



VIH/SIDA EN MÉXICO 2012



CENSIDA
Centro Nacional para la
Prevención y el Control del SIDA

SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD



El VIH/SIDA en México 2012

D.R. © Secretaría de Salud
Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA)

ISBN En trámite

Herschel No. 119, 6° Piso
Col. Verónica Anzures
Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11590
México, Distrito Federal
Conmutador: 9150-6000

Primera Edición
Primera impresión 1,000 Ejemplares
Noviembre de 2012
Hecho en México

Se permite la reproducción total o parcial de esta obra siempre y cuando se cite la fuente:
CENSIDA/Secretaría de Salud 2012, El VIH/SIDA en México 2012.

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA

Dr. José Antonio Izazola Licea
Director General

Mtro. Héctor Sucilla Pérez
Director de Investigación Operativa

C.D. Carlos García de León Moreno
Director de Prevención y Participación Social

Dirección de Atención Integral

Lic. Diana Cerezo Díaz
Coordinadora Administrativa

Acrónimos

ARV	Antirretroviral(es)
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA
CONASIDA	Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
FUNSAUD	Fundación Mexicana para la Salud A. C.
GCTH	Grupo de Cooperación Técnica Horizontal
HTS	Hombres trabajadores sexuales
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
MTS	Mujeres trabajadoras sexuales
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA
OSC	Organización(es) de la Sociedad Civil
PTS	Personas que se dedican al trabajo sexual
PVVIH	Personas que viven con VIH
RNCS	Registro Nacional de casos SIDA
SAI	Servicio(s) de Atención Integral
SALVAR	Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales
SIDA	Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida
TARV	Tratamiento antirretroviral
TB	Tuberculosis
TBTF	Tuberculosis todas formas
TTT	Travesti(s)/Transgénero(s)/Transexual(es)
UDI	Personas que usan drogas inyectables
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Contenidos

Panorama actual de la epidemia de VIH/SIDA	12
El contexto mundial y Regional	12
El VIH/SIDA en México	13
<i>El estado actual de nuestra epidemia de VIH/SIDA</i>	13
<i>El Registro Nacional de casos SIDA</i>	17
Respuesta preventiva al VIH	24
Factores de riesgo y vulnerabilidad a la infección por VIH	24
Acciones programáticas preventivas en 2012	27
La atención integral al VIH/SIDA	33
Acceso Universal a la Atención Integral en México	33
<i>Logros y acciones emprendidas</i>	
Hacia la eliminación de la transmisión vertical del VIH y de la sífilis congénita	39
Promoción del acceso a la atención integral en migrantes	42
El Compromiso internacional de México en la respuesta al VIH/SIDA	43
Prioridades de acción para los próximos años	45
Referencias bibliográficas	47

Índice de gráficas

Gráfica 1.	Prevalencia del VIH en México en adultos (15-49 años).	14
Gráfica 2.	Incidencia: casos nuevos VIH.	14
Gráfica 3.	Mortalidad por VIH/SIDA, 1990-2011.	15
Gráfica 4.	Mortalidad por VIH/SIDA y sexo, 1990-2011.	16
Gráfica 5.	Casos acumulados de SIDA diagnosticados: Sexo y edad.	19
Gráfica 6.	Casos acumulados de personas que continúan con registro de seropositivos a VIH: Sexo y Edad.	19
Gráfica 7.	Razón Hombre / Mujer de casos seropositivos a VIH y de casos SIDA (1983 - 2012).	20
Gráfica 8.	Razón Hombre / Mujer de casos SIDA por Estado: Comparación 2006 vs. 2011.	20
Gráfica 9.	Razón Hombre / Mujer de casos seropositivos a VIH por Estado: Comparación 2006 vs. 2011.	21
Gráfica 10.	Casos nuevos diagnosticados seropositivos a VIH y SIDA: 1983 a proyección cierre 2012.	22
Gráfica 11.	Categorías de transmisión en casos acumulados de SIDA en hombres (1983 a Septiembre 2012).	23
Gráfica 12.	Categorías de transmisión en casos acumulados de SIDA en mujeres (1983 a Septiembre 2012).	23
Gráfica 13.	Personas en TARV en la Secretaría de Salud por sexo (2007 a Septiembre 2012).	34
Gráfica 14.	Porcentaje de uso de inhibidores de proteasa en primera línea de TARV por Estado e Institutos de Salud.	37
Gráfica 15.	Casos nuevos de SIDA y seropositivos a VIH perinatales (1997-2012)	39

Índice de cuadros

Cuadro 1.	Indicadores de comportamiento sexual, ENSANUT 2011/2012	25
Cuadro 2.	Indicadores de resultados, Proyecto Foro Mundial Ronda 9: Cierre 2011 y preliminares a Marzo de 2012.	30
Cuadro 3.	Porcentajes de detección de VIH en embarazadas en el Sector Público de Salud (2006-2011)	40
Cuadro 4.	Porcentajes de detección de sífilis en embarazadas en el Sector Público de Salud (2006-2011)	41
Cuadro 5.	Porcentajes de detección de VIH y sífilis en embarazadas ENSANUT, 2012	41

Agradecimientos

Este texto representa un esfuerzo colaborativo de la Dirección General, la Dirección de Investigación Operativa, la Dirección de Prevención y Participación Social; y la Dirección de Atención Integral.

Coordinador y editor: Mtro. Héctor Sucilla Pérez, Director de Investigación Operativa del CENSIDA.

Supervisor y coeditor: Dr. José Antonio Izazola Licea, Director General del CENSIDA.

Equipo técnico: Carlos García de León Moreno
Carmen Soler Claudin
Pilar Rivera Reyes
Lucila Villegas Icazbalceta
Juan Carlos Jaramillo Rojas
Mauricio Ramos Madrigal
Paloma de Fátima Ruiz Gómez.

Se extiende un agradecimiento especial a todo el personal del CENSIDA por el trabajo realizado de 2008 a 2012; así como por su compromiso con la respuesta al VIH/SIDA del país.

Prólogo

En la actualidad, es necesario hacer una profunda reflexión acerca de los retos que persisten en el país y las necesidades futuras que nos permitan fijar un nuevo rumbo y una nueva dinámica a la respuesta multisectorial al VIH/SIDA, con la finalidad de impactar de forma acelerada y efectiva en la reducción de nuevas infecciones por VIH, en la ampliación del tiempo y la mejora de la calidad de vida de las personas que viven con VIH; así como en la eliminación de determinantes asociados a la epidemia, los cuales se traducen en violaciones a los derechos humanos de quienes viven con VIH, de las personas pertenecientes a los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad; así como de cualquier persona afectada por la epidemia.

Para lo anterior, es necesario propiciar espacios de diálogo técnico y político adecuados que nos permitan integrar una visión más incluyente e integral de la respuesta del país, enfocada al diseño de estrategias comunes orientadas a cumplir con las metas comprometidas por México al adoptar la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y la Declaración Política sobre el VIH/SIDA, las cuales están vinculadas a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y al Acceso Universal.

Si bien es cierto que México tiene uno de los mayores porcentajes de cobertura de tratamiento antirretroviral en la región y en el mundo, hoy día en nuestro país se estima el 85%, rebasando la meta planteada para 2015 de 80%. Necesitamos cerrar las brechas faltantes lo antes posible, para lo cual es necesario considerar como punto de agenda, el fortalecimiento de los sistemas de salud; así como del sistema protección y seguridad social, a fin de que en todos los niveles de respuesta y en todas las entidades federativas se tengan mecanismos sustentables y establecidos permanentemente dentro de la política nacional, para ofrecer tratamiento, atención, apoyo, prevención y diagnóstico de forma integral a toda persona en necesidad. A la par, es necesario promover e incorporar en niveles estratégicos las experiencias satisfactorias y buenas prácticas realizadas para que puedan plasmarse en instrumentos de gestión y política orientados a continuar escalando los avances del país en la respuesta. En especial resultará un reto importante el reducir al máximo posible el costo del tratamiento antirretroviral por paciente.

Es inaceptable que hoy nazcan niños con infección por VIH, por lo que el llamado es para coordinar acciones entre los diferentes programas y servicios de salud cuyos ejes transversales sean la salud materno-infantil y el VIH/SIDA.

En materia de prevención, debemos promover un diálogo continuo multisectorial, a fin de dirigir los recursos existentes hacia estrategias de prevención y promoción de la salud que se focalicen en los grupos de mayor riesgo en el país, como son los hombres que tienen sexo con hombres; las trabajadoras y trabajadores sexuales;

y los usuarios de drogas inyectables. Necesitamos también reforzar acciones que alejen, a las generaciones de hoy y del mañana, de comportamientos de riesgo que puedan comprometer su salud en el contexto de la epidemia que nos ocupa.

Es urgente implementar estrategias innovadoras y con alto nivel de penetración social que minimicen al máximo, hasta llegar a la erradicación, las epidemias sociales del estigma, la discriminación, la homofobia, la transfobia y la violencia, cuya asociación potencializa negativamente la epidemia del VIH/SIDA; y son fuertes obstáculos para el acceso a servicios de atención, cuidados integrales y prevención. Cada una de estas epidemias transversales deberá analizarse y posicionarse de manera independiente pero en un contexto integral, para hallar soluciones eficaces y efectivas a cada una de ellas.

Por último, hay que explotar al máximo el concepto de “respuesta multisectorial”. Es un deber común el terminar con la vieja idea de que la epidemia del VIH/SIDA es únicamente un asunto de intervención del sector salud. Tenemos que trabajar de manera coordinada y estratégica para lograr el balance ideal en la integración de todo tipo de actores y sectores en respuesta a la epidemia, cada uno desde su ámbito de acción, explotando al máximo su ventaja comparativa, como por ejemplo, la integración del sector educativo dentro de la prevención del VIH para la coordinación y rectoría de políticas en materia de educación sexual integral; o las defensorías de derechos humanos en la lucha contra el estigma, la discriminación, la homofobia, la violencia y los abusos; entre muchos otros.

Por todo lo anterior, el llamado colectivo es hacia la armonización de esfuerzos para posicionar durante la próxima administración una agenda común, con el compromiso solidario de trabajar para vencer los retos mencionados.

Héctor Sucilla Pérez y José Antonio Izazola Licea

Introducción

La epidemia del VIH en nuestro país y en el mundo es un problema que rebasa el ámbito de la salud pública al converger con factores psicológicos, sociales, éticos, económicos, políticos; y de derechos humanos, entre otros. Por lo anterior, en el Programa de Acción Específico 2007-2012 de esta administración, en respuesta al VIH/SIDA e ITS, se priorizaron como ejes fundamentales el acceso de calidad a la atención integral, incluyendo tratamiento antirretroviral; una dinámica de prevención y promoción de la salud sexual focalizada en los grupos poblacionales de mayor riesgo y en mayores contextos de vulnerabilidad, el fortalecimiento de los servicios para detener las infecciones perinatales de VIH y sífilis; la promoción de la salud sexual; el combate al estigma, la discriminación, la homofobia y la transfobia; así como el trabajo colaborativo con el sector de la sociedad civil organizada, entre otros temas.

Las acciones realizadas de 2007 a 2012 por la Secretaría de Salud y por las demás instituciones del sector público de salud, basadas en los ejes previamente mencionados, han dado muestra de resultados satisfactorios, los cuales indican que la respuesta del país al VIH ha tomado un rumbo adecuado ya que impactó positivamente en la salud de las personas que viven con VIH; así como en aquellas que podrían estar en riesgo y vulnerabilidad a la infección. Por otra parte, estos resultados son alentadores, debido a que muestran que estamos en buen camino para cumplir con los compromisos internacionales establecidos por México.

Este documento sintetiza el estado actual de la epidemia del VIH/SIDA en el país; así como también las principales acciones impulsadas por el CENSIIDA en el 2012. En su parte final, establece una serie de prioridades de acción para futuras administraciones, cuyo planteamiento se basa en algunos de los hallazgos contenidos en este texto; así como durante la operación del programa durante los últimos cuatro años de esta administración.

El presente documento sintetiza los avances ante Objetivos de Desarrollo del Milenio, las metas de acceso; y la Declaración Política sobre el VIH/SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA, adoptada en 2011 en la Reunión de Alto Nivel sobre SIDA de la Asamblea General de la ONU.

Panorama actual de la epidemia de VIH/SIDA

El contexto mundial y Regional

En los últimos años, el número de nuevas infecciones por VIH en el mundo ha tenido tendencia a la baja, en gran medida atribuida a los esfuerzos globales en materia de prevención; no obstante, este decremento aún no es suficiente para conseguir la meta planteada al 2015 acerca de la reducción a 50% del número de nuevas infecciones por VIH (ONUSIDA, 2012). El ONUSIDA estimó que a finales de 2011, el número de personas de 15 años o mayores que adquirió la infección por VIH en el mundo fue de 2.2 millones [2.0 million–2.4 millones], de las cuales cerca de 1.5 millones [1.3 millones–1.6 millones] habrían ocurrido en África Subsahariana (ONUSIDA, 2012).

En América Latina la epidemia de VIH continúa con tendencias de estabilización en niveles comparativamente bajos, cerca de 100,000 personas adquieren la infección por VIH en nuestra región; y en la mayor parte de los países de Latinoamérica, la epidemia se esparce primordialmente dentro y alrededor de las redes de personas que forman parte del grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (ONUSIDA, 2012). Algunos estudios regionales han documentado prevalencias de al menos 10% en el grupo de HSH en nueve países, que incluso llegan a ser tan altas como 19% en algunas ciudades (Beyrer C et al, 2010; Kerr L et al, 2012; Tinajeros F et al, 2011 citados en ONUSIDA, 2012). Por último, cabe mencionar que las persona que usan drogas inyectables también representan un grupo de concentración de la epidemia en nuestra región, especialmente en países del Cono Sur de Sudamérica y en México (ONUSIDA, 2012); y no debemos olvidar también el grupo de riesgo de las personas que se dedican al trabajo sexual, especialmente el de los hombres trabajadores sexuales (HTS). Cabe señalar que durante los últimos diez años, la prevalencia de infección por VIH en nuestra región se ha mantenido estable y cerca de 0.4% y recordar que casi 65% de las personas viviendo con VIH (PVVIH) eran hombres.

Las muertes asociadas al SIDA han disminuido significativamente en los últimos años en gran medida debido al incremento en el acceso al tratamiento antirretroviral (TARV) de calidad, para el 2011 se estima que fallecieron cerca de 1.7 millones [1.6 millones a 2 millones] de personas debido a causas relacionadas al SIDA, lo que representa una importante reducción al comparar con los 2.3 millones [2.1 millones–2.5 millones] que se estimaron en 2005 (ONUSIDA, 2012). En Latinoamérica, el sostenido y amplio acceso al TARV ha representado un factor fundamental para reducir las muertes asociadas por el SIDA de 63,000 [35,000–105,000] en el 2001 a 57,000 [35,000–86,000] en el 2011.

