características demográficas y socioeconómicas de los participantes, y sobre comportamientos sexuales y relacionados que Juan Pablo Gutiérrez Reyes, Andrey Ryo Shiba Matsumoto. Determinación de la prevalencia de VIH y sífilis, así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero y mujeres trabajadoras sexuales en siete ciudades de México, 2017. INSP

INDICADOR No.3.9
Aguias y jeringas por cada persona que consume drogas inyectables. 2017

Número de jeringas distribuidas por cada persona que se inyecta drogas		2017
Numerador:	Número de jeringas distribuidas en los últimos doce meses por los programas de agujas y jeringas	674,963
Denominador:	Número de usuarios de drogas inyectables en el país.	109,079
Numero:	Número de jeringuillas distribuidas por persona que usa drogas inyectables (Pudi) por año en los programas de agujas y jeringas	6.2

Qué mide	Los avances hacia la mejora de la cobertura de un servicio indispensable de prevención del VIH para personas que se inyectan drogas (PID)
Numerador:	Número de jeringas distribuidas en los últimos doce meses por los programas de agujas y jeringas
Denominador:	Número de usuarios de drogas inyectables en el país.
Cálculo:	Numerador / Denominador
Método de Medición propuesta por ONUSIDA:	Datos del programa empleado para contar el número de jeringas distribuidas (numerador). Estimación del número de Pudi en el país (denominador).
Frecuencia de Medición:	Bienal
Desglose:	Ciudades u otras áreas administrativas de importancia
Metodología de cálculo utilizada por México:	<p>Para calcular el número de jeringas distribuidas por PID, se solicitó el reporte del número de jeringas distribuidas gratuitamente a esta población a los Programas Estatales para la Prevención y del Control del VIH y el sida, Organismos de la Sociedad Civil (OSC) que distribuyen jeringas para Pudi, el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (Cenadic) y los Centros de Integración Juvenil, A.C.</p> <p>Para el reporte del número de usuarios de drogas inyectables en el país, se volvió a utilizar la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, en particular, el cuadro de "Usuarios de 12 a 65 años que se han inyectado algún tipo de droga ilegal según sexo", el cual registra que 164,157 personas declararon haberse inyectado algún tipo de droga ilegal.</p> <p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> •SS/Censida. <u>Jeringas distribuidas en el 2017</u>. México, marzo 2018. •Organismos de la Sociedad Civil con trabajo en drogas inyectables, Fátima: Institución de Beneficencia Privada, Irapuato Vive, A.C., Programa Compañeros, A.C., Prevencasa, A.C., Acción Colectiva por los Derechos de las Minorías Sexuales, A.C., Centro de Servicios Ser, A.C. Integración Social Verter, A.C., Inspira Cambio, A.C. •SS/Programas Estatales en VIH, Sida e ITS (Coahuila, Colima, Michoacán, Nuevo León, Sonora, Tamaulipas, Zacatecas.) •Centros de Integración Juvenil, A.C. <p>Denominador:</p> <p>SS/Conadic et. al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. México: INPRFM, 2017. https://www.gob.mx/salud/7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758b.mx/salud/7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758. Consultada 10 de enero 2018.</p> <p>En el 2017, el número de jeringas distribuidas a PID disminuyó el 33% en relación con el año anterior porque los programas estatales disminuyen la oferta de jeringas gratuitas. Por ello la distribución de jeringas se realizó, en un 90%, con recursos obtenidos de diferentes fuentes por organizaciones de la sociedad civil (OSC). El 54.5% de las jeringas compradas por las OSC provinieron de financiamiento obtenidos de las convocatorias de proyectos preventivos aprobados por el Censida en el 2017.</p>
Fuente del indicador reportado por México:	
Observaciones:	

INDICADOR 3.11

Sífilis activa en profesionales del sexo

2017

Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa		Todas	Hombres	Mujeres
Numerador:	Número de profesionales del sexo que han tenido resultados positivos en pruebas de detección de sífilis activa.	266	165	101
Denominador:	Número de profesionales del sexo que se han sometido a pruebas de detección de sífilis activa.	7,413	1,917	5,496
Porcentaje:	Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa.	3.6%	8.6%	1.8%

Notas:

Avances a la hora de reducir comportamientos sexuales de alto riesgo y actuaciones de intervención para controlar los casos de sífilis entre profesionales del sexo.