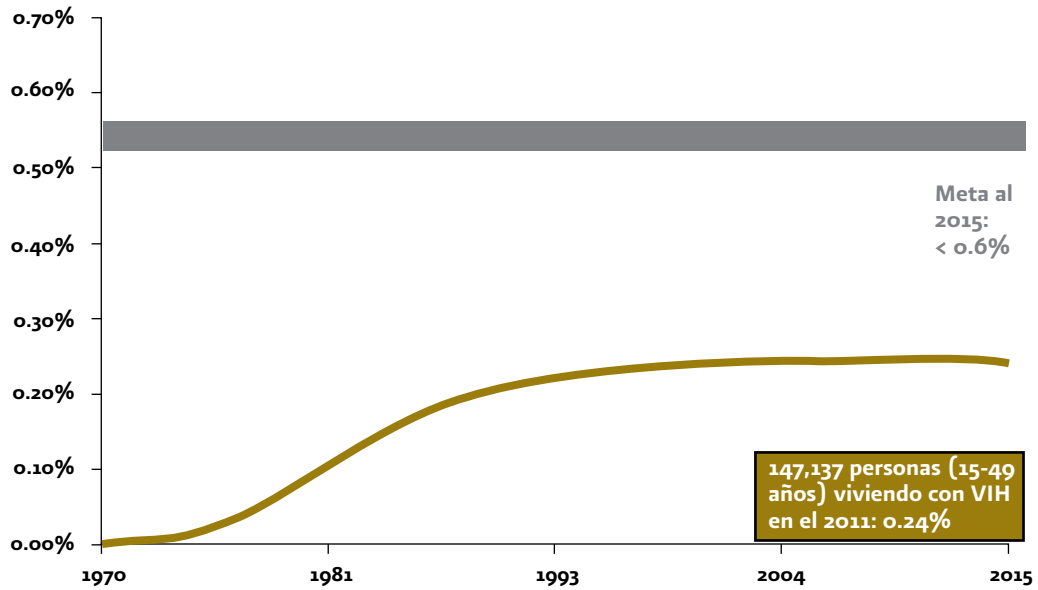
El VIH/SIDA en México

El estado actual de nuestra epidemia de VIH/SIDA

Las estimaciones más recientes realizadas por el ONUSIDA y el CENSIDA, señalan tendencias alentadoras para nuestro país, ya que durante los últimos años se muestra un comportamiento prácticamente estable de la prevalencia de VIH, mismo que pudiera conservarse los próximos años. Para el año 2011, la prevalencia de infección por VIH en población adulta del país de 15 a 49 años, era de 0.24%, lo que implicaba ya que para finales del 2011 se estima que en México habían cerca de 147,137 personas viviendo con VIH de este rango de edad (Gráfica 1). Mientras que el total de PVVIH de todas las edades era de 179,478. A este respecto, cabe destacar que el país se fijó como Meta dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) el tener para el año 2015 una prevalencia menor al 0.6% en población adulta, por lo que de continuar con la tendencia previamente descrita continuaremos cumpliendo con este indicador en el marco de los compromisos internacionales de México. Por otra parte, se observa una tendencia sostenida hacia la disminución de nuevas infecciones por VIH, que para el año 2011, fueron 9,903 (Gráfica 2).

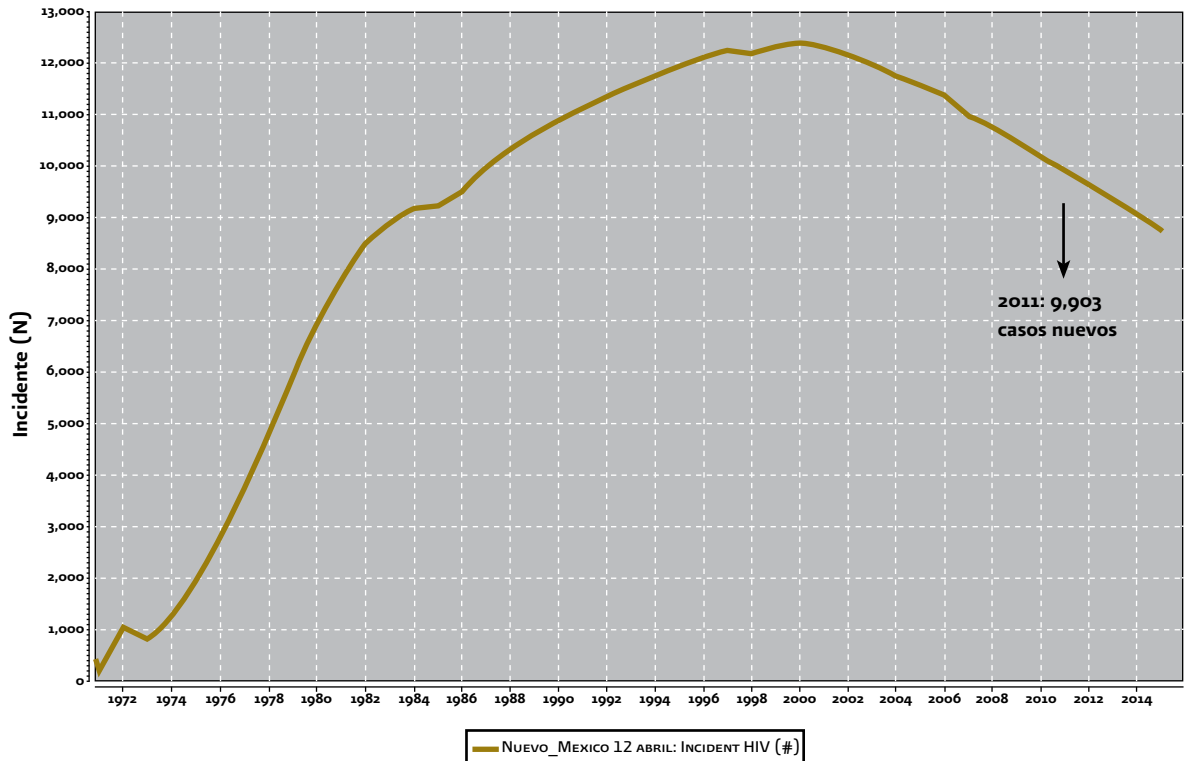
Hasta el día de hoy, la epidemia del VIH/SIDA continúa concentrada en el país dentro de las poblaciones de HSH, las personas que se dedican al trabajo sexual (PTS), especialmente HTS; así como en las personas que usan drogas inyectables (UDI), cuestión que refleja que se ha podido contener con éxito una generalización de la epidemia; sin embargo, con base en la evidencia actual de prevalencias de VIH en estos grupos, la prevención focalizada deberá continuar siendo los próximos años un pilar fundamental de la respuesta a esta epidemia, para reducir las nuevas infecciones en estos grupos poblacionales; así como en otros grupos vulnerables.

Gráfica 1. Prevalencia del VIH en México en adultos (15-49 años)



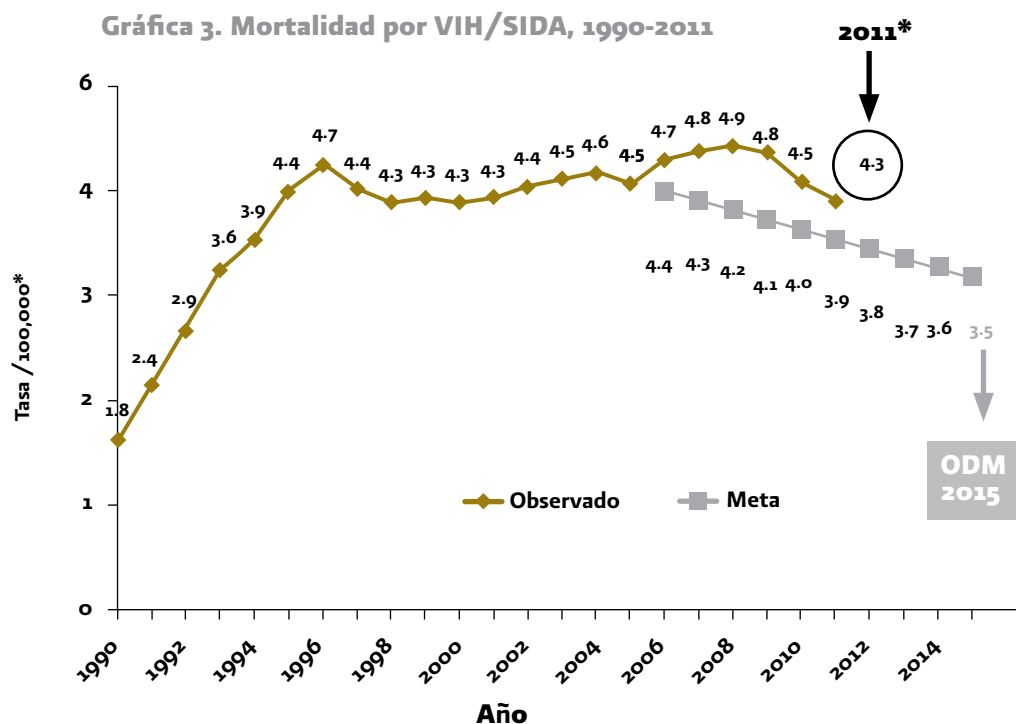
FUENTE: ESTIMACIONES DEL ONUSIDA Y CENSIDA PARA 2011, SPECTRUM v4.47 (2012)

Gráfica 2. Incidencia: casos nuevos VIH



FUENTE: ESTIMACIONES DEL ONUSIDA Y CENSIDA PARA 2011, SPECTRUM v4.47 (2012)

Si bien es cierto que hoy día el vivir con VIH puede considerarse una condición crónica, debido a la amplia gama de medicamentos innovadores para combatir la infección por VIH; así como por el incremento a escala del acceso universal al tratamiento antirretroviral, en el caso de México en gran medida atribuible al financiamiento de tratamiento antirretroviral para las personas sin seguridad social mediante el Seguro Popular, la reducción de la mortalidad por VIH/SIDA continúa siendo un reto permanente en el país y en el mundo, aunque cabe destacar que desde finales de 2008 a 2011 se muestra en el país una importante reducción sostenida de alrededor del 12% en la tasa de mortalidad bruta asociada al VIH/SIDA. No obstante lo anterior, es necesario acelerar acciones que nos permitan potencializar este importante logro a fin de cumplir con la meta

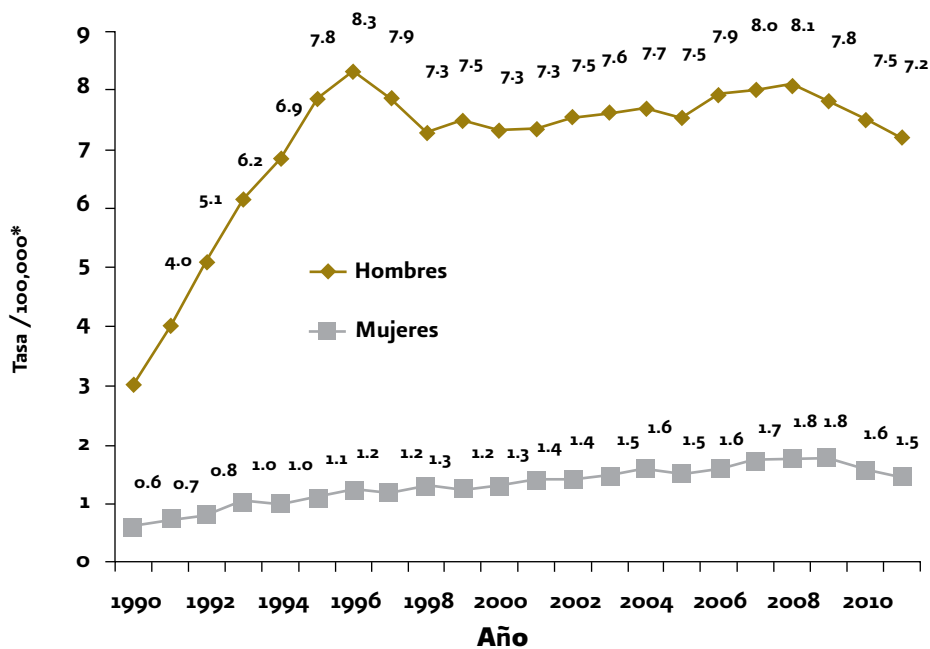


FUENTE: INEGI-SS. BASES DE MORTALIDAD 1998-2012. CIFRAS DEFINITIVAS.
 SS/DGEPI. BASES DE MORTALIDAD 2011. CIFRAS PRELIMINARES.
 SS/DGIS. PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN DE MÉXICO CONTEO 2005 1990-2012, CONAPO, VERSIÓN 2006.
 TASAS POR 100,000

planteada para 2015 de tener una tasa bruta de mortalidad por VIH/SIDA igual o menor a 3.5% (Gráfica 3).

Si analizamos la mortalidad por VIH/SIDA por sexo (Gráfica 4), se observan progresos alentadores en el país; las cuales evidencian la necesidad de continuar por el camino hoy trazado, mismo que deberá reforzarse en cuanto al fortalecimiento del sistema de atención integral. De 2008 a 2011, se observa una reducción preliminar en la tasa bruta de mortalidad de 11%; en hombres y una reducción de 17% en mujeres.

Gráfica 4. Mortalidad por VIH/SIDA y sexo, 1990-2011



FUENTE: INEGI-SS. BASES DE MORTALIDAD 1998-2012. CIFRAS DEFINITIVAS.
 SS/DGEPI. BASES DE MORTALIDAD 2011. CIFRAS PRELIMINARES.
 SS/DGIS. PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN DE MÉXICO CONTEO 2005 1990-2012, CONAPO, VERSIÓN 2006.
 TASAS POR 100,000

Como ya se comentó previamente, al igual que en la mayoría de los demás países de la región, México continúa con una epidemia concentrada en HSH, PTS y UDI, en el caso de las PTS es en el grupo de los HTS en donde está la mayor carga de la epidemia que afecta a este grupo de personas. Datos de un análisis derivado del estudio de línea basal del proyecto de Fondo Mundial Ronda 9 realizado en el 2011, señalan que la prevalencia presuntiva de VIH después de haber realizado una prueba rápida de tamizaje fue para en el grupo de los HSH de 16.99%; mientras que en los HTS fue de 18.24% (Bautista-Arredondo et al, 2012 citado en CENSIDA, 2012a). En el grupo de UDI la prevalencia fue de 4.2% en Tijuana, 5.2% en Hermosillo y 7.7% en

Ciudad Juárez.

Debido a que el conocimiento de la epidemia del VIH en nuestro país resulta prioritario para el análisis enfocado a apoyar la toma de decisiones, durante el 2012, el CENSIDA promovió la investigación en este rubro a fin de contar con mayor información sobre el contexto epidemiológico en las poblaciones de mayor riesgo. El CENSIDA comisionó este año al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) para la ejecución de acciones para obtener datos sobre seroprevalencia de VIH y factores de riesgo y vulnerabilidad en poblaciones de mayor riesgo, las cuales se realizaron en siete áreas urbanas de tres estados de la república (Estado de México, Jalisco y Veracruz). Los análisis preliminares obtenidos de estos estudios de seroprevalencia, considerando como personas seropositivas al VIH a aquéllas personas que fueron reactivas (resultado positivo) a dos pruebas de tamizaje, indican que en 1,098 individuos HSH, los resultados de las pruebas nos reportan una estimación de prevalencia de VIH de 13.17% (IC95% 8.32%-18.03%), la cual se ajusta a 12.28% (IC95% 6.50% - 18.06%) considerando el tamaño relativo de las ciudades (Gutiérrez et al, 2012a).