Qué mide

La prueba de sífilis en profesionales del sexo es importante para su salud y para fines de vigilancia de segunda generación.

Numerador:

Número de profesionales del sexo que han tenido resultados positivos en pruebas de detección de sífilis activa.

Denominador:

Número de profesionales del sexo que se han sometido a pruebas de detección de sífilis activa.

Cálculo

Numerador/Denominador

Herramientas de medición. Pueden utilizarse datos procedentes de sistemas de información sanitaria de rutina, vigilancia centinela o encuestas especiales. *Cómo medir.* El método tradicional para determinar la seroprevalencia ha sido la detección con una prueba no treponémica que mide la reactividad (Como VDRL o RPR) y confirmar resultados positivos con una prueba treponémica que mide el anticuerpo treponémico (como TPFA, TPPA, enzima Inmunoensayo o prueba rápida de treponema). Las pruebas treponémicas más nuevas y rápidas son comparativamente fáciles de usar, las cuales alientan el uso de estas pruebas para el cribado, idealmente emparejado con una prueba no treponémica que detecta el anticuerpo reaccínico. Sea cual sea el enfoque utilizado, el indicador propuesto requiere tanto una prueba positiva no treponémica y una prueba treponémica positiva para dar un proxy para la infección activa.

Método de Medición propuesto por ONUSIDA:

Sólo una prueba no treponémica, o simplemente una prueba treponémica, aunque útil en algunas situaciones con fines terapéuticos, no es suficientemente específica para vigilancia de los profesionales del sexo. El requisito de una prueba positiva no treponémica y una prueba treponémica positiva entre trabajadores sexuales difiere del indicador en prueba de sífilis en los cuidados de atención prenatal, porque los trabajadores sexuales tienen más probabilidades de tener antecedentes de infección. Una prueba positiva de treponémica mide la exposición de por vida, mientras que la prueba no treponémica indica mejor la infección activa.

Frecuencia de Medición:

N/A

Desglose

Género (masculino, femenino y transgénero)

Metodología de cálculo utilizada por México:

Se incluyen las detecciones de sífilis de hombres y mujeres trabajadores sexuales.

Fuente del indicador reportado por México:

SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares 2017. Consulta 13 de marzo del 2018.

Observaciones:

A partir del 2017 la Dirección General de Información en Salud (DGIS) implementó el “Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA)”, quizás la diferencia de cifras se deba a la adaptación de este nuevo modelo de captación de información en las entidades federativas.

INDICADOR 3.12

Sifilis activa entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres con cuadros de sífilis activa.		2017
Numerador:	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que han recibido resultados positivos en pruebas para la detección de sífilis activa.	11,703
Denominador:	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se han sometido a pruebas para la detección de sífilis activa.	39,062
Porcentaje:	Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres con sífilis activa.	30.0%

Notas:

Avances a la hora de reducir comportamientos sexuales de alto riesgo y actuaciones de intervención para controlar los casos de sífilis entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Qué mide

Realizar pruebas sobre sífilis entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es importante para la salud de estos y para finalidades de vigilancia de segunda generación.

Numerador:

Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que han recibido resultados positivos en pruebas para la detección de sífilis activa.

Denominador:

Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se han sometido a pruebas para la detección de sífilis activa.

Cálculo

Numerador/Denominador

Método de Medición propuesto por ONUSIDA:

Herramientas de medición. Sistemas de información de salud de rutina, vigilancia centinela o encuestas especiales. *Cómo medir.* El método tradicional para determinar la seroprevalencia ha sido la detección con una prueba no treponémica que mide la reactividad (Como VDRL o RPR) y confirmar resultados positivos con una prueba treponémica que mide el anticuerpo treponémico (como TPHA, TPPA, enzima Inmunoensayo o prueba rápida de treponema). Las pruebas treponémicas más nuevas y rápidas son comparativamente fáciles de usar, las cuales alientan el uso de estas pruebas para el cribado, idealmente emparejado con una prueba no treponémica que detecta el anticuerpo reaccínico. Sea cual sea el enfoque utilizado, el indicador propuesto requiere tanto una prueba positiva no treponémica y una prueba treponémica positiva para dar un proxy para la infección activa.