Por otra parte, en el marco de estos estudios y con el propósito de visibilizar al grupo de personas transexuales, travestis y transgénero (TTT), que comúnmente se estudiaba dentro del grupo HSH, se obtuvieron por primera vez datos independientes para esta población específica, resultando que entre las 387 TTT a las que se les aplicaron ambas pruebas de tamizaje, la seroprevalencia identificada en las áreas urbanas de los tres estados intervenidos fue de 17.4% (IC95% 13.10% - 21.66%); ajustando este valor para considerar el tamaño relativo de las ciudades, se obtuvo una seroprevalencia de 15.95% (IC95% 6.25% - 25.65%) (Gutiérrez et al, 2012b). Para el caso de las MTS (1,033 a las que se les aplicaron ambas pruebas) los resultados reportan una estimación de prevalencia de VIH de 0.68% (IC95% 0.18% - 1.17%), en este grupo poblacional no fue posible realizar el ajuste por tamaño de ciudad debido a la baja prevalencia encontrada (Gutiérrez et al, 2012b). Es preciso reflexionar sobre el hallazgo en cuanto a que la cifra estimada para las TTT es mayor a la que se observó para HSH en las mismas ciudades; así como sobre el hecho de que la prevalencia en el caso de las MTS es menor de lo que comúnmente se pudiera pensar.

El Registro Nacional de casos SIDA

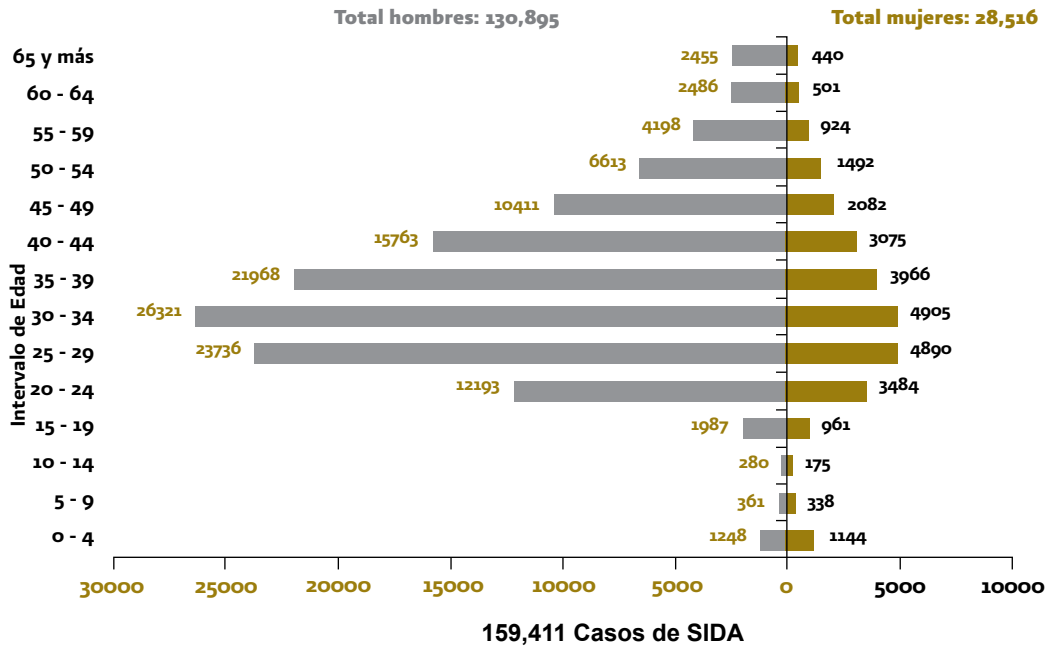
El Registro Nacional de casos SIDA (RNCS), el cual es la principal herramienta para la vigilancia de esta epidemia en el país; y cuya gerencia está a cargo de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, indicaba en septiembre de 2012 (CENSIDA, 2012b) que en el país se habían notificado un total de 159,411 casos de SIDA (82% en hombres) y 42,920 casos que continúan como seropositivos al VIH (74% en hombres), ante lo anterior es evidente que la epidemia en el país continúa siendo predominantemente masculina (CENSIDA 2012b) (Gráfica 5 y gráfica 6). Las personas de 30 a 34 años, 25 a 29 años y 35 a 39 años ocupan los mayores porcentajes de casos SIDA notificados en el RNCS con 19.6%, 18% y 16% respectivamente, aunque es de considerar que el grupo de personas de 20 a 24 años ocupan el 10% (CENSIDA 2012b) (Gráfica 5). En lo concerniente a las personas que continúan seropositivas al VIH, la mayor proporción de casos se encuentra en el grupo de 25 a 29 años (20.9%), seguida en segundo lugar por el grupo de 20 a 24 años (18.7%), en tercer lugar por el grupo de 30 a 34 años (17.7%) y en seguida el grupo de 35 a 39 años con

13.2% (CENSIDA 2012b) (Gráfica 6).

La razón hombre/mujer de casos SIDA diagnosticados fue en el 2011 de 4.6 casos en hombres por cada caso en mujer, mientras que la razón en las personas que se mantienen seropositivas al VIH fue de 3.3 casos en hombres por cada caso en mujer para ese mismo año (CENSIDA, 2012b) (Gráfica 7). Aunque estos datos pudieran precisarse más dado el subregistro que principalmente podría afectar las cifras del RNCS en los últimos tres años (especialmente en 2011); así como la característica dinámica del registro nacional, es importante señalar el hecho de que prácticamente durante los últimos diez años la razón hombre/mujer de casos SIDA se ha mantenido en cuatro casos en hombres por cada caso en mujer, mientras que para los que se mantienen seropositivos al VIH durante los últimos años la razón podría estar más cercana a tres casos en hombres por cada caso en mujer (CENSIDA, 2012b). Si analizamos el contexto en las entidades federativas para el caso de la razón hombre/mujer de los casos SIDA (Gráfica 8), dentro de las 27 entidades en las que se incrementó este indicador para 2011 con respecto a 2006, destacan Aguascalientes (incrementó 6.7 veces), Zacatecas (incrementó 4.7 veces), Hidalgo (incrementó 2.2 veces) y Morelos (incrementó 2 veces). En cuanto a las cinco entidades en las que esta razón disminuyó en el mismo periodo, resaltan los casos de Coahuila (se redujo 0.62 veces), Baja California (se redujo 0.32 veces) y Colima (se redujo 0.24 veces). Sobre la razón hombre/mujer de los casos que continuaban como seropositivos (Gráfica 9), se distinguen por el incremento de dicho indicador Chihuahua (incrementó 6.6 veces), Guerrero (incrementó 2.5 veces), Morelos (incrementó 2.4 veces) y Querétaro (incrementó 2.4 veces). En este mismo grupo de personas seropositivas al VIH, en Colima, Estado de México y Michoacán presentan las reducciones más drásticas en esta razón, 0.7 veces menos, 0.46 veces menos y 0.46 veces menos respectivamente.

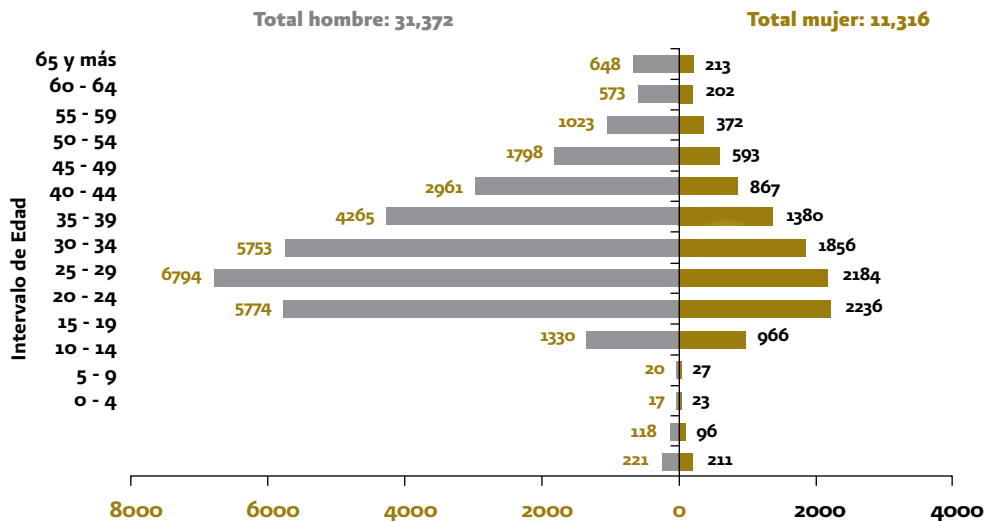
De los casos notificados de SIDA, 58,110 están registrados actualmente como vivos al cierre de septiembre de 2012, otros 89,879 como muertos y 11,422 con estado desconocido de evolución; y en lo que respecta a los casos que continúan notificados como seropositivos al VIH 42,544 continúan vivos, 18 han muerto; y en 358 casos se desconoce la evolución (CENSIDA, 2012b). Lo anterior indica que al menos se tendrían notificadas cerca de 56% (considerando los registros vivos) de las 179,478 PVVIH de todas las edades que se estimaba había en el país para finales de 2011 con base en el modelo de ONUSIDA, que para mediados de 2012 podrían ser alrededor de 183,000. Posiblemente el porcentaje anterior pudiera ser mayor en caso de poder precisar el estado de la evolución de los casos en los que se desconoce si están vivos o si han fallecido. De los 58,110 registros vivos de casos SIDA, 13% se encuentran en el D.F., 12% en el Estado de México, 9% en Veracruz y 6% en Guerrero; y la mayor proporción de personas registradas como vivas que continúan como seropositivas se encuentran en el Distrito Federal (22%), Veracruz (13%), Estado de México (6%) y Chihuahua (5%).

Gráfica 5. Casos acumulados de SIDA diagnosticados: Sexo y edad



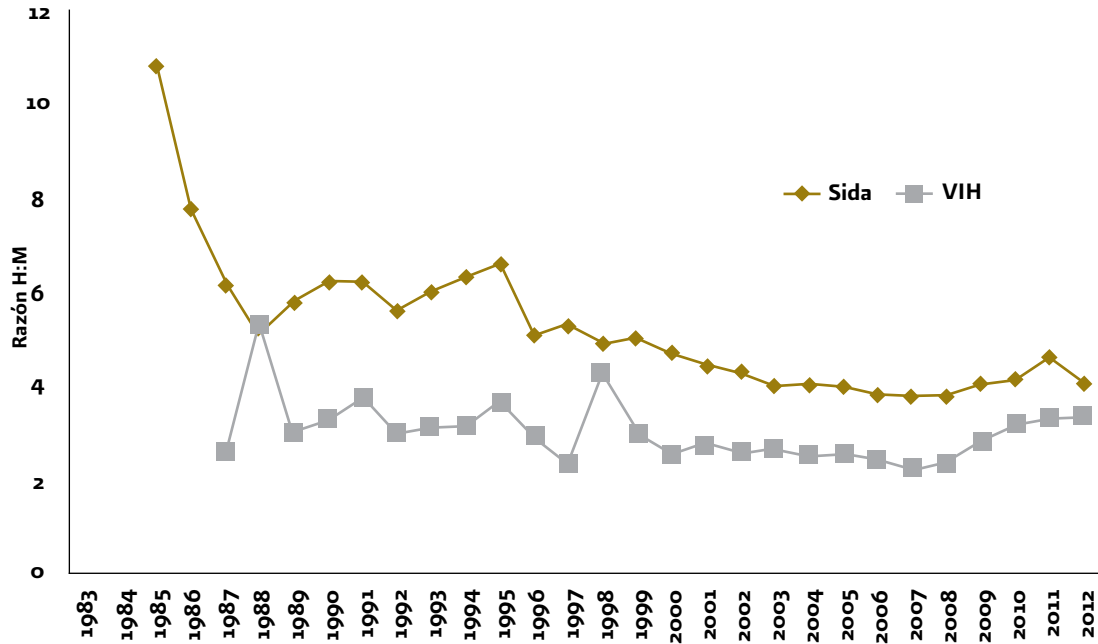
FUENTE: SUIVE/DGE/SS. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIH/SIDA. DATOS AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2012.
 PROCESÓ: CENSIDA/SS.

Gráfica 6. Casos acumulados de personas que continúan con registro de seropositivos a VIH: Sexo y Edad



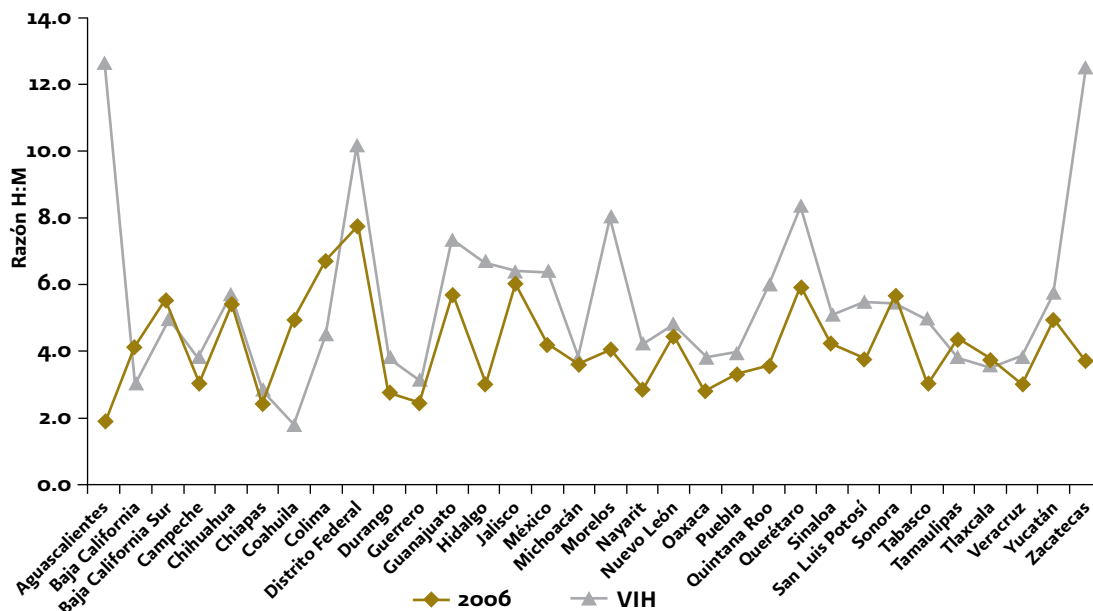
FUENTE: SUIVE/DGE/SS. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIH/SIDA. DATOS AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2012.
 PROCESÓ: CENSIDA/SS.