Sólo una prueba no treponémica, o simplemente una prueba treponémica, aunque útil en algunas situaciones con fines terapéuticos, no es suficientemente específica para vigilancia de los trabajadores sexuales. El requisito de una prueba positiva no treponémica y una prueba treponémica positiva entre trabajadores sexuales difiere del indicador en prueba de sífilis en los cuidados de atención prenatal, porque los trabajadores sexuales tienen más probabilidades de tener antecedentes de infección. Una prueba positiva de treponémica mide la exposición de por vida, mientras que la prueba no treponémica indica mejor la infección activa.

Frecuencia de Medición:

N/A

Desglose

Ninguna

Metodología de cálculo utilizada por México:

Se incluyen las detecciones de sífilis de HSH.

Fuente del indicador reportado por México:

SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares 2017. Consulta 13 de marzo del 2018.

Observaciones:

A partir del 2017 la Dirección General de Información en Salud (DGIS) implementó el "Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA)", quizás la diferencia de cifras se deba a la adaptación de este nuevo modelo de captación de información en las entidades federativas.

INDICADOR 4.3. Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente - México - 2017

Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses

Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente		Mujeres 15 - 49	Mujeres (15-19)	Mujeres (20-24)	Mujeres (25-49)
Numerador:	Mujeres alguna vez unidas de entre 15 y 49 años de edad y que afirman haber sufrido violencia física o sexual por parte de dicha pareja en los últimos 12 meses	2,449,099	243,823	359,094	1,846,182
Denominador:	Número total de mujeres encuestadas alguna vez unidas de entre 15 y 49 años de edad que tienen o han tenido una pareja íntima	30,189,840	3,777,515	4,636,272	21,776,053
Porcentaje:	Proporción de mujeres alguna vez unidas de entre 15 y 49 años de edad y que han sufrido violencia física o sexual por parte de una pareja masculina en los últimos 12 meses	8.1%	6.5%	7.7%	8.5%

Tamaño de la muestra: 142,363 viviendas.

Qué mide: Los avances en la reducción de la prevalencia de actos de violencia contra la mujer cometidos por compañeros sentimentales, tanto como resultado por sí mismo como también como medición indirecta de las desigualdades de género

Los compañeros sentimentales se definen como parejas con las que se convive, ya medie matrimonio o no. Los actos de violencia pueden haber ocurrido después de que la pareja se haya separado.

Justificación: Mundialmente, los altos índices de infección por el VIH entre las mujeres han puesto muy de relieve el problema de la violencia contra la mujer. Existe un reconocimiento cada vez mayor de que las desigualdades de género generalizadas y muy arraigadas, especialmente la violencia contra las mujeres y las niñas, contribuyen al riesgo que estas sufren en relación con el VIH y a su especial vulnerabilidad a estos efectos. La violencia y el VIH se han vinculado a través de vías o rutas directas e indirectas. Las encuestas realizadas en muchos países indican que son muchas las mujeres que han sufrido violencia de una forma u otra en algún momento de su vida. La OMS estima que, mundialmente, una de cada tres mujeres ha sufrido violencia por parte de compañeros sentimentales y/o violencia sexual por parte de sujetos que no eran su pareja

Numerador: Mujeres de entre 15 y 49 años que tienen o en algún momento han tenido una pareja íntima y que reportan haber experimentado violencia física o sexual por parte de como mínimo una pareja íntima en los últimos 12 meses. Véase la explicación del numerador que se incluye seguidamente para la lista de actos de violencia física o sexual a incluir.

Denominador: Total de mujeres encuestadas de 15-49 años que actualmente tienen o han tenido una pareja íntima

Cálculo: Numerador / Denominador * 100

Método de Medición propuesta por ONUSIDA: Encuestas poblacionales ya en uso dentro de los países, como son las encuestas plurinacionales de la OMS, Encuestas Demográficas y de Salud o Encuestas sobre Indicadores de Sida (módulo sobre violencia doméstica) y las Encuestas Internacionales sobre la Violencia contra la Mujer.

Frecuencia de Medición: Recopilar datos sobre violencia contra la mujer requiere métodos especiales que garanticen que la información se reúna de forma coherente con estándares éticos y de seguridad, que no causen situaciones de riesgo para las encuestadas y que maximicen su validez y fiabilidad.

Desglose: 3-5 años
Edad (15-19, 20-24 y 25-49)
Estado serológico sobre el VIH (si está disponible)

Metodología de cálculo utilizada por México: El objetivo general de la “Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016” (ENDIREH 2016) es generar información sobre las experiencias de violencia que han enfrentado las mujeres de 15 años y más: por tipo de violencia (emocional-psicológica, física, sexual, económico-patrimonial); en la relación de pareja y en los ámbitos escolar, laboral, comunitario); para estimar la extensión y gravedad de la violencia contra las mujeres; con la finalidad de apoyar en el diseño y seguimiento de políticas públicas orientadas a atender y erradicar la violencia contra las mujeres por razones de género. Los datos que se presenta incluye a las mujeres casadas, unidas, separadas, divorciadas, viudas, solteras con novio y solteras con ex-novio de 15 a 49 años en general (denominador) y en particular a las de este grupo que han sufrido violencia física o sexual en el último año (Numerador).

Para su conformación y estructura se utilizó la muestra maestra del Marco Nacional de Viviendas 2012. De donde se obtuvo una muestra de diseño probabilístico, trietápico, estratificado y por conglomerados; como resultado del proceso se generan las unidades primarias de muestreo (UPM). Es en estas unidades, en una segunda etapa, donde se seleccionan las viviendas que integran las muestras de las diferentes encuestas que realiza el INEGI: 142,363 viviendas fueron seleccionadas para entrevistar a mujeres de 15 años y más. El levantamiento de la información se realizó del 3 de octubre al 18 de noviembre de 2016

Fuente del indicador reportado por México: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Principales Resultados. México. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf. Consultado 25 de enero 2018.

Sobre las restricciones del indicador 4.3 Los datos que se muestran en este informe (GAM 2018) no son comparables con los reportados en el informe GARPR 2014 debido a que, en éste último no se especificaron restricciones de categorías y las utilizadas no se corresponden con todas las establecidas para el GAM 2018. En la fuente de información de este indicador (ENDIREH) se consideran las “amenazas con arma de fuego o arma punzocortante” como violencia emocional, sin embargo, para Onusida éstas se consideran como violencia física. Para el GAM 2018 estas amenazas fueron incluidas en el reporte.

Se utilizaron factores de expansión para darle a la muestra el peso proporcional a la población investigada. Los datos que se presentan son los datos expandidos de la población de interés.

Observaciones:

A. Prevalencias de violencia total contra las mujeres (15 años y más) : De acuerdo con la ENDIREH (2006,2011 y 20016), en términos generales la violencia contra las mujeres no se ha modificado sustancialmente permaneciendo en niveles elevados porque 10 años antes el 67% sufrió algún tipo de violencia, en el 2011 ese porcentaje bajó al 62,8% y en 2016 subió al 66.1% de las mujeres han sufrido al menos un incidente de violencia emocional, económica, física, sexual o discriminación a lo largo de su vida.

B. Prevalencias de violencia contra las mujeres (15 años y más) por tipo de violencia: De acuerdo con las mismas encuesta (ENDIREH 2006,2011 y 20016) por tipo de violencia por año respectivo hay marcados ascensos de conductas violentas hacia la mujer: emocional 46.1, 44.3 y 49%; sexual 43.5, 35.4 y 41.3%; física 23.6, 16.7 y 34%; y económica o patrimonial o discriminación en el trabajo 30.4, 35.3 y 29%. Es el último tipo de violencia el único que muestra descenso entre 2011 y 2016.