Gráfica 7. Razón Hombre / Mujer de casos seropositivos a VIH y de casos SIDA (1983 - 2012)



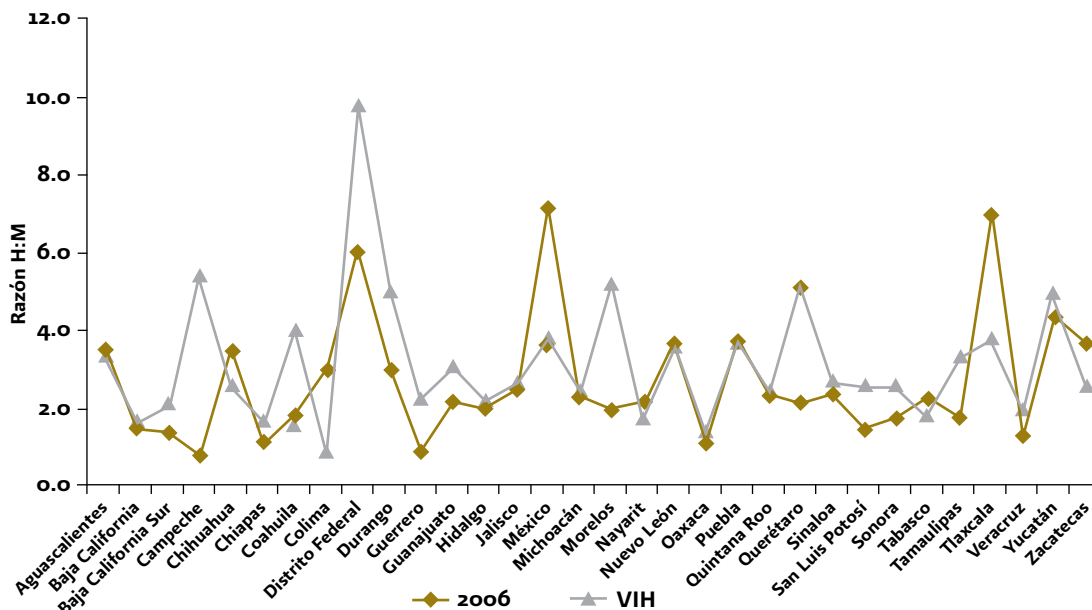
FUENTE: SUIVE/DGE/SS. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIH/SIDA. DATOS AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2012. PROCESÓ: CENSIDA/SS.

Gráfica 8. Razón Hombre / Mujer de casos SIDA por Estado: Comparación 2006 vs. 2011



FUENTE: SUIVE/DGE/SS. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIH/SIDA. DATOS AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2012. PROCESÓ: CENSIDA/SS.

Gráfica 9. Razón Hombre / Mujer de casos seropositivos a VIH por Estado: Comparación 2006 vs. 2011



FUENTE: SUIVE/DGE/SS. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIH/SIDA. DATOS AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2012. PROCESÓ: CENSIDA/SS.

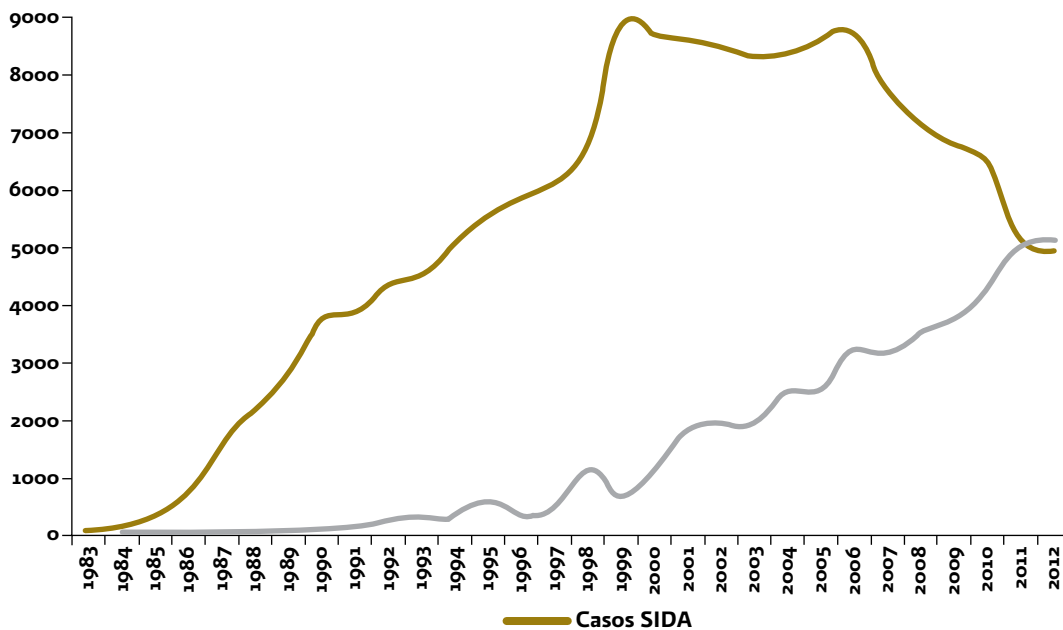
Las Entidades Federativas que concentran, conforme a residencia, la mayor parte de los casos notificados históricamente de SIDA en cuanto a número son el Distrito Federal con 24,934 casos (15.6% del total), el Estado de México con 17,245 (10.8% del total), Veracruz 14,653 (9.2% del total), Jalisco 12,234 (7.7% del total) y Puebla 7,166 (4.5% del total) (CENSIDA, 2012 b). En referencia a los casos notificados que continúan como seropositivos, Distrito Federal con 9,498 casos (22.1% del total), Veracruz con 5,652 casos (13.2% del total), el Estado de México con 2,458 casos (5.7% del total) y Chihuahua con 2,043 (4.8% del total) representan los estados en donde reside la mayor proporción de estos casos notificados históricamente (CENSIDA, 2012b).

De 2008 a 2011 se muestra de manera sostenida un incremento en las detecciones anuales de casos que se mantienen como seropositivos al VIH y un decremento de los diagnósticos de casos SIDA, es decir, se están notificando cada vez más casos en estadios tempranos (seropositivos al VIH) que en etapas de progresión tardía de la enfermedad (etapa SIDA). Este destacado logro podría estar vinculado en cierta medida a los es-

fuerzas a nivel nacional para incrementar las detecciones oportunas en la población; así como a la mejora del proceso de registro y notificación de los casos. Para finales de 2011 ya se detectaban más casos de seropositivos a VIH que de personas en etapa de SIDA, 5,107 casos contra 5,053 casos respectivamente. Haciendo una proyección basada en la tendencia mostrada desde el año 2008, para el 2012 se podría incrementar la tendencia del 2011 (Gráfica 10).

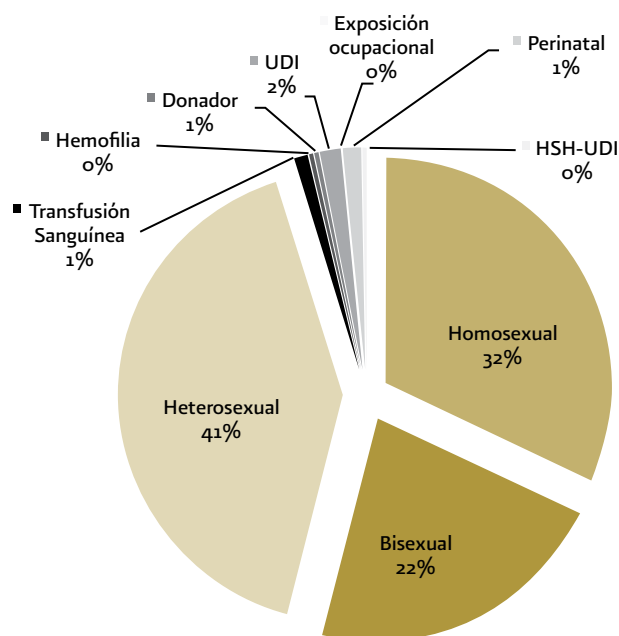
Los datos actuales del RNCS siguen confirmando que la epidemia en el país continúa siendo predominantemente de transmisión sexual, ya que el del total de los casos notificados históricamente de SIDA y seropositivos al VIH en los que se conoce su categoría de transmisión, 94% de los casos notificados de SIDA desde los inicios de la epidemia, pertenecen a la categoría de transmisión sexual, ya sea homosexual, bisexual o heterosexual, mientras que en el caso de los que continúan como seropositivos al VIH la cifra es de 97%. El 32% de los casos notificados de SIDA en hombres, cuya categoría de transmisión se conoce, refieren una categoría de transmisión por relaciones sexuales homosexuales y 22% bisexuales; así como 41% indica la vía heterosexual (considerar que podría estar sobre reportado dado que muchos hombres no se asumen homosexuales aunque tengan sexo con otros hombres), 2% por uso de drogas inyectables y otro 1% por transmisión vertical (Gráfica 11). Por otra parte, 87% de los casos registrados de SIDA en mujeres refieren una categoría de transmisión por relaciones sexuales heterosexuales, 6% indica la vía de transmisión verti-

Gráfica 10. Casos nuevos diagnosticados seropositivos a VIH y SIDA: 1983 a proyección cierre 2012



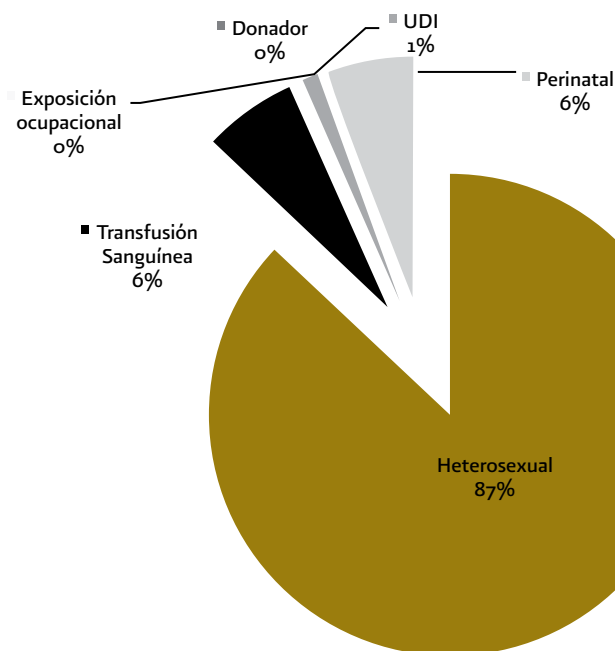
FUENTE: SUIVE/DGE/SS. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIH/SIDA. PROCESÓ: CENSIDA/DIO.
DATOS AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2012, PROYECTANDO PARA 2012.

Gráfica 11. Categorías de transmisión en casos acumulados de SIDA en hombres (1983 a Septiembre 2012)



FUENTE: SS/DGE. REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA. DATOS AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2012
 PROCESÓ: SS/CENSIDA/DIO

Gráfica 12. Categorías de transmisión en casos acumulados de SIDA en mujeres (1983 a Septiembre 2012)



FUENTE: SS/DGE. REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA. DATOS AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2012
 PROCESÓ: SS/CENSIDA/DIO

cal, otro 6% por transfusión sanguínea; y el 1% por uso de drogas inyectables (Gráfica 12).

Respuesta preventiva al VIH

Factores de riesgo y vulnerabilidad a la infección por VIH

Las infecciones por VIH se transmiten debido a comportamientos predominantemente sexuales de riesgo en nuestro país, aunque pueden existir otros factores que pudieran poner en contexto de riesgo y vulnerabilidad a las personas ante una posible infección por VIH, como podría ser el uso de drogas inyectables, la violencia sexual, falta de atención prenatal y durante el parto en mujeres embarazadas; y recientemente, se está estudiando a nivel mundial la asociación que el alcoholismo y la adicción a otras drogas tiene con el riesgo de contraer el VIH. Por lo anterior, es necesario que los insumos preventivos como condones y lubricantes; así como los servicios y programas preventivos, lleguen a la población en necesidad, a fin de poder promover cambios en su estilo de vida que los alejen de estos contextos de riesgo a la infección. Cabe precisar que ante la ausencia de una vacuna preventiva contra el VIH, el uso sistemático y correcto del condón es la herramienta más efectiva para prevenir nuevas infecciones.

Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT, 2012) indican que 84.6% de los hombres de la población general de 15 a 49 años entrevistada tenían una vida sexual activa, mientras que el 81.6% de las mujeres reportó estar activa sexualmente. La población masculina comprendida en el rango de edades de entre 25 a 49 años tiene reportes de vida sexual activa en porcentajes mayores al 95%; y en el caso de las mujeres de este mismo grupo de edad entre 91% y 98% son activas sexualmente. Destaca el hecho de que poco más del 40% de los hombres y de 30% de las mujeres entre 15 y 19 años ya documentan tener relaciones sexuales, cifras que si bien indican que son el grupo con menor actividad, no son nada despreciables; y contrastan con que en jóvenes de esas edades son los hombres quienes tienen mayor vida sexual que las mujeres (Gutiérrez et al, 2012c) (Cuadro 1).