2017						
Porcentaje estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas seropositivas que recibieron tratamiento tanto para la TB como para el VIH. TOTAL DE CASOS		Total	Hombres	Mujeres	< de 15 años	> de 15 años
Numerador	Número de pacientes de TB (nuevos y que recaen en la enfermedad) que son VIH-positivos que iniciaron el tratamiento para TB durante el periodo del que se informa que ya estaban recibiendo terapia antirretroviral o que empezaron terapia antirretroviral durante el tratamiento de TB dentro del año de reporte	2,364	1,904	460	76	2,288

Notas:

Qué mide	Avances en la detección y tratamiento de la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH
Justificación:	La tuberculosis es una causa principal de morbilidad y mortalidad entre las personas que viven con el VIH, lo que incluye también a las que reciben terapias antirretrovirales. Son esenciales una búsqueda activa de casos de TB y el acceso a diagnósticos y tratamientos de calidad para TB de conformidad con las directrices internacionales/nacionales para mejorar la calidad y duración de la vida de las personas que viven con el VIH. Es importante una medición del porcentaje de pacientes de TB VIH-positivos que acceden a un tratamiento adecuado para sus cuadros de TB y VIH.
Numerador	Número de pacientes de TB (nuevos y que recaen en la enfermedad) que son VIH-positivos que iniciaron el tratamiento para TB durante el periodo del que se informa que ya estaban recibiendo terapia antirretroviral o que empezaron terapia antirretroviral durante el tratamiento de TB dentro del año de reporte
Denominador	Número estimado de casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH La OMS calcula estimaciones anuales sobre el número estimado de casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH. Se dispuso de las estimaciones de 2016 para el denominador, provistas por los países en base a la notificación y cobertura de terapia antirretroviral,
Cálculo:	Numerador/Denominador*100
Método de medición:	Registros e informes sobre terapia antirretroviral en centros sanitarios; herramientas de monitoreo de programas Datos de programas y estimaciones sobre el número estimado de casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH
Frecuencia de Medición:	Los datos deberán recopilarse de forma continuada a nivel de centros y agregarse de forma periódica, preferiblemente mensual o trimestralmente, e informarse de ellos de forma anual. Deberá darse cuenta aquí del año más reciente para el que estén disponibles datos y estimaciones.
Desglose:	Por sexo edad (<15, 15+)
Información adicional solicitada	Deberán ofrecerse datos específicos a nivel de ciudad para este indicador. Se ha creado un espacio en la hoja de entrada de datos para que se provea en él información para la ciudad capital así como para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que soportan una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.
Puntos fuertes y débiles:	La adecuada detección y tratamiento de la tuberculosis permitirá prolongar la vida de las personas que viven con el VIH y reducir la carga que soportan las comunidades por esta enfermedad. La OMS ofrece estimaciones anuales sobre la carga de prevalencia de la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH basadas en las mejores estimaciones disponibles sobre prevalencia del VIH y la incidencia de la tuberculosis. Todas las personas que viven con el VIH que se infectan de TB deberán iniciar el tratamiento para TB y la terapia antirretroviral dentro de las ocho semanas siguientes al inicio del tratamiento para TB, independientemente del recuento que presenten de células CD4. Las personas con VIH y tuberculosis con profunda inmunosupresión (recuentos de células CD4 de menos de 50 células/mm3) deberán recibir terapia antirretroviral dentro de las dos primeras semanas siguientes a iniciar su tratamiento para la tuberculosis. El tratamiento para TB deberá iniciarse de acuerdo con las directrices de los programas nacionales sobre TB. Este indicador cuantifica el grado en que la colaboración entre los programas nacionales sobre TB y VIH garantiza que las personas que viven con el VIH y con TB puedan tener acceso a un tratamiento adecuado para ambas patologías. Sin embargo, este indicador se verá afectado por bajos niveles de uso de pruebas para VIH, escaso acceso a los servicios de atención sobre VIH y a la terapia antirretroviral, y por un pobre acceso al diagnóstico y tratamiento para la tuberculosis. Se deberá hacer referencia a indicadores separados para cada uno de esos factores cuando se interpreten los resultados de este indicador. Es importante que los profesionales que proveen atención sanitaria para el VIH y terapias antirretrovirales registren el diagnóstico y tratamiento de los casos de tuberculosis, ya que esa información tiene implicaciones para la elegibilidad para terapias antirretrovirales y para la selección del régimen antirretroviral. En consecuencia se recomienda que la fecha de inicio del tratamiento de casos de tuberculosis se registre en el registro antirretroviral.
Metodología de cálculo utilizada por México:	La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH 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.
Fuente del indicador reportado por México:	Numerador: SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, Imss, Issste, Sedena y Pemex.