El uso de condón reportado en la ENSANUT 2012 es casi siempre mayor en la primera relación sexual que en la última relación sexual para la gran mayoría de los grupos de edad; así como también son los hombres quienes reportan en todos los grupos de edades mayor uso del condón en comparación con las mujeres, cuestión que evidencia posibles factores de vulnerabilidad en las mujeres debido a cuestiones de inequidad de género, por lo que es necesario continuar con estrategias que empoderen a la mujer para el uso del condón y la negociación de este uso (Gutiérrez et al, 2012c) (Cuadro 1). Es de llamar la atención que tanto para el caso de la primera relación sexual, como en la segunda, los grupos más jóvenes reportan los mayores porcentajes de uso del condón en ambos sexos; y conforme aumenta el rango de edad el uso del condón va en decremento, por lo que es necesario fomentar investigaciones que permitan conocer los factores que influyen

en la población para disminuir el uso del insumo preventivo; o por ejemplo, para conocer si las estrategias preventivas más recientes están teniendo impacto en las generaciones más recientes y por eso se observa esta diferencia (Gutiérrez et al, 2012c) (Cuadro 1). En el caso de la primera relación sexual, el grupo de 15 a 19 años tiene mayor porcentaje de uso de condón (80% en hombres y 60.1% en mujeres), seguido del de 20 a 24 años (69.7% en hombres y 50.5% en mujeres); y en lo referente a la última relación sexual se repite el patrón anterior; y en el grupo de 15 a 19 años los hombres reportan un uso de condón de 79.1%, mientras que las mujeres un 47.4% (Gutiérrez et al, 2012c) (Cuadro 1). En el 2010, la Encuesta Nacional de la Juventud (ENJUVE, 2010) indica un porcentaje de 65.6% de uso de condón en hombres jóvenes de 15 a 24 años y la ENSANUT 2006 indicó un 63%, mediciones que están cerca de quince puntos porcentuales debajo de la medición correspondiente en hombres jóvenes de la misma edad de la ENSANUT 2012, por lo que el resultado, podría ser indicativo de un mayor impacto de las estrategias de prevención implementadas multisectorialmente en los jóvenes del país durante los últimos años. También, como es factible observar en los resultados de la encuesta, en todos los grupos de edades analizados y en ambos sexos existe un considerable decremento del uso de condón entre la primera y la última relación sexual, lo cual debe ser un factor de análisis a considerar en la generación de estrategias que busquen posicionar de forma equitativa entre hombres y

Cuadro 1. Indicadores de comportamiento sexual, ENSANUT 2011/2012

EDAD	Sexualmente activos (%)		Uso de condón primera relación (%)		Uso de condón última relación (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
15 a 19	40.3%	31.3%	80.0%	60.7%	79.1%	47.4%
20 a 24	87.4%	80.1%	69.7%	50.5%	62.4%	37.7%
25 a 29	96.8%	91.6%	57.3%	38.5%	47.0%	30.2%
30 a 34	97.6%	96.6%	44.9%	27.5%	32.7%	22.0%
35 a 39	98.9%	97.4%	35.9%	21.4%	27.6%	17.2%
40 a 44	98.9%	97.5%	26.0%	12.0%	22.3%	14.4%
45 a 49	99.2%	98.1%	17.6%	7.8%	20.2%	11.8%
Total	84.4%	81.6%	47.7%	29.7%	41.4%	24.5%

FUENTE: GUTIÉRREZ JP, RIVERA-DOMMARCO J, SHAMAH-LEVY, VILLALPANDO-HERNÁNDEZ S, FRANCO A, CUEVAS-NASU L, ROMERO-MARTÍNEZ M, HERNÁNDEZ-ÁVILA M. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN 2012. RESULTADOS NACIONALES. CUERNAVACA, MÉXICO: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (MX) 2012.

mujeres el uso sistemático y adecuado del condón (Gutiérrez et al, 2012c) (Cuadro 1).

En lo referente al uso de condón en las poblaciones de mayor riesgo, mediciones recientes de la encuesta basal del proyecto del Fondo Mundial Ronda 9 establecen que en el grupo de los HSH, 73% declaró que usó condón en su última relación sexual anal con una pareja masculina (CENSIDA, 2012), mientras que en el proyecto comisionado al INSP por el CENSIDA, que se desarrolló en Jalisco (Zona Metropolitana de Guadalajara y Puerto Vallarta), Estado de México (ZM de Toluca, Ecatepec, y Netzahualcóyotl) y Veracruz (Veracruz y Coahuila de Zaragoza-Minatitlán), 65.7% (IC 95%: 58.4 - 73.1) de los que resultaron seropositivos al VIH y 59.9% (IC 95%: 56.2 - 63.7) de los no reactivos reportaron haber utilizado condón en su última relación sexual anal (Gutiérrez et al, 2012a), cifras menores a la reportada en los resultados del proyecto del Fondo Mundial; sin embargo, hay que considerar que el tamaño muestral y la representatividad son diferentes en ambos casos; y habría que analizar si al desagregar datos en el proyecto del Fondo Mundial se obtendrían prevalencias similares a las encontradas por el estudio que el CENSIDA encargó al INSP en las mismas ciudades. No obstante, hay que continuar con los esfuerzos de trabajo en esta población para fomentar un incremento sostenido durante los próximos años de los niveles de uso de condón a fin de poder alcanzar la meta comprometida a 2015 de un uso del 90%.

Las TTT, en las zonas urbanas del proyecto implementado por el INSP ante solicitud del CENSIDA que resultaron no reactivas, declararon un uso del condón en su última relación sexual de 76.4% (IC 95%: 73.4 - 79.4) y las seropositivas a VIH 69.7% (IC 95%: 58.1 - 81.2) (Gutiérrez et al, 2012c). En el caso de las PTS, datos de la línea basal del Proyecto del Fondo Mundial indican un uso de condón en HTS de 59.8% (CENSIDA, 2012) en su última relación sexual anal, mientras que en el estudio de siete áreas urbanas comisionado por el CENSIDA al INSP, las MTS que resultaron no reactivas reportaron 60.5% de uso de condón con su último cliente (IC 95%: 34.8-86.2)

Para los UDI, es preciso recordar que la fuente de mayor riesgo potencial a infección por VIH y otras ITS es el compartir el equipo de inyección y en menor medida la falta de uso del condón. El diagnóstico situacional para UDI del Proyecto del Fondo Mundial, publicado en 2012, reporta que en Hermosillo 72% de los UDI utilizaron equipo estéril en la última inyección y 25% declaró no haberlo utilizado. En Ciudad Juárez, 56.3% declararon haber utilizado equipo estéril y 43.7% refirió no haberlo utilizado estéril. Resulta contrastante que en la ciudad de Tijuana solamente 19.8% de los UDI declararon haber usado equipo de inyección estéril y un 80.2% no lo utilizó (Bautista-Arredondo et al, 2012). En cuanto al uso del condón, en Hermosillo, 28% de los UDI indicaron usarlo en su última relación sexual y 22.9% dijo no haberlo usado, precisando que en esta ciudad el 49% de los participantes reportó no tener relaciones sexuales. En Ciudad Juárez, 27.9% de los UDI usaron condón y 8.5% no lo utilizó (63.5% de los entrevistados reportó no tener relaciones sexuales); así como en Tijuana, 15.4% indicaron el uso de condón en su última relación sexual contra 80.5% que no lo hicieron (solo 4% de los entrevistados indicó no tener relaciones sexuales) (Bautista-Arredondo et al, 2012)

Incrementar el acceso a programas e insumos preventivos en la población; y en especial en los grupos de mayor riesgo a infección por VIH es un componente prioritario para evitar nuevas infecciones. El diagnóstico situacional del Proyecto del Fondo Mundial reporta que dentro de las distintas formas para poder acceder

gratuitamente a condones, se consideraron servicios de salud de gobierno, servicios de ONG, antros o bares, la pareja o amigos, fueron los servicios de salud gubernamentales donde se reportó un mayor porcentaje de personas que accedían a condones, 42.45% de los HSH (EE:0.0138; IC 95%:39.74%-45.18%) obtenían condones gratuitamente de esta forma (Bautista-Arredondo et al, 2012). En comparación, en los resultados obtenidos de los estudios solicitados por el CENSIDA al INSP, en el caso de las TTT, la mayor fuente de obtención de condones en esta población fue el acceso gratuito mediante los servicios públicos de salud, 42.8% (IC 95%: 31.8-53.8) de las TTT no reactivas reportaron conseguir condones mediante esta vía; y 56.5% (IC 95%: 41.6-71.4) de las seropositivas a VIH indicó acceder de igual forma (Gutiérrez et al, 2012b). De los HSH que resultaron seropositivos a VIH, 37.2% (IC 95%: 24.2-50.2) reportaron acceso a condones gratuitos a través de los servicios públicos de salud, siendo la principal vía de acceso a los insumos preventivos en este subgrupo, la segunda vía fue la compra, 29.9% (IC 95%: 21.7-38.1) los compraba; y en el caso de los no reactivos ésta fue la primer fuente de obtención de condones, 40.9% (IC 95%: 33.5-48.3) indicaron comprarlos, mientras que conseguirlos mediante servicios públicos de salud resultó la segunda fuente de acceso ya que 29.9% (IC 95%: 21.7 - 38.1) indicó obtenerlos de esta forma (Gutiérrez et al, 2012a). Por último, 93.0% (IC 95%: 73.1-112.9) de las MTS seropositivas accedían a condones al comprarlos, siendo la principal fuente de obtención; y solo 9.3% (IC 95%: -13.3-31.8) reportó obtenerlos de forma gratuita en los servicios de salud. En el caso de las no reactivas 60.1% (IC 95% 49.5-70.7) indicó conseguirlos mediante compra y 35.7% (IC 95% 27.2-44.2) gratuitamente en las clínicas públicas de salud (Gutiérrez et al, 2012b).

Considerando los factores previamente mencionados, el CENSIDA continuó, durante el presente año, con la implementación de acciones encaminadas a mejorar el acceso de las personas a programas y estrategias preventivas; así como de condones.

Acciones programáticas preventivas en 2012

A fin de fortalecer una respuesta integral al VIH, en el país que continúe con la tendencia de evitar que la epidemia se generalice; así como de reducir al máximo nuevos casos en las poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad, dentro de las que destacan HSH, PTS, TTT y UDI, el CENSIDA continuó promoviendo en 2012 una serie de acciones destinadas a fortalecer el acceso de estas poblaciones a los insumos y servicios preventivos; así como para fomentar el autocuidado de su salud y promover cambios en sus comportamientos de riesgos, a fin de cerrar las respectivas brechas descritas en el apartado anterior de esta sección.

Debido a la importancia previamente comentada de incrementar el acceso de las poblaciones en mayor riesgo y contextos de alta vulnerabilidad hacia la prevención, el CENSIDA continuó en el 2012 con la emisión de convocatorias públicas para promover el trabajo de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) e instituciones académicas, con trabajo reconocido en VIH/SIDA; y garantizar que las medidas y acciones preventivas alcancen a dichas poblaciones. Este esquema de trabajo ha permitido integrar a la sociedad civil organizada y a las comunidades de PVVIH; así como a las personas en riesgo en la respuesta operativa a la epidemia, que

sin lugar a duda, se enriquece con este componente de trabajo entre pares, dadas las ventajas que tienen las personas que trabajan dentro de estas OSC y en colaboración con las mismas, para acceder a las poblaciones y comunidades de las que forman parte; o con las que tienen años de experiencia colaborando permanentemente.

La convocatoria de 2012 destinó para tales fines un monto de \$25'106,159.10 que se aplicó al financiamiento de 28 proyectos pertenecientes a las siguientes categorías de intervención: Prevención Focalizada; Prevención en las Fronteras; Ambientes Favorables para la Reducción de la Vulnerabilidad, la Discriminación y el Estigma; Supervisión y Coordinación de la Asistencia Técnica; Prevenir en Educación; Estrategias Validadas y en uso en el Proyecto por el Fondo Mundial; Diagnóstico Temprano de VIH e Integración de los Servicios de Salud. Con lo anterior, se cierra una cifra acumulada de \$177'245,211.98 destinados al financiamiento de 490 proyectos durante la presente administración.

El acceso a insumos de prevención es y seguirá siendo uno de los pilares fundamentales en respuesta al VIH/SIDA ante la aún actual ausencia de una vacuna preventiva, en este sentido, el CENSIDA proporcionó, durante el presente año, recursos federales a través del Anexo 4 del Seguro Popular para la adquisición de 60.8 millones de condones masculinos destinados a las poblaciones en mayor riesgo. En adición, a través del ramo 33 estatal, se adquirieron otros 12 millones de condones masculinos para estas poblaciones; y mediante el Proyecto del Fondo Mundial se adquirieron 35'235,256 piezas de condones masculinos y 23,160 condones femeninos, que se repartieron en las poblaciones clave intervenidas por este proyecto que son HSH, HTS, UDI Y PVVIH. Lo anterior implica que con la suma de esfuerzos se adquirieron en el 2012 más de 108 millones de condones destinados a estas poblaciones las cuales son las más afectadas por la epidemia del VIH en el país.

Por otra parte, con el propósito de reforzar las actividades de prevención del VIH e ITS en las comunidades, el CENSIDA proporcionó en 2012 recursos a 31 entidades federativas para la adquisición de 171 vehículos automotores para su adaptación a prevenmóviles, los cuales se utilizarán para implementar acciones de prevención, atención y detección.

Durante el 2012, el Proyecto "Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidos a HSH, HSH/TS y UDI" del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, tuvo su segundo año de implementación, en el cual se han mostrado avances positivos en la ejecución y metas a alcanzar. En este año, se presentaron los resultados del diagnóstico situacional sobre la epidemia de VIH y sus factores asociados en México para estimar la prevalencia de VIH en HSH; así como los resultados de la encuesta basal de UDI, de los cuales ya comentamos previamente algunos de sus resultados. Otra de las actividades consolidadas por el proyecto en este año fue el inventario histórico de las estrategias de prevención, en el cual se basan dos de los principales ejes de acción del proyecto, la capacitación y las intervenciones de prevención. Dentro de este inventario, quedaron seleccionados 12 tipos de intervenciones acompañadas de su respectiva guía temática, que fueron: 1) "Pasa la voz" (UDI, HSH, TTT); 2) Modelo de mitigación del daño (UDI); 3) Intercambio de jeringas (UDI); 4) Entrevista motivacional (HSH, TTT, UDI), 5) Explore (HSH seronegativos al VIH); 6) Popular Opinión Leader (HSH en sitios de reunión); 7) Healthy Relation-

ships (PVVIH –HSH); 8) HSH por internet (HSH y TTT); 9) Tratamiento preexposición (HSH –cárceles- y TTT); 10) Uso de incentivos (HSHS –TS-, TTT), 11) Detección y diagnósticos integrales de VIH (HSH, TTT, UDI) y 12) Modelos Checos (HSH y PVVIH).

La capacitación a las organizaciones subreceptoras y organizaciones aliadas ha sido una condición necesaria para el adecuado funcionamiento del proyecto. Las capacitaciones ofrecidas por el proyecto este año correspondían a los siguientes ejes: la inducción para conocer el marco de trabajo del Fondo Mundial y del proyecto de México; el monitoreo y evaluación para habilitar el conocimiento del sistema de monitoreo, los flujos de información y los roles de cada instancia involucrada; y la gestión de adquisiciones y distribución para habilitar al personal de gobierno y a la sociedad civil para desarrollar en tiempo, forma y calidad todos los procesos de distribución de insumos del proyecto.

El balance positivo de la implementación del proyecto se ve reflejado en el avance de sus metas de 2012; y cabe destacar que en marzo de 2012 prácticamente todas las metas alcanzaron niveles de cumplimiento mayores a las de 2011 (Cuadro 2). En el presente año, existieron metas como las de entrega de paquetes con insumos preventivos en HSH, HTS y UDI; o la de número de UDI a quienes se realizaron las pruebas de VIH las cuales para marzo reportaban alcances superiores al 100% de lo programado en el corte de marzo; y la mayoría de las metas presentaban más de 85% de avance, a excepción de las referentes al número de HSH y HTS quienes se realizaron la prueba en los últimos doce meses y conocen sus resultados; y la de número de proveedores del proyecto capacitados en intervenciones de prevención para las poblaciones a intervenir, indicadores que cuyo avance estaba en casi 64% y 74% respectivamente, por lo que considerando la temporalidad del último reporte, seguramente también alcanzarán resultados satisfactorios al fin del año.