INDICADOR No. 10.2

Personas que viven con el VIH con tuberculosis activa

2017		
Porcentaje del número total de personas que viven con el VIH que tienen TB activa expresado como porcentaje de las que son registradas por primera vez para recibir atención para el VIH (pre-terapia antirretroviral o terapia antirretroviral) durante el periodo del que se informa		Total
Numerador	Número total de personas con tuberculosis activa durante el periodo de notificación entre quienes se registraron por primera vez en la atención para el VIH. CASOS NUEVOS DE VIH y TB.	1,104
Denominador	Número total de personas que se inscribieron por primera vez en la atención para el VIH durante el periodo de notificación (pre-terapia antirretroviral o terapia antirretroviral) El denominador debe ser el mismo que el denominador del indicador 10.3	18,033
Porcentaje	Número total de personas seropositivas con tuberculosis activa, expresado como el porcentaje de los pacientes que se registran por primera vez en la atención para el VIH (terapia antirretrovírica o tratamiento previo) durante el periodo de notificación	6.1%

Notas:

Qué mide

La carga de TB activa entre las personas que viven con el VIH que son inscritas en atención para el VIH por primera vez. También cuantifica indirectamente los esfuerzos para detectar de forma temprana TB asociada a VIH.

Justificación:

Los objetivos principales de la búsqueda de casos de TB en entornos de atención al VIH y de pruebas y asesoramiento sobre VIH iniciados por el proveedor para pacientes de TB son la detección temprana de cuadros de TB asociados con el VIH y la pronta provisión de terapias antirretrovirales y de tratamiento para TB. Aunque deberá intensificarse la búsqueda de casos de TB entre todas las personas que viven con el VIH en cada visita que se haga a centros de atención y tratamiento para el VIH, ello es particularmente importante en el momento en que esas personas se inscriben en esos servicios, ya que el riesgo de cuadros de TB no detectados es mayor entre pacientes que son inscritos en el tratamiento que entre los que ya están recibiendo terapias antirretrovirales. Además, las personas con TB que son inscritas para recibir atención médica que viven con el VIH pueden tener menor conocimiento de los síntomas y de la importancia de la detección temprana y el tratamiento, y por ello pueden no buscar atención médica para síntomas generales o específicos de la tuberculosis. Una búsqueda intensificada de casos ofrece la oportunidad de formar a las personas que viven con el VIH y de permitir detectar antes cuadros de TB. Todas las personas que viven con el VIH en las que se detecte TB deberán iniciar tratamiento contra TB de forma inmediata y terapia antirretroviral dentro de las ocho semanas siguientes si aún no están recibiendo terapias antirretrovirales.