Cuadro 2. Indicadores de resultados, Proyecto Foro Mundial Ronda 9: Cierre 2011 y preliminares a Marzo de 2012

INDICADORES Y RESULTADOS DEL PROYECTO DE VIH DE MÉXICO, RONDA 9, FONDO MUNDIAL						
Indicador	Meta		% Cumplimiento	Meta		% Cumplimiento
	P	E		P	E	
1.1 Número de proveedores y educadores pares de ambos sexos capacitados en intervenciones de prevención para HSH, HSH/TS, UDIS de ambos sexos y PVV.	495	380	76.77	1605	1250	77.08
1.2 Número de HSH alcanzados intervenciones de prevención adaptadas y validadas a sus necesidades en 44 ciudades.	25673	13537	52.73	72959	63497	87.03
1.3 Número de HSH y HSH/TS que recibieron el paquete de condones, lubricantes y folletos educativos en centros de salud y lugares de encuentro.	156872	130911	83.45	160613	28780	178.74
1.4 Número de HSH, HSH/TS que se realizaron pruebas de VIH en los últimos 12 meses y conocen los resultados.	31374	3465	11.04	64145	40813	63.63
2.5 Número de UDIs de ambos sexos que recibieron un paquete de jeringas, condones, lubricantes y folletos educativos, en 4 ciudades.	1500	783	52.2	2300	3464	150.61
2.6 Número de UDIs de ambos sexos que se realizaron pruebas de VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados.	1057	608	57.52	716	729	101.82
2.7 Número de UDI alcanzados en el programa de metadona (por sexo) en 2 ciudades.	100	99	99	100	94	94
3.8 HSH, HSH/TS y UDI de ambos sexos que viven con VIH/Sida alcanzados con intervenciones de prevención secundaria.	5644	1473	26.1	2822	3650	129.34
3.9 HSH, HSH/TS y UDI de ambos sexos que viven con VIH/Sida que han recibido consejería (apego al tratamiento, nutrición, prevención de infecciones oportunistas salud anal y otros) y reciben preservativos.	4371	2292	52.44	8617	6559	76.12
4.10 Número de servidores públicos capacitados en talleres para la reducción del estigma y la discriminación (por sexo).	450	331	73.56	930	810	87.1
4.11 Personas de la sociedad civil capacitados en derechos humanos y vigilancia ciudadana (por sexo).	300	249	83	600	507	84.5
4.13 Número y % de servicios certificados como libre estigma y discriminación en las 44 ciudades.	Inicia en 2012			7	0	0

CANDIA ET AL., 2012

No obstante los avances previamente mencionados del proyecto del Fondo Mundial, el 2013 resultará un año crucial para el mismo ya que ante el recorte de recursos al proyecto del país debido a que dejamos de ser elegibles para dicha instancia internacional, propició que en 2013 se pueda acceder a un tercer año de financiamiento de fase de transición como último año, cuyos recursos son mucho menores a los originalmente planteados para el año tres del proyecto original de cinco años que terminaría en 2015. La importancia de este tercer año (fase de transición) del proyecto en cuestión deriva en que será el periodo que propicie los mecanismos de adopción a nivel de país de las principales herramientas y acciones implementadas en el mismo con la finalidad de que se preserven como acciones prioritarias y continuas en la respuesta nacional al VIH/SIDA durante las próximas administraciones. Resultará también un reto para la respuesta multisectorial en el país; y en especial la concentrada en el sector público de salud a nivel federal y estatal, el encontrar mecanismos que permitan asegurar recursos suficientes para dar continuidad en mayor escala a las acciones de prevención focalizada en los grupos de mayor riesgo y alta vulnerabilidad, incluyendo las mejores prácticas derivadas del proyecto del Fondo Mundial.

Hablando de otro ámbito de acción en materia preventiva, las estrategias de promoción de la salud y de prevención en medios masivos y redes de comunicación son hoy día herramientas fundamentales para poder sensibilizar a la población. Durante el 2012, el CENSIDA realizó una campaña radiofónica con el objetivo de fortalecer y promocionar el uso del condón en personas jóvenes, se mantuvo al aire durante la veda electoral y alcanzó a jóvenes de todo el país a través de tiempos oficiales. Para la estructuración del contenido de dicho spot se implementaron grupos focales y se identificaron las necesidades de comunicación hacia los jóvenes. En adición, la campaña nacional de prevención 2012, acerca de la prevención de la transmisión vertical del VIH “Futura mamá hazte la prueba” se mantuvo al aire también en enero del presente año.

Conforme a los flujos de información que representan hoy día las redes sociales, que probablemente son el medio de comunicación de mayor impacto a nivel mundial, el CENSIDA priorizó en este año la estrategia de comunicación por Twitter, a fin de llevar mensajes de prevención, acerca de conocimientos básicos, estadísticas y asuntos políticos, relacionados al VIH/SIDA, posicionándose como una de las cuentas de Twitter de la Secretaría de Salud más seguidas. Al día 7 de noviembre de 2012 la cuenta @censida tenía 10,571 seguidores, seguía a 6,334 personas; y había emitido 4,098 tweets.

En referencia al trabajo realizado para poder evitar nuevas infecciones por VIH en las presentes y futuras generaciones de jóvenes, el CENSIDA siguió promoviendo en 2012, actividades enmarcadas en el contexto de los compromisos adquiridos por el país en la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”, aprobada por los ministros de salud y los ministros de educación de la región en agosto de 2008. Destaca la colaboración del Grupo de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia (GAIA) de la Secretaría de Salud, debido a la relevancia de enmarcar a la prevención del VIH dentro de la salud integral de este grupo poblacional, el CENSIDA colaboró con el CeNSIA y las demás instancias del GAIA en la impartición de talleres dirigidos a Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud de 10 a 19 años (GAPS) en su reunión anual 2012, con la finalidad de convertirse en replicadores de esta información en sus comunidades, los temas de esta ca-

pacitación fueron contenidos de la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”; información básica del VIH e ITS; prevención del VIH y uso adecuado del condón (femenino y masculino); y consejera y oferta de pruebas rápidas para jóvenes. En adición, este año a nivel del CONASIDA se realizó un ejercicio de análisis y reestructuración sobre la manera en que grupos de trabajo del Comité de Prevención, podrán realizar aportaciones estratégicas en los próximos años para el trabajo multisectorial en el tema. También cabe comentar que en la convocatoria pública previamente comentada para financiar proyectos a OSC, se incorporó la categoría de trabajo “Prevenir con Educación”.

Otro componente importante en la prevención del VIH ante de la respuesta nacional ha sido el aseguramiento de la calidad de la sangre donada. Desde 1986, en México existen disposiciones legales que prohíben la comercialización de la sangre y obligan a que toda la sangre sea previamente analizada. Desde entonces, se promueve la donación voluntaria de ésta como la fuente más segura de sangre, por lo que a la fecha, 100% de las unidades de sangre donada son analizadas para la detección del VIH, según los criterios de calidad ase-

¹ En los registros del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea es posible que el total de las donaciones registradas (recibidas) no correspondan al total de unidades analizadas, debido a que en los casos de autoexclusión, rotura, defectos de recolección y lipemias no se realiza en análisis, pues se asume que dicha sangre no es candidata a ser trasfundida, no obstante, la donación queda registrada.

gurada¹. La meta para 2015 es mantener en 100% este indicador, hasta el momento se considera cumplido.

La atención integral al VIH/SIDA

Acceso Universal a la Atención Integral en México: Logros y acciones emprendidas

La “*Declaración Política sobre el VIH/SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA*”; así como las recomendaciones de América Latina en la consulta de alto nivel realizada en marzo de 2011 sobre acceso universal, enfatizan en la necesidad de revolucionar la atención que se ofrece a las personas PVVIH, mas ahora que existe evidencia que sugiere el potencial valor agregado en materia de prevención que puede llegar a tener el TARV en ciertos contextos, lo anterior, sin olvidar que, un tratamiento de calidad, la detección de la infección en etapas tempranas y un monitoreo clínico continuo, deben ser permanentes en el proceso de atención integral en materia de VIH/SIDA.

El acceso universal al TARV en el país, se cumplió a finales de 2003 mediante el incremento de la atención de la población en necesidad no asegurada, a través del Fideicomiso de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular. La presente administración priorizó la ampliación del acceso universal en número de personas; así como en cuanto al concepto de atención integral.

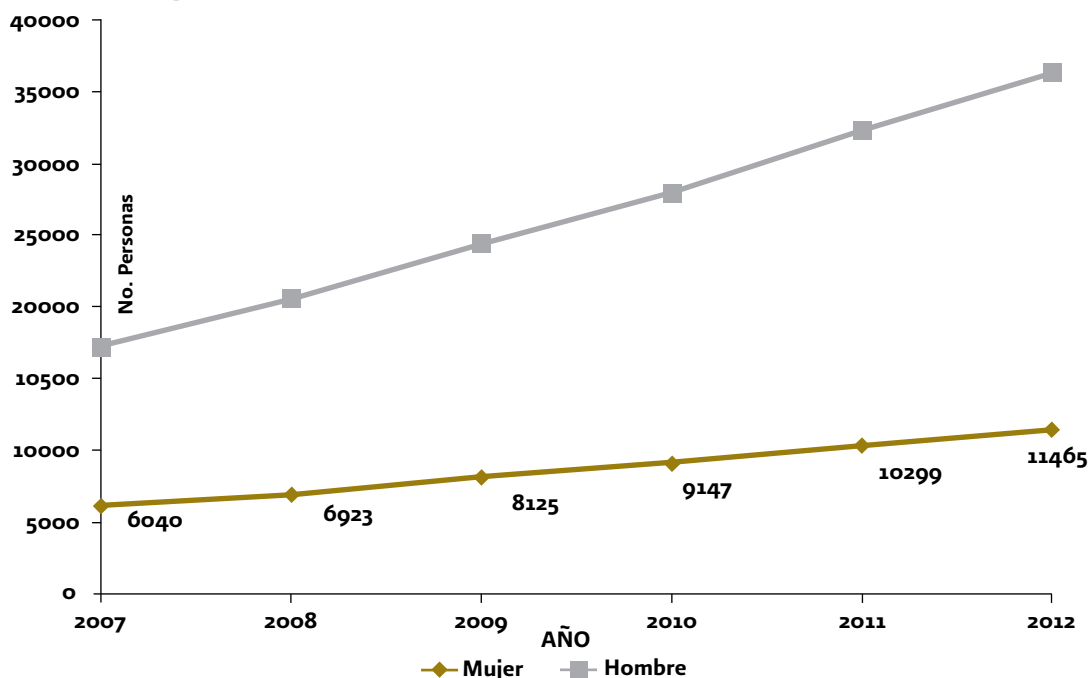
La meta comprometida internacionalmente para el 2015 por el país de tener una cobertura de TARV del 80% en personas que lo requieran, se ha rebasado desde hace varios años. Al cierre de 2011 teníamos una cobertura de 85%, veinte puntos porcentuales mayor a la del 64% estimada para el año 2000 (CENSIDA, 2012). En este año, 71,599 personas recibían TARV en las instituciones públicas de salud, de las cuales casi el 60% lo recibían de la Secretaría de Salud a través del Seguro Popular, en su gran mayoría, personas sin seguridad social; y 30% en el IMSS.

Otro indicador relevante en materia de acceso universal es el porcentaje de adultos y niños con el VIH que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar TARV, cifra que a finales de 2011, se calculó en 87.9% (CENSIDA, 2012).

El compromiso de la Secretaría de Salud con la ampliación del acceso universal al TARV en la presente administración es notorio y destacable, ya que para septiembre de 2012, se había incrementado a 47,679 el número de personas en TARV en comparación a las 14,452 de 2006, es decir, en este sexenio se triplicó (3.3 veces) la incorporación de personas al Seguro Popular para recibir TARV. Al cierre de 2012 se podría estar alcanzando una cifra cercana a 49,000 PVVIH en TARV en la Secretaría de Salud. Es posible notar que el incremento

comentado se tuvo de forma sostenida tanto para hombres como para mujeres (Gráfica 13), el incremento en la cifra de hombres fue de 2.1 veces de 2007 a 2012; y en las mujeres de 1.9 veces. El costo promedio del TARV es de \$ 47,390 pesos anuales. Es importante recordar que a partir de 2012, el Fideicomiso de Gastos

Gráfica 13. Personas en TARV en la Secretaría de Salud por sexo (2007 a Septiembre 2012)



FUENTE: SECRETARÍA DE SALUD/CENSIDA. DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL. SALVAR.
*INFORMACIÓN CON CORTE AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2012.

Catastróficos provee antirretrovirales para profilaxis del VIH en víctimas de violencia sexual.

Gracias a que desde 2009 se incluyeron recursos en el Seguro Popular para financiar estudios en las PVVIH para determinar su carga viral, medición de linfocitos CD4; así como pruebas de genotipo, en 2012, existen algunos indicadores al respecto que deben ser considerados y mejorados conforme a los lineamientos de atención, para mejorar la calidad de vida de las PVVIH y monitorear la efectividad del TARV en quienes lo toman. Por ejemplo, en junio de 2012, 91.3% de los pacientes se han realizado al menos una prueba de CD4 en los últimos 12 meses; 91.8 % de los pacientes contaban con al menos una prueba de carga viral en los últimos 12 meses; y el 72.3% de las PVVIH con seis ó más meses de tratamiento registraban una carga viral indetectable (<400 copias). El costo de los exámenes de CD4 y Carga Viral es de \$774 y de \$1,545 pesos, respectivamente.

En junio de 2008 se estableció la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, la cual inició un proceso de negociación de precios de compra de medicamentos antirretrovirales (ARV) con los laboratorios dueños de las patentes de fármacos de este tipo, obteniéndose

desde entonces significativas reducciones en los precios de compra de medicamentos ARV.

Durante los meses de diciembre de 2011 y enero de 2012, la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud realizó, en coordinación con el CENSIDA y la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud, el análisis intersectorial de la evidencia técnica, clínica y económica para optimizar los patrones de prescripción de medicamentos ARV en el país, ante la necesidad de continuar incrementando el acceso a TARV en las personas que lo necesitan; y con base al contexto actual de disponibilidad de recursos. Las “Líneas Estratégicas” definidas en el seno de esta Comisión, conforme a las funciones establecidas en el artículo cuarto del Acuerdo por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos; y en el artículo siete de sus reglas de Operación, emitió las siguientes recomendaciones para aquellos casos en que la evaluación clínica así lo permita:

1. En los casos de pacientes nuevos que entren a tratamiento de primera línea y cuenten con menos de 100,000 copias de carga viral, se fomentará el uso de abacavir/lamivudina con efavirenz como primera alternativa terapéutica.
2. Excepto en los casos clínicamente recomendados, se dejarán de prescribir inhibidores de proteasa en primera línea de tratamiento.
3. En los casos de pacientes que cambien a segunda línea, se procurará prescribir Lopinavir/ritonavir como primera alternativa terapéutica.
4. En los casos en que los pacientes son intolerantes a efavirenz, se tomará en consideración el uso de nevirapina.
5. Se promoverá que quienes integren los Comités de Resistencias en las instituciones públicas tengan un compromiso formal mediante el cual aseguren que no tienen conflictos de interés.