Numerador:	Número total de personas con TB activa durante el periodo del que se informa entre las que son registradas por primera vez para recibir atención médica para el VIH.
Denominador:	Número total de personas recién inscritas en servicios de VIH: es decir, que se inscribieron para terapia pre-antirretroviral o terapia antirretroviral durante el periodo de notificación.
Cálculo:	Numerador/Denominador
Método de medición:	<p>El resultado de las actuaciones de investigación sobre TB entre personas que viven con el VIH de las que se supone que padecen TB deberá registrarse en las tarjetas de atención médica sobre VIH / terapia antirretroviral (en la columna sobre investigaciones en la sección encuentros) y en los registros sobre terapias pre antirretrovirales y sobre terapias antirretrovirales (secciones de seguimiento mensual y trimestral, respectivamente).</p> <p>De modo similar, los pacientes de TB que sean hallados VIH-positivos deberán ser inscritos para recibir atención para el VIH y deberá registrarse su situación en relación con la enfermedad de la tuberculosis en la tarjeta y registros sobre terapia antirretroviral.</p> <p>Para el numerador. A la conclusión del periodo del que se informa, contar el número total de personas que viven con el VIH que son inscritas para recibir atención para el VIH (registros sobre terapia pre antirretroviral y sobre terapia antirretroviral) que tienen cuadros activos de la enfermedad de la tuberculosis.</p> <p>Para el denominador. Recuento del número total de personas que viven con el VIH que son inscritas para recibir atención médica para el VIH: es decir, que son inscritas para recibir terapia pre antirretroviral o que empiezan a recibir terapia antirretroviral durante el periodo del que se informa. Deberá evitarse la doble contabilización de un mismo sujeto en los registros sobre terapias pre antirretrovirales y sobre terapias antirretrovirales. Además, la información sobre cuadros de tuberculosis de los registros de terapias pre antirretrovirales y terapias antirretrovirales deberá actualizarse y conciliarse con los registros sobre TB en las unidades básicas de gestión relevantes antes de su consolidación y presentación a niveles superiores.</p>
Frecuencia de Medición:	Los datos deberán registrarse diariamente e informarse de ellos a nivel nacional o subnacional como parte de los procedimientos de información trimestral de rutina. Asimismo, los datos deberán enviarse de forma anual a la OMS y el ONUSIDA.
Desglose:	Ciudades
Información adicional solicitada:	Deberán ofrecerse datos específicos a nivel de ciudad para este indicador. Se ha creado un espacio en la hoja de entrada de datos para que se provea en él información para la ciudad capital así como para una o dos ciudades más que sean clave por su alta relevancia epidemiológica, por ejemplo, aquellas que soportan una mayor carga del VIH o que se han comprometido a poner fin al sida para 2030.
Puntos débiles y fuertes:	<p>Revisar las tendencias en TB entre las personas que viven con el VIH que son inscritas en servicios de atención sanitarias durante un determinado periodo puede ofrecer información útil sobre la carga de TB que se da entre ellas y sobre la eficacia de los esfuerzos que se hacen para detectar y tratar cuadros de tuberculosis asociados con el VIH de forma pronta.</p> <p>Este indicador puede subestimar la actual carga de TB asociada con el VIH ya que puede excluir a pacientes que sean detectados a través de pruebas y asesoramiento iniciados por el proveedor sanitario pero no inscritos en atención para el VIH o que hayan difundido formas de TB, que permanezcan asintomáticos y que fueron pasados por alto durante pruebas rutinarias de detección de TB. Un valor alto en este indicador puede denotar altos índices de TB o pruebas de detección de TB eficaces y también programas de pruebas sobre VIH eficaces, mientras que un valor bajo puede reflejar malas prácticas de detección de TB o de las pruebas sobre el VIH, o también actuaciones de control sobre TB exitosas.</p>
Metodología de cálculo utilizada por México:	La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH 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, Semar, Sedena y Pemex que representan 99.5% del total de personas en TAR (incluye sector público y privado).
Fuente del indicador reportado por México:	Numerador: SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público y privado: SS, Imss, Sedena, Semar y Pemex, que representan el 99.5% de las personas en TAR. Datos preliminares, cierre 2017.

Indicador 10.5
Gonorrea entre la población masculina

Índice de cuadros de gonorrea diagnosticados en laboratorio entre hombres de países que cuentan con capacidades de laboratorio para este tipo de diagnósticos.		2017
		Total de hombres de 15 años ó más
Numerador	Número de hombres que comunican cuadros de gonorrea diagnosticados en laboratorio en los anteriores 12 meses.	2,048
Denominador	Número de hombres de 15 o más años de edad.	43,200,629
Tasa por cada 100 mil habitantes	Tasa de gonorrea diagnosticada por el laboratorio entre hombres en países con capacidad de laboratorio para el diagnóstico.	4.74

Notas:

Qué mide	Avances a la hora de reducir el número de hombres que tienen relaciones sexuales sin protección.
Numerador:	Número de hombres que comunican cuadros de gonorrea diagnosticados en laboratorio en los anteriores 12 meses
Denominador:	Número de hombres de 15 o más años de edad.
Cálculo	Numerador/Denominador
Frecuencia de Medición:	Anual.
Desglose	Ninguno.