Cabe recordar, que la “Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas que Viven con VIH”, Cuarta Edición emitida en 2009, contenía 16 esquemas de primera línea y 220 esquemas posibles de segunda línea, dificultando el seguimiento de los patrones de prescripción y provocando que México se colocara como uno de los países en América Latina con un mayor número de esquemas de prescripción. A lo largo de 2010, el Grupo de Trabajo de Guías Clínicas del Comité de Atención Integral del CONASIDA, se abocó al proceso de actualización de dicho documento, cuyo borrador fue sometido a comentarios en la página web de CENSIDA en noviembre de 2010. Por otra parte, la revisión de la información capturada en el SALVAR por las Entidades Federativas mostró que a más de 40% de los pacientes ingresados en 2010 se les prescribió inhibidores de proteasa como primer esquema (rango entre entidades e institutos de 20.4 a 60.9%), siendo que el esquema de inicio en pacientes sin tratamiento previo debe ser: eficaz, de la menor toxicidad posible; y costo-efectivo buscando siempre la minimización de costos, dado que en general es el de mayor duración media. Adicionalmente se observó un alto número de esquemas en uso, cuando la recomendación internacional es la optimización y reducción de número de esquemas.

Considerando que el consenso nacional e internacional propone seguridad y eficacia, tolerabilidad, durabilidad, estabilidad de los medicamentos, conveniencia de uso, generalidad y costos en la definición de esquemas, e integrando los principios de: no causar daño, equidad en el acceso y sustentabilidad de la política

de acceso universal y con el objetivo de lograr la aplicación de las “Líneas Estratégicas” definidas por la Comisión Negociadora de precios y optimizar la prescripción en nuestro país se decidió emitir un documento complementario a la extensa Guía de Tratamiento, el cual se denominó “Lineamientos para el uso de recursos públicos en la aplicación de la Guía de Manejo Antirretroviral para las Personas con VIH”, enfocado a pacientes que inician tratamiento antirretroviral, en cambios derivados de la primera falla virológica y en tratamiento antirretroviral de mujeres embarazadas, mismo que es de carácter obligatorio por Acuerdo del Consejo de Salubridad General tomado en 2012.

La aplicación de los lineamientos antes mencionados, facilitará la supervisión, evitará la experimentación con pacientes de nuevo ingreso (sin protocolo de investigación apropiado); así como optimizará y simplificará la situación de la prescripción de regímenes de TARV en México, el cual actualmente es uno de los países con mayor variabilidad en empleo de esquemas.

Datos del SALVAR para 2012 (periodo enero-agosto) indicaban que 90% de los pacientes en TARV en la Secretaría de Salud, se distribuían en 10 esquemas, entre los cuales están los recomendados en la Guía de Manejo Antirretroviral 2012; sin embargo, el 10% restante, se distribuía en más de 300 esquemas diferentes, algunos no recomendados y que contienen entre cinco y ocho medicamentos. Igualmente, se observó un alto uso (40%) de inhibidores de proteasa en primera línea, que es la de mayor durabilidad, sin ser necesarios,

Gráfica 14. Porcentaje de uso de inhibidores de proteasa en primera línea de TARV por Estado e Institutos de Salud



Entidad	%	Entidad	%	Entidad	%
AGS	0-15%	GRO	20.3	QROO	21.9
BC	36.1	HID	42.1	SLP	16.7
BCS	28.2	JAL	20.7	SIN	34.2
CAM	35.2	MEX	30.3	SON	30.6
CHS	15.8	MICH	20.5	TAB	26.0
CHI	22.9	MOR	35.4	TAM	33.1
COA	23.4	NAY	40.7	TLAX	42.9
COL	30.2	NL	0-15%	VER	22.1
DF	20.8	OAX	18.4	YUC	35.9
DGO	31.3	PUE	25.4	ZAC	16.7
GTO	15.5	QRO	60.0		
Institutos					
HGM	22.2	INER	17.1	INCMN	15.8

FUENTE: SECRETARÍA DE SALUD/ CENSIDA. DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL. SALVAR.
 DATOS REGISTRADOS EN SALVAR PARA PACIENTES ADULTOS INGRESADOS ENTRE 1-ENE-2012 Y 29-AGO-2012

implicando un incremento del doble en el costo por paciente.

A fin de poder maximizar el beneficio de ofrecer un TARV de calidad al mayor número de personas en necesidad, resulta altamente prioritario que todas las instituciones del sector público de salud procuren los elementos de monitoreo y vigilancia necesario para asegurar que se cumplan al pie de la letra los lineamientos y la guía 2012 en cuestión. De manera paralela, ante la competencia de diversos padecimientos en el contexto epidemiológico actual de país y un escenario global de recursos limitados, habrá que abrir nuevas alternativas que permitan tener reducciones aún más drásticas en el precio de compra de medicamentos ARV. Es preciso señalar que en un ejercicio técnico comparativo de precios de compra de estos medicamentos realizado en 2012 por el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) de programas de VIH/SIDA de América Latina, México se encuentra dentro de los tres países que compran más caro los medicamentos ARV en la región junto con Chile que ocupó el primer lugar; y Argentina con quien alterna nuestro país el segundo y el tercer lugar dependiendo del medicamento.

Para el periodo 2012 a 2013, el CENSIDA ha diseñado y actualizado la Estrategia de Abasto para cubrir las necesidades de TARV de las PVVIH que son atendidas en los servicios de salud de la Secretaría de Salud y reciben atención integral con recursos federales. Lo anterior, con el objetivo principal de sistematizar la planeación de requerimientos, adquisición y distribución de los mismos. Dicho plan, involucra a los responsables del programa de VIH/SIDA e ITS en las entidades federativas, institutos de salud y hospitales, al personal de CENSIDA encargado del análisis de requerimientos y distribución de los ARV, con uso de los sistemas de información con los que se cuenta actualmente, específicamente el Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR). Esta estrategia ha permitido mantener el abasto continuo de ARV; así como mayor transparencia en el proceso de adquisición y distribución de ARV, que a su vez permite la rendición de cuentas.

En el 2012 se amplió la funcionalidad del modulo de inventarios de medicamentos ARV para poder calcular de manera automática el consumo mensual nacional y elaborar listas de distribución. En el modulo de pacientes, se hicieron adecuaciones para ajustar la asignación de esquemas a los lineamientos de la guía de manejo antirretrovirales, 2012. En ambos módulos se agregaron alertas automáticas, las cuales informan sobre eventos que se suscitan en el sistema (ej. Caducidades, cambios de esquema) y se envían a los encargados de programa en las entidades federativas, institutos y hospitales para mejorar la administración de pacientes e inventarios. Se implementará un módulo de estimaciones, el cual permite hacer proyecciones de pacientes y de consumo de ARV de forma automatizada en base a los datos capturados en el sistema SALVAR.

En lo relacionado a la infraestructura para la atención integral del VIH/SIDA, para octubre de 2012, estaban en servicio funcional 71 CAPASITS en las entidades federativas. Están por iniciar operaciones el CAPASITS de Tuxpan y de Nayarit. Por otra parte, los servicios de atención integral para personas con VIH/SIDA (SAI), aumentaron a 63 en 2012.

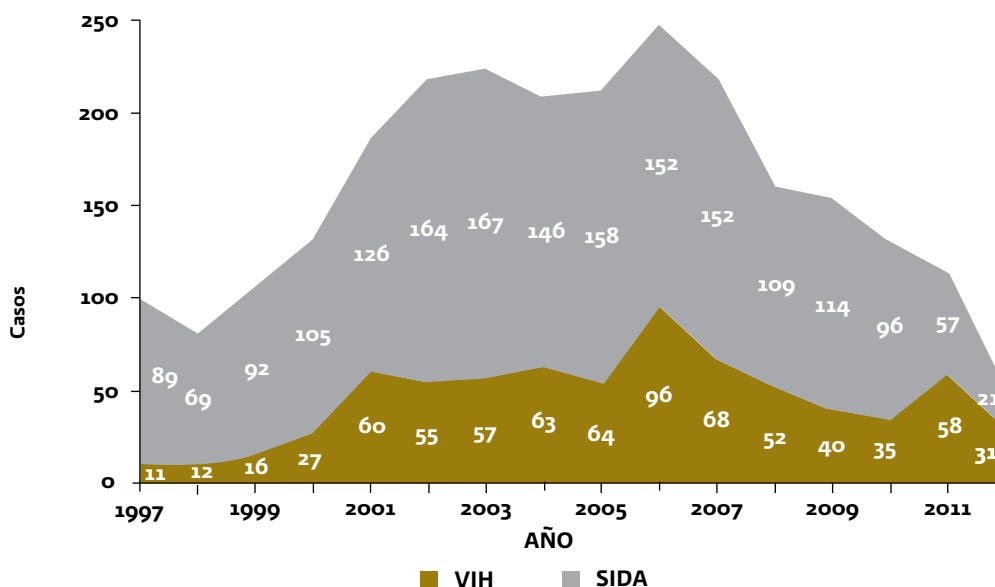
Hacia la eliminación de la transmisión vertical del VIH y de la sífilis congénita

Resulta por demás preocupante que hoy día y considerando los avances tecnológicos, la disponibilidad de medicamentos y protocolos de atención para prevenir la transmisión vertical del VIH, sigan existiendo niñas y niños que nacen con el virus. En países como el nuestro, donde la oferta de servicios del sistema público de salud depende de diversas instituciones, el reto urgente a resolver es el referente a la necesidad de establecer mecanismos efectivos para la coordinación de estrategias entre las diversas instituciones que ofrecen los servicios de salud; así, la coordinación de los diversos programas de las distintas instituciones las cuales tienen en común como ejes transversales la salud materno-infantil y la prevención del VIH.

Necesitamos sumar esfuerzos dentro del sector salud, que prioricen el trabajo relacionado al establecimiento de redes de fortalecimiento de instituciones a fin de universalizar la oferta de pruebas de detección de VIH y su confirmación; y si fuera el caso su referencia inmediata para que reciba tratamiento antirretroviral y los cuidados correspondientes para evitar que su hija o hijo nazca con VIH. Lo anterior, incluyendo también el seguimiento adecuado para evitar nuevas infecciones en las y los recién nacidos.

México muestra desde hace ya algunos años, una tendencia favorable en la baja del número de nuevos casos perinatales (Gráfica 15); sin embargo, aún se dan aunque en menor medida nacimientos de niños seropositivos a VIH, por lo que la eliminación de la transmisión vertical del VIH y también de la sífilis congénita, necesi-

Gráfica 15. Casos nuevos de SIDA y seropositivos a VIH perinatales (1997-2012)



FUENTE: SUIVE/EGE/SS. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIH/SIDA. DATOS AL 30 DE JUNIO DEL 2012.

tan ser parte de la agenda de mayor prioridad en la respuesta al VIH y en el sistema de salud.

A nivel nacional, en el sistema público de salud contamos con un porcentaje de detección de VIH en mujeres embarazadas de 52.4% (CENSIDA, 2012a), cifra que indica la ardua necesidad de homologar esfuerzos en todas las instituciones de salud. Mientras que en la Secretaría de Salud la cobertura de detección era cercana a 80% y en PEMEX de 100%, en otras instituciones de la seguridad social estas coberturas están incluso en niveles por debajo de 15% (Cuadro 3). La cobertura en detecciones de sífilis en embarazadas es de 81%, casi 30 puntos porcentuales mayor a la de VIH, conservando también una variabilidad de cobertura por institución de salud (Cuadro 4). La ENSANUT 2012, indica niveles de detección de VIH cercanos al promedio observado por las dependencias de salud, se reduce a la mitad. En ambos casos, el grupo de 15 a 19 años

Cuadro 3. Porcentajes de detección de VIH en embarazadas en el Sector Público de Salud (2006-2011)

Institución	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Secretaría de Salud	12.1%	27.1%	65.3%	78.8%	65.6%	80.2%
Instituto Mexicano del Seguro Social	0.9%	1.5%	6.4%	9.6%	15.6%	12.2%
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	0.5%	0.6%	0.6%	0.6%	0.8%	0.7%
Petroleos Mexicanos	100%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Secretaría de la Defensa Nacional	26.9%	28.5%	36.0%	36.7%	45.7%	69.8%
Secretaría de Marina	58.4%	60.2%	58.7%	65.7%	48.9%	48.1%
Total	8.2%	15.2%	41.0%	50.1%	44.9%	52.4%

FUENTES:
 SS: DGIS. SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD (SIS). CIFRAS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011. VARIABLE REPORTADA: 043: VIH MUJER EMBARAZADA (POSITIVOS, NEGATIVOS), DET48 Y DET55. 148: VIH EN EMBARAZADAS (POSITIVOS, NEGATIVOS). VIDO1 Y VIDO7. 148: DETECCIÓN EN OTRAS POBLACIONES, VIDO2 AL VIDO6 Y VIDO8 AL VIDO12. 043: DETECCIÓN DE VIH MUJERES EMBARAZADAS.
 IMSS: INFORME DE VARIACIÓN Y CONTROL PRESUPUESTAL PREL. CIFRAS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011. VARIABLE REPORTADA: NÚMERO DE DETECCIÓN DE VIH
 ISSSTE: DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS SECTORIALES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL. DIRECCIÓN MÉDICA. CIFRAS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011. VARIABLE REPORTADA: DETECCIÓN VIH.
 PEMEX: INFORME GERENCIAL MENSUAL DE MEDICINA PREVENTIVA. CIFRAS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011. VARIABLE REPORTADA: PRUEBAS PARA DETECTAR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.
 SEDENA: REGISTROS DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD. CIFRAS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011. VARIABLE REPORTADA: PRUEBAS REALIZADAS DE VIH.
 SEMAR: SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD NAVAL. CIFRAS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011.
 NOTA: SE INCLUYEN TODAS LAS PRUEBAS REALIZADAS, INCLUYENDO EMBARAZADAS.

Cuadro 4. Porcentajes de detección de sífilis en embarazadas en el Sector Público de Salud (2006-2011)

Institución	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Secretaría de Salud	73.1%	55.3%	69.7%	88.0%	90.9%	93.0%
Instituto Mexicano del Seguro Social	46.4%	57.7%	89.1%	71.4%	75.6%	78.3%
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Secretaría de la Defensa Nacional	100.9%	105.2%	92.8%	109.2%	72.5%	62.9%
Petroleos Mexicanos	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Secretaría de Marina	60.8%	62.0%	61.1%	60.9%	46.7%	48.9%
Total	59.7%	52.8%	70.7%	75.2%	79.0%	81.1%

NOTAS:

ESTE INDICADOR SE CONSTRUYE A PARTIR DE LA INFORMACIÓN DE LOS CUADROS No. 2 y No. 14. CONSTITUYE UN "indicador máximo" DE LA DETECCIÓN DE SÍFILIS PRENATAL, EN VIRTUD DE QUE LA NORMA SEÑALA QUE DEBE REALIZAR LA PRUEBA DURANTE LOS 3 TRIMESTRES GESTACIONALES DEL EMBARAZO.

SEMAR: No entregó información (NE)

ND: No disponible

Cuadro 5. Porcentajes de detección de VIH y sífilis en embarazadas ENSANUT, 2012

EDAD	Detección durante el embarazo	
	VIH	Sífilis
15 a 29	60.0%	43.7%
20 a 24	52.1%	39.8%
25 a 29	47.8%	36.7%
30 a 34	47.7%	39.8%
35 a 39	49.7%	43.1%
40 a 44	48.6%	39.4%
45 a 49	52.8%	51.7%
Total	50.0%	39.8%

FUENTE: GUTIÉRREZ JP, RIVERA-DOMMARCO J, SHAMAH-LEVY T, VILLALPANDO-HERNÁNDEZ S, FRANCO A, CUEVAS-NASU L, ROMERO-MARTÍNEZ M, HERNÁNDEZ-ÁVILA M. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN 2012. RESULTADOS NACIONALES. CUERNAVACA, MÉXICO: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (IMSS). 2012.

resultó ser el que reporta mayor acceso a detecciones, 60% y 43.7% respectivamente (Cuadro 5).

Para reforzar este eje prioritario de trabajo, en 2012 se incrementó la disponibilidad intervenciones, recursos e insumos para el diagnóstico y tratamiento de la sífilis y del VIH en embarazadas y sus niños. En septiembre de este año, con el objetivo de reforzar las acciones de salud reproductiva en los CAPASITS y SAI, se llevaron a cabo dos reuniones regionales en los que se presentó por parte del CENSIDA y del CNEGySR y con la participación de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Personal de Salud de los Programas de Salud Reproductiva y de VIH/SIDA, SAI y CAPASITS, en los que se les presentaron los lineamientos en materia de planificación familiar y Salud Sexual y reproductiva de los adolescentes, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, violencia sexual, equidad género y derechos humanos, para que las entidades federativas elaboren su a propuesta de trabajo conjunto de VIH y Salud Reproductiva, por Programas de Acción.

Promoción del acceso a la atención integral en migrantes

Está documentado que la población de migrantes mexicanos hacia los Estados Unidos, se expone a factores que los vuelven más vulnerables a adquirir posibles infecciones por VIH, entre ellos, acceso limitado o inexistente a servicios de salud, abuso y violencia sexuales, discriminación, educación limitada, barreras de idioma, entre otros ya documentados. Ante evidencia reciente de que la prevalencia de VIH y factores de riesgo asociados están creciendo en esta población (Rangel et al, 2012), el CENSIDA decidió tomar este año acciones para favorecer el acceso a servicios para continuidad de tratamiento o prescripción primaria del mismo al regresar a nuestro país, acceso a diagnóstico de infección por VIH; acceso a condones gratuitos; así como acceso a información básica sobre mecanismos de prevención y vías de transmisión del VIH.

Por lo anterior, el CENSIDA y el Programa de Salud del Migrante de la Secretaria de Salud, coordinaron esfuerzos para la instalación de módulos semilla de atención integral para migrantes deportados con los servicios previamente descritos en Nogales y Ciudad Acuña; así como para el fortalecimiento con un componente de VIH/SIDA de un módulo de atención integral en Tijuana. Esta actividad comenzará a implementarse durante el último trimestre de 2012 y su continuidad durante próximos años podría convertirse en una actividad de alto valor agregado en la salud de las personas migrantes.

En sinergia con el programa ya comentado, el CENSIDA estableció una colaboración con el Consulado de México en la Ciudad de Dallas, EEUU, a fin de realizar actividades de diagnóstico oportuno, referencia a sitios de atención médica para acceder a TARV, oferta de condones gratuitos; e información sobre prevención del VIH, destinadas a los migrantes mexicanos y latinoamericanos radicados en esta ciudad. Estas actividades se dieron en el marco de la conmemoración del Día de la Conciencia Hispana contra el SIDA; y de la Semana Binacional de Salud.

El Compromiso internacional de México en la respuesta al VIH/SIDA

El CENSIDA continuó realizando trabajo en materia de cooperación técnica; así como de representación política, a nivel regional y a nivel internacional dentro de cuerpos de gobernanza donde se discuten las principales políticas y prioridades de acción dentro de la respuesta al VIH/SIDA, colaborando de forma solidaria con los países de América Latina y el Caribe en el posicionamiento de la agenda común.

En lo correspondiente a la Junta Directiva del Fondo Mundial, el Director General del CENSIDA, Dr. José Antonio Izazola, extendió su periodo por un año más fungiendo como representante alterno de la región ante dicha instancia, siendo la representante titular la Ministra de Salud de Haití. Los principales temas discutidos este año en el seno de esta instancia de gobernanza, que probablemente sea la de mayor relevancia en materia de financiamiento destinado a la cooperación en materia de salud, fueron la reforma estructural del Fondo Mundial, la selección de los nuevos representantes de las delegaciones regionales, y la elección del nuevo director ejecutivo que tuvo lugar a mediados de noviembre de 2012. Sin lugar a dudas, la participación de México en esta instancia durante tres años ha sido exitosa y fructífera para la región.

Durante los próximos años que significarán el comienzo de un nuevo rumbo operativo y político del Fondo Mundial, países pertenecientes al G-20 como México, tendrán que reflexionar sobre la posibilidad de convertirse en donante o no ante esta instancia, considerando siempre el contexto actual de grandes brechas en inequidades socio-económicas.

En temas del GCTH, CENSIDA realizó un ejercicio de apoyo técnico a los programas de SIDA de la región al realizar un análisis comparativo de precios de compra y costos de regímenes de TARV en 15 de los países miembros de tal instancia. Este tipo de acciones de cooperación horizontal deben continuar priorizándose en búsqueda de una reducción regional de impacto en los precios de los medicamentos ARV. También, el Director General del CENSIDA fungió como copresidente del VI Foro Latinoamericano y del Caribe en VIH/SIDA e ITS, realizado en Sao Paulo, Brasil, en agosto; y el Director de Investigación Operativa del CENSIDA formó parte del Comité Ejecutivo y del Comité Científico. Esta experiencia, resultó exitosa al permitir espacios de diálogo multisectorial para poder responder como región a la epidemia, también permitió reflexionar sobre la necesidad de cambiar el formato de este tipo de eventos, a manera de que funcionen como espacios que permitan la reflexión profunda, la convergencia en la coordinación de acciones; y reorientar el rumbo de la respuesta de la región al VIH, sin descuidar las particularidades de cada país y de cada epidemia. En agosto México entregó la Presidencia de dicha instancia a Argentina, quien conducirá a este grupo por un periodo

de un año.

En el marco de la cooperación técnica propiciada dentro del GCTH, CENSIDA estableció un programa de colaboración técnica con el Programa Nacional de SIDA de El Salvador, mediante el cual fue posible que técnicos encargados de la gerencia y operación de las actividades de laboratorio del programa salvadoreño pudieran realizar una pasantía de capacitación en México sobre aspectos relacionados a la identificación y genotipificación de ITS como *Neisseria gonorrhoeae* y *Clamidia*, entre otros agentes.

Sobre la participación de México en la Junta Coordinadora de Programa del ONUSIDA (PCB por sus siglas en inglés) este año México, representado por CENSIDA, culminó un año importante de trabajo, al conseguir que dentro de la agenda de la reunión de fin de año, se incluyera el tema de la respuesta a la discriminación por VIH dentro del sector salud, que será relevante para la reorientación de políticas globales enfocadas a la

oferta de servicios de salud libres de estigma, discriminación, homofobia, transfobia y violencia.

Prioridades de acción para los próximos años

Las acciones realizadas de 2007 a 2012 por la Secretaría de Salud y por las demás instituciones del sector público de salud, han dado muestra de resultados satisfactorios, que indican que la respuesta del país al VIH ha tomado un rumbo adecuado a fin de impactar positivamente en la salud de las PVVIH; así como en aquellas que podrían estar en riesgo y vulnerabilidad a la infección. Por otra parte, estos resultados son alentadores, ya que muestran que estamos en buen camino para cumplir con los compromisos establecidos por México ante Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), las metas de acceso universal; y la Declaración Política sobre el VIH/SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA, adoptada en 2011 en la Reunión de Alto Nivel sobre SIDA de la Asamblea General de la ONU.

Por lo anterior, en los próximos años requerimos innovar estrategias en estas líneas de acción; y replicar las buenas prácticas en todos los niveles, a fin de gerenciar de manera eficiente los recursos disponibles para responder al VIH/SIDA, en el marco de una respuesta fundamentada en el contexto y la evidencia de la situación epidemiológica, demográfica, social, económica y política del país.

En esta administración que culmina en el 2012 dejaremos los siguientes legados en materia de VIH/SIDA, que serán fundamentales para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y compromisos internacionales: a) continuidad y alta priorización al Acceso Universal a Tratamiento Antirretroviral de calidad; b) universalización de detección y tratamiento de VIH y sífilis en mujeres embarazadas; c) Prevención Focalizada de la transmisión del VIH; y d) promoción de la salud, sobre todo en jóvenes mediante la intensificación de acciones sobre salud sexual y reproductiva; y prevención del VIH, en servicios amigables y libres de discriminación. Para poder dar continuidad a estos ejes prioritarios y fortalecer otros componentes prioritarios de la respuesta al VIH/SIDA en el país en próximas administraciones, destacamos las siguientes líneas de acción:

- Continuar con la política de acceso universal a tratamiento antirretroviral, y pruebas de monitoreo clínico, para la población sin seguridad social a través del Seguro Popular. Este eje tendrá que ser reforzado mediante estrategias efectivas para reducir cada vez más los precios de compra de medicamentos antirretrovirales; así como por revisiones y adecuaciones a las guías clínicas con base en criterios costo-efectividad, buscando la optimización del número de esquemas prescritos en primera y segunda línea con base a la evidencia científica.
- Evaluar el modelo de prestación de servicios de atención actual a través de los CAPASITS, a fin de promover una operación integral, promoviendo servicios amigables para todo tipo de población

usuaria, libres de estigma, discriminación, homofobia y transfobia.

- Determinar estrategias aplicables a todas las dependencias del sector público de salud, que se enfoquen a monitorear y a asegurar el apego al tratamiento de las personas que viven con VIH en TARV; así como para intensificar esfuerzos para la detección temprana del VIH en la población. En adición, será fundamental el priorizar acciones sectoriales enfocadas a aspirar a la universalización de las pruebas de detección en mujeres embarazadas para evitar la transmisión vertical del VIH y de la sífilis congénita.

- Fortalecer la prevención focalizada en HSH, UD, PTS, TTT; y mujeres en contextos de alta violencia, mediante estrategias de efectividad probada para epidemias concentradas como la de nuestro país, coordinando esfuerzos con OSC; así como con agencias multilaterales. En este sentido, será importante que cada sector intervenga de manera coordinada en estas estrategias con base a su mayor ventaja comparativa para intervenir. A la par se sugiere analizar y evaluar el actual modelo de financiamiento de acciones de prevención con recursos públicos a proyectos ejecutados por OSC, con la finalidad de optimizar recursos y evitar duplicidad de esfuerzos. Sobre este punto, es prioridad desarrollar un plan para que al terminar el proyecto financiado por el Fondo Mundial, las acciones desarrolladas en el marco de este proyecto que demuestren efectividad y eficacia, puedan ser incorporadas en la respuesta nacional de forma sostenible con recursos públicos.

- Consolidar el trabajo multisectorial coordinado y constante de todas las dependencias gubernamentales que conforman el CONASIDA, en alianza con los demás sectores para desarrollar e implementar acciones masivas de sensibilización social y mitigación del daño, reforzar la sensibilización sobre los derechos humanos, el estigma, la discriminación, la homofobia y la transfobia; así como para conseguir reformas educativas necesarias que aseguren bajo los más altos estándares de la evidencia científica disponible la educación sexual integral de la población dentro y fuera de las aulas.

- Realizar las adecuaciones necesarias a los sistemas de información vigentes en el sector salud con un enfoque a la obtención de datos más oportunos y de mejor calidad sobre los casos de VIH/SIDA e ITS, en todas las instituciones del sector público de salud. El poder contar con información homogénea y con los mismos niveles de desagregación de datos en todas las instituciones del sector salud, será sin lugar a dudas un aliado efectivo en la toma de decisiones orientadas a fortalecer la respuesta a la epidemia.

- Analizar la factibilidad de la incorporación o el fortalecimiento gradual dentro de la respuesta operativa y programática al VIH/SIDA e ITS con asignación de recursos, de aspectos que han comenzado a demostrar relevancia para considerarlos como prioridades de intervención, en especial la coinfección VIH/TB; las hepatitis virales; y las estrategias coordinadas con otras instancias encaminadas a promover programas de reducción de daños en los UDI.

- Se requiere destinar mayores recursos económicos y técnicos para la investigación operativa; y la vigilancia epidemiológica de primera y segunda generación para contar con información actualizada sobre el perfil de nuestra epidemia; y generar políticas y estrategias adecuadas bajo un esquema de optimización de los recursos disponibles para responder al VIH en el país.

Referencias bibliográficas

1. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M., Conde C. Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de HSH. SS/Instituto Nacional de Salud Público (INSP). Enero, 2012.
2. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M., Conde C. Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de UDI. SS/Instituto Nacional de Salud Público (INSP). Enero, 2012.
3. ONUSIDA (2012). Together we will end AIDS. "UNAIDS / JC2296E". WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. (pp 24, 36-40)
4. Candia, E., Ortiz, M y Gómez, J. (2012) Informe de Evaluación de Resultados del Proyecto México de lucha contra el Sida, Ronda 9 financiado por el Fondo Mundial (pp. 9-75). México: Salud, Población y Economía SALPEC A.C. Recuperado de mex-910-901-h.funsalud.org.mx/FondoMundial/.../DJ1_Informe-Fin...
5. CENSIDA (a) (2012). Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el SIDA, México 2012. (pp 26-89). Noviembre, 2012
6. CENSIDA (b) (2012). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de Septiembre del 2012. (pp 2-23)
7. Gutiérrez Juan Pablo, Franco Nuñez Aurora, Sansores Martínez Diana Nicté-Há, Ryo Shiba Matsumoto Andrey. (a) (Julio 2012). Informe técnico analítico sobre seroprevalencia de VIH y factores de riesgo y vulnerabilidad en hombres homosexuales y hombres bisexuales. Proyecto para determinar la prevalencia de VIH; así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres homosexuales y hombres

bisexuales. (pp. 3-46)

8. Gutiérrez Juan Pablo, Franco Nuñez Aurora, Sansores Martínez Diana Nichte-Há, Ryo Shiba Matsumoto Andrey. (b) (Julio 2012). Informe técnico analítico sobre seroprevalencia de VIH y factores de riesgo y vulnerabilidad en personas que se dedican al trabajo sexual; y en personas transexuales y personas transgénero. Proyecto para determinar la prevalencia de VIH; así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en personas que se dedican al trabajo sexual; y en personas transexuales y personas transgénero. (pp 1-51). Julio, 2012.
9. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. (c) (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).