**Método de
Medición propuesto por
ONUSIDA:**

La infección con una infección bacteriana aguda de transmisión sexual, como es la gonorrea, es un marcador de relaciones sexuales sin protección, y facilita la transmisión y adquisición del VIH. La vigilancia de los casos de gonorrea contribuye, en consecuencia, al seguimiento de segunda generación del VIH, ofreciendo una alerta temprana sobre el potencial riesgo sobre VIH resultante de la transmisión sexual y continuadas actividades de riesgo que pueden requerir intervenciones programáticas más agresivas para reducir ese riesgo. Además, los cuadros no tratados de gonorrea pueden dar lugar a enfermedad pélvica inflamatoria, embarazos ectópicos, infertilidad, ceguera y enfermedad diseminada. Incrementar la resistencia a las opciones de tratamiento que actualmente se recomiendan puede resultar en que la infección sea intratable.

La OMS ha provisto una definición mundial de casos, la definición efectiva de los casos puede variar dentro de un determinado país o región o entre países y regiones. Además, las capacidades de diagnóstico pueden variar entre países. Aunque este indicador puede resultar infravalorado, en ausencia de cambios en la definición de los casos o de cambios principales en las pruebas de detección, generalmente pueden utilizarse esos datos para hacer un seguimiento de tendencias a lo largo del tiempo en un determinado país.

Los países, cuando informen sobre casos de gonorrea, deberán dar cuenta de la medida en que los datos que utilicen sean representativos de la población nacional. Los datos sobre casos de gonorrea entre mujeres, aunque son útiles para finalidades de vigilancia en los niveles local y nacional, no se solicitan a nivel mundial, porque la mayoría de la mujeres infectadas por *Neisseria gonorrhoeae* son asintomáticas, y no están ampliamente disponibles pruebas diagnósticas sensibles sobre gonorrea entre la población femenina en los países con ingresos bajos y medios. En consecuencia, los datos sobre gonorrea entre la población femenina dependen demasiado de recursos para diagnóstico y prácticas de detección que han de ser adecuadamente supervisadas a nivel local. Si un país no puede informar sobre este denominador, la OMS utilizará el denominador que resulte de la División de Población de las Naciones Unidas.

**Metodología de cálculo
utilizada por México:**

Para el 2017 (cifras preliminares), sólo se tiene la información disponible por entidad federativa y sexo, no se desglosa por grupos de edad. Por esta razón, se aplicó la distribución porcentual de los casos nuevos de gonorrea de los hombres de 15 años de edad y más, correspondiente a los datos definitivos 2016, a los casos nuevos de gonorrea en hombres según los datos preliminares del 2017. En este sentido, es importante mencionar que las cifras preliminares del sistema, de cinco años atrás generalmente han sido mayores a las definitivas de cada año; lo anterior en virtud de que, no todos los casos preliminares se confirman.

En el numerador se incluye el total de los casos nuevos de gonorrea en hombres durante el 2017 (preliminar). En el denominador se incluye las proyecciones de población masculina de 15 años de edad o más del país, debido a que las de UNPD (por sus siglas en inglés) no se encuentran disponibles.

**Fuente del indicador
reportado por México:**

SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana- 51. Datos preliminares, 2017.
SS/DGE. SINAVE. Sistema de Notificación Semanal. Datos definitivos 2016.
SG/CONAPO. Proyecciones de la Población de México 1990-2030. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. Consultado marzo 2018.

Observaciones:

En 2017 el número de hombres con infección gonocócica genitourinaria fue muy elevado porque se incrementó en un 194% en relación con el 2016. Entre los años de 2012 a 2016 la tasa de crecimiento fue de 10%, por lo que, como hipótesis, pensamos que se puede deber a que se hayan registrado casos no notificados anteriormente.

